Betænkning

afgivet af

kommissionen af 29. marts 1952

vedrørende

Statens sindssygevæsen

ex. 2
DET JURIDISKE
13.891 G
LABORATORIUM
VED
KØBENHAVNS UNIVERSITET

BETÆENKNINGNR.165

1956

NIELSEN & LYDICHE (M. SIMMELKIÆR)
KØBENHAVN

Indholdsfortegnelse

Side

Indledning 7

KAPITEL I De psykiatriske behandlingsformers udvikling 10

KAPITEL II Den hospitalsmæssige udvikling 14

KAPITEL III Det nuværende hospitalsvæsen 18
A. De egentlige sindssygehospitaler 18
1. Sindssygehospitalet ved Århus 18
2. Sindssygehospitalet i Vordingborg 21
3. Sindssygehospitalet i Viborg 23
4. Sindssygehospitalet i Middelfart 23
5. Sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. 25
6. Sindssygehospitalet i Vedsted 26
7. Sindssygehospitalet i Augustenborg 28
B. Plejehjem 28
1. Statens plejehjem 29
2. Kommunale plejehjem 29
C. Kontrolleret familiepleje 30

KAPITEL IV Det fremtidige behov for hospitalspladser 32
A. Statistisk vurdering 32
1. Befolkningsmæssige faktorer 33
2. Sygdomsrisikoen 38
3. Hospitalsmæssige faktorer 41
B. Kommissionens forslag 45
1. Sjælland 47
2. Fyn 50
3. Jylland 51

KAPITEL V Sindssygehospitalernes struktur 54
A. Hospitalernes funktioner 54
1. Det lægelige arbejde 54
2. Sygeplejen 58
a. Sygeplejersker 58
b. Plejere og plejersker 59

Side

3. Beskæftigelsesterapi . . . 60
4. Fysioterapi . . . 61
5. Socialrådgivning . . . 61
6. Psykologi . . . 63
7. Andre funktioner . . . 64

B. Tilknytningen til det almene sygehusvæsen ... 66

G. Bygningsmæssig udformning . . . 72

KAPITEL VI Sindssygevæsenets arbejdsområde . . . 75

A. Hospitalsmæssigt . . .

1. Kriminelle patienter . . . 77
   a. Observationspatienter . . . 78
   b. Forvaringspatienter . . . 81
2. Eufomane (narkomane) . . . 86
3. Alkoholister . . . 87
4. Psykopater . . . 88
5. Neurosepatienter . . . 90
6. Gamle . . . 92
7. Børn og unge . . . 95
8. Epileptikere og psykotiske åndssvage . . . 98
9. Tuberkulosepatienter . . . 99

B. Ambulant . . . 100

1. Profylaxe . . . 100
2. Undersøgelse og behandling . . . 101
   a. Psykiatriske konsultationer . . . 101
   b. Neurosestationer . . . 103
3. Efterforsorg . . . 105

KAPITEL VII Forskningen på sindssygehospitalerne . . . 109

Sammenfatning . . . 112

Bilag

BILAG A. Kommissionens foreløbige indstilling, december 1952... 121

BILAG B. Kommissionens indstilling om opførelse af et sindssyge-hospital på Færøerne, maj 1954 . . . 134

BILAG G. Uddrag af den af sundhedsstyrelsens psykiatriske ud-valg i 1952 afgivne betænkning . . . 136

BILAG D. Statistisk materiale, tabel 1—15 . . . 142

Side

BILAG K. Udkast til lovforslag 159
BILAG F. Skematisk oversigt over de ved byggeprogrammet nødvendiggjorte investeringer 160
BILAG G. Skematisk oversigt over pladsbehovet øst for Storebælt 162
BILAG H. Skematisk oversigt over pladsbehovet vest for Storebælt 164
BILAG I. Redegørelse udarbejdet af professor, dr. med. Villars Lunn om anvendelse af psykologer indenfor det psykiatriske arbejde 166
BILAG K. Hospitals- og afdelingstyper 169
1—2 Sindssygehospitalet i Glostrup 170
3—4 Sindssygehospitalet i Brønderslev 172
5—6 Den børnepsykiatriske afdeling ved sindssygehospitalet ved Århus 174
7—8 Plejehjemmet i Viborg 176
BILAG L. Redegørelse fra Københavns magistrat angående anbringelse af forvaringspatienter på sindssygehospitaler ... 178
BILAG M. Statistisk materiale vedrørende neurosernes og psykopatiernes betydning for sindssygehospitalerne 180
Tabel 1—4 187
BILAG N. Kommissionens skrivelse af 12. juni 1953 til udvalget vedrørende forsorgen for børn og unge med særlige tilpasningsvanskeligheder 191
BILAG O. Betænkning fra lægeforeningens udvalg angående etablering af en neurosestation 194
BILAG P. Uddrag af redegørelse fra Dansk Psykiatrisk Selskabs udvalg om psykiatrisk rehabilitation 200
BILAG R. Foreløbig meddelelse fra sindssygehospitalet ved Århus om resultaterne af en »Rehabilitationsundersøgelse« ... 203

Ved skrivelse af 29. marts 1952 nedsatte indenrigsministeriet en kommission vedrørende statens sindssygevæsen.

Kommissionen skulle afgive indstilling om statens sindssygevæsens udviklingslinier i organisations- og bygningsmæssig henseende med særligt henblik på hospitalernes fornødne tilpasning til nutidens krav og behandlingsformer. Under kommissionens overvejelser, der i første linie skulle tage sigte på hospitalernes modernisering og udbygning samt på deres stilling indenfor det almene sygehusvæsen, skulle også inddrages spørgsmålet om behandlingens mulige udvidelse til patientkategorier med andre sindslidelser end de egentlige sindssygdomme. Kommissionens arbejde skulle tilrettelægges således, at dens betænkning kunne danne det umiddelbare grundlag for den praktiske tilrettelæggelse af de kommende års reformarbejde.

Til medlemmer af kommissionen beskikkedes:

Hospitalsinspektør *V. Aggerholm,* sindssygehospitalet i Viborg, formand for Foreningen af overordnede tjenestemænd ved statens sindssygehospitaler.

Overlæge, dr. med *Torben Andersen,* Frederiksborg amts centralsygehus i Hillerød, udpeget af Sundhedsstyrelsen.

Professor, overlæge, dr. med *K. Brøchner-Mortensen,* Rigshospitalet, udpeget af Sundhedsstyrelsen.

Folketingsmand *Marius Buhl,* udpeget af Venstres rigsdagsgruppe.

Overlæge, dr. med. *Carl Clemmcsen,* Bispebjerg hospital, udpeget af Sundhedsstyrelsen.

Overlæge, dr. med. *P. Dickmeiss,* kolonien Filadelfia, formand for Dansk psykiatrisk selskab.

Afdelingschef *Fr. Grünfeld,* Finansministeriet.

Folketingsmand *Qvist Hansen,* formand for Tilsynsrådet for statens sindssygehospitaler.

Medlem af folketinget, frøken *Gudrun Hasselriis,* udpeget af Det konservative folkepartis rigsdagsgruppe.

Professor, dr. med. *H. Helweg,* udpeget af Retslægerådet.

Overlæge *Otto Jacobsen,* sindssygehospitalet i Nykøbing Sj., formand for Foreningen af overlæger ved statens sindssygehospitaler.

Direktør for statens sindssygehospitaler, professor, dr. jur. *Louis 1e Maire,* kommissionens formand.

Hospitalsinspektør *0. V. Marker,* Direktoratet for statens sindssygehospitaler.

Oversygeplejerske, frøken *Ingrid Nielsen,* sindssygehospitalet i Vordingborg, formand for Foreningen af sygeplejersker ved statens sindssygehospitaler.

Plejeassistent *Emil Pedersen,* sindssygehospitalet i Vordingborg, formand for Dansk hospitalsforbund på statens sindssygehospitaler.

Folketingsmand *Niels Pedersen,* udpeget af Danmarks Retsforbunds rigsdagsgruppe.

Læge *Jørgen Riising,* Otterup, udpeget af Den almindelige danske lægeforening.

Medlem af folketinget, fru *Edel Saunte,* udpeget af Den socialdemokratiske rigsdagsgruppe.

Fhv. indenrigsminister, folketingsmand *Jens Smørum,* udpeget af Indenrigsministeren.

Folketingsmand *Oluf Steen,* udpeget af Det radikale venstres rigsdagsgruppe.

Administrationschef *P. Stochholm,* formand for Sygehusforeningen i Danmark.

Professor, overlæge, dr. med. *Erik Strömgren,* sindssygehospitalet ved Århus, udpeget af Indenrigsministeren.

Folketingsmand *Edvard Sørensen,* formand for Sygehusrådet.

Kontorchef /. *Unsgaard,* Direktoratet for statens sindssygehospitaler.

Kontorchef *T. C. Wedel-Heinen,* Indenrigsministeriet.

Endvidere beskikkedes kontorchef, frøken *Alice Brun* som suppleant for det af Finansministeriet udpegede medlem, afdelingschef Fr. Grünfeld.

Efter folketingsmand Niels Pedersens død beskikkedes ved skrivelse af 17. december 1952 folketingsmand *Niels Kr. Nielsen* som medlem af kommissionen, udpeget af Danmarks Retsforbund.

Efter at fhv. folketingsmand Qvist Hansen var fratrådt som formand for Tilsynsrådet for statens sindssygehospitaler, fortsatte han som medlem af kommissionen, udpeget af Indenrigsministeren. Samtidig blev fhv. indenrigsminister Jens Smørum af tilsynsrådet udpeget til at repræsentere rådet i kommissionen.

Den 30. september 1953 udnævntes minister Jens Smørum til landbrugsminister og udtrådte samtidig hermed af kommissionen. Folketingsmand *Peter Jørgensen,* der herefter overtog hvervet som formand for tilsynsrådet, beskikkedes ved skrivelse af 2. december 1953 som medlem af kommissionen, udpeget af tilsynsrådet.

Ved skrivelse af 9. november 1953 beskikkedes fhv. indenrigsminister, borgmester *Aksel Møller* som medlem af kommissionen, udpeget af Indenrigsministeren.

Efter folketingsmand Edvard Sørensens død blev ved skrivelse af 26. november 1954 borgmester *WoldhardtMadsen* beskikket som medlem af kommissionen, udpeget af sygehusrådet.

Professor, dr. med. *Villars Lunn* har som særligt udpeget sagkyndig bistået kommissionen i dens overvejelser vedrørende sindssygehospitalernes forskningsmæssige opgaver.

I kommissionens første møde den 13. maj 1952 nedsattes tre arbejdsudvalg.

Det ene af disse udvalg fik til opgave at tilvejebringe det fornødne statistiske materiale til belysning af de kommende års pladsbehov indenfor de forskellige landområder og indenfor de respektive kategorier af institutioner. Til medlemmer af udvalget udpegedes professor Strömgren og overlæge Torben Andersen. Udvalget supplerede sig derhos med ekspeditionssekretær, cand act. *Inger Aising,* udpeget af Det statistiske departement, kontorchef, cand. polit. *Marie Lindhardt,* Sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske kontor, samt reservelæge ved sindssygehospitalet ved Århus *Bent Borup Svendsen.*

Det andet udvalg fik til opgave at gennemgå de enkelte sindssygehospitaler med henblik på spørgsmålet om hospitalernes modernisering, om opdeling af de enkelte hospitaler i flere overlægeafsnit og om pladsforholdene i det hele taget ved de bestående hospitaler. Til medlemmer af dette udvalg valgtes overlægerne Clemmesen og Otto Jacobsen minister Smørum, medlem af folketinget, frøken Hasselriis, folketingsmændene Qvist Hansen og Niels Pedersen, hospitalsinspektørerne Aggerholm og Marker samt formanden. Efter folketingsmand Niels Pedersens død indtrådte folketingsmand Niel Kr. Nielsen som medlem af dette arbejdsudvalg.

Det tredie udvalg skulle tage stilling til de mere principielle spørgsmål vedrørende sindssygevæsenets fremtid, herunder afgrænsningen af sindssygdomsbegrebet og spørgsmålet om sindssygevæsenets tilknytning til de almene sygehuse. Til medlemmer af dette udvalg

valgtes folketingsmændene Edvard Sørensen og Oluf Steen, overlægerne Torben Andersen, Clemmesen og Otto Jacobsen, professor Strömgren, dr. Riising, administrationschef Stochholm, kontorchef Wedel-Heinen, hospitalsinspektør Aggerholm, kontorchef Unsgaard samt formanden. Efter folketingsmand Edvard Sørensens død indtrådte borgmester Woldhardt Madsen som medlem af dette arbejdsudvalg. Udvalget har senere suppleret sig med professor Brøchner-Mortensen.

Efter at det førstnævnte af disse udvalg havde afgivet sin betænkning, der fremlagdes i kommissionens møde den 22. april 1954, nedsattes et særligt arbejdsudvalg, der skulle gennemgå den afgivne betænkning og overveje placeringen af de kommende hospitaler, eventuelt efter orienterende forhandlinger med de respektive kommuner. Til medlemmer af dette udvalg udpegedes overlægerne Torben Andersen, Clemmesen, Dickmeiss og Otto Jacobsen, professor Strömgren, folketingsmand Peter Jørgensen, administrationschef Stochholm, oversygeplejerske Ingrid Nielsen, hospitalsinspektørerne Aggerholm og Marker, kontorchef Unsgaard samt formanden; også dette udvalg har senere suppleret sig med professor Brøchner-Mortensen.

Nævnte udvalg fik tillige overdraget behandlingen af en fra Den almindelige danske lægeforening modtaget betænkning vedrørende oprettelse af en neurosestation; i udvalgets forhandlinger om dette spørgsmål har også dr. Riising deltaget.

Kommissionen afgav i december 1952 en foreløbig indstilling til indenrigsministeren (bilag A.). Denne indstilling resulterede i et af indenrigsministeren fremsat lovforslag, der dannede grundlag for lov nr. 88 af 31. marts 1953 om opførelse af sindssygehospitaler i Aalborg og Glostrup og om opførelse af plejehjem for sindssyge i Ballerup-Maaløv kommune og i Viborg samt om ændring af lov nr. 205 af 4. juni 1947 om opførelse af et nyt sindssygehospital i Brønderslev m. v. Endvidere er særskilt indstilling (bilag B.) afgivet om opførelse af et sindssygehospital på Færøerne.

Som resultat af kommissionens arbejde fremlægges nærværende betænkning, der på grundlag af de i kommissionen og dens underudvalg stedfundne forhandlinger er udarbejdet af et redaktionsudvalg, bestående af professor Strömgren, kontorchef Unsgaard og formanden.

København i november 1956.

Aggerholm
Brøchner-Mortensen
P. Dickmeiss
Gudrun Hasselriis
P. Jørgensen
O. V. Marker
Niels Kr. Nielsen
E. Saunte
Strömgren

Torben Andersen
M. Buhl
Fr. Grünfeld
H. Helweg
Woldhardt Madsen
Aksel Møller
Emil Pedersen
Oluf Steen
Unsgaard

Alice Brun
C. Clemmesen
Ludv. Qvist Hansen
Otto Jacobsen
Louis 1e Maire
Ingrid Nielsen
J. Riising
P. Stochholm
T. Wedel-Heinen

/ O. Stochholm

KAPITEL I

De psykiatriske behandlingsformers udvikling

For en menneskealder siden befandt den psykiatriske behandling sig på et stade, som var resultat af en støt, men for så vidt meget langsom udvikling igennem et århundrede. Udviklingen havde været præget af en i stadig tiltagende grad humanitær indstilling over for de sindslidende, og den lagde især vægt på at skabe menneskeværdige og hyggelige forhold for de patienter, der skulle tilbringe lang tid på hospital. Mere aktive behandlingsmetoder rådede man kun i ringe grad over, selv om værdien af eksempelvis den daværende psykoterapi ingenlunde må undervurderes; neuroser og psykogene sindssygdomme blev også dengang mange steder behandlet med stor sagkundskab og effektivitet. Som et vigtigt led i psykoterapien må nævnes beskæftigelsesterapien, som mange steder dreves med stor intensitet. Læser man f. eks. *Hallager's* festskrift ved Jydske Asyl's 50 års jubilæum i 1902, eller ***Wimmer's*** beskrivelse af behandlingen på Set. Hans hospital ved dettes 100 års jubilæum i 1916, fremgår det tydeligt, at beskæftigelsesterapi ikke er nogen nymodens opfindelse, men allerede på daværende tidspunkt har været drevet særdeles systematisk. — Nogle steder anvendtes også i stor udstrækning medikamentelle behandlinger, der vel ikke havde nogen indflydelse på sygdommenes forløb, men ofte kunne virke Undrende i de akutte stadier; det samme gjaldt forskellige arter af badebehandling.

Indførelsen af malaria-behandlingen af det syfilitiske sløvsind i 1916 betød i mange henseender et vendepunkt; dels direkte, fordi man her fik et middel i hænde til at standse — og i mange tilfælde endda helbrede — en hjernelidelse, man tidligere havde stået ganske magtesløs overfor, og som udgjorde en væsentlig del af de psykiatriske sygdomsårsager; dels indirekte gennem den psykologiske virkning, som det havde både på lægeverdenen og på publikum, at psykiatrien nu indførte metoder der med hensyn til umiddelbar effektivitet syntes mere på linie med de i den øvrige medicin anvendte, end det hidtil havde været tilfældet indenfor psykiatrisk terapi.

Omtrent samtidig begyndte et nyt fremstød inden for det hidtil vigtigste behandlingsområde, nemlig beskæftigelsesterapien. Særlig *Herman Simons* publikationer i 1920'erne om dette emne bevirkede, at det blev klart for alle, at denne terapiform var uundværlig og kunne systematiseres på en langt bedre måde, end det hidtil havde været tilfældet de fleste steder.

I 1935 begyndte en ny æra med shockbehandlingernes indførelse, dels insulincomabehandlingen, dels krampeshockmetoderne. Insulinbehandlingen, der først særlig tog sigte på dæmpelse af narkomane patienters afvænningssymptomer, viste sig at have en udpræget beroligende virkning i en lang række tilfælde af sindssygdom. **Til** at begynde med næredes forventninger om, at behandlingen ligefrem kunne helbrede skizofreni; men disse forventninger skuffedes, og selv om insulinbehandling utvivlsomt i mange tilfælde gør god gavn ved skizofreni som ved en række andre psykoser, synes den dog aldrig at kunne føre til fuld helbredelse af denne den socialt vigtigste af

alle sindssygdomme. Ved den meget farlige og ikke sjældne »delirium acutum«-tilstand, der tidligere i de fleste tilfælde medførte døden i løbet af kort tid, har insulinbehandling (og andre shock-behandlinger) derimod betydet en skelsættende ændring i forløbet, idet den har presset dødeligheden ned til under 10 %.

Krampeshockbehandlingen bestod først i indsprøjtning af kamfer, kardiazol eller andre stimulerende midler, der kunne fremkalde epilepsilignende anfald, men efter 1938 er man de fleste steder gået over til i stedet at anvende elektrostimulation (elektroshock), der er lettere at administrere og som giver patienterne langt færre gener. Den mest slående effekt af denne behandling ses over for den manio-depressive psykose, især dennes depressive anfald, der tidligere gennemsnitlig varede ca. ½ år, men som nu i mindt ¾ af tilfældene ved hjælp af elektro-stimulation kan afbrydes i løbet af et par uger. Også ved maniske tilstande har elektrostimulation virkning i de fleste tilfælde, men ofte med noget mindre holdbarhed af effekten.

Overfor visse sygdomsformer, som kun utilstrækkeligt lader sig påvirke gennem den nævnte stirnulationsbehandling og andre til rådighed stående midler, har man i de sidste 15 år ikke sjældent haft gavn af hjerneoperationer (leukotomi, »det hvide snit«). Det drejer sig her særlig om behandling af udpræget ondartet forløbende tilfælde af skizofreni endvidere af kroniske depressioner og visse former for kroniske tvangsneuroser. Det er herved lykkedes i mange tilfælde at opnå udskrivning og delvis resocialisering ved sygdomsformer, som tidligere har været anset for ganske håbløse. Senere tilkomne medikamenter har dog nu indsnævret indikationsområdet for sådan behandling.

Af andre behandlingsmæssige landvindinger fra de senere år skal nævnes hyperthermbehandlingen, der mange steder har afløst malariabehandling. Den ønskede kunstige feber opnås her ved fysisk opvarmning i varmekasse. Med denne behandling konkurrerer nu også penicillinbehandlingen, som mange steder benyttes som enebehandling af det syfilitiske sløvsind, og som har den fordel at være meget let administrerbar.

Inden for alkoholistbehandlingen har indførelsen af antabus i 1948 betydet en radikal ændring til det bedre. Medens man indtil da i det væsentlige kun kunne byde alkoholisterne årelange afvænningskure på hospital eller afvænningshjem (hvilket forøvrigt kun i et mindretal af tilfældene lod sig gennemføre), sker den overvejende del af alkoholistbehandlingerne nu ambulant i form af psykoterapi understøttet af antabus. Ikke mindst gruppebehandling har her vist sig af betydelig værdi.

Hvad medikamentel behandling angår, har man ganske vist som tidligere nævnt i stor udstrækning benyttet beroligende midler, men disse har kun været betragtet som en nødhjælp, der oven i købet ofte påførte patienterne en række nye gener og især ofte kunne vanskeliggøre beskæftigelsesterapi og anden psykoterapi. I de sidste år har man imidlertid fået rådighed over midler, der på forskellige sindslidelser har overordentlig gunstige virkninger, uden at dette er beroende på en sådan narkotisk effekt, at resultatet derved kompromitteres. Disse medikamenter har åbnet vide perspektiver for den psykiatriske behandling. Det drejer sig her især om largactil (hibernal, chlorpromazin), serpasil (reserpin) og lithium. Anvendelsen af førstnævnte middel har bredt sig med eksplosiv hast i løbet af det sidste par år, men det kan endnu ikke siges, at man har noget overblik over virkningen på længere sigt. Der er dog ingen tvivl om, at midlet har et bredt anvendelsesområde over for en række psykiske uro- og spændingstilstande. Det drejer sig næppe om et middel, der i sig selv afkorter sygdomsforløbet, men det bringer ofte pa-

tienterne i en tilstand, der gør dem langt mere kooperative, specielt over for beskæftigelsesterapi. Serpasil har tilsvarende virkninger; det er ikke fuldt så effektivt, men bivirkningerne er færre. Lithiumbehandlingen synes særlig at være effektiv over for maniske tilstande; der er her opnået gode resultater over for tilfælde, som havde vist sig utilgængelige for andre terapiformer og derfor havde medført langvarige hospitalsophold. Det er lykkedes at bringe sådanne patienter over i normal tilstand og at udskrive og resocialisere dem.

Listen over terapeutiske fremskridt er selvsagt ikke udtømt med de her fremdragne, som man har udvalgt, dels fordi det drejer sig om nogle af de vigtigste former, dels fordi de kan illustrere, hvilke problemer indførelsen af nye metoder kan afstedkomme.

For den, der kender de danske sindssygehospitalers opbygning og funktion, er det nemlig klart, at de ingenlunde er struktureret til på effektiv måde at udnytte de store fremskridt, og det er derfor også givet, at man behandlingsmæssigt kunne være nået langt videre, såfremt hospitalerne havde været bedre udrustede til deres opgaver. Årsagerne til manglerne er dels, at man ikke har kunnet forudse den stærke udvikling i psykiatrien og derfor ikke har været indstillet på, at sindssygehospitalerne i mange henseender skulle have den samme arbejdsform og de samme arbejdsbetingelser som det øvrige sygehusvæsen, dels det temmelig afgørende forhold, at man har været så hæmmet af problemerne omkring pladssituationen, at adskillige andre anliggender har måttet skubbes til side. Den stedse tiltagende overfyldning af hospitalerne har bevirket, at næsten alt initiativ er gået i retning af at søge pladsmanglen reduceret eller at afbøde dens ulemper. I mange tilfælde, hvor det formentlig ville have været muligt at opnå bevilling til nyt apparatur og lignende, har man simpelthen opgivet planerne, fordi det ikke har været muligt at finde nogen lokalitet, der kunne give rum for de nye undersøgelser og behandlinger.

Sagen har således både en kvantitativ og en kvalitativ side, og disse to sider har en skæbnesvanger indbyrdes vekselvirkning. Overfyldningen bevirker, at den kvalitative standard ikke kan hæves væsentligt, og den ringe kvalitet indvirker atter uheldigt på behandlingen, således at denne bliver mindre effektiv og derfor mere langvarig, hvilket sekundært atter indvirker på pladsforholdene.

Talrige eksempler kan belyse det anførte. Selvom der indenfor beskæftigelsesterapien er sket en gunstig udvikling, hæmmes man dog på alle hospitaler stærkt af manglen på egnede lokaler og redskaber. Ikke mindst gør dette sig gældende, når man søger at indføre arbejde, der ikke blot har karakter af tidsfordriv, men som derudover skal være et led i patienternes resocialisering og skal dygtiggøre dem til kampen på arbejdsmarkedet. Disse mangler er særligt følelige, når man står over for patienter, for hvem en vellykket stimulationsbehandling, en hjerneoperation eller medikamentel behandling har skabt muligheder for en resocialisering, vel at mærke muligheder, som forspildes, såfremt de ikke meget intensivt udnyttes allerede i de første måneder efter behandlingens afslutning. Det må antages, at en række patienter, som under optimale forhold kunne have været resocialiserede, nu i stedet må fortsætte en hospitalstilværelse.

Også gruppeterapien kan nævnes; den er som nævnt et meget effektivt led i alkoholistbehandlingen, men også nyttig over for andre patienttyper. Nogen større udvikling af gruppeterapien kan der for flere hospitalers vedkommende ikke blive tale om, fordi egnede lokaler mangler.

Sidst, men ikke mindst, kan man henvise til de betydelige krav, den medika-

mentelle behandling og også i nogen grad shockbehandlingen stiller til hospitalernes laboratorier. Disses kapacitet sætter for tiden snævre grænser for, hvor mange patienter man kan tage i behandling; man har ligefrem »ventelister« med hensyn til disse terapiformer, hvilket selvsagt virker psykologisk yderst uheldigt både på patienterne, deres pårørende og personalet. På den anden side vil man meget nødig skære ned på kravene til laboratorieundersøgelserne, idet behandlingerne trods alt ikke er fuldt udforskede og risikoen ikke helt kendt, hvorfor patienterne i størst mulig grad må kontrolleres.

Det turde af det anførte fremgå, at sindssygehospitaler nu om stunder må være således udrustede med hensyn til kvalificeret arbejdskraft, laboratorier og disponible arbejdsrum, at de til enhver tid med kort varsel er i stand til at drage fuld nytte af de nye terapiformer, der i de senere år med korte mellemrum er fremkommet og som sikkert i fremtiden vil følges af flere. I deres nuværende skikkelse er hospitalerne ganske uelastiske i denne henseende, og indførelse af nye krævende terapiformer er enten umulig eller sker med urimelige forsinkelser og bekostninger. Selv om visse kvalitative forbedringer allerede nu lader sig gennemføre, må man se i øjnene, at hospitalerne ikke kan blive virkeligt effektive, før pladsforholdene er blevet radikalt forbedrede.

Moderne psykiatriske behandlingsmetoder åbner hidtil uanede perspektiver, men de stiller samtidig krav, som hospitalerne ikke kan honorere, og man er derved bragt i en krisesituation. Helbredelsesmuligheder forspildes, hvis den ikke bringes til ophør.

Den psykiatriske behandling synes at være nået frem til et afgørende vendepunkt. Den effektive oprustning af det psykiatriske hospitalsvæsen har derfor aldrig været så bydende nødvendig, som den netop er det nu. Hvis samfundet er i stand til at yde den fornødne indsats, kan man nyttiggøre de fremskridt, som de seneste år har bragt, og som de kommende år vil bringe. Ellers er det ikke muligt.

KAPITEL II

Den hospitalsmæssige udvikling

Det ældste af statens sindssygehospitaler, hospitalet ved Århus, toges i brug allerede i 1852, og få år efter, i 1857, åbnedes sindssygehospitalet i Vordingborg. I 1877 omdannedes tugthuset i Viborg, hvis historie går helt tilbage til 1743, til sindssygehospital, i 1888 indviedes sindssygehospitalet i Middelfart og i 1915 hospitalet i Nykøbing Sj. Hertil føjer sig de sønderjydske hospitaler fra tiden efter genforeningen, hospitalet i Vedsted, indrettet i en tidligere grænsestation i 1921, og sindssygehospitalet i Augustenborg, installeret i det hertugelige slot, der toges i brug til sit nuværende formål i 1932.

Af nævnte data vil fremgå, at vore sindssygehospitaler for størstepartens vedkommende, ikke mindst **målt** med en hospitalsmæssig alen, er gamle. Dette springer også klart i øjnene, når man besøger hospitalerne, uanset at omfattende forbedringer og ombygninger naturligvis har fundet sted i årenes løb. Det kan derfor ikke undre, at det længe har stået klart for alle, at radikale foranstaltninger ville være ubetinget nødvendige, såfremt denne gren af vort hospitalsvæsen skulle bringes i nogenlunde harmoni med den høje standard, der iøvrigt er karakteristisk for danske sygehuse.

Trangen til sådanne foranstaltninger er så meget mere påtrængende, som det er indlysende, at uhensigtsmæssige omgivelser vil være i ganske særlig grad belastende for psykiatriske patienter, både fordi milieuet her indgår som et led i selve behandlingen, og fordi adskillige af disse patienter vil være henviste til så langvarige ophold, at hospitalerne ligefrem kommer til at danne rammen om afsnit af deres liv. Både for patienterne selv og for deres pårørende må spørgsmålet om hospitalernes indretning derfor blive af vital betydning.

Hertil føjer sig også personalemæssige betragtninger. Sindssygeplejen er en krævende gerning, og vanskelighederne ved at få kvalificeret plejepersonale i fornødent omfang har stedse været meget fremtrædende. Skal det daglige arbejde på disse hospitaler udføres under forhold, der er væsentlig ringere end andetsteds, og er boligforholdene utilfredsstillende, kan nogen ændring i denne tingenes tilstand derfor ikke hidføres. Kun et fåtal af de sygeplejersker, der under deres uddannelse gør tjeneste på sindssygehospitalerne, føler sig tilskyndet til sidenhen at tage en sådan gerning op, selvom mange af dem erkender, at der her ligger store opgaver.

Sindssygevæsenets tilbageblevne stade er dog ingenlunde et isoleret dansk fænomen; det er tværtimod et gennemgående træk, der gør sig gældende de fleste steder, også i vore nabolande. Overalt er man imidlertid i disse år nået til erkendelse af, at situationen er uholdbar, og vidtgående reformer er derfor iværksat over en bred front.

Således er der i Norge af Helsedirektoratet udarbejdet et langtidsprogram for sindssygeforsorgen for årene 1954—57; den pågældende betænkning tog sigte på regeringens økonomiske planlægning, hvorom der i sommeren 1953 blev afgivet en stortingsmelding. I nævnte stortingsmelding blev det foreslået, at der i den omhandlede periode skulle søges oprettet

1400 nye hospitalspladser og 200 plejehjemspladser; statens andel i udgifterne var anslået til ca. 46 millioner kroner. Dette program er ikke fuldtud blevet realiseret, idet man ganske vist kan regne med, at der indtil udgangen af 1957 vil være fremskaffet 1600 nye pladser, men heraf kun 8—900 pladser på sindssygehospitaler, resten i plejehjem; men det vides, at interessen for den yderligere planlægning er meget betydelig.

I Sverige har Statens kommitté för sinnessjukvårdens utbyggande med Sinnessjukvårdberedningens generalplan som udgangspunkt opstillet et byggeprogram, omfattende såvel nybygninger som moderniseringer. Man regner med, at programmet, der kun omfatter det statslige sindssygevæsen, altså ikke hospitalerne i Stockholm, Göteborg og Malmö, indtil 1967 for de egentlige sindssygehospitalers vedkommende vil medføre udgifter til et samlet beløb af ca. 495 millioner kr. Siden 1950 er der bevilget ca. 125 millioner kr., hvoraf henved halvdelen er bevilget i de to sidste år.

Sindssygevæsenet har allerede ved hospitalernes beliggenhed været isoleret fra det øvrige sygehusvæsen, og denne omstændighed, betinget af tidligere epokers syn på de psykiatriske behandlingsmuligheder, kan antagelig i sig selv have bidraget til at holde disse hospitaler uden for den almene udvikling. Afgørende har det dog navnlig været, at udviklingen indenfor psykiatrien, således som det vil ses af den i det indledende afsnit givne fremstilling, først i de seneste år er kommet i skred, medens de øvrige lægelige specialer allerede tidligere var kommet ind i udviklingsfaser, der med nødvendighed måtte præge de rammer, indenfor hvilke de virkede. Sindssygevæsenet adskiller sig imidlertid fra det almene sygehusvæsen på endnu et punkt, som man i den foreliggende sammenhæng nødvendigvis må have for øje.

Det, man må erindre, er. at hospitalerne for legemlige sygdomme i udpræget grad er behandlingshospitaler. Patienterne behandles i hjemmet, indtil særbehandling, der fordrer hospitalsindlæggelse, ønskes iværksat, og så snart sådan særlig behandling er gennemført, udskrives de pårny, enten til hjemmet eller til andre institutioner. Indenfor de almindelige hospitaler træder de aktive behandlingsopgaver derved i forgrunden; det præger arbejdsrytmen på disse hospitaler, og det sætter sit præg på hospitalerne som sådanne.

Sindssygehospitalerne modtager patienter, selvom behandling ikke er påkrævet eller mulig, når deres tilstand er en sådan, at deres omgivelser ikke kan affinde sig dermed, eller at de selv udsættes for personlig risiko. På tilsvarende indikationer tilbageholdes de, ofte på lang og ubestemt tid, selvom aktiv behandling ikke, eller ikke længere, finder sted. Med gyldighed indtil nyeste tid kan det hævdes, at de behandlingsmæssige synspunkter her i den almindelige bevidsthed har stået i baggrunden.

I en situation, hvor sindssygehospitalerne i hidtil ukendt omfang skal gå ind i behandlingsmæssige opgaver, **vil** den nævnte baggrund for hospitalernes tidligere — og tillige for ikke uvæsentlige dele af deres nuværende — virke uvægerligt være overordentlig belastende. **Det** er gået ind i den almindelige opfattelse, at tilbageholdelse og forplejning er sindssygehospitalernes dominerende funktioner, og en overvejende del af de i hospitalerne foretagne investeringer har naturligt taget sigte på løsningen af sådanne opgaver. De behandlingsmæssige funktioner lader sig derfor ikke uden videre indpasse i det givne mønster.

De her fremdragne momenter kan forklare, hvorfor sindssygehospitalernes standard, både her og andetsteds, står tilbage for det almene hospitalsvæsen. I dag har denne forklaring dog kun historisk interesse. Ulige vigtigere er det, at man gør sig klart, at den opgave, man

nu er stillet overfor, ikke lader sig reducere til inddækningen af et pladsmæssigt underskud, opstået i årenes løb, men at den må løses i åben erkendelse af, at en helt ny situation er opstået indenfor dette område.

Kommissionen har derfor tilrettelagt sit arbejde udfra disse synspunkter. Hertil har den også haft en naturlig opfordring, idet den blev nedsat på et tidspunkt, hvor spørgsmålene i forvejen havde været gjort til genstand for udvalgsbehandling, og hvor visse udviklingslinier således allerede var lagt. I det herved fremkomne materiale har man naturligvis taget sit udgangspunkt, men man har samtidig underkastet spørgsmålet i dets helhed en selvstændig vurdering og har derefter udformet en samlet planlægning.

Den opgave, man herved har stillet sig, har været rent konkret, idet arbejdet ifølge kommissoriet skulle tilrettelægges således, at betænkningen kunne danne det umiddelbare grundlag for den praktiske tilrettelæggelse af de kommende års reformarbejde. Man har allerede derfor, men også fordi udviklingen på længere sigt vanskeligt lader sig overskue, anset det for hensigtsmæssigt, at planerne alene kom til at tage sigte på en afgrænset periode, dækkende et åremål af 20 år. I benyttelsen af en tidsfrist af den angivne længde ligger dog naturligvis ikke, at det ikke principielt havde været ønskeligt, om reformerne havde kunnet realiseres hurtigere. Det er imidlertid indlysende, at samfundet kun indenfor en vis, ikke altfor begrænset, årrække vil være i stand til at løse opgaver af den økonomiske rækkevidde, hvorom talen her er. Man har derfor udformet planerne under hensyntagen hertil, idet man samtidig har gjort sig klart, at egentlige tidsfrister ifølge sagens natur ikke kan opstilles. På den anden side bør det allerede indledningsvis fastslås, at reformerne mister deres effektivitet, såfremt deres genemførelse udstrækkes over en for langvarig periode.

Det udvalgsarbejde der, som nævnt, ligger forud for kommissionens nedsættelse, har ført til afgivelse af betænkninger i 1944, 1945 og 1948, de to første afgivet af udvalget af 26. november 1943 angående betimeligheden af opførelse af nye sindssygehospitaler i Nordjylland og på Sjælland, den sidstnævnte af udvalget af 23. november 1945 angående hospitalisering af sindssyge på Fyn og i det sydlige Jylland.

Betænkningen af 1944 anbefaler opførelsen af et nyt sindssygehospital i Nordjylland og ombygning af sindssygehospitalet i Viborg. Den førte til lov nr. 205 af 4. juni 1947 om ombygning af sindssygehospitalet i Viborg, opførelse af et nyt sindssygehospital i Brønderslev og udvidelse af sindssygehospitalet ved Århus; sidstnævnte udvidelsesplan tager sigte på oprettelsen af en børnepsykiatrisk afdeling.

Betænkningen af 1945 anbefaler oprettelsen af et nyt sindssygehospital i Nordøstsjælland og af to nye plejehjem på Sjælland samt ombygning af sindssygehospitalerne i Vordingborg og Nykøbing Sj.

Betænkningen af 1948 anbefaler et nyt sindssygehospital i Sydøstjylland og i Sydvestjylland samt ombygning af sindssygehospitalet i Middelfart og eventuel ombygning af sindssygehospitalet i Vedsted til et plejehjem for sindssyge.

Hertil må føjes, at indenrigsministeriet allerede i 1936 havde nedsat et udvalg, der skulle stille forslag om oprettelse af psykiatriske konsultationer i tilknytning til sindssygehospitalerne og om ansættelse af socialhjælpere ved disse samt om undersøgelse og behandling af børn med psykiske lidelser og om vilkårene for optagelse i sindsygehospital. Udvalget afgav i 1937 betænkning om de psykiatriske konsultationer og om socialhjælperne. Da de øvrige spørgsmål var taget

op til behandling i anden sammenhæng, afløstes det i 1948 af et nyt udvalg, der skulle beskæftige sig med de særlige behandlingsproblemer vedrørende personer, der er lidende af neuroser, og personer der kan betegnes som psykopater uden at henhøre til kategorier, for hvilke der af det offentlige allerede er iværksat foranstaltninger. Disse sidstnævnte spørgsmål er senere indgået i nærværende kommissions arbejde; om neurosespørgsmålet foreligger endvidere betænkninger afgivet i 1949 af lægeforeningens neuroseudvalg og i 1954 af foreningens udvalg for udarbejdelse af forslag til etablering af en neurosestation.

Trangen til en samlet planlægning under hensyntagen til den indenfor nutidig psykiatri herskende opfattelse af de herhenhørende problemer har imidlertid stadig gjort sig gældende, og sundhedsstyrelsen nedsatte derfor i 1948 et udvalg, der skulle overveje den fremtidige udvikling af det psykiatriske arbejde her i landet; udvalget afgav i 1952 en betænkning (uddrag af denne i bilag C), og de heri fremsatte synspunkter er indgået i kommissionens overvejelser.

KAPITEL III

Det nuværende hospitalsvæsen

Der er givet en kortfattet fremstilling af såvel den psykiatriske som den hospitalsmæssige udvikling. Hertil kunne man føje den befolkningsmæssige, for hvilken der i anden sammenhæng vil blive redegjort; den vil både nu og i årene fremover skabe sindssygevæsenets centrale problem, den i sandhed katastrofale pladsmangel. Aflastes de nuværende hospitaler ikke for en meget væsentlig del af deres patienter, vil disse hospitaler allerede i kraft af pladsmanglen være aldeles uskikkede til at løse deres opgaver, således som disse i dag foreligger.

På den anden side er det klart, at de eksisterende hospitaler, omend altså for et mindre antal patienter end nu, skal fungere i en lang årrække fremover. Kommissionen har derfor også måttet tage den forhåndenværende hospitalsmasse som det givne udgangspunkt uden hensyn til, om de pågældende hospitaler efter deres beliggenhed og struktur turde siges at være i overensstemmelse med de idealer, man nu, såfremt sindssygevæsenet skulle reorganiseres fra grunden, ville opstille. Man har gennemgået disse hospitaler, og det herom foreliggende materiale for derved at danne sig et skøn over deres fremtidige muligheder og for at konstatere størrelsen af det pladsbehov, som reguleringen af de gamle hospitaler nødvendigvis i sig selv må skabe. Kun derved kan man få det fornødne grundlag for en vurdering af situationen og de muligheder, den indebærer.

Da kommissionen ifølge sagens natur alene har skullet beskæftige sig med statens sindssygehospitaler, er såvel det københavnske hospitalsvæsen, der varetager sindssygebehandlingen som en kommunal opgave, som den til kolonien »Filadelfia« knyttede private sindssygeafdeling, holdt udenfor overvejelserne.

Den følgende redegørelse omfatter dels de egentlige sindssygehospitaler*, dels plejehjemmene og endelig også den kontrollerede familiepleje. For hospitalernes vedkommende bygger den på en af et særligt underudvalg foretagen gennemgang af disse.

A. De egentlige sindssygehospitaler

1. Sindssygehospitalet ved Århus

Sindssygehospitalet ved Århus, det første af statens sindssygehospitaler, toges i brug i 1852. Det er opført efter *Gottlieb Bindesbøll*'s tegninger, og planerne dertil blev udarbejdet af *Harald Selmer,* det danske sindssygevæsens organisator og hospitalets første overlæge. Det er bygget i korridorsystem i sammenhængende bygninger og er ombygget adskillige gange, senest i årene 1933—41, hvor det blev underkastet en gennemgribende modernisering. Det er normeret med 728 sengepladser, men har gennem de senere år været konstant overbelagt med over 100 ekstrasenge. I foråret 1955 er det

* Om hospitalernes landområder se bilag D., tabel 14 og 15.

blevet midlertidigt aflastet for et antal patienter, der er overført til en interimistisk afdeling på sygehuset i Randers (plejehjemmet på Fabersvej), hvorom lejemål er indgået for en kortere årrække. Det gælder dog, både for dette og for de øvrige hospitaler, at normeringstallet i sig selv er for højt, således at der også indenfor dettes rammer er tale om en betydelig overbelægning, samtidig med at hospitalets venteliste er meget lang.

I selve sit bygningsmæssige anlæg må hospitalet anses for at være samdeles formålstjenligt; men overbelægningen har medført, at man har måttet inddrage en lang række nordvendte rum og forbindelsesgange til patientlokaler.. Overfyldningen bevirker også, at det er umuligt at lade patienterne få den fred og afslapning, som for de fleste af dem er et nødvendigt led i helbredelsesprocessen. Lokalemanglen forårsager endvidere, at lægelokaler, laboratorier og terapirum m. v. er utilstrækkelige, således at forudsætningerne for aktiv behandling af patienterne ikke er tilstede. Endelig disponerer hospitalet ikke over den fornødne boligmasse, og personalet har derfor ikke kunnet holde trit med arbejdsmængdens forøgelse.

Arbejdsgangen på hospitalet er iøvrigt belyst ved en rationaliseringsundersøgelse, iværksat på foranledning af det af indenrigsministeriet under den 9. februar 1946 nedsatte udvalg om sygeplejerskemanglen; en redegørelse for undersøgelsen, der blev foretaget i 1950, foreligger i udvalgets betænkning II, afgivet i 1954.

Man kan forsåvidt sige, at alle hospitalets problemer trænger sig på i lige høj grad; primært må opmærksomheden dog, set udfra hospitalsmæssige synspunkter, naturligt koncentreres om tilvejebringelsen af en undersøgelses- og behandlingsbygning, der er den nødvendige forudsætning for behandlingens aktivering, og som derfor både for patienterne og for hospitalet som sådant må siges at være af central betydning. Hermed tages der også et videre sigte, idet behandlingsbygningen, i kraft af hospitalets tilknytning til Århus universitet og dettes øvrige instituter må tænkes at komme til at virke som et forskningscenter for det samlede sindssygevæsen. Med hensyn til bygningens særlige funktioner i så henseende skal man henvise til et senere afsnit om sindssygevæsenets forskningsopgaver.

Behandlingsbygningen skulle indeholde de nødvendige lokaler for to overlægeafsnit, administrationskontorer, undersøgelses- og behandlingslokaler og laboratorier m. v. Der bør i umiddelbar forbindelse hermed opføres to patientafsnit, rammende plads til ca. 100 patienter.

Udgifterne ved opførelsen af selve behandlingsbygningen anslås til at andrage ca. 4.500.000 kr., for de dertil knyttede sengeafdelinger regnes med et udgiftsbeløb af ca. 4.000.000 kr., altså ialt ca. 8.500.000 kr.

Jævnsides hermed må man imidlertid realisere det længe nærede ønske om tilvejebringelse af en børnepsykiatrisk afdeling, hvortil lovhjemmel er tilvejebragt såvel ved lov nr. 205 af 4. juni 1947 som ved lov nr. 88 af 31. marts 1953.

Hospitalets børnepsykiatriske virksomhed foregår nu på ambulant basis med hovedvirksomheden på kommunehospitalet i Århus, men også med ambulatorier i flere af de store byer i landområdet. Virksomheden, der ledes af en afdelingslæge, er imidlertid blevet så omfattende, at den ikke fortsat kan klares under disse former. Der må skabes faste rammer for arbejdet, herunder også virkelige observations- og behandlingsafdelinger, hvor børnene kan indlægges, ligesom der må ansættes mere såvel læge- som andet personale.

Der er af sindssygevæsenets tilsynsførende arkitekt, arkitekt Poul Clausen, udarbejdet et projekt til nævnte afdeling; dette projekt har været behandlet

i et af indenrigs- og boligministeren nedsat byggeudvalg og er godkendt af sundhedsstyrelsen. Den samlede byggesum, heri indbefattet de nedennævnte boliger, udgør ca. 3.500.000 kr.

Afdelingens sengetal bliver særdeles begrænset, idet hovedvægten lægges på det ambulante arbejde; der er regnet med en observationsafdeling på 24 senge og en hospitalsafdeling for psykotiske børn på 12 senge. Det er også kun få børn, der for nærværende er indlagt på statens sindssygehospitaler; det ses af en opgørelse pr. 1. januar 1952, at der på dette tidspunkt var 8 patienter under 15 år. Imidlertid er det klart, at anbringelse af børn på sindssygehospitaler for voksne er ganske overordentlig uheldig og naturligvis ikke på længere sigt kan findes forsvarlig. Der er sikkert også et vist antal børn, der burde hospitalsbehandles, men som på grund af de svigtende anbringelsesmuligheder ikke bliver det. Navnlig vil afdelingen dog få betydning for den ambulante virksomhed, og man må tillige regne med, at den vil komme til at indgå som et betydningsfuldt led i den børnepsykiatriske uddannelse; dette sidste punkt tør man tillægge en ikke ringe vægt, idet børnepsykiatrien er et nyt speciale og derfor kun gradvis vil kunne opbygge en stab af egnede medarbejdere.

Efter loven indgår i projektet for den børnepsykiatriske afdeling også et vist boligbyggeri, for hvilket planerne dog ikke på nærværende tidspunkt er endeligt udformede. Da boligmanglen er meget følelig, får projektet også derigennem sin særlige betydning for hospitalet, hvis boligbehov dog naturligvis ikke fyldestgøres ad denne vej. For det første vil delingen af hospitalet i to overlægeafsnit med selvstændige lægestabe nødvendiggøre fremskaffelsen af en vis boligmasse; men dernæst er der også for øjeblikket placeret boliger i centrale bygningsafsnit, der bør frigøres til almene hospitalsformål, såsom bibliotek, beskæftigelsesrum og besøgsstuer. Endelig vil det være nødvendigt at opføre boligkomplekser til sygeplejersker. Man må herved også tage den planlagte omlægning af sygeplejerskeuddannelsen i betragtning, idet tjeneste på psykiatrisk afdeling kommer til at indgå som obligatorisk led i den praktiske uddannelse, medens sådan uddannelse nu er af supplerende og frivillig karakter. Herved opstår et nyt boligbehov, og det er naturligvis for sindssygevæsenet vigtigt, at man ikke på dette, for personalerekruteringen så afgørende punkt distanceres af det øvrige hospitalsvæsen.

Kommissionen har ikke ønsket at tage stilling til enkelthederne i et sådant byggeprogram, men skal anføre, at direktoratet skønsmæssigt har anslået udgifterne til hospitalets samlede boligbyggeri, udover de boliger der tilvejebringes i forbindelse med den børnepsykiatriske afdeling, til et beløb af ca. 3.500.000 kr.

Hospitalet råder over to plejehjem, Rårmosegård plejehjem med plads til 120 kvinder og 4 mænd og Dalstrup plejehjem med plads til 130 mænd. Hospitalets plejehjemsbehov er derfor ikke særligt stort, men der er dog brug for et plejehjem for senile med plads til 80—100 patienter, der såvidt muligt bør placeres i Århus, hvorfra en væsentlig del af patienterne vil hidrøre. Det hertil fornødne areal, beliggende i Vejlby-Risskov kommune, er allerede erhvervet.

Når hospitalet er udbygget i henhold til foranstående, vil selve hospitalets modernisering stå tilbage. Hospitalet er, som nævnt, moderniseret i 1930'erne, men moderniseringen skete efter dengang gældende retningslinier med bibeholdelse af det store patientantal. Skal hospitalet gøres tidssvarende, må patienttallet i det nuværende kompleks nedskæres fra 728 til ca. 550. Pladsantallet nedsættes således med ca. 180, men reelt med ca. 280, idet der er en overbelægning på ca. 100, og plads skal således skaffes til ca. 280 patienter. Den midlertidige afdeling i

Randers forrykker ikke dette, da den kun er stillet til sindssygevæsenets rådighed i et kortere åremål. Opførelse af en behandlingsafdeling skulle, som foran anført, give ca. 100 senge, og et plejehjem ca. 80 senge, ialt ca. 180 senge. Det skal bemærkes, at udgifterne ved moderniseringen af selve hospitalet kun rent skønsmæssigt lader sig anslå, sålænge skitseprojekt ikke foreligger. Skulle man angive et beløb, måtte det formentlig komme til at ligge omkring 4.500.000 kr.

Hospitalet vil i dets endelige skikkelse komme til at disponere over et pladsantal, der overstiger det, man andetsteds har tilstræbt. Endvidere må det erkendes, at også hospitalets beliggenhed afviger fra det principielt ønskelige, idet direkte kontakt med det almene sygehusvæsen ikke etableres. Imidlertid gør en række særlige forhold sig gældende for Århushospitalets vedkommende. Hospitalet vil som universitetshospital i sig selv være udrustet med laboratorium m. v. i større udstrækning end ellers, ligesom dets samarbejde med andre institutioner i forvejen er stærkt udbygget. Endvidere må det erindres, at byens indbyggertal nødvendiggør, at psykiatriske sengepladser tilvejebringes på stedet i det angivne omfang, og navnlig også at bygning af et nyt sindssygehospital i Århus ikke ville indebære, at man kom det øvrige hospitalsvæsen nærmere, men tværtimod ville hidføre løsninger, der i den omhandlede henseende var mindre gunstige.

Over de med selve hospitalets udbygning og modernisering forbundne udgifter, således som disse rent skønsmæssigt er anslået af direktoratet, kan der herefter gives følgende opstilling:

	ca. kr.
1. Undersøgelses- og behandlingsafdeling samt læge og administrationskontorer m. v.	4.500.000
2. Sengeafdeling i tilknytning hertil	4.000.000
3. Hospitalets modernisering	4.500.000
Ialt ca. kr.	13.000.000

Herudover kan det være nødvendigt med henblik på visse lægekategorier og elevpersonale, der ikke kan henvises til at skaffe boliger udenfor hospitalet, at anvende et vist beløb, der endnu ikke kan opgøres, til imødekommelse af nævnte boligbehov.

Man har overvejet, hvilke af disse byggearbejder, der bør gennemføres i den første byggeperiode. Det må herved i første linie komme til at dreje sig om den børnepsykiatriske afdeling. Udfra hospitalsmæssige synspunkter kan behandlingsbygningen måske nok, som det vil fremgå af det anførte, anses for mest påkrævet, både fordi hospitalet derved vil aflastes, og fordi afdelingens oprettelse rummer forskningsmæssige perspektiver. Den børnepsykiatriske afdeling er der imidlertid af andre grunde et meget stærkt behov for; både af disse grunde og under hensyn til den givne lovhjemmel er det klart, at udskydelse af dette projekt ikke kan komme på tale; fornøden bevilling til påbegyndelsen af delte byggearbejde er derfor også nu tilvejebragt. Samtidig må det imidlertid understreges, at det er af største vigtighed, at den nævnte behandlingsbygning snarest mulig bliver en realitet, og indenfor sindssygevæsenets byggeprogram må opførelse af denne bygning derfor stå i første linie.

2. Sindssygehospitalet i Vordingborg

Sindssygehospitalet i Vordingborg, der ligesom hospitalet ved Århus er bygget af Gottlieb Bindesbøll, og som i særlig grad udmærker sig ved sin naturskønne beliggenhed, blev som det andet af statens sindssygehospitaler taget i brug i 1857. Til det oprindelige hospitalskompleks føjer sig nogle nyere afdelinger; de første af disse, der toges i brug i 1871, er sammenbyggede med selve komplekset, medens senere udvidelser i 1911 og 1923 fandt sted ved opførelse af fritliggende pavilloner. Hospitalet er normeret med 798 pladser.

I sit bygningsmæssige princip ligger hospitalet nogenlunde på linie med sindssygehospitalet ved Århus, og adskilligt af det, der er anført om nævnte hospital, har derfor også gyldighed for hospitalet i Vordingborg. Komplekset er imidlertid ved de første tilbygninger blevet i væsentlig grad forringet, idet der herved er opstået lukkede gårde, som har givet de pågældende dele af hospitalet et mørkt og indelukket præg; det er utvivlsomt, at der her bør finde nedrivninger sted, da disse bygningsafsnit er lidet anvendelige til hospitalsmæssige formål. Det gælder imidlertid også for det oprindelige kompleks, at der er afdelinger, der i deres struktur er oplagt utidssvarende. På mandssiden er der ganske vist i 1938 foretaget moderniseringer, der har muliggjort opdeling i mindre afdelinger, men på kvindesiden arbejder man endnu med et forældet afdelingssystem, hvori store fælles soveafsnit indgår; vilkårene for patientbehandlingen er her yderst ringe.

De pavillonafsnit, hvormed hospitalet sidenhen er udbygget, står også i deres nuværende skikkelse fjernt fra det, man i dag vil anse for hensigtsmæssigt. Afdelingerne er vanskeligt overskuelige, og forholdene er under den herskende overbelægning ret utålelige. Kun gennem til- og ombygninger vil det være muligt at gøre disse afdelinger virkeligt brugbare.

Det gælder om hospitalet i dets helhed, at det i høj grad er præget af et tilbagelagt stadium, hvori man kunne regne med, at flertallet af patienter var sengeliggende. Der savnes derfor opholdsrum, og beskæftigelsesmulighederne er altfor ringe; mandspatienterne har et værksted, der er for lille, kvindepatienterne er også dårligt stillede i så henseende. Hospitalets festsal er ligeledes af utilstrækkeligt format, og den kan heller ikke anvendes til gymnastik, der ellers for adskillige patienter ville være et værdifuldt led i behandlingen.

På et meget vigtigt punkt har hospitalet i Vordingborg ligesom hospitalet ved Århus måttet stå tilbage for de øvrige hospitaler, idet den deling i to overlægeafsnit, der ellers er gennemført for de store hospitalers vedkommende, kun på en særdeles ufuldkommen måde har kunnet realiseres her.

I december 1952 har kommissionen i en foreløbig indstilling til indenrigsministeren, optaget som bilag til nærværende betænkning, redegjort for det påkrævede i en sådan deling, idet man har understreget, at gennemførelsen heraf var lige nødvendig for alle de store hospitalers vedkommende. Når kommissionens nævnte forslag, der nu er gennemført, desuagtet kun tog sigte på hospitalerne i Viborg, Middelfart og Nykøbing Sj., var det, fordi man på disse hospitaler kunne tilvejebringe det nødvendige antal lokaler og boliger uden at iværksætte så omfattende byggearbejder som dem, hvorom der i Århus og Vordingborg måtte blive tale. Sidenhen har man i Vordingborg gennemført delingen, forsåvidt selve lægestaben angår, men har i lokalemæssig henseende indskrænket sig til det allermest nødtørftige. Vilkårene for det lægelige arbejde er derfor særdeles utilfredsstillende, og det er påtrængende nødvendigt, at man i nærmeste fremtid gennemfører de bygningsmæssige foranstaltninger, som delingen har haft til forudsætning.

Projekt til disse byggearbejder er under udarbejdelse. Planerne indebærer, at hospitalets hovedbygning, således som det utvivlsomt må være ønskeligt, frigøres for boliger og anvendes til lægelokaler, der her vil få en naturlig og central beliggenhed.

Den egentlige modernisering af hospitalet vil have til forudsætning, at sengeantallet i det nuværende hospitalskompleks nedsættes meget væsentligt, i al fald til ca. 550.

Hospitalet råder over tre plejehjem, nemlig de amtskommunale plejehjem i Sorø, Stege og Sakskøbing, der er normerede med ialt 444 senge. Om aflastning

af hospitalet gennem opførelse af plejehjem kan der derfor ikke blive tale.

Af de 300 patienter, der skal skaffes plads til, vil formentlig ca. 50 kunne overføres til det nye plejehjem i Ballerup; dette vil også være naturligt, fordi hospitalet modtager patienter fra Frederiksberg. Tilbage bliver herefter ca. 250 patientpladser, der må tilvejebringes gennem nybyggeri i Københavns amt.

Omkostningerne, der naturligvis kun vil kune opgøres ganske skønsmæssigt, er af direktoratet anslået således:

Ombygning af hoved- og kontorbygning m.v.	800.000
Boliger til læger og elever	2.500.000
Hospitalets modernisering	8.000.000
Ialt ca. kr.	11.300.000

3. *Sindssygehospitalet i Viborg*

Sindssygehospitalet i Viborg er opbygget omkring det gamle tugthus, der var oprettet i 1743, men som senere, navnlig i årene 1861—65, var blevet udvidet og ombygget. Ved lov af 4. maj 1875 bestemtes, at straffeanstalten, der ellers på daværende tidspunkt skulle have været nedrevet, ville være at omdanne til anstalt for uhelbredelige sindssyge; denne anstalt blev, efter at fornøden ombygning var foretaget, taget i brug i 1877. Ved lov af 29. maj 1904 tilvejebragtes hjemmel for en betydelig udvidelse af hospitalet gennem opførelse af en række pavilloner langs søen; en yderligere udvidelse blev senere gennemført i henhold til lov af 7. marts 1913, der samtidig indebar, at hospitalet blev omdannet til et egentligt sindssygehospital, altså også beregnet for akute tilfædle. Hospitalet er nu normeret med 986 pladser. Heri er indbefattet et i Viborg beliggende plejehjem, indrettet i en tidligere kommunal forsørgelsesanstalt, idet nævnte hjem drives som en afdeling under hospitalet. Derudover disponerer hospitalet over Visborggaard plejehjem med plads til 118 kvinder og 6 mænd. I overensstemmelse med kommissionens indstilling er hospitalet iøvrigt blevet delt i to overlægeafsnit, og yderligere lægeboliger er i den anledning tilvejebragt.

Udvalget af 26. november 1943 angående betimeligheden af opførelse af nye sindssygehospitaler i Nordjylland og på Sjælland, hvis betænkning dannede grundlaget for loven af 4. juni 1947 om ombygning af sindssygehospitalet i Viborg m. v., har i nævnte betænkning gjort indgående rede for hospitalets nuværende tilstand. Det fremgår heraf, at omtrent halvdelen af hospitalets sengepladser er anbragt i bygninger, kompleksets ældste dele, der af udvalget betegnes som uanvendelige til bolig for patienter. Dette indebærer altså, at hospitalets centrale afsnit i en årrække har været kondemneret. Også for kommissionen, der har haft lejlighed til at besigtige hospitalet, fremtræder det som indlysende, at situationen efterhånden er ganske uholdbar. Ved loven af 31. marts 1953 er det derfor også bestemt, at der til ombygning af hospitalet kan anvendes et beløb af indtil 15 millioner kroner, og ombygningen er nu påbegyndt.

4. *Sindssygehospitalet i Middelfart*

Sindssygehospitalet i Middelfart er opført i henhold til loven af 7. maj 1884 om udgifter ved sindssygevæsenet og om oprettelse af en anstalt for sindssyge i Fyn. Det toges i brug i 1888, men betydelige udvidelser viste sig hurtigt nødvendige; disse udvidelser gennemførtes i henhold til lov af 14. april 1893. Senere har en række om- og tilbygninger fundet sted, og hospitalet er nu normeret med 1057 pladser. I 1937 toges en særlig tuberkuloseafdeling i brug; denne afdeling er fælles for statens sindssygehospitaler. Der er til hospitalet knyttet et plejehjem, Hvedholm, med plads for 118 kvinder og 6 mænd.

Om hospitalet er der afgivet en redegørelse af udvalget af 23. november 1945

angående hospitalisering af sindssyge på Fyn og i Jylland. Der var indenfor nævnte udvalg enighed om, at forholdene på hospitalet var meget utilfredsstillende, såvel for patienterne som for funktionærerne. Mange afdelinger er altfor store, hvilket gør det vanskeligt at skaffe ro på afdelingerne og at give patienterne en differentieret behandling; der er heller ikke enestuer i fornødent omfang. Også de forhold, hvorunder lægerne arbejdede, anså udvalget af 1945 for meget utilfredsstillende, og man anså det for nødvendigt, at der udarbejdedes en samlet plan for indretningen af moderne og fyldestgørende arbejdslokaler for lægerne og deres medhjælpere, ligesom fornødne behandlingslokaler måtte tilvejebringes.

I forbindelse med den efter kommissionens indstilling foretagne deling af hospitalet i to overlægeafsnit er nye lægeboliger nu opført, og lægelokaler er indrettet i den tidligere overlægebolig i hovedbygningen; desuden er et moderne laboratorium indrettet i hovedbygningens kælder, og adskillige andre forbedringer er gennemført. Endvidere har det, takket være tuberkulosebekæmpelsen, vist sig muligt at frigøre en del af tuberkuloseafdelingen til almindelige hospitalsformål, og udmærkede behandlingsafdelinger har kunnet indrettes her; også en særlig afdeling for patienter med epidemiske sygdomme har på tilsvarende måde delvis kunnet frigøres. Alligevel har hospitalets pladsmæssige vanskeligheder været voksende gennem de senere år, idet indlæggelsernes tal er øget i hastigt tempo; hospitalet har derfor, trods overbelægning, en meget betydelig venteliste.

Trods de nævnte mangler er hospitalets bygningsmæssige kvalitet imidlertid god, og dets arkitektoniske struktur er så hensigtsmæssig, at det gennem fornøden modernisering kan føres frem til en standard, der vil være tidssvarende.

Man må antage, at hospitalet, når det er moderniseret, kun vil kunne rumme 650—700 pladser. De yderligere hospitalspladser, der herefter vil være behov for, må tænkes tilvejebragt ved opførelse af et sindssygehospital i Odense. Et sådant hospital vil ikke blot få en gunstig beliggenhed indenfor landområdet, men vil også kunne opnå direkte tilknytning til det stedlige sygehusvæsen, i det man, som det senere vil blive nævnt, vil kunne disponere over arealer, der støder umiddelbart op til Odense amts og bys sygehus. Det er beklageligt, at der ikke i Middelfart kan etableres en tilsvarende direkte forbindelse mellem sindssygehospitalet og det almene sygehusvæsen, og man ville have anset for overordentlig ønskeligt om det stedlige sygehus, der nu tænkes flyttet var blevet placeret på et areal, der kunne stilles til rådighed indenfor sindssygehospitalets område. De hertil sigtende planer har imidlertid ikke kunnet akcepteres af sygehusets bestyrelse, der udfra sygehusets synspunkter har foretrukket en anden beliggenhed, der dog også er relativt nær ved sindssygehospitalet.

Yderligere vil der være behov for flere plejehjemspladser, også disse må tænkes tilvejebragt i Odense. Mange af patienterne vil være hjemmehørende her, og det vil derfor være af betydning både for dem selv og deres pårørende, at det placeres i denne by, hvor det desuden vil kunne få nær tilknytning til det kommende sindssygehospital, som det tillige skal betjene. Plejehjemmet vil kunne tænkes indrettet med 200 senge. Samtidig tænkes supplerende plejehjemspladser tilvejebragt på et plejehjem med 120 senge, beliggende i nærheden af Vejle; som det vil fremgå af et følgende afsnit, har man tilbud om et hertil velegnet areal.

Først når hospitalet således råder over ca. 300 plejehjemspladser, vil moderniseringen kunne påbegyndes; denne modernisering må med oplagt nødvendighed indbefatte opførelsen af et centralkedelanlæg, idet det nuværende opvarm-

ningssystem, der er baseret på lokal fyring, er aldeles forældet.

Endelig vil det for hospitalet være af allerstørste betydning, om den nuværende tuberkuloseafdeling kan frigives fuldstændigt til hospitalets almindelige formål. Man regner med, at tuberkulosepatienterne i nær fremtid kan overføres til et sanatorium, idet også sanatoriernes patienttal er nedadgående; herom henvises til et senere afsnit angående sindssygehospitalernes tuberkulosepatienter.

Udgifterne ved sindssygehospitalets udbygning og modernisering efter de angivne retningslinier kan naturligvis på det foreliggende grundlag kun anslås med største usikkerhed, idet skitseprojektering ikke har fundet sted. Direktoratet har skønsmæssigt anslået udgifterne til at blive af nedennævnte størrelsesorden:

	ca. kr.
Plejehjem i Odense (200 senge)	8.000.000
Plejehjem på 100 senge (Vejle)	4.500.000
Hospitalets modernisering	10.000.000
Samlet udgift ca. kr.	22.500.000

5. Sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.

Sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. er bygget i årene 1913—15. Det opførtes med hjemmel i loven af 29. april 1913 om opførelse af et sindssygehospital og en dertil knyttet sikringsanstalt på Sjælland. Grundlaget for nævnte lov var en af Medicinalkommissionen i 1910 afgiven betænkning angående ordningen af sindssygeplejen i Danmark. Betænkningen indeholdt forslag til lov om opførelse af et sindssygehospital på Sjælland samt planer til et sådant, bygget efter pavillonsystemet. Det synes oprindelig at have været tanken at lægge hospitalet i Hillerød, hvilket også ville have været en mere central placering indenfor dets landområde; men man valgte sluttelig en anden beliggenhed.

Hospitalet er normeret med 891 senge. Hertil kommer 298 plejehjemspladser på Holbæk amts sygehjem for sindslidende i Holbæk, der belægges af hospitalet.

Til hospitalet er knyttet en særlig sikringsanstalt, bestemt til optagelse af farlige sindssyge, om hvem det i anledning af begåede lovovertrædelser er bestemt, at der bør træffes sikkerhedsforanstaltninger overfor dem. Om denne anstalts særlige forhold skal henvises til afsnittet om de kriminelle forvaringspatienter.

Hospitalet i Nykøbing Sj. er altså, navnlig i sammenligning med de øvrige sindssygehospitaler, relativt nyt. Alligevel må det på mange punkter siges at være forældet, således som det også er fastslået i en redegørelse afgivet af udvalget af 26. november 1943 angående betimeligheden af opførelse af nye sindssygehospitaler i Nordjylland og på Sjælland. Årsagen hertil må naturligvis søges i den stærke udvikling, psykiatrien netop i de seneste årtier har gennemgået. I en af hospitalet til kommissionen afgiven indstilling understreges det da også, at lægestaben har været utilstrækkelig, at pladsforholdene har forhindret en tilstrækkelig intensiv patientbehandling, og at de bygningsmæssige rammer er forældede, idet de forhold, hvorunder behandlingen foregår, svarer til sindssygebehandlingen for 40 år siden, men ikke er i stand til at opfylde nutidens krav.

Efter afgivelsen af nævnte indstilling er lægestaben blevet udbygget, idet hospitalet i overensstemmelse med den af kommissionen derom afgivne indstilling er blevet delt i to overlægeafsnit. Man har også på forskellig måde søgt at tilvejebringe bedre behandlingsmuligheder; således er der indrettet en særlig afdeling for elektrisk stimulationsbehandling og en fysiurgisk afdeling. Pladsforholdene er imidlertid fortsat fortvivlede, og situationen forværres stadig; gentagne gange har man stået overfor risikoen for at skulle afvise tvangsindlæggelser, der ellers ifølge sagens natur anses for uafviselige.

Når pladsmanglen i ganske særlig grad

tynger dette hospital, er det i kraft af den befolkningsmæssige udvikling indenfor det storkøbenhavnske område. Udflytningen til omegnskommunerne skrider hurtigt fremad, og befolkningsgrupper, der som hjemmehørende i København ellers ville henhøre under Set. Hans hospital, overføres derved til Nykøbing-hospitalets landområde. Hver kvadratmeter plads er derfor efterhånden udnyttet, og del er indlysende, at forholdene på de tætbepakkede sygestuer er ganske utålelige, navnlig naturligvis for patienterne, men også for personalet.

Det er af afgørende betydning, at hospitalets overbelægning snarest mulig bringes til ophør, hvilket også i betydeligt omfang vil ske, når sindssygehospitalet i Glostrup og plejehjemmet i Ballerup er taget i brug. Hospitalet, der •— som nævnt -- er normeret med 891 pladser, er belagt med ca. 970 patienter. Dets pladsantal bør sluttelig nedbringes til ca. 520, hvilket antal patienter antagelig vil kunne finde plads inden for rammerne af de moderniserede afdelinger.

Som led i moderniseringen må der indrettes et tidssvarende behandlingsafsnit. Dettes placering indenfor den bestående bygningsmasse vil på grund af hospitalets struktur frembyde visse problemer. Det skal her alene understreges, at man må lægge vægt på, at der tilstræbes en løsning, der ikke indebærer oprettelse af nye sengepladser på hospitalet, der på grund af dets beliggenhed ikke bør udbygges. Behandlingsafsnittet må derfor indrettes i eller søges knyttet til allerede eksisterende pavilloner.

Kent skønsmæsigt regner direktoratet med, at udgifterne ved hospitalets modernisering, hvori etablering af et centralt opvarmningsanlæg og bygning af elevboliger må indgå, vil andrage ca. 9 millioner kr.

Når hospitalet er moderniseret, og når sindssygehospitalet i Hillerød med det dertil knyttede plejehjem er opført, vil en omgruppering af patienterne indenfor det nordsjællandske område være mulig, idet der herefter vil kunne henlægges naturlige landområder til de nævnte hospitaler. Som led heri vil det også være påkrævet at overveje den fremtidige anvendelse af plejehjemmet i Holbæk, idet denne institutions tilknytning til et centralsygehus ikke i nævneværdig grad kan nyttiggøres, så længe det anvendes som plejehjem. Man bør tilstræbe en mere effektiv udnyttelse af de muligheder, der her består for samarbejde med almene sygehusafdelinger, og konsekvensen heraf må blive, at plejehjemmet, i det omfang hvori det er hensigtsmæssigt, søges omstillet til egentlige behandlingsformål. Det er en forudsætning herfor, at der etableres formålstjenlige behandlingslokaliteter; ligeledes må den fornødne lægestab til sin tid knyttes dertil, således at en egentlig psykiatrisk afdeling derved kan opbygges.

6. Sindssygehospitalet i Vedsted

Sindssygehospitalet i Vedsted er oprettet i medfør af lov af 10. september 1920 om opførelse af et sindssygehospital i Vedsted; det blev taget i brug i 1923 og normeret med 262 pladser.

Forslaget om oprettelse af et sindssygehospital i Sønderjylland fremkom kort efter genforeningen, og da der i den særlige situation skulle handles nogenlunde hurtigt, var opmærksomheden koncentreret om forhåndenværende bygninger, der kunne omdannes til formålet. Man anså jernbane- og toldbygningerne ved Vedsted for bedst egnede og tog også herved i betragtning, at de pågældende bygninger ville være overdimensionerede til deres hidtidige formål, når stationen ikke længere var grænsestation. Det var kun med største betænkelighed, at Rigsdagen gik med til, at disse bygninger skulle bruges til sindssygehospital. Hospitalet var imidlertid også kun tænkt til foreløbig afhjælpning af pladsmanglen, således at det hurtigt skulle afløses af et

nyt sindssygehospital i det sydlige Jylland. Ikke desto mindre har det nu i over en menneskealder været anvendt til hospitalsmæssige formål.

I den af udvalget af 23. november 1945 angående hospitalisering af sindssyge på Fyn og i det sydlige Jylland afgivne betænkning er der givet en indgående redegørelse for hospitalets forhold. Det fremgår af denne redegørelse, som kommissionen i det hele kan tiltræde, at hospitalet, skønt der er ofret adskilligt på at udvide og forbedre det, langt fra tilfredsstiller de krav, man i dag må stille til et sindssygehospital. Beliggenheden, på et smalt areal mellem jernbanen og en stærkt trafikeret landevej, er højst uheldig. De fleste patienter er anbragt i den tidligere stationsbygning, hvor jernbaneperronen med dens gamle halvtag er bevaret. I bygningerne, der er kakkelovnsopvarmede, lader moderne behandlingsrum sig ikke indrette. Personaleværelserne, hvoraf en stor del er anbragt i tagetagen, er lidet egnede til beboelse. Endelig påpeges det også, at hospitalets isolerede beliggenhed, fjernt fra et moderne centralsygehus, er en alvorlig mangel; dette synspunkt har selvsagt sidenhen fået øget vægt.

Det kan i denne forbindelse også nævnes, at der af Foreningen af sygeplejersker ved statens sindssygehospitaler er rettet en indtrængende henvendelse til direktoratet, hvori det anføres, at forholdene på hospitalet efter dets sygeplejerskers opfattelse er af en sådan beskaffenhed, at fortsat tilgang af kvalificeret plejepersonale ikke i det lange løb er tænkelig. Der henvises i denne sammenhæng både til boligforholdene og til de yderst primitive arbejdsforhold, der af personalet føles som særdeles belastende.

Det var udvalgets opfattelse, og er også kommissionens, at det ikke vil være forsvarligt, om hospitalet i Vedsted fortsat skulle anvendes som egentligt hospital. Skulle en gennemgribende ombygning og udvidelse finde sted, ville det være særdeles bekosteligt, og resultatet kunne alligevel ingenlunde blive tilfredsstillende. Snarere kunne det tænkes anvendt som plejehjem for sindssyge, hvorved bemærkes, at der næppe består nogen mulighed for at afhænde det til andre formål. En sådan ombygning til et plejehjem med 150 senge anslår man vil medføre udgifter til et beløb af ca. 2.000.000 kr.

Det er kommissionens opfattelse, at tanken om at omdanne hospitalet til et plejehjem må være den mest nærliggende. Herved må det imidlertid tages i betragtning, at en sådan plan først vil kunne realiseres, når et sydjydsk sindssygehospital er opført. Det kan ikke nægtes, at hospitalet herved bringes i en noget vanskelig situation, idet bygningsmæssige forbedringer, der ellers muligt var kommet på tale, nødvendigvis må udskydes, når hospitalet ikke på længere sigt tænkes videreført som sådant. Man har derfor overvejet, hvorledes hospitalet bedst kan hjælpes i en sådan mellemliggende periode.

Den væsentligste aflastning må utvivlsomt ske gennem en reduktion af sengepladsernes antal, således at mere hensigtsmæssige afdelinger kan institueres indenfor de givne rammer. Nogle af hospitalets patienter er som led i en sådan plan allerede overført til sindssygevæsenets midlertidige plejehjem på Fabersvej i Randers, og det ville være ønskeligt at få yderligere et mindre antal patienter flyttet, hvorved en vis regulering af hospitalets forhold vil være mulig.

Samtidig må man imidlertid anse det for hensigtsmæssigt, at der i nær fremtid udarbejdes planer for hospitalets omdannelse til plejehjem. Når sådanne planer foreligger, har man dermed fået mulighed for at gennemføre etapevise forbedringer, uden at disse kommer til at kollidere med den samlede planlægning. Det vil af det udviklede fremgå, at så-

danne forbedringer er i høj grad påkrævede.

7. *Sindssygehospitalet i Augustenborg*

Sindssygehospitalet i Augustenborg er oprettet i henhold til lov af 1. juli 1929, hvorved det bestemtes, at der til behandling og forplejning af sindssyge skulle tilvejebringes et hospital i Augustenborg, dels ved indretning af de til Augustenborg slot hørende bygninger, dels ved opførelse af fornødne nybygninger; det toges i brug i 1932 og er normeret med 480 pladser.

Dette hospitals problemer er af en noget anden beskaffenhed end de øvrige hospitalers. Hospitalets størrelse nødvendiggør indtil videre næppe en opdeling i to overlægeafsnit, og dets rent bygningsmæssige problemer er også relativt moderate, idet såvel selve slotsbygningen som de senere tilbygninger må karakteriseres som værende udmærket anvendelige til formålet. Indtil for kort tid siden var det faktisk muligt at opretholde en tidssvarende standard på dette hospital, og bestræbelserne må derfor gå i retning af en snarlig gennemførelse af de forholdsvis begrænsede foranstaltninger, der vil være nødvendige for at videreføre denne linie.

På grund af hospitalets isolerede beliggenhed ville man anse det for mindre rimeligt, om det udbyggedes med yderligere sengepladser; sådanne må tilvejebringes andetsteds, såvidt muligt ved hospitalsbyggeri i Kolding. Man har overvejet, om moderne modtageafdelinger burde etableres ved nybyggeri. Der er utvivlsomt behov for sådanne afdelinger, men en brugbar løsning bør tilstræbes indenfor de bestående rammer. For kvindeafdelingernes vedkommende skulle der næppe heller være noget til hinder herfor. For mandsafdelingernes vedkommende er vanskelighederne givetvis større; men det bør efterprøves, om ikke ombygning af en af de bestående afdelinger skulle være mulig. Kun hvis de bestående afdelinger ikke på økonomisk forsvarlig måde kan omformes i nævnte retning, bør en særlig behandlingsafdeling opføres.

Hospitalets lægelokaler er for nærværende aldeles utilstrækkelige, men vil hensigtsmæssigt kunne overflyttes til en nuværende afdelingslægebolig. Herefter skal en ny lægebolig opføres, og et vist boligbyggeri er i det hele påkrævet.

De med hospitalets modernisering forbundne udgifter, heri indbefattet udgifterne til opførelse af fornødne boliger til personale under uddannelse samt til læger, er af direktoratet skønsmæssigt anslået til ca. 3 millioner kroner.

B. Plejehjem

Til de egentlige sindssygehospitaler føjer sig plejehjemmene, knyttede til de respektive hospitaler. Nogle af disse plejehjem tilhører sindssygevæsenet, medens andre af hjemmene er amtskommunale institutioner, der i henhold til overenskomst med vedkommende kommune belægges med patienter fra statens sindssygehospitaler. Plejehjemmene anvendes til optagelse af kroniske patienter, hvis tilstand ikke nødvendiggør daglig psykiatrisk tilsyn. Det daglige lægetilsyn er overdraget stedlige læger, det psykiatriske tilsyn varetages af vedkommende sindssygehospital.

Der skal i det følgende gives en kortfattet oversigt over de nuværende plejehjem.

7. *Statens plejehjem*

Raamosegaard plejehjem, henhørende under sindssygehospitalet ved Aarhus, er opført i 1880 som fattiggård for nogle landkommuner på Djursland. Det har siden 1903 været anvendt til sindssyge patienter og overtoges af staten i 1912. Efter flere om- og tilbygninger er det nu normeret med 124 senge, heraf 120 for kvinder og 4 for mænd.

Dalstrup plejehjem, ligeledes henhørende under sindssygehospitalet ved Aarhus, er opført i 1881 som fattiggård og tvangsarbejdsanstalt for nogle landkommuner på Djursland. Det omdannedes i 1904 til plejeanstalt for sindssyge og erhvervedes af staten i 1943. Det er gennemgribende moderniseret og rummer plads for 130 mandspatienter.

Plejehjemmet på Fabersvej i Randers er indrettet midlertidigt i en del af det gamle amtssygehus. Det er i 1955 lejet for et tidsrum af 7 år, henhører under sindssygehospitalet ved Aarhus og har plads til 108 kvindepatienter.

Visborggaard plejehjem, sorterende under sindssygehospitalet i Viborg, er indrettet i Visborggaard hovedbygning, der erhvervedes af staten i 1931. Det er normeret med 124 senge, heraf 118 for kvindepatienter og 6 for mandspatienter.

Plejehjemmet i Nikolaigade i Viborg drives som en afdeling af sindssygehospitalet i Viborg. Det var tidligere forsørgelsesanstalt for Viborg kommune og erhvervedes af staten i 1936. Er plejehjem for 80 mandspatienter.

Hvedholm plejehjem, henhørende under sindssygehospitalet i Middelfart, er indrettet på Hvedholm slot, der erhvervedes af staten i 1928. Det er normeret med 124 senge, heraf 118 for kvinder og 6 for mænd.

Om flere af de fornævnte plejehjem gælder, at deres isolerede beliggenhed og utidssvarende indretning gør dem mindre egnede til formålet. Der kan således med tiden blive tale om nedlæggelse af enkelte af plejehjemmene, men pladsforholdene og den økonomiske situation bevirker, at dette spørgsmål ikke kan være aktuelt nu.

2. *Kommunale plejehjem*

Præstø amtskommunes plejehjem for sindssyge i Stege var oprindelig tugthus for Møen, men omdannedes i 1851 til anstalt for uhelbredelige sindssyge. Hjemmet er beliggende ved amtets sygehus, med hvilket det har fælles ledelse. I 1940 nyopførtes en bygning for mandspatienter, i 1955 fuldførtes en modernisering af dele af kvindeafsnittet. I henhold til overenskomst med Præstø amtskommune, uopsigelig indtil 1980, er samtlige pladser stillet til rådighed for statens sindssygevæsen og belægges med patienter fra sindssygehospitalet i Vordingborg. Det er normeret med 150 senge, heraf 80 for kvinder og 70 for mænd.

Maribo amts plejehjem for sindssyge i Sakskøbing oprettedes i 1860 som anstalt for amtets sindssyge. Hjemmet, der har gennemgået forskellige udvidelser og moderniseringer, er forbundet med amtets arbejdsanstalt og har ledelse fælles med denne. Efter en i 1948 med Maribo amtskommune indgået overenskomst er plejehjemmets pladser stillet til rådighed for sindssygevæsenet og belægges med patienter fra sindsygehospitalet i Vordingborg. Hjemmet er normeret med 166 senge, heraf 72 for kvinder og 94 for mænd.

Sorø amtskommunes plejehjem for sindssyge i Sorø blev oprettet som en afdeling af Sorø sygehus i 1876 og har ledelse fælles med sygehuset. Plejehjemmet er senere udvidet og er stillet til

rådighed for sindssygevæsenet i henhold til en i 1948 indgået overenskomst med Sorø amtskommune; det belægges med patienter fra sindssygehospitalet i Vordingborg. Hjemmet er normeret med 128 senge, heraf 66 for kvinder og 62 for mænd.

De gældende overenskomster vedrørende plejehjemmene i Sakskøbing og Sorø kan efter opsigelse udløbe i 1961—62.

Holbæk amts sygehjem for sindslidende i Holbæk blev oprettet som sindssygeanstalt og tvangsarbejdsanstalt og er beliggende ved Holbæk amts centralsygehus, med hvilket det har fælles ledelse. Arbejdsanstalten er nu nedlagt, og hjemmet er gennemgribende modernisеret. Samtlige pladser stilles i henhold til en 25-årig overenskomst, indgået i 1954 med Holbæk amtskommune, til rådighed for sindssygevæsenet og belægges med patienter fra sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. Hjemmet er normeret med 298 senge, men pladsantallet skal efter 10 års forløb nedskrives til 232, heraf 108 for kvinder og 124 for mænd.

De kommunale plejehjems forhold er iøvrigt drøftet mere indgående i den i 1945 afgivne udvalgsbetænkning angående betimeligheden af opførelse af nye sindssygehospitaler i Nordjylland og på Sjælland; væsentlige ændringer er, som det **vil** fremgå af ovenstående, sidenhen blevet gennemført for flere af hjemmenes vedkommende, og disses tilstand kan derfor ikke bedømmes udfra det dengang foreliggende materiale.

C. Kontrolleret familiepleje

Allerede i slutningen af forrige århundrede forsøgte man sig indenfor sindssygevæsenet, nemlig på sindssygehospitalet i Vordingborg, med anbringelse af patienter i familiepleje, men disse indledende forsøg var af særdeles begrænset omfang. De videreførtes senere ved sindssygehospitalerne i Middelfart og ved Århus, og navnlig sidstnævnte sted, hvor en familiepleje blev anlagt i 1910, antog den hurtigt et betydeligt omfang, særlig grupperet omkring hospitalets to plejehjem, Raamosegaard og Dalstrup.

Familieplejen har altid navnlig taget sigte på de kroniske patienter, og det har i særlig grad været hospitalernes pladsmangel, der har ledet tanken ind på denne anbringelsesform. Samtidig har man dog også været opmærksom på, at det for mange patienter vil kunne være af positiv værdi, at de, selvom de ikke kan klare sig på egen hånd, så dog kommer ind under mere normale livsformer end de institutionsmæssige. Når familieplejen fortsat opretholdes i dens nuværende omfang, er det imidlertid pladshensynet, der træder i forgrunden, idet det i adskillige tilfælde utvivlsomt ville være nok så betryggende, om de pågældende patienter var anbragte i et egentligt plejehjem eller på et hospital. Heri ligger dog ikke, at man ikke også i fremtiden vil være interesseret i familieplejen og vil søge den videreført.

Det må imidlertid herved tages i betragtning, at vanskelighederne ved at etablere en forsvarlig familiepleje er voksende. På de egne, hvor der er særlige traditioner derfor, vil man stadig kunne finde dertil egnede hjem, men i almindelighed må man regne med, at antallet af familier, der har de fornødne forudsætninger og muligheder, reduceres. Denne udvikling, der skyldes de ændrede familie- og boligforhold, forstærkes gennem de ændringer, patientmaterialet er undergået. Mange patienter af typer, der tidligere blev anbragt i familiepleje, vil gennem moderne behandlingsmetoder kunne helbredes således, at sådan anbrin-

gelse ikke kommer på tale. De patienter, der herefter bliver tilbage, vil hyppigt være så reducerede, at de ikke kan yde familien, hos hvem de anbringes i pleje, den bistand, man tidligere anså for naturlig. Skulle denne udvikling modarbejdes, kunne man eventuelt øge vederlaget for plejen; men det er formentlig uheldigt, om man i for høj grad akcentuerer det økonomiske moment, idet det er af afgørende vigtighed, at man begrænser sig til en kreds, der har interesse for patienterne og er indstillet på at behandle dem med forståelse. Der er iøvrigt heller ikke grund til at antage, at det er sagens økonomiske side, der bereder familieplejen de største vanskeligheder.

Der er for tiden 7—800 patienter i familiepleje. For deres anbringelse gælder regulativ af 1. februar 1934 angående anbringelse i kontrolleret familiepleje af patienter i statens sindssygehospitaler. Heri er foreskrevet, at der som regel ikke må anbringes mere end to patienter i samme plejehjem. Endvidere er der udfærdiget en vejledning af samme dato, hvori kravene til patienternes behandling er formulerede. Det fremhæves heri, at patienterne i enhver henseende bør behandles som hørende til familien, skal kunne opholde sig i dens opholdsstuer og spise sammen med den. Der føres af hospitalerne regelmæssigt tilsyn med de i familiepleje anbragte patienter.

Man har i juli 1954 indhentet oplysninger fra hospitalerne angående antallet af familieplejepatienter i de enkelte plejehjem, idet man derved har villet danne sig et skøn over belægningsforholdenes forsvarlighed. Der var på nævnte tidspunkt 225 hjem med 1 patient, 109 med 2 patienter, 41 med 3 patienter, 27 med 4 patienter, 10 med 5 patienter, 5 med 6 patienter, 2 med 7 patienter og 1 med 10 patienter. Det fremgår heraf, at 335 patienter var anbragt i hjem, der havde et større antal patienter i pleje, end man efter gældende regler anser for normen. Det kan således rent talmæssigt godtgøres, at familieplejeinstitutionen er udnyttet udover sine naturlige rammer, hvilket hospitalernes pladsforhold beklageligvis har nødvendiggjort. Der er imidlertid samtidig indhentet nærmere oplysninger angående hjemmene med de større patienttal, og det er klarlagt, at forholdene efter vedkommende hospitalers skøn er forsvarlige; adskillige af patienterne har direkte udtalt, at de nødigt vil flyttes andetsteds hen. På lamgere sigt må det dog givetvis anses for ønskeligt, at antallet af familiepatienter, set på baggrund af de til rådighed stående hjem, nedbringes. Når henses hertil og til de stedse mere reducerede muligheder for at etablere sådan anbringelse, vil det være klart, at man kun med største varsomhed tør lade familieplejen indgå i sine beregninger, når man vurderer sindssygevæsenets fremtidige pladsbehov.

KAPITEL IV

Det fremtidige behov for hospitalspladser

A. Statistisk vurdering*

At pladsforholdene på sindssygehospitalerne længe har været meget dårlige, behøver ikke at uddybes nærmere, og at pladsbehovet indtil videre må antages at være stadig stigende, er ubestrideligt. Spørgsmålet er blot, *hvor meget* behovet vil tiltage indenfor den tidsperiode, kommissionen specielt har beskæftiget sig med. Herom foreligger en række beregninger og skøn, som er tilvejebragt af et underudvalg, bestående af ekspeditionssekretær i Det statistiske departement, cand. act. frøken *Inger Aising*, overlæge ved den medicinske afdeling på Frederiksborg amts centralsygehus i Hillerød, dr. med. *Torben Andersen*, chef for sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske kontor, cand. polit., frøken *Marie Lindhardt*, overlæge ved sindssygehospitalet ved Århus, professor, dr. med. *Erik Strömgren* og daværende reservelæge ved samme hospital *Bent Borup Svendsen*. Udvalget afgav i foråret 1954 en betænkning, som danner grundlaget for de i dette kapitel fremførte betragtninger, og hvis mere principielle og dokumentariske afsnit vil blive citeret i det følgende; her og der vil der blive indføjet kommentarer i det omfang, som den i de forløbne år stedfundne udvikling gør naturligt. Udvalget gav i sin tid også, efter kommissionens anmodning, et forslag til en plan for sindssygehospitalernes udbygning, specielt med hensyn til nye hospitalers placering, og på grundlag af dette forslag og de undersøgelser og overvejelser, som vedkommende underudvalg (udvalg 4) i mellemtiden har anstillet, har kommissionen da formuleret sin endelige udbygningsplan.

I det statistiske underudvalgs betænkning hedder det:

»Udvalget har ikke blot tilsigtet at undersøge, hvorledes pladsforholdene vil udvikle sig, såfremt sindssygevæsenets arbejde også i fremtiden skal holdes indenfor de hidtidige rammer, men tillige at danne sig et skøn over, hvorledes udviklingen vil forme sig, såfremt nye patientkategorier og arbejdsmetoder kommer ind under sindssygevæsenets område.

Man har kun i begrænset omfang anset det for rigtigt at medinddrage statistisk materiale fra andre lande, idet forholdene vedrørende psykisk lidende personers hospitalisering er så forskellige fra land til land, at det, selv når det drejer sig om nabolande, ofte vil være uberettiget direkte at overføre statistisk begrundede overvejelser fra det ene til det andet land. Ganske vist synes de fleste pålidelige statistiske undersøgelser fra ind- og udland vedrørende den psykiatriske sygelighed at vise, at langt de fleste psykiske abnormiteter i forbavsende grad optræder med samme frekvens i de forskellige lande, men de retningslinier, efter hvilke de syge kan og bør hospitaliseres, veksler så stærkt, alt efter de pågældende landes geografiske og sociologiske struktur, at behovet for hospitalspladser slet ikke lader sig beregne ud fra hyppigheden af de enkelte sygdomme.

De faktorer, som påvirker pladsbehovet, kan deles i tre hovedgrupper: 1) Befolkningsmæssige faktorer, 2) Hyppigheden af psykiske sygdomme og abnormi-

* Bilag D, tabel 1—13.

teter (morbiditeten) og 3) Hospitalsmæssige faktorer.

De *befolkningsmæssige faktorers* betydning er indlysende. Behovet for pladser må afhænge dels af det samlede befolkningstal, dels af aldersfordelingen i befolkningen, idet de enkelte aldersklassers psykiske sygelighed er indbyrdes stærkt varierende; endvidere spiller sådanne sociologiske forhold som fordelingen mellem land- og bybefolkning en væsentlig rolle, idet de psykisk abnorme på landet langt lettere lader sig pleje i private hjem, end tilfældet er i byer eller bymæssige bebyggelser.

Som tidligere anført er *sygdomsrisikoen,* hvad en række af de almindeligste sindslidelser angår, forbavsende konstant, ikke blot fra land til land, men også gennem det tidsrum, i hvilket man har kunnet udarbejde nogenlunde pålidelige statistiker vedrørende disse forhold. Således kan nævnes, at intet tyder på, at risikoen for at få skizofreni (ungdomssløvsind),manio-depressiv psykose (stemningssindssygdom) eller senile sindssygdomme har forandret sig i dette tidsrum. Når der i offentligheden — og i vid udstrækning blandt læger — hersker den opfattelse, at psykiske lidelser bliver mere og mere hyppige, skyldes dette først og fremmest, at mennesker med sådanne lidelser i vore dage er mere tilbøjelige til at søge lægehjælp, endvidere, at mange, som tidligere på forsvarlig måde kunne plejes i private hjem, nu ikke længere kan klare sig her, og endelig ikke mindst, at befolkningens aldersfordeling har udviklet sig til ugunst for det talmæssige forhold mellem sunde og syge.

Under *hospitalsmæssige faktorer* indbefattes eksempelvis følgende faktorer: Jo dårligere et land er forsynet med hospitaler og jo længere afstand der er fra de syges bopæl til hospitalerne, des mindre tilbøjelighed til indlæggelse vil der være; jo dårligere pladsforholdene er, og jo slettere forplejningen og behandlingen er, des mere utilbøjelige vil de syge være til indlæggelse. Enhver forbedring af hospitalsvæsenet vil derfor medføre øget behov for hospitalspladser. Endvidere: Jo større landområde et hospital dækker, des mindre bliver muligheden for ambulant behandling, og følgen er, at mange, som kunne behandles ambulant, i stedet må indlægges og beslaglægge sengeplads. For de patienter, der bor i nærheden af hospitalet, vil tilbøjeligheden til henholdsvis indlæggelse og ambulant behandling være afhængig af kvalitative faktorer; hvis hospitalerne, hvad indretning og pladsforhold angår, er dårlige, men forsåvidt behandlingens effektivitet angår, er gode, vil det indebære, at tendensen til indlæggelse aftager samtidig med, at den ambulante behandlings omfang tiltager.

Det vil af det anførte umiddelbart fremgå, at nogle af de indgående faktorer er meget vanskelige at vurdere statistisk, medens andre med forholdsvis stor sikkerhed lader sig bestemme, ligesom deres fremtidige udvikling i ikke ringe grad kan forudsiges. I det følgende vil man først og fremmest beskæftige sig med de sidstnævnte faktorer, og da især de befolkningsmæssige.

1. Befolkningsmæssige faktorer

Tabel 1 A giver en oversigt over det normerede pladsantal, og det faktiske patienttal (= gennemsnitsbelægningen) på sindssygehospitalerne i tidsrummet 1910—52. Den stigning i det normerede pladsantal, som har fundet sted i tidens løb, er ikke i alle tilfælde udtryk for en forøgelse af sindssygevæsenets kapacitet, idet det i flere tilfælde har drejet sig om, at staten formelt har overtaget tidligere amtskommunale plejehjem, som også før den tid i realiteten belagdes med patienter, som rettelig henhørte under sindssygevæsenet. Igennem langt den største del af den omhandlede periode har der været stærke klager over pladsmanglen

på hospitalerne og lange ventelister. Bedst har pladsbehovet åbenbart været dækket omkring 1940, da ventelisterne **praktisk** talt var forsvundne. På dette tidspunkt rådede statens sindssygevæsen over et antal pladser (heri ganske vist includeret et betydeligt antal ekstrasenge), der svarede til ca. 2,4 ‰ af befolkningen uden for Københavns kommune. I betænkning I, afgivet af udvalget af 26. november 1943 angående betimeligheden af opførelsen af nye sindssygehospitaler i Nordjylland og på Sjælland, angives, at et sengetal på 2,5 ‰ af befolkningen skulle være nødvendig for opfyldelse af de krav, der kan stilles om hospitaliseringen af sindssyge. Da pladsantallet siden 1940 praktisk talt ikke er blevet forøget, og da befolkningen uden for København årligt tiltager med ca. 35.000 personer, har dækningspromillen været jævnt faldende, således at den i 1950 var sunket til 2,17 ‰. Befolkningen uden for København udgjorde på det tidspunkt ca. 3,5 mill., hvoraf fremgår, at såfremt pladsforholdene skulle have holdt sig på højde med forholdene i 1940, skulle der have været oprettet 0,23 ‰ af 3,5 mill. = ca. 810 pladser; såfremt man fastholder det mål, som sattes i den nævnte betænkning, nemlig 2,5 ‰, skulle der have været oprettet yderligere 350 pladser.

Det falder uden for den statistiske fremstillings rammer at ytre sig om, hvorvidt det i 1944 angivne tal 2,5 ‰ dengang ville have opfyldt alle rimelige krav. Der vil i det følgende blive omtalt faktorer, som bevirker, at kravene formentlig skærpes år for år, således at det forekommer sandsynligt, at 2,5 ‰-værdien allerede nu er for lav. Denne formodning støttes yderligere af, at der på de steder i landet, hvor denne promille faktisk står til rådighed, dog ikke er tilfredsstillende pladsforhold: i Vordingborgs landområde findes pladser svarende **til** 2,58 ‰ af befolkningen, og alligevel findes her overbelægning og ventelister, til trods for, at det drejer sig om en forholdsvis lidet bymæssigt præget landsdel.

Det fremgår af de anførte tal, at *befolkningstilvæksten i sig selv nødvendiggør oprettelse af 35.000* X $\frac{2,5}{1.000}$ *ca. 90 nye pladser pr. år.*

Af Det statistiske departement er der foretaget en række beregninger med hensyn til sindssygehospitalernes pladsforhold, således som de har været siden 1921, og således som de kan antages at udvikle sig i fremtiden; det sidste under forudsætning af, at pladsantallet ikke forøges.[1]

Tabel 2 viser antallet af til rådighed stående pladser pr. 100.000 personer på 15 år og derover, beregnet særskilt for de enkelte hospitalers landområder. Det fremgår heraf, at det pågældende tal formelt har været stigende indtil 1940 og derefter været jævnt faldende; herved skal bemærkes, at den tilsyneladende stagnation fra 1945—50 skyldes, at visse amtskommunale plejehjem nu er blevet inddraget under staten, hvilket selvsagt ikke betyder nogen reel kapacitetsforøgelse.

På grundlag af denne tabel er derefter (tabel 3) beregnet, hvor mange nye pladser der bør oprettes under sindssygevæsenet i de kommende år, dels

1. Forudsætningerne for de i nærværende betænkning foretagne beregninger med hensyn til befolkningsudviklingen i tiden indtil 1970 er følgende: Folketallene for perioden 1911—1950 hidrører fra de officielle tællinger. De forudberegnede tal for 1955 og fremefter for hele landet er beregnet på grundlag af forudsætningen om, at fødselshyppigheden holder sig på det i 1950 konstaterede niveau, og at dødeligheden bliver som i perioden 1946—1950. De enkelte amters andele af det samlede befolkningstal er delvis beregnet ved grafisk ekstrapolation med udgangspunkt i tællingernes amts- og aldersfordelinger afstemt med den forudberegnede aldersfordeling for hele landet.

under den forudsætning, at pladsantallet pr. 100.000 indbyggere over 15 år skal være som i 1940, dels at antallet skal være som i 1950. Det er klart, at det er det første tal, der skal være vejledende for, hvad man minimalt bør tilstræbe, idet pladsforholdene i 1950 var ganske utilfredsstillende. Det fremgår af tabellen, at der allerede i 1955 er et deficit på 814 pladser; det vil i 1960 være vokset til 1.236 og i 1970 til 2.100.

Det skal iøvrigt bemærkes, at der på et sindssygehospital til enhver tid bør findes ca. 5 % ledige senge, da man ellers jævnligt vil være nødt til at anbringe patienter på afdelinger, hvor de efter deres tilstand ikke hører til. Til dette antal senge er der i de statistiske overvejelser *ikke* taget hensyn.

Det fremgår ligeledes af tabel 3, at udviklingen vil forme sig vidt forskelligt i de forskellige landsdele. Bedst stillet er Vordingborgs landområde, som befolkningsmæssigt er stagnerende, og som, hvad pladsantallet angår, på grund af de meget store plejehjem er ret velforsynet; det skal dog bemærkes, at det er et andet spørgsmål, om en så stor procentdel plejehjemspladser virkelig er tilstræbelsesværdigt. Relativt gode er forholdene også i Sønderjylland, hvor pladsbehovet kun vil stige langsomt.

I Nykøbing Sj.'s område stiller forholdene sig væsentlig ugunstigere end noget andet sted som følge af den stærke befolkningstilvækst i Københavns omegnskommuner. Ca. 40 % af behovet for nye pladser falder således på Nykøbing Sj. Denne udvikling har først taget fart i de sidste år; medens pladsforholdene endnu for 10 år siden var dårligst i det nordlige Jylland, er de nu langt værre for Nykøbing Sj.'s vedkommende.

En anden faktor, som spiller ind her, er følgende: I en storbys område vil det være således, at den socialt dueligste og sundeste del (fortrinsvis udgående fra de yngre aldersklasser) af befolkningen har tilbøjelighed til at tage ophold i forstæderne, således at bl. a. den psykiatriske indlæggelsesfrekvens fra den indre by er større end fra forstæderne. Dette har indtil for få år siden gjort sig gældende således, at byrden med hensyn til psykiatriske hospitalspladser i hovedstadsområdet overvejende er faldet på Københavns kommune. Imidlertid er sidstnævnte befolkning nu stagnerende, medens tilgrænsende forstadskommuner i befolkningsmæssig henseende efterhånden får mere og mere rent storbypræg, hvilket nødvendigvis må give sig udslag i, at antallet af psykiatriske indlæggelser øges. I Københavns kommune har man (jfr. betænkning I fra den af magistraten under 28. februar 1944 nedsatte hospitalskommission) regnet med et behov på ca. 3,5 ‰ egentlige sindssygehospitalspladser, og rent faktisk udgjorde i 1950 det samlede antal patienter på Set. Hans hospital (med tilhørende plejehjem) 3,2 ‰ af befolkningen. Efter al sandsynlighed må man regne med, at Københavns forstadskommuner i de kommende år hurtigt vil nærme sig behovtal af denne størrelsesorden. Til dette forhold er der i tabel 3 *ikke* taget hensyn, hvorfor man må regne med, at behovet inden for Nykøbing Sj.'s landområde i de kommende år vil vise sig endnu større, end det fremgår af tabel 3. — I samme retning vil en særlig udtalt stagnation af Københavns kommunes befolkning virke; i de til grund for tabel 3 liggende beregninger er det forudsat, at København vil vokse noget i de kommende år; skulle denne vækst blive hæmmet (f. eks. fordi der ikke findes flere arealer anvendelige til boligbyggeri), vil udvandringen til forstadskommunerne blive stærkere end her forudsat.

Af andre forhold, som — ud over den simple befolkningstilvækst — vil påvirke behovet for psykiatriske pladser, skal først og fremmest nævnes *den ændrede aldersfordeling.* Hvorledes denne vil forme sig i de kommende år, kan natur-

ligvis ikke forudsiges med sikkerhed, men at tendensen vil præges af formindsket dødelighed og dermed tiltagen af de aldersklasser, som har størst psykiatrisk sygelighed, må siges at være ganske overvejende sandsynligt. I denne forbindelse må nævnes, at en aftagende dødelighed erfaringsmæssigt formindsker forskellen mellem de sindssyges dødelighed og gennemsnitsbefolkningens dødelighed. Endnu for en menneskealder siden kunne man regne med, at de sindssyge havde en dødelighed, der var 5—10 gange så stor som gennem snitsbefolkningens i de samme aldersklasser; de vigtigste årsager hertil var dels, at man vanskeligt kunne få de sindssyge til at leve hygiejnisk, hvorfor alle slags infektioner •— især tuberkulose — havde let spil over for dem, dels at undersøgelse og behandling af deres legemlige sygdomme var vanskelig at gennemføre. De sidste års landvindinger med hensyn til bekæmpelse af infektionssygdomme er da ikke mindst kommet disse patienter til gode, således at deres »overdødelighed« nu kun er af beskedent omfang. Dette bevirker for de sindssyges vedkommende (i endnu højere grad end i gennemsnitsbefolkningen) en stærk tiltagen af de ældre aldersgruppers andel i det totale antal. Disse forhold illustreres af tabel 4A, der viser, hvorledes aldersklasserne har været repræsenteret på sindssygehospitalerne i 1937—1952. Det ses eksempelvis, at patienter på 70 år eller mere i 1952 udgjorde en dobbelt så høj promille (af befolkningen i disse aldersklasser) som i 1937. Sammenligner man de enkelte 5-års-klasser i 1937 og 1952, viser det sig, at der af befolkningen under 50 år er indlagt *færre* promille i 1952 end i 1937, medens de ældre aldersklasser er langt stærkere repræsenteret. Da der ikke er grund til at antage, at sygeligheden i de yngre aldersklasser er aftaget i en hertil svarende grad, må denne udvikling for en del være udtryk for, at de ældre patienter har bredt sig på bekostning af de yngre, som i og for sig trænger til indlæggelse, men af pladsforholdene forhindres i at opnå en sådan; i nogen grad medvirkende kan en af behandlingernes øgede effektivitet fremkaldt forkortelse af visse yngre patienters liggetid selvsagt også være.

En nærmere analyse tyder nu på, at repræsentationen af de ældre aldersklasser *ikke* i så høj grad som formodet skyldes hyppigere *indlæggelser* af senile. En særskilt gennemgang af indlæggelserne på sindssygehospitalet ved Århus, fordelt efter de indlagtes alder (tabel 4B), viser, at personer på 60 år og derover har udgjort en ret konstant procentdel af samtlige indlagte, nemlig 10—12 %, og denne procentdel kan ikke siges at have vist nogen stigende tendens, idet den for året 1950 er den laveste hidtil påviste, nemlig 8,4 %. I det år, da pladsforholdene var bedst, nemlig i 1940, udgjorde indlæggelserne af over 60-årige 14 %, det højeste påviste procenttal.

At statens sindssygehospitaler i stadig stigende grad huser gamle mennesker, skyldes altså (under den rimelige forudsætning, at forholdene på dette punkt er nogenlunde ens på de forskellige hospitaler, således at man kan generalisere fra forholdene i Århus) kun i mindre grad flere indlæggelser af senile, men derimod overvejende, at de, der er blevet indlagt i yngre aldersklasser, nu om stunder ikke har nogen væsentlig forøget dødelighed og derfor, såfremt sindslidelsen er kronisk, forbliver på hospitalet op i deres høje alder. De mange gamle på sindssygehospitalerne er således ikke fortrinsvis egentlige senile, men overvejende skizofrene (patienter med ungdomssløvsind). Ganske stemmende hermed er den kendsgerning, at medens i 1937 kun knap 35 % af patienterne havde været indlagt i mere end 10 år, var dette i 1952 tilfældet med over 51 % (se tab. 5).

Betragter man alle sindssygehospitalerne under eet, var i 1937 knap 20 %

af patienterne 60 år og derover; i 1952 var det tilsvarende tal 35 %.[2]

Forskydningen mellem aldersklassernes repræsentation kan også illustreres af følgende: Såfremt der i 1952 af personer på 60 år og derover kun havde henligget samme promille, som tilfældet var ved tværsnitundersøgelsen i 1937, ville der have ligget 966 personer færre, end der faktisk var i 1952. Der må regnes med at være en betydelig risiko for, at disse ca. 1.000 personer, som belægger pladser på hospitalerne, derved forhindrer lige så mange af de yngre aldersklasser i at blive indlagt, og at disse yngre syge vil melde sig, såsnart pladsforholdene tillader det.

Af andre forhold, som vil få indflydelse på indlæggelsesbehovet, er *forskydningen i forholdet mellem land- og bybefolkning* (jfr. tab. 6). Inddeler man Danmarks befolkning (-r- Københavns kommune) i to grupper, nemlig den, der bor i samfund på 2.500 indbyggere og derover, på den ene side og den øvrige befolkning på den anden side, viser det sig, at der i 1950 fandtes 1.237.000 personer over 15 år i bygruppen og 1.317.000 i landgruppen; såfremt den forskydning, der har fundet sted i den sidste menneskealder, fortsætter, vil det i 1970 være således, at bybefolkningen over 15 år udgør 1.796.000, landbefolkningen 1.267.000. Medens landbefolkningen således er svagt aftagende, vil bybefolkningen i løbet af disse 20 år tiltage med 560.000 personer. Dette accentuerer i høj grad behovet for nye pladser.[3]

I Københavns kommune spiller de alderdomssvækkede tydeligvis en langt større rolle end i provinsen; dette skyldes sikkert fortrinsvis storbybefolkningens ringere muligheder for at tage sig af senile i private hjem og i alderdomshjem; i landbohjem og i provinsens alderdomshjem tolereres de bedre.

Endelig skal nævnes, at en befolknings økonomisk-sociale niveau sandsynligvis også er af betydning for det psykiatriske indlæggelsesbehov. Hvis denne faktor er af væsentlig betydning, må det antages at bevirke en forskel i indlæggelsestallene for eksempelvis Gentofte kommune på den ene side og Hvidovre og Rødovre kommuner på den anden side. Tab. 8 viser, at der i årene 1949—52 fandtes en sådan forskel, idet indlæggelsesfrekvensen på modtageafdeling fra de sidstnævnte kommuner er over dobbelt så stor som i Gentofte. Tallene stammer fra Rigshospitalets afdeling O, der fungerer som psykiatrisk modtageafdeling for Københavns amt. Til sammenligning tjener en lignende opgørelse fra sindssygehospitalet i Nykøbing Sj., der fra dette amt fortrinsvis modtager de sværere og mere langvarige tilfælde; i den samme årrække er der fra hver af de tre omtalte kommuner indlagt ca. 50 pr. 100.000 indbyggere pr. år. Dette tyder på, at en stor del af de indlæggelser, der sker på en psykiatrisk modtageafdeling, er

2. I denne forbindelse kan nævnes en fornylig af *Ødegaard* offentliggjort undersøgelse vedrørende dødeligheden blandt norske sindssyge; han påviser, at den aftagende overdødelighed er den vigtigste af de faktorer, der bevirker forøget behov for hospitalspladser: af den forøgelse af behovet, som fandt sted i årene 1920—30, skyldes 61 % denne faktor, og for årene 1930—1948 var tallet 65 %.

3. Når man har sat grænsen for bymæssig bebyggelse ved 2.500, ligger det i, at de statistiske undersøgelser, der foreligger vedrørende indlæggelsesfrekvensen for samfund af forskellig størrelse (se *Landis & Page: Modem Society and Mental Disease,* New York 1938), synes at vise et tydeligt »knæk« i kurven ved samfund på ca. 2.500 indbyggere. Den tilvækst på over ½ million indbyggere, som kommer i løbet af disse 20 år vedrører altså en befolkning, hvis psykiatriske indlæggelsesbehov må påregnes at være væsentlig større end for den øvrige gennemsnitsbefolkning i Danmark uden for Københavns kommune.

delvis socialt betingede, mens sådanne sociale faktorer kun i mindre grad gør sig gældende ved indlæggelser af de svære tilfælde med langvarigt forløb.«

Det skal udtrykkeligt fremhæves, at forskelle mellem befolkningsgruppers indlæggelsesbehov ikke siger noget som helst sikkert om forskelle med hensyn til sygelighed; forskelle vil meget vel alene kunne være et udslag af, at den ene gruppe bedre end den anden er i stand til at tage sig af (resp. tolerere) de syge uden at lade dem indlægge. Landbefolkningen og den økonomisk velstillede del af befolkningen vil således alt i alt have bedre muligheder for at undgå hospitaliseringer, som for et ubemidlet byklientel med dårlige boligforhold er bydende nødvendige.

2. Sygdoms risikoen

»Som tidligere anført foreligger der ret grundige undersøgelser over sygdomsrisikoen for de forskellige sindslidelser både i Danmark og i udlandet, og resultaterne har vist, at sygdomsrisikoen er i forbavsende grad konstant fra land til land. I næsten alle tilfælde, hvor man har foretaget grundige undersøgelser af større befolkninger, har det vist sig, at 10—12 % af befolkningen vil få en psykisk lidelse (jfr. herved undersøgelser af *Fremming*[4] og *Strömgren*[5]). Efter dansk terminologi vil de fire hovedgrupper af abnormiteter: egentlige sindssygdomme, intelligensdefekter, neuroser og psykopatier udgøre nogenlunde lige store dele af dette samlede tal.

Medens man på den ene side ikke har grund til at antage, at risikoen for de psykiske lidelser i de enkelte aldersklasser er tiltagende, er der på den anden side heller ingen rimelig grund til at forvente, at de store grupper af sindslidelser vil aftage i hyppighed. Imidlertid vil mange faktorer bidrage til, at de sindslidende stiller større krav til sundhedsvæsenet, og det bliver herefter et spørgsmål, om der kan tænkes i fremtiden også at gøre sig modsat rettede tendenser gældende, for eksempel ved, at en mere effektiv forebyggelse og behandling nedsætter antallet, respektive varigheden af sindslidelser. En sådan tendens kan vel påvises for enkelte sygdomme, men den er endnu ikke så udtalt, at den spiller nogen nævneværdig rolle for pladsbehovet. Forsøg på forudsigelse af tendenser for kommende år vil være rent spekulative, men når der fra enkelte sider er blevet udtalt den formodning, at mere effektiv psykiatrisk behandling skulle kunne bevirke, at behovet for psykiatriske pladser i en nærmere fremtid kunne blive mærkbart aftagende, er det formentlig nødvendigt at prøve på at danne sig et skøn over de fakta, som kan danne udgangspunktet for sådanne spekulationer.

Til dette formål har man i januar 1953 på sindssygehospitalet ved Århus foretaget en »*tværsnitundersøgelse*«.

Alle patienter, som henlå på hospitalet den 28. januar 1953, registreredes, hvorefter der opstilledes en tabellarisk oversigt over dem med angivelse af køn, alder, diagnoser og afdelingens art samt særlige forhold, der kunne antages at have betydning for fremtidsudsigterne; herved tænkes specielt på, om patienterne havde komplicerende lidelser, der vanskeliggjorde eller umuliggjorde en effektiv behandling, om alle rimelige behandlingsmuligheder var udtømte etc. Den ledende tankegang var, at man ville søge at udfinde, med hensyn til hvor mange af patienterne man havde noget holdepunkt for at antage, at de havde en chance for under bedrede behandlings- og forplejningsforhold at kunne blive udskrevne

4. *Kurt H. Fremming:* Sygdomsrisikoen for sindslidelser og andre sjælelige abnormtilstande i den danske gennemsnitsbefolkning, København 1947.

5. *Erik Strömgren:* Statistical and Genetical Population Studies within Psychiatry. Methods and Principal Results. Congres International de Psychiatrie, bind VI, Paris 1950.

hurtigere, end det nu om stunder er tilfældet. Ligeledes skønnedes over muligheden og rimeligheden af at overføre visse patientkategorier (f. eks. forvaringspatienter) til andre institutioner.

Tabel 7 viser resultatet af undersøgelserne, hvorved bemærkes, at denne kun omfatter selve hospitalet, ikke plejehjemmene og familieplejen, der med få undtagelser omfatter patienter, om hvem det er skønnet, at mere indgribende psykiatrisk behandling ikke kan føre til noget resultat. Det drejer sig, som anført, om 419 mænd og 418 kvinder. For de fleste diagnosegrupper ligger procenttallene for de to køn meget nær ved hinanden. Til de enkelte diagnosegrupper kan knyttes følgende kommentarer:

Dementia paralytica, den syfilitiske sindslidelse, er i høj grad tilgængelig for behandling; den særdeles effektive behandling, som har været anvendt den sidste menneskealder, bevirker, at disse patienter, som tidligere i næsten alle tilfælde døde inden for 2 år efter sygdommens frembrud, nu i ca. 25 % af tilfældene fuldstændig helbredes; yderligere 25 % bedres så væsentligt, at de kan klare sig nogenlunde varigt uden for hospital; resten opnår kun en standsning af sygdomsprocessen, som ikke muliggør udskrivning, men derimod nødvendiggør, at de tilbringer resten af deres levetid på hospital. Her foreligger altså det paradoksale forhold, at en effektiv behandling samtidig med, at den resocialiserer en stor del af disse patienter, i virkeligheden forøger behovet for hospitalspladser til den pågældende gruppe af syge. Imidlertid kan det ikke siges at være uberettiget, hvis man netop over for denne sygdom er optimistisk, hvad den forebyggende side af sagen angår; den moderne penicillinbehandling af syfilis vil efter al sandsynlighed bevirke, at færre syfilitikere bliver paralytikere; helt udryddet vil sygdommen dog ikke blive, da man må regne med, at et vist antal syfilitikere ikke gennemfører behandlingen, respektive forbliver ubehandlede, fordi sygdommen ikke erkendes i sit tidligere stadium.

De senile sindslidelser foreligger kun hos ca. 7 % af patienterne. Vi råder ikke over metoder, der kan bedre disse patienters sindslidelse; men vi har effektive midler til at forlænge disse patienters liv, hvilket i forbindelse med, at de aldersgrupper, det her drejer sig om, tiltager stærkt i frekvens, med sikkerhed vil bevirke, at denne kategori patienter vil tiltage i hyppighed.

Epilepsien spiller ikke nogen kvantitativ rolle på hospitalerne for tiden. Det drejer sig her om epileptikere, der er præget af sindssygdom, og som i de fleste tilfælde rettelig hører hjemme på sindssygehospital.

Andre organiske sindslidelser er en lille gruppe, der fortrinsvis omfatter visse arvelige sygdomme, som hidtil har vist sig helt utilgængelige for behandling.

Skizofreni (ungdomssløvsind) udgør her som på andre hospitaler den største gruppe; det er disse patienter, der beslaglægger langt de fleste pladser på de kroniske afdelinger. Ved en gennemgang af de her omhandlede over 400 skizofrene viser det sig, at de med få undtagelser er behandlet med alle til rådighed stående midler, således at man må sige om dem, at de udgør en rest af særligt utilgængelige sygdomstilfælde, ved hvilke behandlingerne enten har været uden varig virkning, eller kun har medført det (ganske vist meget væsentlige), at patienterne er gået over i en bedre tilstand, der dog ikke har muliggjort udskrivning.

Den næststørste gruppe udgøres af de *manio-de pres sive.* Omkring halvdelen af disse er sådanne, som har vist sig utilgængelige for de ved denne sygdom ellers i almindelighed særdeles effektive shockbehandlinger. Et vist antal pladser må formentlig altid påregnes belagt med sådanne kroniske manio-depressive, selv om det ikke kan udelukkes, at behand-

Ungernes effektivitet også over for disse tilfælde kan forbedres. De øvrige pladser i denne gruppe er belagt med patienter, hvis sygdom er af godartet karakter, og hos hvem shockbehandlingerne virker forkortende på de enkelte anfald; medens man før shockbehandlingerne kunne regne med, at anfaldene hos disse patienter gennemsnitlig varede ca. ½ år, er varigheden nu presset ned til 2—3 måneder, og det forekommer sandsynligt, at den stadig fremadskridende forbedring af behandlingstekniken vil fortsættes, således at man kan regne med yderligere afkortning af disse patienters hospitalsophold. På den anden side drejer det sig netop om en sygdom, som tidligere havde en betydelig dødelighed, ikke mindst gennem selvmord; behandlingens effektivisering vil derfor også give sig det udslag, at patienterne gennemsnitlig vil leve længere og derfor også vil opleve flere anfald, hvorfor de i mange tilfælde kommer til at beslaglægge hospitalssenge i længere tid, end de uden behandling ville have gjort.

Endelig skal nævnes, at generne ved shockbehandlingerne, skønt stærkt reducerede, dog endnu er af et sådant omfang, at man nødigt anvender dem over for de lettere tilfælde, specielt de tilfælde, der er så lette, at patienterne til nød kan klare sig ude i samfundet. Hvis det lykkes at gøre behandlingerne endnu mere lempelige, vil det føre til et forøget antal indlæggelser af sådanne lette tilfælde.

En ret stor gruppe udgøres af de *psykogene psykoser* (sindslidelser fremkaldt af sjælelige shock og konfliktsituationer). Disse sygdomme er i sig selv praktisk talt altid helbredelige, men behandling kan undertiden påskynde forløbet og formindske faren for tilbagefald. Der kan ikke ses bort fra den mulighed, at forbedret mentalhygiejne og specielt lettere adgang til ambulant psykiatrisk hjælp på tidlige stadier af sygdommen kan bevirke en nedsættelse af behovet for psykiatriske pladser til disse patienter.

Neuroserne udgør med de håbløse pladsforhold, der for tiden råder på hospitalerne, en kvantitativt betydningsløs gruppe. Hvis pladsforholdene bedres, vil der komme en betydelig tilvækst af neurotikere.

Hvad *psykopatierne* angår, da er behandlingsmulighederne for de hospitaliserede psykopater, der ofte udgør de vanskeligste tilfælde, ikke gode. Det drejer sig her ofte om patienter, der indlægges, fordi man ikke kan finde nogen anden anbringelse til dem. Det har været overvejet at oprette særlige institutioner for sådanne ikke-kriminelle psykopater, hvilket ubestrideligt ville føles som en lettelse for sindssygehospitalerne. Sådanne specialinstitutioners berettigelse og levedygtighed må dog være nogen tvivl underkastet.

De *alkoholister*, der nu om stunder indlægges på sindssygehospital, udgør de sværeste tilfælde, ofte præget af ledsagende sindssygdom. De lange afvænningskures tid er efter antabusbehandlingens indførelse stort set forbi. Selv om disse patienter hyppigt indlægges, er liggetiden oftest så kort, at de på sindssygehospitalerne ikke udgør noget stort pladsmæssigt problem.

Det samme kan siges om de patienter, som *misbruger narcotica* og andre medicamenter. Dog gælder det her stadig, at lange afvænningskure næsten altid vil være tilrådelige; vanskelighederne består først og fremmest i at få patienterne til at blive så længe som påkrævet.

De *retslige observanders* antal er ikke stort. De lægger i høj grad beslag på lægernes arbejdskraft, men de belægger ikke mange senge, specielt ikke efter, at man er gået over til at foretage de fleste observationer ambulant.

21 mænd og 1 kvinde var dømt til *forvaring.* 18 af disse patienter var således prægede af sindssygdom, at de utvivlsomt hørte hjemme på sindssygeafdeling; om 3 kunne det diskuteres, om de ikke snarere burde overføres til psyko-

patforvaring; kun i eet tilfælde (kvinden) var det givet, at sidstnævnte forvaringsform ville være den rette. — Såfremt et kriminalasyl havde eksisteret, ville man til dette have kunnet overføre sådanne sindssyge lovovertrædere, hos hvem kriminaliteten var et dominerende træk i tilstandsbilledet; det drejer sig i det foreliggende materiale om 6 patienter. Alt ialt kunne altså godt halvdelen af de forvarede siges at høre til på et sindssygehospital, medens resten naturligt kunne anbringes på institutioner af anden art.

Et vist antal *åndssvage* vil altid findes på sindssygehospitalerne. Det drejer sig her om patienter, der har kroniske eller hyppigt tilbagevendende sindslidelser.

Sammenfattende kan siges, at det synes at fremgå klart, at der for de talstærke sygdomsgruppers vedkommende ikke er nogen udsigt til, at behovet for hospitalspladser vil aftage inden for en overskuelig fremtid, selv om behandlingernes effektivitet tiltager i det omfang, man med rimelighed kan forvente. Om den største af grupperne, skizofrenien, der omfatter halvdelen af de indlagte, kan siges, at disse patienters overdødelighed stadig er aftagende, og at gruppen derfor snarere vil tendere imod at lægge beslag på et stigende antal pladser; det samme gælder de senile grupper. De eneste to grupper, for hvilke man med nogen ret tør formode en nedgang i pladsbehovet, er paralytikerne og de psykogene psykoser, men disse udgør i det foreliggende materiale, der må antages at være temmelig repræsentativt for danske sindssygehospitaler, kun 8—9 % af de indlagte. Der er således ingen grund til at antage, at en formindskelse af behovet for disse gruppers vedkommende vil kompensere den forøgelse af behovet, som kan ventes for de andre gruppers vedkommende.

I denne forbindelse er det rimeligt at erindre om, at det ikke blot inden for psykiatrien, men også inden for de fleste andre medicinske specialer er således, at forøgelse af behandlingernes effektivitet først og fremmest viser sig ved, at en større del af de syge resocialiseres og revalideres; virkningerne betyder altså en aflastning for samfundet, derimod ikke for hospitalerne, der tværtimod ofte netop får en yderligere belastning, fordi patienter, der tidligere ikke havde noget at vinde ved indlæggelse, nu strømmer til for at underkaste sig de nye behandlinger.

3. *Hospitalsmæssige faktorer*

Hvad de hospitalsmæssige faktorer angår, synes det klart, at de fleste af dem er tilgængelige for et kvalitativt skøn; men hvorledes de rent kvantitativt vil udvikle sig, er det meget vanskeligt at sige noget om.

Med sikkerhed kan man dog eksempelvis, som omtalt, forudse, at en forbedring af sindssygehospitalerne med hensyn til pladsantal, pleje og behandling vil medføre en øget tilstrømning af patienter. I samme retning vil det virke, såfremt man kommer ind på at bygge mindre hospitaler spredt ud over landet, således at den gennemsnitlige afstand til hospitalerne formindskes. Allerede *Harald Selmer* viste (1879) ved sin statistiske analyse af indlæggelser på sindssygehospitalet ved Århus, at indlæggelsesfrekvensen var væsentlig større i de landsdele, som lå nærmere ved hospitalet, end i de øvrige. Til brug for nærværende betamkning har man for samme hospital foretaget en ny beregning, der kan belyse disse forhold. Resultatet fremgår af tabel 9, af hvilken det klart ses, at indlæggelsesfrekvensen er væsentlig større for Århus og Skanderborg amter end for Ålborg amt[6].

6. Se heroin også *B. Borup Svendsen:* Patientskiftet på sindssygehospitalet ved Århus 1952, Ugeskrift for læger 1954: 116:1050--1053.

Et særligt instruktivt eksempel på afstandsfaktorernes betydning haves i forholdene for Sønderborg amt, hvor de sindssyge indtil 1. april 1932 måtte indlægges på sindssygehospitalet i Middelfart, medens de efter denne dato henvistes til det nye hospital i Augustenborg. Man har foretaget en opgørelse af indlæggelserne fra Sønderborg amt for hvert af de 10 sidste finansår før skæringsdatoen såvel som for hvert af de 10 efterfølgende finansår (tabel 10). Overflytninger fra andre hospitaler ligesom genindlæggelser fra prøveudskrivning er fradraget. Det fremgår heraf, at til trods for, at befolkningen i amtet har været meget langsomt og jævnt voksende i de pågældende 20 år, ses et tydeligt spring i indlæggelserne i tilslutning til skæringsdatoen. I betragtning af, at det samlede antal indlæggelser på hospitalerne har været stigende i tidsrummet, må det være rigtigst at sammenligne antallet af indlæggelser fra Sønderborg amt med indlæggelserne på samtlige sindssygehospitaler. Til trods for, at befolkningen i Sønderborg amt er tiltaget noget langsommere end befolkningen i hele det omhandlede område, viser det sig, at medens indlæggelserne fra amtet før skæringsdatoen kun udgjorde 1,23 % af samtlige indlæggelser, så udgjorde de efter den dag 2,05 %, hvilket vil sige en stigning på 67 %.

Tabel 11 viser en af Det statistiske departement udarbejdet opgørelse af den gennemsnitlige rejsetid fra oplandet til det egentlige hospital, såvel som rejsetiden fra de fjernestliggende bysamfund til hospitalerne. Rejsetiden er beregnet som tiden fra vedkommende togs (rutebils) ordinære afgangstid til ankomsttidspunktet til den ved hospitalet nærmeste station. Hertil kommer selvsagt transporten til og fra stationen samt ventetider, forårsaget af utilstrækkelig overensstemmelse mellem togplan og besøgstid o. I., men allerede nettotiden forekommer temmelig afskrækkende.

Selv om de lange rejsetider altså har tendens til at virke nedsættende på indlæggelsesfrekvensen, således at spredning af hospitalerne vil bevirke forøgelse af tilstrømningen, må det ikke glemmes, at de lange rejsetider også kan virke forlængende på patienternes hospitalsophold, fordi det er vanskeligt for hospitalets personale at opnå den for behandlingen og ikke mindst udskrivningsforberedelserne nødvendige kontakt med patienternes pårørende. Ligeledes vil det ofte vise sig vanskeligere at få fjerntboende pårørende til at gå med til prøveudskrivning, simpelthen fordi de synes, at det er besværligt og dyrt med den lange transport ved en eventuel genindlæggelse.

Et forhold, der har betydelig indflydelse på de enkelte patienters liggetid, er selvsagt effektiviteten af det lægelige arbejde på hospitalet: Hvis hospitalet kvantitativt og kvalitativt er veludrustet med læger, hjælpepersonale (sekretærer, socialrådgivere, laboratorieassistance etc.) og instrumentarium, vil undersøgelser og behandlinger kunne afvikles i det mest hensigtsmæssige tempo; således som bemandingen og hjælpemidlerne hidtil har været, er en alt for stor del af patienternes tid blot gået med at vente, både før og under indlæggelsen, hvilket indvirker yderst uheldigt ikke blot direkte på den enkelte patients velfærd, men også på hospitalernes renommé og derigennem på patienternes indstilling til psykiatrisk behandling.

En enkelt side af de hospitalsmæssige problemer, som har været meget omtalt i diskussionen om sindssygehospitalernes fremtid, udgøres af spørgsmålet om, hvorvidt det vil være formålstjenligt i stedet for sindssygehospitaler at bygge psykiatriske modtageafdelinger, f. eks. i tilknytning til centralsygehusene. Når spørgsmålet berøres i denne sammenhæng er det, fordi man har ønsket at danne sig et skøn over, hvor mange modtageafdelingspladser der skulle fremskaffes, såfremt det øvrige land skulle

råde over det samme antal pladser, som København råder over (pr. 100.000 indbyggere over 15 år). I København er tallet ca. 62 pr. 100.000. Skulle det øvrige land dækkes på samme måde, vil det betyde (tabel 12), at der i 1955 skulle have eksisteret 1.647 pladser på psykiatriske modtageafdelinger. Herved må yderligere betænkes, at Københavns kommune, der i mange år har rådet over sådanne modtageafdelinger, ikke des mindre er bedre forsynet med egentlige sindssygehospitalspladser end det øvrige land og tilmed regner med en betydelig forøgelse af disse pladser i fremtiden. Dette må tyde på, at modtageafdelingernes funktioner for en væsentlig del er helt andre end dem, der påhviler sindssygehospitalerne i deres nuværende skikkelse, og at oprettelse af modtageafdelinger landet over derfor ikke kan tænkes i nævneværdig grad at afhjælpe sindssygehospitalernes vanskeligheder.

Det bør yderligere bemærkes, at de opgaver, der løses af psykiatriske modtageafdelinger, i nogen grad må antages at træde i baggrunden for landbefolkningens vedkommende, og at behovet for modtageafdelingspladser derfor i væsentlig større grad må antages at gøre sig gældende for den del af befolkningen, der bor i bebyggelser med over 2.500 indbyggere, det vil for tiden sige godt 50 % af befolkningen uden for København, i 1970 ca. 60 % af befolkningen.«

I hvor høj grad en psykiatrisk modtageafdeling vil komme til at aflaste det pågældende landområdes sindssygehospital, må naturligvis især afhænge af visitationen. Klientellet kan groft deles i 3 kategorier: a) patienter af den art, som p. t. modtages på sindssygehospitaler, b) patienter, som p. t. fortrinsvis behandles på medicinske og andre sygehusafdelinger, c) patienter, der indlægges akut og ganske kortvarigt, f. eks. for affektreaktioner, alkoholisk betingede tilstande o. 1. Hvis man, som f. eks. i Sverige, nøjes med åbne afdelinger, vil kategori b) blive relativt dominerende, medens a) og c) patienter vil blive indlagt direkte på det nærliggende sindssygehospital. I Københavns kommune, derimod, hvor man har lukkede modtageafdelinger, og hvor afstanden til sindssygehospital er stor, vil belæget blive noget mere præget af a) patienter og — på grund af storstadsmentaliteten — af c) patienter. Såfremt landområdets sindssygehospital har pladsmangel, vil modtageafdelingen udsættes for et pres af a) patienter; jo bedre pladsforholdene bliver, jo mere vil b) patienterne brede sig. En universitetsklinik som Rigshospitalets afd. O, der visitationsmæssigt er frit stillet, vil selvsagt i stor udstrækning kunne forme sin belægning. For denne afdelings vedkommende foreligger der en nøjagtig redegørelse (udarbejdet af reservelægerne *B. Borup Svendsen* og *E. Vestesen)* for indlæggelserne fra Københavns amtsrådskreds i 1955; det viste sig, at af 710 indlæggelser ville 54 % med sikkerhed og 26 % meget muligt være blevet indlagt på sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. (S.N.S.), såfremt afd. O ikke havde eksisteret; afdelingen har altså i det pågældende år aflastet S.N.S., først og fremmest arbejdsmæssigt, men også med hensyn til 40 å 45 senge. Det må ganske vist bemærkes dels, at afdelingen i det pågældende år særlig visiterede psykoser til indlæggelse, dels at det pågældende landområde kun råder over meget få pladser på modtageafdeling (15 pr. 100.000 indb., mod Københavns kommunes (52 pr. 100.000), hvilket — i forbindelse med pladsmanglen på S.N.S. — naturligvis bevirker et særligt pres på afd. O af svære, absolut indlæggelseskrævende tilfælde (a)-patienter). Jo bedre området bliver forsynet med pladser, jo mere vil b)- og c)patienterne træde ind i billedet og dermed aflastningen for sindssygehospitalerne aftage.

Også på sindssygehospitalerne modtages patienter til kortvarig indlæggelse. Dette fremgår f. eks. klart af en redegørelse (ved *B. Borup Svendsen,* U. f. L. *116,* 1050 (1954)) for »patientskiftet på sindssygehospitalet ved Århus 1952«: af 941 udskrevne patienter havde

190	været indlagt	under 14 dage	
509	»	»	14 dage—3 mdr.
167	»	»	3 mdr.—1 år
51	»	»	1—10 år
24	»	»	over 10 år.

Dette betydelige patientskifte foregår

imidlertid på et antal pladser, der kun udgør en mindre del af hospitalets sengeantal; men netop disse patienter kræver en betydelig arbejdsindsats fra personalets side. Ved disse kortvarige indlæggelser er det af betydning, at der er en **let** etableret kontakt mellem hospitalet og patientens milieu. Dette vanskeliggøres — som ovenfor omtalt — ved visse af de nuværende hospitalers isolerede beliggenhed og ville langt lettere kunne opnås ved etablering af nye og mindre psykiatriske institutioner i nærheden af patientens hjemsted.

»Et særligt problem, hvortil man må tage stilling, er fordelingen indenfor sindssygevæsenets forskellige pladskategorier. Sindssygevæsenet anbringer patienter på hospitaler, plejehjem og i **familiepleje.** Alle tre kategorier af pladser er ønskelige, men det må siges at være meget usikkert, hvilken fordeling **af** pladserne mellem disse tre kategorier der er den mest formålstjenlige. I 1950 rådede sindssygevæsenet over et samlet pladsantal (normeret sengetal plus gennemsnitlig overbelægning) svarende til 2,17 ‰ af befolkningen (se tabel 13)[7]. Af disse befandt 1,55 ‰ sig på hospitalerne, 0,35 ‰ på plejehjemmene og 0,26 ‰ i familiepleje. Fordelingen var imidlertid meget uensartet i de forskellige landsdele, idet f. eks. Vedsted og Augustenborg slet ikke rådede over plejehjemspladser, medens for Vordingborgs vedkommende næsten 30 % af patienterne var anbragt på plejehjem. Hvad familieplejen angår, ligger Århus højst, idet her 27 % af patienterne er i familiepleje, medens tallet andre steder er under 10 %.

Af hele patientmassen var 72 % anbragt på hospital, 16 % på plejehjem og 12 % i familiepleje; hvis man udskyder de to områder, i hvilke der ikke findes plejehjem, altså Vedsted og Augustenborg, bliver fordelingen: hospitalspladser 70 %, plejehjemspladser 18 %, familiepleje **12** %.

Hvis man sammenholder de enkelte områders forhold med gennemsnitstallene for hele landet (÷ København), ses det, at Århus er langt dårligst stillet, hvad hospitalspladser angår, medens som nævnt familieplejetallet ligger særlig højt. På Vordingborg er plejehjemstallet meget stort (formentlig *for* stort); det burde — ligesom Århus' familieplejetal — nedskæres, idet en del af patienterne ikke egner sig til de pågældende anbringelsesformer. I Viborg er hospitalstallet relativt stort. Det samme gælder Middelfart. For Nykøbing ligger tallene ret nær ved gennemsnitstallene. Augustenborg er tilsyneladende bedst stillet med hensyn til hospitalspladser; men da landsdelen ikke råder over plejehjemspladser, vil nogle af hospitalets senge være belagt med patienter af plejehjemstypen.

Som nævnt kan der ikke siges noget sikkert om, hvad der er den ideelle fordeling, og det er naturligvis meget tvivlsomt, om den samme fordeling bør tilstræbes i alle dele af landet; selvom patientkategorierne inden for de enkelte landområder fordelte sig nogenlunde ens, kan andre forhold bevirke, at man i praksis dog ikke kan tilstræbe de samme talværdier inden for de tre kategorier; befolkningens egnethed til at huse familieplejepatienter kan således være **vidt** forskellig i de forskellige landsdele. Hertil kommer, at der er grund til at regne med, at det i fremtiden generelt vil vise sig mere og mere vanskeligt at skaffe egnede plejefamilier. Da de patienter, der efter deres art kunne være i familiepleje, også vil kunne være på plejehjem, kan det for visse formål være praktisk at sammenfatte disse to kategorier. Det kan da siges at være rimeligt at regne med, at *ca. 70 % af patienterne bør være*

7. I det følgende er ikke taget hensyn til, at Færoerne (ea. 32.000 indbyggere) hører til Nykøbings landområde (og tidligere har hørt til Vordingborgs).

på hospital og ca. 30 % på plejehjem eller i familiepleje. I nødssituationer kan sidstnævnte tal forøges noget.«

Udvalget bemærker endelig, at der, som tidligere anført, ikke kan. siges noget sikkert om, hvilket antal pladser (pr. 1000 indb.) man bør tilstræbe. Som en foreløbig rettesnor er valgt værdien 2,5 ‰, fordelt således: Hospitaler 1,8 ‰, plejehjem 0,5 ‰, familiepleje 0,2 ‰; omregnet pr. 1000 indb. over 15 år svarer disse tal groft til følgende værdier: Hospitaler 2,5 ‰, plejehjem 0,7 ‰, familiepleje 0,3 ‰.

Udvalgets redegørelse er sluttelig sammenfattet således:

»Der er givet en oversigt over de vigtigste af de faktorer, der kan påvirke behovet for psykiatriske hospitalspladser. Disse faktorer er opdelt i tre hovedgrupper: 1) Befolkningsmæssige faktorer, 2) Ændringer i sygdomsrisikoen, 3) Hospitalsmæssige faktorer. Det er påvist, at det eksisterende antal pladser langtfra imødekommer nutidens rimelige krav; det således foreliggende pladsunderskud vil alene gennem befolkningstilvæksten øges med ca. 90 pladser pr. år, hvortil kommer de yderligere krav, som befolkningens stigende gennemsnitsalder og tendensen til vandring mod byerne medfører. Nødvendige moderniseringer af de gamle hospitaler bevirker en nedgang i antallet af disponible pladser på ca. 1.800. Ved loven af 31. marts 1953 er der skabt mulighed for oprettelse af 1.450 pladser.

Sammenfattes virkningen af disse forskellige faktorer, kan det siges, at statens sindssygevæsen i året 1970 sandsynligvis vil have brug for ca. 10.800 pladser, medens der — hvis der ikke foretages andre udvidelser end de i loven af 31. marts 1953 forudsete — til den tid kun vil eksistere 7.100 pladser. Et byggeprogram for tiden 1958—1970 bør således tilstræbe at skaffe ca. 3.700 pladser, d. v. s. ca. 300 pladser pr. år (ligesom i indeværende byggeperiode 1953—1958). Det tør håbes, at sindssygevæsenet herved vil være ført så vidt å jour, at man efter 1970 vil kunne begrænse sig til et program, der fremskaffer de ca. 100 pladser pr. år, som befolkningstilvæksten kræver.«

B. Kommissionens forslag*

Der har, som nævnt, af kommissionen været nedsat et underudvalg, der med udgangspunkt i den af det statistiske udvalg afgivne betænkning har overvejet, hvorledes de kommende institutioner mest hensigtsmæssigt kunne tænkes placeret. Sådanne overvejelser må i væsentlig grad bygge på et skøn over den befolkningsmæssige udvikling indenfor de pågældende områder, således som udviklingen er klarlagt i det af det statistiske udvalg udarbejdede materiale. Det er denne udvikling, der er bestemmende for behovet i sig selv; men planerne vil desuagtet ikke kunne lægges under ensidig hensyntagen hertil. Den direkte tilknytning til de almindelige sygehuse, som man tilstræber, er et så afgørende moment, at muligheden for at opnå en sådan tilknytning stedse må haves for øje. Det særlige underud valg har derfor måttet efterprøve de i så henseende bestående muligheder, ligesom man også har gjort sig bekendt med de øvrige lokale forhold, der kunne tænkes at være af betydning for hospitalernes placering. Herom har forhandlinger været ført med de stedlige sygehusbestyrelser og andre interesserede parter. Endvidere har man søgt bistand hos sinds-

* Bilag E., F., G. og H.

sygevæsenets tilsynsførende arkitekt, arkitekt Poul Clausen, og den tilsynsførende ingeniør, civilingeniør Jørgen Koch, for at man derved kunne sikre sig, at de tekniske forudsætninger for et hensigtsmæssigt hospitalsbyggeri var tilstede.

Udvalget har endvidere søgt at danne sig et skøn over byggeomkostningernes sandsynlige størrelsesorden. De angivne beløb er anslået skønsmæssigt af direktoratet efter forhandling med arkitekt og ingeniør. Da skitseprojekter ikke foreligger, og da prisudviklingen indenfor den periode, man opererer med, naturligvis ikke lader sig overskue, må beregningerne tages med betydelige forbehold.

Ved planlægningen har man nødvendigvis måttet regne med en given byggeperiode, der kunne danne rammen om det program, man skulle lægge. Indenfor denne ramme har udformningen derefter været bestemt af forskellige faktorer. Man har måttet indordne planerne i en prioritetsorden, der var bestemt af de foreliggende behov og af de forskellige byggearbejders indbyrdes sammenhæng. Man har endvidere måttet tilstræbe en nogenlunde jævn fordeling af de nødvendige investeringer, og man har endelig også måttet tage hensyn til den for byggeriet naturlige arbejdsrytme.

Man har indenfor det statistiske udvalg som arbejdshypotese forudsat, at sindssygevæsenets samlede udbygning skulle være tilendebragt omkring 1970, således at opgaven derefter skulle være indskrænket til det hospitalsbyggeri, den løbende befolkningstilvækst i sig selv vil nødvendiggøre. Kommissionen må, alt taget i betragtning, som sin arbejdshypotese regne med en tilendebringelse omkring 1975. Man har samtidig gjort sig klart, at der intet på forhånd kan siges om, hvorvidt det udfra samfundsmæssige helhedsbetragtninger vil blive anset for muligt at gennemføre investeringerne i det tempo, nævnte sluttermin har til forudsætning. Planlægningens princip vil forsåvidt heller ikke forrykkes, selvom perioden forlænges; dog må man naturligvis i så fald i sine beregninger indkalkulere den yderligere befolkningstilvækst indenfor det længere tidsrum. Eksempelvis måtte man, hvis perioden, som antydet, forlænges til 1975, regne med muligheden af opførelsen af et hospital udover de anførte. Når et sådant yderligere hospital desuagtet ikke indgår i det af kommissionen udarbejdede byggeprogram, der alene tager sigte på dækning af det for perioden indtil 1970 statistisk konstaterede behov, er det udfra den betragtning, at beregningerne, forsåvidt angår periodens sidste del, under alle omstændigheder må være behæftede med nogen usikkerhed, således at man alligevel må regne med en vis margin i den ene eller anden retning. Regner man med en byggeperiode indtil 1975, anslår direktoratet, at en årlig investering på ca. 20 millioner kroner, beregnet efter det nuværende prisniveau, skulle dække samtlige de forslag, man har gjort sig til talsmand for; en skematisk oversigt over investeringerne er optaget som bilag F.

De tidsfrister, hvormed der opereres, må altså tages med det nævnte forbehold, der er knyttet til almene forudsætninger, som kommissionen ikke har nogen mulighed for at bedømme. Man finder dog i denne forbindelse anledning til at understrege, at vort psykiatriske hospitalsvæsen først vil være fuldt ydedygtigt, når planerne er realiserede i deres helhed, således at en altfor langvarig byggeperiode allerede af den grund må findes betænkelig. Endvidere tør man i denne forbindelse ikke overse, at de gamle hospitaler først vil kunne moderniseres, efterhånden som de nye institutioner, der skal aflaste dem, tilvejebringes. Kun hvis hospitalerne ombygges indenfor en rimelig tidsfrist, vil man kunne affinde sig med forhold, der ikke på længere sigt er akceptable. Skydes ombygningen ud i fremtiden, kan man derimod blive tvun-

get til foranstaltninger, der foregriber en mere tilbundsgående modernisering, og som antagelig kun vil være af begrænset værdi, når denne til sin tid foretages.

Man er gået ud fra, at der for de herhenhørende byggearbejder skal skabes tilsvarende lovhjemmel som den ved loven af 31. marts 1953 tilvejebragte. Man har imidlertid ikke fundet det rimeligt at udarbejde udkast til lovforslag vedrørende det samlede byggeprogram, der strækker sig over en så betydelig periode; i det udkast til lovforslag, der er optaget som bilag E. til betænkningen. har man derfor kun medtaget de projekter, der er af en sådan aktualitet, at de indenfor en nærmere fremtid må give anledning til konkrete overvejelser. I sin struktur er lovforslaget derved også kommet til at svare til den tidligere lov, som det til sin tid skal afløse. Ved den følgende redegørelse for planlægningen har man fulgt en geografisk opdeling, således at man behandler de enkelte landområder, Sjælland, Fyn og Jylland, hver for sig.

I bilag F. har man tillige indrangeret planerne i den prioritetsorden, man vil finde hensigtsmæssig. Principperne skulle, som nævnt, være uændrede, selvom perioden måtte blive forrykket.

Man har overvejet, om det, på tilsvarende måde som for investeringernes vedkommende, skulle være muligt at udforme et overslag over driftsudgifternes vækst, efterhånden som udbygningen skrider fremad. Der spiller imidlertid her så mange faktorer ind, at det er vanskeligt at danne sig et klart overblik derover. Det kan imidlertid anføres, at der for sindssygehospitalet ved Århus for finansåret 1957/58 er budgetteret en driftsudgift svarende til en udgift af kr. 28,63 pr. sygedag. Man skulle herefter på de gamle hospitaler kunne regne med en driftsudgift pr. seng på omkring 10.000 kr. om året, hvilket — idet fornødent forbehold tages med hensyn til driftsformen på de nye hospitaler og med hensyn til prisudviklingen indenfor perioden — giver en omtrentlig målestok for omfanget af de nævnte udgifter.

1. Sjælland

Sjælland (og omliggende øer) falder befolkningsmæssigt naturligt i to dele, Københavns omegn med en hastigt voksende befolkning og resten med en stagnerende befolkning; simplest ville det derfor være at betragte de to dele hver for sig; men da førstnævnte område foreløbig vil være stærkt underforsynet med hospitalspladser, må der endnu i en rum tid være samarbejde med sidstnævnte områdes hospitaler.

Mest overskuelige bliver forholdene formentlig, hvis man først udskiller Vordingborg af beregningerne. Dette hospital ville for tiden naturligt kunne dække et opland, bestående af Maribo, Præstø, Sorø og Bornholm amter samt Færøerne; sammenlignet med den nuværende ordning betyder dette, at Frederiksberg kommune udgår af området, medens Færøerne inddrages deri. Forøgelsen af pladsbehovet i tiden indtil 1970 ville kunne kompenseres ved successive afgivelser af Færøerne, der bør have eget hospital på Færøerne, se herom senere, og Bornholms amt, der endnu ganske vist næppe kan bære et eget hospital, men som har rimeligt krav på at blive henvist til et hospital i Københavns umiddelbare nærhed. For Vordingborgs vedkommende foreligger der således mulighed for en passende balance; udvidelser af kapaciteten er under hensyn til landsdelens befolkningsmæssige stagnation og til, at de fjerntliggende dele af oplandet bør afgives, ikke betimelige.

Resten af Sjælland, eller (da Holbæk amt stagnerer) rettere det nordøstlige Sjælland, bliver stedet, hvor nye pladser skal oprettes. Glostruphospitalet og Ballerup plejehjem ville let kunne fyldes med patienter alene fra Københavns amt. Frederiksborg amt er stort nok til at bære et hospital af standardstørrelse

(350 senge) *, der bør placeres så nær ved Centralsygehuset som muligt; et plejehjem i dette amt vil desuden blive nødvendigt. Endnu to hospitaler (å 350 senge) og et plejehjem må påregnes opført i Københavns omegn inden 1970; til det ene bør patienter fra Bornholm henvises.

De her givne forslag tager sigte på at likvidere det »underskud« der i 1950 androg 4—500 pladser, men som i 1970 vil være steget til ca. 1.400, såfremt Nykøbing og Vordingborg moderniseres, og såfremt der ikke foretages andre nybygninger end dem, der er fastlagt i loven af 31. marts 1953.

Der er i en skematisk opstilling, bilag G, givet en sammenfattende oversigt over områdets pladsbehov og over de planer, man fremscTtter med henblik på dækningen af nævnte behov. Man har i 1. talkolonne angivet pladsbehovet (1950) for hvert amt for sig og har i 2. kolonne sammenfattet amterne gruppevis, således at der opstår geografisk og trafikalt naturlige »oplande« til hospitalerne. I 3. kolonne anføres behovtallene for de enkelte oplande i 1970, og i 4. kolonne vises, hvor mange pladser der faktisk står til rådighed, når loven af 31. marts 1953 er effektueret, og moderniseringen af hospitalerne foretaget. I 5. kolonne er angivet det underskud, der må antages at være indenfor de pågældende områder i 1970. Hertil føjer sig tabellens højre del, hvori kommissionen har antydet, hvorledes et byggeprogram, udstrakt til 1975, kan tænkes udformet.

Det behøver næppe at understreges, at et program som det angivne i nogen grad må være elastisk; befolkningsforholdene kan udvikle sig anderledes end forudsat, familieplejen kan få et andet omfang end beregnet etc. Særligt store afvigelser kan sådanne forhold dog næppe tænkes at bevirke.

Indenfor det sjællandske område skulle der altså, udover Glostruphospitalet, være behov for tre sindssygehospitaler, det ene i Hillerød, de to andre i Københavns amt. De nævnte hospitaler skulle hver have 350 pladser. Der vil endvidere, udover plejehjemmet i Ballerup, være brug for to plejehjem med henholdsvis 100 og 250 pladser.

Sindssygehospitalet i Hillerød tænkes knyttet til det derværende centralsygehus, og man har efterprøvet mulighederne herfor.

Hospitalet vil kunne placeres lige overfor sygehuset på et areal, hvor ejendommen »Sandviggaard«'s bygninger nu er beliggende. Det vil også kunne lægges på fjernere arealer, der som landbrugsjord har været drevet under nævnte ejendom.

Af de sidstnævnte arealer har to været besigtigede, begge smukt beliggende i statsskovens nærhed. Det ene har man på grund af dets kuperede form og dets vanskelige afvandingsforhold ikke fundet egnet til sådan bebyggelse. Det andet ville forsåvidt være særdeles velegnet, men nogen direkte forbindelse med sygehuset ville hospitalet i intet af disse tilfælde få, og man har derfor fundet, at det umiddelbart overfor sygehuset beliggende areal ved Dyrehavevej bør foretrækkes.

Nævnte areal, tilhørende Hillerød kommune, er kun på 3,4 ha, og bebyggelsen måtte derfor her blive særdeles koncentreret. Det bør suppleres med et disponibelt areal på 1,1 ha, der strækker sig

* Angående de kommende hospitalers størrelse henvises til det p. 55 herom anførte, hvoraf vil fremgå, at man opererer med hospitalsenheder på 300—350 senge som det indtil videre rimelige, og derfor har lagt nævnte tal til grund for de statistiske beregninger. Økonomiske og administrative betragtninger må her i væsentlig grad spille ind, medens de psykiatriske hensyn, hvormed tallet iøvrigt også er fundet foreneligt, i højere grad vil være bestemmende for lægestabens sammensætning.

gennem en tilstødende rækkehusbebyggelse og vil være egnet som boligkvarter. Det ville endvidere have været særdeles ønskeligt, om der herudover havde kunnet afses areal til enkelte afdelinger indenfor selve sygehusets område, men sygehusets egne dispositionsplaner, så vidt disse for tiden kan overskues, stiller sig hindrende i vejen herfor. En vis del af pladsbehovet vil imidlertid kunne imødekommes i forbindelse med opførelsen af det nedennævnte plejehjem.

Selvom man valgte et af de andre arealer, ville afstanden til centralsygehuset være ret kort, men sagkundskaben er af den opfattelse, at det umiddelbare naboskab er af afgørende betydning, når det indbyrdes samarbejde skal være virkelig effektivt.

Det udpegede areal har oprindelig af Hillerød byråd været stillet til rådighed for Frederiksborg amtsråd, der havde planer om at opføre et hjem for kronisk syge på dette sted. Såfremt sindssygevæsenet vil anvende arealet, er amtet imidlertid for sit vedkommende indstillet på at give afkald på sine rettigheder.

Kommissionen anbefaler, at det nævnte areal sikres for det omhandlede formål, idet man finder, at sindssygehospitalet her vil få en overordentlig gunstig beliggenhed. Hospitalet skulle have 350 senge og byggeomkostningerne er af direktoratet anslået til 23 millioner kr. Med hensyn til nævnte beløbsangivelse og ved tilsvarende angivelser i det følgende må det imidlertid erindres, at skitseprojekt ikke foreligger, således at det alene drejer sig om en skønsmæssig vurdering af udgifternes størrelsesorden på grundlag af de ved sindssygevæsenets nuværende byggeforetagender indvundne erfaringer.

Samtidig mener man, at der bør opføres et *plejehjem i Hillerød,* beregnet for 100 patienter. Man havde oprindelig tænkt sig, at et i Frederiksborg amt beliggende plejehjem burde placeres i Helsingør; men det har vist sig, at der ikke i denne by er det fornødne areal til rådighed. Plejehjemmets beliggenhed i sindssygehospitalets nærhed vil iøvrigt også indebære utvivlsomme fordele, og man har en velegnet plads til hjemmet på det ovennævnte areal ved skoven, der også havde kunnet anvendes til sindssygehospital. Byggeomkostningerne er anslået til 4.500.000 kr.

Af de anstillede beregninger fremgår, at der udover sindssygehospitalet i Glostrup vil være behov for yderligere to sindssygehospitaler i Københavns amt.

Københavns amtskommune har erhvervet et areal i *Herlev* med henblik på opførelsen af et amtssygehus dersteds og har samtidig sikret, at et passende areal vil kunne stilles til rådighed for sindssygevæsenet. Sindssygehospitalet vil her kunne få en lignende tilknytning til sygehuset som den, der etableres i Glostrup, og man anser det for en selvfølge, at muligheden herfor bør udnyttes. Hospitalet skulle have 350 senge, og byggeomkostningerne anslås til 21 millioner kr., forudsat at hospitalet kan få tekniske anlæg fælles med amtssygehuset. Iøvrigt vides det ikke for øjeblikket, hvornår de nævnte sygehusplaner realiseres; muligt vil der hengå en længere årrække, førend det sker.

Også for det tredie sindssygehospital i Københavns amt gælder, at det må være en nærliggende tanke, at det knyttes til et kommende amtssygehus. Man må regne med muligheden af, at det tredie amtssygehus placeres i *Taarnby,* hvorfor det vil være naturligt at lægge sindssygehospitalet her. Også dette hospital skulle have 350 senge, og byggeomkostningerne anslås til 21 millioner kr.

Endelig må man regne med endnu et *plejehjem* i Københavns amt, eksempelvis placeret i *Gladsaxe* kommune. Dette plejehjem skulle have 250 senge, og byggeomkostningerne anslås til 8.500.000 kr.

Desuden må man regne med oprettelse af et *sindssygehospital på Færøerne.* Det er på forhånd indlysende, at det for Fær-

øernes befolkning vil være af stor betydning, at et sådant hospital oprettes. Ulemperne ved den nuværende ordning er meget tyngende[8]. Når man desuagtet ikke tidligere har imødekommet de stærkt udtalte ønsker om et færøsk sindssygehospital, ligger det formentlig i, at driften af et hospital med så forholdsvis få sengepladser, som der her måtte antages at blive tale om, kunne formodes at blive uforholdsmæssig dyr; det kunne også befrygtes, at de psykiatere, der ansattes ved et sådant hospital, ikke ville få tilstrækkeligt arbejde. Nuomstunder, da man netop stiler imod oprettelse af små hospitaler med stor udadgående virksomhed, er sådanne betænkeligheder af mindre betydning.

Der var pr. 1. januar 1952 80 færøske patienter på danske sindssygehospitaler, hvilket svarer til godt 2,5 %o af den færøske befolkning. Når tallet ligger så højt - - højere end for de fleste andre danske landsdele — til trods for de mange faktorer, som må virke hæmmende på tendensen til indlæggelse på hospitaler i Danmark, kan der ikke være tvivl om, at frekvensen af indlæggelsestrængende sindslidende er større på Færøerne end i det øvrige land (bortset måske fra Københavns kommune). At der ud over de indlagte findes et betydeligt antal sindslidende på Færøerne, er godtgjort ved foretagne optællinger[9], det er naturligvis ikke muligt uden nøjere undersøgelse at sige, hvor mange af dem der ville blive indlagt, såfremt et hospital forefandtes på Færøerne; men der vil i hvert fald blive brug for pladser til mindst 50 patienter udover de allerede indlagte. Hertil kommer, at det ville være formålstjenligt at oprette en mindre åndssvageanstalt i forbindelse med sindssygehospitalet; endelig ville et neurologisk afsnit på 15—20 senge kunne knyttes til hospitalet, såfremt dets overlæge var specialist i neurologi. Alt i alt kan der således ikke være tvivl om, at der er rationel basis for oprettelse af et psykiatrisk hospitalskompleks i så nær forbindelse som muligt med Dronning Alexandrines hospital i Thorshavn.

Det færøske sindssygehospital er ikke medtaget i de sammenfattende opstillinger, da planerne herom er uden direkte forbindelse med den samlede planlægning, og deres realisation er afhængig af særlige faktorer. Kommissionen har i maj 1954 i en indstilling, der er optaget som bilag til betænkningen, henstillet, at et foreløbigt skitseprojekt blev udarbejdet. Der foreligger nu et sådant projekt, og på dette grundlag overvejes spørgsmålet for tiden af de deri interesserede parter.

2. Fyn

Over pladsforholdene vest for Storebælt er der i en skematisk opstilling, bilag H, givet en sammenfattende oversigt, opstillet efter tilsvarende princip som for det sjællandske områdes vedkommende (bilag G). Når Fyn og Jylland således er sammenfattet i en fælles opstilling, er det fordi området vest for Storebælt på samme måde som området øst for Storebælt kan ses som en helhed, idet der indenfor disse hovedområder altid vil være mulighed for, at eventuelle ujævnheder i fordelingen af til rådighed stående pladser i nogen grad kan udlignes ved forskydning af grænserne for hospitalernes landområder.

Der er i *Odense* behov for et sindssygehospital med 350 senge. Herom har forhandlinger været ført med bestyrelsen

8. Se herom *E. Sarauw Kristiansen:* Om hospitalisering af psykiatriske patienter på Færøerne. Ugeskrift for læger 1952, bind 114, pag. 986—988.

9. *R. K. Rasmussen:* Om sindssyge på Færøerne i tiden 1820-1952. Bibliotek for læger 1953, bind 145, pag. 29—40. Om sindssyge og sindssygehospital på Færøerne. Ugeskrift for læger 1953, bind 115, pag. 1035—1040.

for Odense amts og bys sygehus. De fornødne arealer, grænsende umiddelbart op til sygehuset er forhånden, og der er afgivet tilsagn om, at disse arealer indtil videre holdes til rådighed for sindssygevæsenet. Kommissionen anser det for at være af afgørende betydning, at denne mulighed sikres definitivt. Byggeomkostningerne er, indbefattet et børnepsykiatrisk afsnit, anslået til 24 millioner kr.

Endvidere mener man, at der bør placeres et *plejehjem i Odense* for 200 patienter. Man har ikke overvejet dettes beliggenhed nærmere, idet man regner med, at der vil være adskillige muligheder; eventuelt kunne det lægges i sindssygehospitalets umiddelbare nærhed. Byggeomkostningerne er anslået til 8.500.000 kr.

3. Jylland

Den pladsmæssige situation i Jylland er ligeledes angivet i den i bilag H givne opstilling, der også for dette områdes vedkommende indbefatter det af kommissionen skitserede byggeprogram.

Hvad de enkelte områder angår, skal man — idet man iøvrigt henviser til de nedenfor fremsatte konkrete forslag — bemærke: På grund af Ålborg-hospitalets beskedne størrelse må en stor del af Brønderslev-hospitalets pladser belægges med patienter fra Ålborg amt. Disse to hospitaler kan dog ikke tilnærmelsesvis dække Hjørring og Ålborg amters behov, og oprettelse af et hospital i Hjørring synes derfor nødvendig. Den forudsete udvidelse af hospitalet i Brønderslev bliver sikkert aktuel, men det nørre-jyske område vil desuden få behov for et plejehjem. Indenfor Århus-området er der i Risskov erhvervet areal til et plejehjem for senile, og man må på selve hospitalet regne med enkelte sengeafsnit i forbindelse med opførelsen af en behandlingsbygning; bygningsmæssige udvidelser bør derudover ikke tilstræbes, men hospitalets landområde bør reduceres, i hvilken sammenhæng det foreslås, at der efterhånden etableres en psykiatrisk institution i Horsens. I det sydøstlige Jylland er der behov for såvel hospital som plejehjem. I det sydvestlige Jylland bør et hospital tilvejebringes i Esbjerg, samtidig med at hospitalet i Vedsted omdannes til plejehjem; befolkningsmæssige og trafikale grunde synes at tale stærkt herfor. Såfremt en deling af hospitalet i Augustenborg i to overlægeafsnit skal undgås, må man afstå fra udvidelse af dette hospital, hvilket iøvrigt også dets beliggenhed tilsiger.

Ved gennemgangen af de jyske hospitalsplaner skal man iøvrigt indledningsvis nævne *sindssygehospitalet i Ålborg.* Opførelsen af dette hospital har ganske vist hjemmel i loven af 31. marts 1953, og spørgsmålet herom falder derfor forsåvidt udenfor nærværende betænknings rammer. Når man desuagtet fremdrager det, er det, fordi man i sin tid havde forudsat, at sindssygehospitalet kunne knyttes til det nuværende amtssygehus, hvilket sygehusets egne dispositionsplaner, således som de senere er ændrede, stiller sig hindrende i vejen for. Der føres imidlertid forhandlinger om flytning af amtssygehuset til andre arealer, der også ville give sindssygevæsenet gode muligheder. Resultatet af disse overvejelser vil dog formentlig være afhængigt af, om amtskommunen kan finde anden anvendelse for det nuværende sygehus eller kan afhænde det til andet formål. Skulle det være nødvendigt, bør sindssygevæsenet formentlig træde ind i billedet; der er behov for et *plejehjem i Ålborg* for 150 patienter, og et sådant plejehjem kunne muligt indrettes i dele af det nuværende sygehuskompleks. I Ålborg er der, i kraft af byens størrelse, et betydeligt psykiatrisk behov. Man må derfor lægge megen vægt på, at hospitalsplanerne koordineres, således at sindssygehospitalet ikke isoleres fra det øvrige.

Byggeomkostningerne for et plejehjem i Ålborg lader sig ikke anslå under de

nævnte usikre forudsætninger, men man har foreløbig regnet med, at der **vil** medgå et beløb af 10 millioner kr. dertil.

løvrigt skal det bemærkes, at den ændrede placering af Ålborg-hospitalet medfører, at man, om det anses for ønskeligt, kan give sindssygehospitalet et noget større pladsantal end oprindelig forudsat, hvilket muligt vil være rationelt.

Selv under sidstnævnte forudsætning må man imidlertid nødvendigvis også regne med et *sindssygehospital i Hjørring* til 350 patienter. Det fremgår af de forhandlinger, man har ført, at der er særdeles gode muligheder for tilknytning til det stedlige sygehus; der er planlagt en ombygning af dette, og sindssygevæsenets **byggeri** vil på hensigtsmæssig måde kunne koordineres dermed. Byggeomkostningerne anslås til 21 millioner kr.

I overvejelserne vedrørende det sydlige Jylland har man taget sit udgangspunkt i den tidligere nævnte plan om omdannelse af sindssygehospitalet i Vedsted til et plejehjem for sindssyge. Der **vil** herefter være behov for et erstatningshospital i det sydvestlige Jylland, men tillige for et sindssygehospital i den sydøstlige del.

Til erstatning for sindssygehospitalet i Vedsted bør der opføres et *sindssygehospital i Esbjerg* beregnet for 350 patienter. Man har undersøgt, om det skulle være muligt at knytte det direkte til det stedlige sygehus eller at opføre en modtageafdeling i forbindelse med dette. Direkte tilknytning kan ikke komme på tale. Der ses heller ikke i øjeblikket at bestå nogen mulighed for at knytte en egentlig psykiatrisk afdeling til sygehuset; men et mindre psykiatrisk afsnit, der kunne virke i samarbejde med sindssygehospitalet, vil sikkert kunne etableres, og der bør til sin tid optages forhandlinger med centralsygehuset herom. Man foreslår derfor, at sindssygehospitalet placeres på et - - iøvrigt også fortrinligt — areal, beliggende i byens udkant og tilhørende staten (Spangsbjerg forsøgsstation). Det vil sikkert være muligt at få nævnte areal frigjort til formålet; men de fornødne dispositioner må af hensyn til forsøgsstationen, der under alle omstændigheder ikke kan flyttes med kort varsel, træffes i tide.

Da man lægger så overordentlig stor vægt på sindssygehospitalernes nære forbindelse med sygehusene, har man undersøgt, om dette sindssygehospital mere hensigtsmæssigt kunne placeres i Varde. Her findes betydelige arealer i sygehusets umiddelbare nærhed, men om nogen særlig tilfredsstillende forbindelse ville der alligevel ikke blive tale. Da beliggenheden i forhold til landområdet tilmed her ville være ugunstig, og da Esbjerg som den langt større by har naturligere behov for et psykiatrisk hospital, mener kommissionen, alt taget i betragtning, ikke at kunne gå ind for hospitalets placering i Varde.

Byggeomkostningerne for et sindssygehospital i Esbjerg er anslået til 23 millioner kr.

Hospitalet i det sydøstlige Jylland var oprindelig tænkt placeret i Vejle, hvor man derfor har efterprøvet de bestående muligheder. Nogen umiddelbar tilknytning til sygehuset lader sig imidlertid på grund af de særlige terrænforhold ikke etablere. Sådan tilknytning er imidlertid opnåelig såvel i Horsens som i Kolding.

Udmærkede muligheder består derimod for placering af et *plejehjem i Vejle.* Dette plejehjem tænkes, som tidligere anført, indrettet for 100 patienter; byggeomkostningerne er anslået til 4.500.000 kr. Vejle kommune råder over betydelige grunde på Nørremarken, direkte beliggende ved Horsens landevej og i umiddelbar nærhed af kommunens bebyggede del. Man finder, at der utvivlsomt bør sikres et areal på dette sted.

Planen om en *psykiatrisk institution i Horsens* er, for de indledende fasers vedkommende, straks aktuelt; planerne

om opførelse af et sindssygehospital i Kolding vil have til forudsætning, at man har fornøden sikkerhed for, at foreliggende planer om sygehusets flytning bliver realiserede; i så fald vil der også her blive ideelle muligheder for tilknytning til et centralsygehus.

I Horsens kunne udviklingen formentlig i tilknytning til sygehusets byggeplaner, der går ud på at opføre et nyt sygehus umiddelbart opad det gamle, mest praktisk forløbe på den måde, at man indledningsvis lejede halvdelen af det nuværende sygehuskompleks til et *plejehjem* for 60 patienter; om sådant lejemål er tilbud fremsat af byrådet. Når et nyt sygehus derefter bygges, således som det er planlagt, ville det være hensigtsmæssigt, om sindssygevæsenet i forbindelse hermed opførte en psykiatrisk *modtageafdeling* på 60 senge. Når den resterende del af det nuværende sygehus sluttelig bliver ledig kan det overvejes, om der her vil være mulighed for at opføre et mindre *sindssygehospital.* Da planerne er så uafklarede, kan der vanskeligt siges noget om de hermed forbundne omkostninger.

Det nævnte plejehjem vil ikke på længere sigt overflødiggøre opførelsen af et *plejehjem i Risskov* for 80 patienter, til hvilket plejehjem der er erhvervet et areal, men vil foreløbig kunne udfylde de funktioner, der var tiltænkt denne institution. Byggeomkostningerne for plejehjemmet i Risskov er anslået til 3 millioner kr.

Den psykiatriske institution i Horsens vil ikke overflødiggøre et *sindssygehospital i Kolding* for 350 patienter. Byggeomkostningerne for dette hospital, der, som nævnt, kunne få en særdeles hensigtsmæssig beliggenhed, er anslået til 21 millioner kr., forudsat at Koldings sygehus udflyttes, og at dettes varmeanlæg og vaskeri m. v. kan benyttes af sindssygehospitalet.

Det gælder for samtlige landområders vedkommende, at hospitalsbyggeriet må tænkes suppleret med psykiatriske afdelinger på de centralsygehuse, hvis områder ikke gennem de lagte planer opnår den fornødne psykiatriske dækning. Behovet for sådanne afdelinger vil først efterhånden klarlægges; men kommissionen ønsker også i den her foreliggende sammenhæng at understrege, at staten på længere sigt bør vedkende sig disse opgaver, selvom den foreliggende situation gør det påkrævet, at man indledningsvis lægger hovedvægten på løsninger, der mere effektivt kan råde bod på den akute pladsmangel. Man må derfor også regne med, at spørgsmålet om ved statens foranstaltning at etablere psykiatriske afdelinger af den omhandlede type vil kunne aktualiseres indenfor rammerne af det byggeprogram, hvis hovedlinier man her har optrukket.

Angående planernes økonomiske konsekvenser henvises til bilag F.

KAPITEL V

Sindssygehospitalernes struktur

A. Hospitalernes funktioner

Hospitalernes virksomhed bør naturligvis være i høj grad integreret, og et forsøg på at beskrive de forskellige funktioner enkeltvis er forsåvidt noget kunstigt, idet der ikke findes naturlige grænser mellem dem. Af hensyn til fremstillingens overskuelighed skal forsøget dog gøres. Man tager herved navnlig sigte på de hospitalsmæssige opgaver i snævrere forstand, medens man i et senere afsnit om sindssygevæsenets arbejdsområde vil tage stilling til de på grænsefelterne liggende opgaver af videreækkende karakter, hvori et moderne sindssygevæsen kan tænkes impliceret. Den i nærværende afsnit givne fremstilling, der skal belyse sindssygehospitalernes struktur som sådan, har navnlig henblik på en hensigtsmæssig opbygning af hospitalernes personalestab.

Det har ikke været kommissionens hensigt, at man gennem den følgende, ret detaillerede fremstilling ville binde den hospitalsmæssige udvikling til et bestemt forløb, og om adskillige af de synspunkter, der fremsættes, gælder, at de alene kan tages som udtryk for sagkyndige opfattelser, med hvilke man er gjort bekendt, men ifølge sagens natur ikke indebærer nogen definitiv stillingtagen fra kommissionens side. Man har imidlertid anset det for påkrævet, at sindssygehospitalernes aktuelle situation blev nogenlunde alsidig belyst, idet man kun derved kan klargøre baggrunden for de planer, der er udformede. Denne baggrund er netop skabt af de gennemgribende ændringer i sindssygevæsenets arbejdsvilkår, som de seneste års udvikling på de herhenhørende felter har afstedkommet.

1. Det lægelige arbejde

Da det ældste af statens sindssygehospitaler — hospitalet ved Århus — i 1852 begyndte sin virksomhed, udgjordes lægestaben af 2 personer; i dag er den vokset til 17. Denne stærke vækst er imidlertid ikke ensbetydende med, at patienterne i dag får mere lægelig betjening, end de kunne få for 100 år siden, tværtimod; i det forløbne tidsrum er både hospitalets sengetal og antallet af indlæggelser vokset til mere end det ti-dobbelte, altså stærkere end lægestaben. Når samtidig betænkes, at hospitalerne nu påtager sig langt flere opgaver end for blot 15 år siden, er det klart, at belastningen af lægerne er tiltaget stærkt. Dette erkendes fra alle sider, og når rekruteringen af læger ikke er sket i ønskeligt omfang, skyldes det da heller ikke modstand fra administrationens side, men dels lægemanglen i almindelighed, dels og især det forhold, at sindssygehospitalerne -- især de dårligst udrustede og de perifert beliggende — har haft svært ved at stå sig i konkurrencen med sygehusene om de unge læger; dels endelig, at hospitalernes bygningsmæssige rammer i mange tilfælde simpelthen har gjort det umuligt at skaffe arbejdsrum og boliger til flere læger.

Det lægelige arbejde på sindssygehospitalerne har selvsagt i årenes løb

ændret karakter, ganske særligt dog inden for de sidste to årtier. Indtil da bestod psykiaternes opgaver først og fremmest i gennem grundige psykologiske og ret enkle legemlige undersøgelser at nå frem til en diagnose og til angivelse af en behandling, hvis vigtigste led som regel var milieu- og beskæftigelsesterapi; en nøje overvågelse af hele hospitalsmilieuet var derfor af afgørende betydning; hertil kom en del retspsykiatriske opgaver, udstedelse af erklæringer etc. Tillige fungerede psykiaterne som »huslæger« for patienterne med hensyn til deres legemlige helbred.

Det er værd at erindre, at ingen af de her anførte arbejdsområder er blevet indskrænkede gennem den sidste snes år, hvor så mange nye og principielt anderledesartede opgaver er kommet til. Den lægelige arbejdsbyrdes tiltagen fremgår formentlig tilstrækkelig klart heraf. Merbelastningen har særlig ramt de ansvarlige overlæger, og en formindskelse af disses arbejdsområder har derfor også i de senere år været erkendt som en nødvendighed.

Man har søgt at danne sig et overblik over, hvorledes en psykiatrisk lægestab helst bør være opbygget. Udgangspunktet må her være et skøn over den »ideale« (indtil videre opnåelige) størrelse af en psykiatrisk hospitalsenhed. Der har blandt kommissionens psykiatriske sagkyndige været enighed om, at en sådan bør omfatte 300 å 350 pladser på hospital, ca. 50 på plejehjem og ca. 50 i familiepleje. Fra anden side har det været fremhævet, at mindre enheder måtte være ønskelige, og det har været anført, at man indenfor de øvrige lægevidenskabelige discipliner for tiden tilstræber at reducere afdelingernes sengetal, således at hver overlæge kun får ansvaret for højst 100 patienter. Heroverfor har den psykiatriske sagkundskab anført, at differentieringen i de forskellige afdelingstyper gør det ønskeligt, at man har en større hospitalsenhed som udgangspunkt, hvilket også økonomiske betragtninger må tilsige; behandlingens intensivering må sikres derved, at det fornødne antal læger knyttes dertil. Kommissionen har herefter ment at måtte tilslutte sig disse synspunkter, i hvert fald med henblik på den nærmeste fremtid. Det skal tilføjes, at størrelsen af psykiatriske afdelinger på centralsygehuse naturligvis, uafhængig heraf, må fastlægges efter det lokale behov og de forhåndenværende muligheder.

Hvad overlægerne angår, da har erkendelsen af disses overbelastning i de sidste år medført forskellige foranstaltninger, at hvilke først og fremmest skal nævnes delingen af de fem store hospitaler (Nykøbing Sj., Viborg, Middelfart, Vordingborg og Århus) i to overlægeafsnit. På de tre førstnævnte hospitaler, hvor den nødvendige udvidelse af lægelokalerne har ladet sig gennemføre, har resultatet af delingen i det væsentlige svaret til forventningerne; i Vordingborg og Århus, hvor de fornødne bygningsmæssige ændringer endnu ikke har ladet sig etablere, har nyordningen ikke kunnet få en tilsvarende effektivitet. Også den i 1953 instituerede formelle adskillelse af den lægelige og den økonomiske ledelse af hospitalerne havde en aflastning af overlægerne som et af sine formål; den praktiske betydning heraf var dog i så henseende begrænset, da adskillelsen rent faktisk allerede gennem længere tid i det væsentlige havde været en realitet.

Blandt de faktorer, der har medvirket til at øge overlægernes arbejdsbyrder, skal følgende nævnes: a) Patientantallets og — især — indlæggelsestallets vækst; selv om der gennemføres en rationel arbejdsdeling, vil overlægen aldrig kunne fritages for ansvaret for behandlingen af hver enkelt patient; efter dansk tradition venter såvel patienterne selv som deres pårørende, at overlægen personligt tager stilling til alle tilfælde. b) Den rapide udvikling af den ambu-

ante virksomhed. c) Tilkomsten af talrige nye, fortrinsvis legemlige behandlingsmetoder; herved nødvendiggøres en langt mere omfattende biokemisk, fysiologisk og klinisk-medicinsk orientering. d) Helt nye kategorier af funktionærer (psykologer, beskæftigelsesterapeuter, bibliotekarer m. fl.) er kommet til, og deres arbejde skal koordineres med det øvrige personales. e) Undervisningen af de forskellige funktionærkategorier er blevet udvidet og kræver vidtgående planlægning. f) Offentlige myndigheders krav om psykiatriske responsa er stadig voksende.

Sammenholdes de før omtalte tilstræbelsesværdige normer for et overlægeafsnits størrelse med de tal, som faktisk er gældende for de eksisterende afsnit, vil det ses, at de allerfleste er væsentlig større end ønskeligt. Spørgsmålet om en yderligere deling vil flere steder trænge sig på, hvorved det dog bør haves in mente, at nogle af de gamle hospitaler som følge af modernisering formentlig inden længe vil få deres sengeantal nedskåret.

Det vil i denne forbindelse, inden den øvrige lægestabs opbygning omtales, være formålstjenligt at fremhæve nogle synspunkter vedrørende det psykiatriske arbejde i almindelighed. Dette befinder sig i øjeblikket i et stadium af udspecialisering, og det omfatter i virkeligheden allerede nu en række forskellige funktioner, der i deres grundlæggende struktur er så forskelligartede, at de kun vanskeligt tilfulde kan beherskes af en enkelt læge. Til belysning heraf skal kun nævnes nogle af disse underafdelinger: shockbehandling, arbejdsterapi, psykoterapi, diagnostisk arbejde af mere speciel karakter, f. eks. elektroencephalografi, psykologisk testning, retslig observation, etc. Selvfølgelig bør enhver psykiater have et solidt kendskab til hver af disse afdelinger, men alligevel vil det være en fordel, om der på hvert hospital i nogen grad finder en specialisering sted, således at hver af de ældre læger har ansvaret for, at man inden for visse ham tildelte områder til enhver tid følger mest muligt med i udviklingen, og for, at de yngre læger får den nødvendige instruktion inden for de pågældende områder.

Udspecialisering *inden for* psykiatrien bør som antydet kun gå til en vis grænse. Det samme gælder psykiatriens udspecialisering fra de øvrige kliniske specialer. Den isolation, som hidtil så mange steder har præget psykiatrien, bør modvirkes så kraftigt som muligt, dels for psykiatriens egen skyld, dels fordi psykiatrien er et af de kliniske fag, til hvilket enhver læge bør have et forholdsvis grundigt kendskab. Der bør således lægges megen vægt på den praktiske kontakt med det øvrige sygehusvæsen. De hospitaler, der ligger langt fra almindelige sygehuse, må søge kontakten etableret gennem gensidige konsulentordninger, der dog, såfremt afstanden er stor, i virkeligheden kun kan være en nødhjælp, for så vidt som konsulenten fortrinsvis må beskæftige sig med diagnostiske opgaver og med almindelige retningslinier for behandlingen, men vanskeligt vil kunne deltage aktivt i denne. På de steder, hvor hospitalerne ligger tæt ved sygehusene, bør kontaktmuligheden udnyttes så stærkt som muligt, idet man bør forlade den hidtil almindeligst anvendte form (lejlighedsvise tilkaldelser) og i stedet søge etableret et fast samarbejde, således at læger fra et psykiatrisk hospital anvender en del af deres arbejdstid på somatiske afdelinger og omvendt.

Det turde af det foranstående fremgå, at det på psykiatriske hospitaler er i særlig grad påkrævet, at der foruden overlægen findes flere andre erfarne speciallæger i faste stillinger, eksempelvis *afdelingslæger*. For kontinuiteten af arbejdet er det også af betydning, at der fornylig er skabt mulighed for ansættelse af *1. reservelæger* (med en funktionstid af indtil 5 år) foruden de hidtidige re-

servelæger, der alle har været af *2. reservelægeklassen* (normalt 2 års funktion). Hvad *kandidat stilling erne* angår, er forholdet det, at det på de ugunstigt beliggende hospitaler ofte har vist sig umuligt at få dem besat, således at nogle af dem simpelthen af denne grund har måttet omnormeres til reservelægestillinger.

En af de mange ulemper, som underbemandingen med hensyn til læger har medført, består deri, at de unge læger i stor udstrækning har måttet udføre arbejde, der lå i overkanten af, hvad de var kvalificerede til, og tilmed må udføre det uden tilstrækkelig vejledning. Den pædagogiske værdi af selvstændighed i arbejdet skal ikke underkendes; men det er givet, at de unge læger ville have kunnet få langt mere ud af deres psykiatriske uddannelse, hvis der var blevet levnet deres ældre kolleger tid til at udøve en passende instruktionsvirksomhed. Ved fremtidige personalenormeringer må der drages omsorg for, at der rådes bod på disse mangler.

At de psykiatriske hospitalers læger så meget som muligt følger med i fagets udvikling, vil næppe kunne sikres, uden at der gives dem lejlighed til deltagelse i systematiske fortsættelseskursus, der formentlig bedst etableres ved et samarbejde mellem sindssygevæsenet, sundhedsstyrelsen, universiteterne og lægeorganisationerne. Det bør være lægernes selvskrevne ret og pligt at deltage i sådanne kursus, ligesom der også bør åbnes dem mulighed for deltagelse i faglige møder og kongresser.

En vigtig del af det lægelige arbejde foregår iøvrigt på *laboratorierne.* Disse har på sindssygehospitalerne stedse været meget beskedne med hensyn til dimensioner og udrustning, og efterhånden som kravene netop til laboratorierne er steget stærkt — specielt efter de nyere medikamentelle terapiers indførelse •— er det blevet klart, at en radikal ændring af forholdene er fornøden. Det drejer sig her ikke blot om den rent tekniske side af sagen, men i lige så høj grad om sikring af sagkyndig assistance.

Med hensyn til den ønskelige udvikling i fremtiden ligger situationen klarest de steder, hvor nye psykiatriske hospitaler bliver oprettet i umiddelbar tilslutning til centralsygehuse. Her vil det da være naturligt, at det laboratoriemæssige arbejde foregår under centralsygehusets laboratorieoverlæges ansvar og for de teknisk mere krævende analysers vedkommende på selve centrallaboratoriet, medens simple rutineundersøgelser udføres på små lokale laboratorier; hvor stor en del af undersøgelserne der skal foregå der, vil bl. a. afhænge af afstanden mellem centrallaboratoriet og det psykiatriske afsnit. Det assisterende personale bør sortere under centrallaboratoriet. Psykiatrisk forskningsarbejde vil ofte med fordel kunne udføres i forskningslaboratorier på centrallaboratoriet.

De bestående sindssygehospitaler ligger alle i en sådan afstand fra nærmeste centrallaboratorium, at det næppe vil være praktisk i samme omfang at henlægge undersøgelserne til centrallaboratorier, hvorfor der nok må regnes med oprettelse af et mere veludstyret laboratorium på sindssygehospitalets grund. Men disse laboratorier bør i en vis forstand sortere under nærmeste centrallaboratoriums overlæge, når denne antages som konsulent. I så fald må han som sådan have ansvaret for arbejdets tilrettelæggelse og udførelse. Hvor der måtte være mulighed derfor, bør det tilstræbes at lade det assisterende personale på centrallaboratoriet og sindssygehospitalets laboratorium udgøre en funktionel enhed, hvorved en større alsidighed i personalets uddannelse og en mere elastisk vikarordning måtte kunne opnås.

For sindssygehospitalet ved Århus gælder en særlig ordning, idet der findes et forskningslaboratorium med specialkyndig ledelse. Det vil også i fremtiden være naturligt, at størstedelen af det kliniske

laboratoriearbejde sker i samarbejde med forskningslaboratoriet.

2. *Sygeplejen*

a. Sygeplejersker

De på danske sindssygehospitaler arbejdende sygeplejersker har alle den samme grunduddannelse som sygeplejerskerne på ikke-psykiatriske afdelinger, i modsætning til, hvad der er tilfældet visse steder i udlandet, hvor man har organiseret en speciel uddannelse for psykiatriske sygeplejersker, en uddannelse, der nogle steder er af samme varighed som den almindelige sygeplejerskeuddannelse. Selv om en sådan ordning utvivlsomt indebærer visse fordele, for så vidt som eleverne tidligt får en betydelig psykiatrisk specialviden, rummer den dog også ulemper, der er så væsentlige, at det må anses for absolut utilrådeligt at tænke på indførelse af en lignende ordning i Danmark; der tænkes her specielt på, at en sådan ordning uddyber skellet mellem psykiatrien og de øvrige medicinske discipliner, ligesom den umuliggør den udveksling af personalet, som i så høj grad bør tilstræbes.

De indenrigsministerielle betænkninger, som er afgivet om sygeplejerskernes uddannelsesforhold m. v., har blandt andet stillet forslag, som betyder en radikal ændring af psykiatriens stilling i sygeplejerskernes uddannelse, idet den hidtidige frivillige 6 måneders supplerende uddannelse tænkes erstattet med et obligatorisk 4 måneders kursus, som afholdes inden for elevtiden. Fordelen vil dels bestå i, at *alle* sygeplejersker får psykiatrisk uddannelse, dels i, at den meddeles på et så tidligt tidspunkt, at sygeplejerskerne bedre vil opfatte psykiatrien som en integrerende bestanddel af sygeplejen. De 4 måneder skal afvikles på psykiatrisk afdeling eller hospital, og der pålægges herved disse hospitaler et ganske særligt ansvar, som de med de hjælpemidler, der indtil nu har stået til rådighed, vanskeligt vil kunne påtage sig. Her tænkes specielt på, at intet af statens sindssygehospitaler råder over instruktionssygeplejersker. Der er taget skridt til at uddanne og ansætte instruktionssygeplejersker, og denne udvikling bør givetvis fremmes mest muligt. Det til Århus Universitet knyttede kursus for ledende og undervisende sygeplejersker er indstillet på at tage den opgave op at uddanne psykiatriske instruktionssygeplejersker.

De opgaver, som påhviler instruktionssygeplejerskerne, vil først og fremmest bestå i at organisere undervisningen i overensstemmelse med de af sundhedsstyrelsen givne retningslinier og at meddele holdundervisning. En væsentlig del af elevundervisningen må imidlertid foregå under selve arbejdet på afdelingerne, og det er derfor meget vigtigt, at afdelingslederne har forudsætninger for at meddele en sådan undervisning. I samarbejde med førnævnte kursus ved Århus Universitet har sindssygevæsenet i 1954 grundlagt et kursus for psykiatriske sygeplejersker, som ønskes kvalificeret til sådanne undervisningsopgaver og til — så længe egentlige instruktionssygeplejersker ikke forefindes — yderligere i et vist mindre omfang at give holdundervisning. Også efter, at der er blevet ansat instruktionssygeplejersker, vil det være af betydning, at så mange som muligt af de faste sygeplejersker kommer til at modtage en sådan fortsættelsesundervisning, således at alle afdelinger, på hvilke elever placeres, kan forudsættes ledet af sygeplejersker, som er indstillet på at meddele undervisning.

For at elevundervisningen kan gennemføres på rette måde, er det nødvendigt, at der forefindes egnede lokaler, adgang til fagbibliotek, læsestue m. v. Hertil kommer, at der på de sindssygehospitaler, som ligger afsides, således at eleverne under tjenesten ikke kan blive boende på det sygehus, hvor de iøvrigt søger uddannelse, må oprettes et vist antal værelser til eleverne.

Ud over løsningen af de omtalte undervisningsopgaver må det påhvile hospitalerne at sørge for, at de fastansatte sygeplejersker får lejlighed til stadig at følge med i fagets udvikling. Dette kan fortrinsvis ske i form af fortsættelseskursus ved det enkelte hospital efter retningslinier, der svarer nogenlunde til de hidtil fulgte. Men i et vist omfang må der også etableres centraliserede kursus af kortere varighed. Endelig bør de sygeplejersker, der tænkes ansat i ledende stillinger, have lejlighed til at følge de mere langvarige kurser, som til dette formål vil blive oprettet i tilknytning til Århus universitet.

For at uddannelsesmulighederne kan blive benyttet i tilstrækkeligt omfang og af de bedst kvalificerede, er det af afgørende betydning, at sindssygevæsenet giver de egnede sygeplejersker lejlighed til at deltage i kurserne, uden at de derved kommer til at lide økonomisk afsavn.

I betragtning af, at der blandt sindssygehospitalerne med hensyn til bestemte behandlingsopgaver meget sandsynligt vil komme en vis udspecialisering, f. eks. således at en ny behandlingsmetode først tages op på et enkelt hospital og sættes i system dér, kan det i sådanne tilfælde være nyttigt, at der sker en udveksling af sygeplejepersonalet mellem hospitalerne, således at alle hospitaler kan få lejlighed til direkte oplæring i de nye metoder.

b. Plejere og plejersker

En væsentlig del af personalet ved sindssygehospitalerne består af plejere og plejersker, og denne personalegruppe må ses som en meget afgørende faktor indenfor det psykiatriske hospitalsvæsen. For det mandlige plejepersonales vedkommende har der hidtil kun ganske undtagelsesvis foreligget egentlig sygeplejeuddannelse. Selvom en sådan uddannelse sikkert i fremtiden i tiltagende omfang vil blive søgt af mænd, må det påregnes, at der vil gå meget lang tid, før et flertal af det mandlige personale har denne uddannelse. Dette forhold accentueres af, at sindssygevæsenet netop er i en udviklingsperiode, under hvilken en stærk forøgelse af plejepersonalet er nødvendig.

Fra alle sider næres der ønske om, at også plejere og plejersker må få en mere fyldig undervisning, end de hidtil har kunnet opnå. Det er da også i høj grad med henblik herpå, at man i disse år er indstillet på at uddanne lærerkræfter. Plejeruddannelsen følger i sin nuværende form i det væsentlige de retningslinier, som er angivet i en betænkning af 1943, afgivet af et på direktoratets foranledning nedsat udvalg. Disse retningslinier betød ved deres fremkomst et fremskridt, men kan ikke længere anses som svarende til tidens tarv.

Det har været overvejet, hvorvidt det ville være formålstjenligt at oprette en 3-årig uddannelse for plejere og plejersker, altså i nogen grad i lighed med, hvad der findes visse steder i udlandet. En sådan ordning bliver der imidlertid ingen baggrund for, når såvel mænd som kvinder kan opnå fuld sygeplejeuddannelse indenfor et tilsvarende åremål, idet en sådan uddannelse giver langt flere ansættelsesmuligheder end en specialuddannelse med udelukkende henblik på psykiatriske hospitaler.

Den ønskelige forbedring af plejernes og plejerskernes uddannelse må derfor fortrinsvis tænkes at ske i form af udvidelse af elevundervisningen og systematisering af fortsættelseskurserne; muligt kan der også blive tale om at supplere disse kurser med centraliserede kurser.

Det er kommissionen bekendt, at der af direktoratet for statens sindssygehospitaler er nedsat et udvalg, der behandler spørgsmålet om en forbedring af plejernes og plejerskernes uddannelse; kommissionen skal derfor ikke for sit vedkommende fremkomme med konkrete forslag i denne henseende, men skal stærkt understrege den store betydning af, at plejeruddannelsen udbygges, såle-

des at denne vigtige personalegruppe fortsat kan honorere de betydelige krav, den moderne sindssygebehandling stiller.

3. Beskæftigelsesterapi

Denne terapiform kommer i betragtning over for praktisk talt alle psykiatriske patienter, og den må naturligvis tilpasses til det enkelte tilfældes behov. Det grundlæggende træk må derfor være alsidighed og elasticitet. I nogle tilfælde drejer det sig — f. eks. hos svært medtagne patienter — blot om at finde frem til et eller andet ganske enkelt tidsfordriv, som i nogen grad kan aflede patienten fra sygelige oplevelser og tanker, ganske uden hensyn til, om det udrettede arbejde har nogen nytteværdi. I andre tilfælde drejer det sig om systematisk arbejde, som samtidig med, at det er til gavn for patienten, også spiller en større eller mindre rolle i hospitalets drift. I nogle tilfælde vil det endelig være således, at det ligefrem drejer sig om en professionel optræning med henblik på resocialisering efter udskrivelsen, og der vil da både kunne tænkes på undervisning på hospitalet ved faguddannede kræfter og på, at der gives patienten mulighed for at følge undervisningen på dertil egnede institutioner uden for hospitalet. Disse sidste former, der kan være et afgørende led i en patients »rehabilitation« har der hidtil kun været få muligheder for at realisere, men der er ingen tvivl om, at en udvidelse af disse muligheder vil kunne betyde meget i retning af at nedsætte antallet af genindlæggelser.

Beskaeftigelsesterapi må på sindssygehospitalerne udøves på bred basis. Enhver funktionær ved et psykiatrisk hospital må have forståelse af denne terapiforms grundprincipper og være i stand til at medvirke ved sin del af dens virkeliggørelse. Der kræves her et ganske særlig intenst samarbejde: lægerne udpeger patienter til beskæftigelse og angiver almindelige retningslinier for terapien i det enkelte tilfælde, beskæftigelsesterapeuterne og værkstedslederne stiller deres tekniske viden til rådighed og er behjælpelige med efter behov at instruere plejepersonalet i anvendelsen af de enkelte fremgangsmåder, hvorefter sygeplejersker og plejere efter deres nøje kendskab til patientens daglige adfærd vil være i stand til på den bedst mulige måde at få denne til at gennemføre det ordinerede arbejde. I mange tilfælde må arbejdet foregå på selve afdelingerne, i andre kan patienterne samles i grupper på værksteder, vævestuer, arbejshold etc. Flere af hospitalerne er ganske utilstrækkeligt udrustede med lokaler til disse formål, og for dem alle gælder det, at de hidtidige bevillinger ikke er tilstrækkelige til anskaffelse af materialer i ønskeligt omfang.

Plejepersonalets uddannelse i beskæftigelsesterapi har hidtil i det væsentlige haft en improviseret og noget tilfældig karakter. Til værkstedsledere har man som regel antaget plejepersoner, der på egen hånd har skaffet sig en mere speciel hertil egnet uddannelse, og det er derudover jævnligt hændt, at plejepersoner på eget initiativ — med eller uden støtte fra hospitalet -- har deltaget i husflidskurser o. 1. Ved enkelte lejligheder har der endvidere været afholdt frivillige kurser for en større del af personalet.

Det ville være meget ønskeligt, om en vis undervisning i beskæftigelsesterapi indgik som led i elevuddannelsen både for sygeplejersker og plejere. For det uddannede personale bør der arrangeres fortsættelseskurser på de enkelte hospitaler, kurser i hvilke hele personalet successive bør deltage. Endvidere ville det være formålstjenligt, om der i samarbejde med Skolen for Beskæftigelsesterapeuter kunne etableres et kursus for dertil særlig egnede plejepersoner, der efter endt supplerende uddannelse kan komme til i nogen grad at virke som instruktører for det øvrige personale under arbejdet på de enkelte afdelinger. Det er imidlertid klart, at sindssygehospitalerne

tillige har behov for en stab af fuldt uddannede beskæftigelsesterapeuter, og sindssygevæsenet har derfor en nærliggende interesse i, at antallet af terapeuter øges i et sådant omfang, at dette behov kan dækkes.

A. Fysioterapi

På ethvert psykiatrisk hospital bør findes en fysiurgisk afdeling med specialuddannet personale; hvor hospitalerne knyttes til centralsygehuse, vil disses fysiurgiske afdelinger dog i væsentligt omfang kunne anvendes. Dels vil der på hospitalerne altid findes en del patienter, der også lider af ikke-psykiatriske sygdomme, der kræver fysiurgisk behandling, dels er fysiurgiske metoder i de senere år i tiltagende grad blevet bragt i anvendelse over for psykiske lidelser. Massage samt lys- og badebehandling kommer i denne forbindelse på tale, men hertil føjer sig den i neuroseterapien nu i stor udstrækning benyttede afslapningsbehandling, der bedst varetages af specielt uddannede fysioterapeuter i forbindelse med den læge, som leder psykoterapien af den pågældende patient.

I de sidste år er flere hospitaler — tildels efter hollandsk mønster — begyndt i stor udstrækning at benytte sig af såkaldt »bevægelsesterapi« over for kroniske patienter. Især blandt de skizofrene findes mange, som er tilbøjelige til at stivne i stereotype holdninger eller bevægelser, og det har da vist sig, at systematisk indøvelse af bevægelser ikke blot har kunnet mobilisere patienterne rent fysisk, men også har stimuleret deres kontakt med omgivelserne og gjort beskæftigelse af dem lettere. Bevægelsesterapi kræver imidlertid en meget betydelig indsats fra personalets side, og det er vigtigt, at der rådes over specielt uddannede instruktører blandt plejepersonalet.

Selvom bevægelsesterapi i mange tilfælde udøves på selve afdelingerne, er det også i nogen udstrækning en fordel at kunne råde over egnede særlige lokaler og redskaber dertil.

5. *Socialrådgivning*

Til sindssygehospitalerne har der gennem en årrække været knyttet socialrådgivere. Grundlaget herfor har, forsåvidt statens sindssygehospitaler angår, været den i 1937 afgivne udvalgsbetænkning angående oprettelse af psykiatriske konsultationer i forbindelse med statens sindssygehospitaler og ansættelse af socialhjælpere ved disse.

Nævnte udvalg anså det for formålstjenligt, at socialrådgiveren sædvanligvis var en i sindssygepleje fuldt uddannet sygeplejerske, idet en sådan i kraft af sin uddannelse som sygeplejerske ville kunne danne mellemled mellem lægerne og patienterne og deres pårørende, ligesom hun også ville have særlige forudsætninger for at udøve sin gerning blandt dem, der søger de psykiatriske konsultationer. Endvidere skulle der lægges vægt på, at den pågældende havde tilegnet sig et grundigt kendskab til sociallovgivningen, eventuelt ved deltagelse i kursus for socialrådgivere. Man anså det for formålstjenligt, at tilsynet med familieplejen, der for mange danner overgangen mellem hospitalet og livet udenfor, såvidt gørligt kom til at henhøre under hendes virksomhedsområde.

Allerede dengang, men dog navnlig i de senere år, har der imidlertid hersket divergerende opfattelser angående den mest betimelige uddannelsesform. Nogle mener fortsat, at hovedvægten bør lægges på det sygeplejemæssige, idet man henviser til, at socialrådgivere med anden uddannelse vil have vanskeligt ved at opnå kontakt med patienterne og vil savne den dybere forståelse af deres problemer. Andre er af den opfattelse, at sådant rådgivningsarbejde vil være uden effektivitet, såfremt de rådgivende ikke har speciel sagkundskab indenfor sociale områder; det hjælper ikke, at

man har kontakt med patienterne, hvis de udadgående kontakter glipper, fordi de pågældende ikke har fornødent kendskab til de i så henseende bestående muligheder eller tilstrækkelig forbindelse med de institutioner og personer, der forvalter disse. Udfra sidstnævnte betragtninger anses uddannelse på Den sociale Skole for ønskelig.

Blandt overladerne ved statens sindssygehospitaler er der talsmænd for begge opfattelser; men udviklingen peger i retning af, at der i stigende grad vil blive lagt vægt på den egentlige soeialrådgiveruddannelse. Af de nuværende »sekretærer ved hospitalshjælpen« er imidlertid det store flertal, nemlig 11 af 15, sygeplejersker; af de øvrige er 3 uddannede på den sociale skole, medens 1 er jurist. Forholdet er en naturlig konsekvens af det oprindelige standpunkt; men stillingerne har iøvrigt været vanskelige at besætte, således at de uddannelsesmæssige synspunkter, hvor man havde en egnet person, har måttet træde i baggrunden. Samtidig kan det måske siges, at institutionen på sine steder, muligt i kraft af den særlige tilknytning til de psykiatriske konsultationer og til familieplejen, har fået et fra sædvanlig socialrådgivning afvigende virkefelt.

På det således foreliggende har direktoratet for statens sindssygehospitaler ikke anset sig for beføjet til at formulere bestemte krav i uddannelsesmæssig henseende. Af sygeplejerskernes organisationer har der overfor den sociale skole været rejst spørgsmål om oprettelse af et kursus af kortere varighed for sygeplejersker med henblik på udøvelse af socialrådgivervirksomhed ved sindssygehospitaler, og direktoratet har deltaget i forhandlinger herom. Der skønnedes dog ikke at være naturlig basis for en sådan uddannelsesform.

Af Københavns kommunes hospitalsdirektorat blev der i 1952 med magistratens tilslutning nedsat et udvalg til undersøgelse af socialrådgivernes virksomhed indenfor Københavns hospitalsvæsen. Dette udvalg, der afgav betænkning i 1953, var af den opfattelse, at grunduddannelsen på den sociale skole måtte findes fyldestgørende med henblik på hospitalsvæsenets tarv. Dog henstiller man, at mulighederne for tilrettelæggelse af en turnustjeneste på hospitalerne for socialrådgivere undersøges, ligesom der peges på den mulighed, at den sociale skole påtager sig at afholde specialkurser for socialrådgivere, der virker indenfor særlige grene af arbejdet, specielt medarbejdere ved psykiatriske afdelinger. Udvalget har endvidere drøftet, om der burde kræves en særlig foruddannelse — eventuelt sygeplejerskeuddannelse — for socialrådgivere ved sindssygehospitaler. Der var imidlertid indenfor udvalget enighed om, at der principielt bør være samme adgang til ansættelse ved alle hospitalsvæsenets afdelinger for dimittender fra den sociale skole; den specialuddannelse i det praktiske arbejde, som er fornøden på et sindssygehospital, må herefter gives på hospitalet.

Med hensyn til socialrådgivernes virksomhed på hospitalerne understreger nævnte udvalg, at de har til opgave indenfor deres faglige område at bidrage til, at behandlingen på hospitalerne, både for den enkelte patient og for befolkningen som helhed, bliver så effektiv som muligt; de opgaver, hvis løsning ikke tjener dette formål, henhører ikke under disse socialrådgiveres arbejdsområde. Lægecheferne må derfor overfor administrationen have ansvaret såvel for arten af de opgaver, som socialrådgiverne sættes til at løse, som for måden, hvorpå dette arbejde udføres. Af lægernes ansvar for socialrådgivernes opgaver følger, at det må påses af lægechefen, at der ikke uden ganske særlig foranledning tildeles socialrådgiverne opgaver, som rettelig kunne anses for at falde ind under lægenes arbejde, samt at socialrådgiverne ikke kommer ind på områder,

som henhører under sygeplejerskerne; samtidig bør al kontormæssig behandling af sager, der ligeså godt eller bedre kan udføres af hospitalskontorerne, overlades til disse.

De af udvalget fremdragne synspunkter har i princippet også gyldighed for statens sindssygehospitaler. Både ved indlæggelsen og under hospitalsopholdet har socialrådgiverne betydningsfulde opgaver, der på den ene side grænser op til de lægelige funktioner, på den anden side til hospitalskontorernes virksomhedsområde. Såvel for patienten som for de pårørende vil problemer melde sig, til hvis løsning socialrådgiverne kan yde deres bidrag. Også behandlingsmæssigt er en sådan indsats naturligvis af betydning, idet helbredelsesprocessen sinkes eller umuliggøres, såfremt sådanne bekymringer vedligeholdes. Hvor de pårørende lever fjernt fra sindssygehospitalet, således som det for adskillige hospitalers vedkommende typisk vil være tilfældet, kan mulighederne for at hjælpe være ret begrænsede, men efterhånden som hospitalerne får et mindre opland, vil der rådes bod herpå.

Det er dog navnlig ved forberedelsen og gennemførelsen af den efterforsorg, der bør konsolidere de behandlingsmæssige resultater, at socialrådgivningen får sin særlige mission, og spørgsmålet må derfor ses i sammenhæng med denne efterforsorg, der vil blive behandlet i et særligt afsnit.

Her skal det kun påpeges, at man indenfor sindssygehospitalernes område må tage fornødent hensyn til de lokale forhold, og de konkrete muligheder, og at en kombination af forskellige typer af socialrådgivning derfor, og i al fald for nærværende, kan være naturlig. Overalt vil en aktivering og udbygning af socialrådgivningen dog sikkert *være* ønskelig; efterhånden vil arbejdsområdet, og dermed de uddannelsesmæssige krav, utvivlsomt herved komme ind i fastere rammer.

6. Psykologi

Anvendelse af psykologer indenfor det psykiatriske arbejde, som mange steder i udlandet længe har været sat i system, har i de sidste år også vundet indpas i Danmark. Det er blevet klart, at psykologerne i mange tilfælde administrerer de vigtigste *psykologiske tests* bedre end de fleste læger. Testtekniken og testproblematiken (specielt standardisering af tests) bliver mere og mere kompliceret, og det er nødvendigt, at dette område underlægges specialister. Det må derfor påregnes, at der ved alle psykiatriske hospitaler bliver brug for fast ansatte psykologer, og selvom man udelukkende giver disse testningsopgaver, vil der være anvendelse for mindst een psykolog ved hvert overla;geafsnit.

Det skal bemærkes, at den nuværende universitetsuddannelse af psykologer først og fremmest er tilrettelagt med henblik på senere arbejde indenfor skolevæsenet og kun i beskedent omfang befatter sig med emner, som er af direkte betydning for arbejdet på psykiatriske hospitalsafdelinger. Det ville derfor for psykiatrien være en fordel, om psykologerne fik en uddannelse, der i højere grad kvalificerede dem til sådant arbejde, hvilket enten kunne ske i form af en udvidelse af deres universitetspensum eller måske bedre ved oprettelse af et særligt kursus i klinisk psykologi, knyttet til praktisk arbejde på et eller flere hospitaler.

Spørgsmålet om, hvorvidt psykologerne bør kunne deltage i *behandlingen* af patienterne har været fremdraget. Herom må imidlertid principielt siges, at universitetsstudiet ikke kvalificerer til behandling af syge, men at den på et hospital arbejdende psykolog naturligvis i lighed med enhver anden til afdelingsarbejdet knyttet medarbejder har mulighed for at komme i en situation, hvor hans indsats også er af terapeutisk værdi. Forudsætningen må blot være, at det terapeutiske arbejde sker efter læge-

lige direktiver. Det skal dog herved også bemærkes, at de opgaver af testningsmæssig karakter, som påhviler psykologerne, og som er årsagen til, at man har knyttet dem til hospitalerne, er af et sådant omfang, at de ikke nær kan overkommes af det til rådighed stående antal psykologer, hvorfor det allerede af den grund må synes lidet rimeligt i større udstrækning at flytte psykologernes arbejdskraft fra undersøgelsesmæssige til behandlingsmæssige opgaver. En særstilling indtager dog her *børnepsykiatrien,* hvor problemernes delvis pædagogiske karakter fra starten har gjort det naturligt også at anvende psykologer **til** terapeutisk arbejde. Også her må et stadigt samarbejde med lægelig sagkundskab imidlertid anses for at være en betingelse.

De herhenhørende spørgsmål er iøvrigt uddybet nærmere i en af professor, dr. med. *Villars Lunn* udarbejdet redegørelse, der er optaget som bilag I. til betænkningen.

7. *Andre funktioner*

Patienternes hospitalsmæssige tilværelse præges ikke alene af behandling og pleje i snævrere forstand, men også af talrige andre funktioner, der indgår i hospitalernes virke, og hvorved der også er taget et terapeutisk sigte.

Principielt har det ikke kunnet være kommissionens opgave at tage stilling til detaillerne i hospitalernes indre liv og til de enkelte led i det behandlingsmæssige program. Alligevel ønsker man at fremdrage nogle af disse punkter, fordi de hører med i det samlede billede og er illustrerende for hele den tendens, der må være fremherskende på moderne sindssygehospitaler. Ved den planlægning, der nu finder sted, må man derfor have opmærksomheden henvendt på sådanne områder, der tilsyneladende måske kun er af underordnet vigtighed, men som alligevel har deres uomtvistelige betydning som led i det større hele.

Man kan indenfor sådanne felter være nødsaget til at gå frem med en vis varsomhed, dels fordi adskilligt endnu har eksperimentets karakter, dels fordi de personale- og lokalemæssige forudsætninger må være tilstede, men også fordi de økonomiske betragtninger uvægerligt må veje til i en periode, hvor sindssygevæsenets udbygning stiller store finansielle krav. Alligevel er det af betydning, at man stedse gør sig klart, at den psykiatriske behandling i vore dage må opbygges på en bred basis, og at arbejdet derfor nødvendigvis må have så vide rammer, at man i størst muligt omfang er **i** stand til at udnytte de til enhver tid foreliggende behandlingsmuligheder.

Hospitalernes *biblioteksvirksomhed* har i de senere år været **i** betydelig udvikling. Ordningen er i almindelighed den, at det nærmeste folkebibliotek stiller en bibliotekar til rådighed for hospitalet i et vist antal timer, og at denne står som den ansvarlige leder af hospitalets biblioteksvirksomhed. Arbejdet har været stadigt voksende, og den disponible arbejdskraft har efterhånden vist sig utilstrækkelig til løsningen af de foreliggende opgaver.

Hvert hospital har en bogsamling, men denne må ifølge sagens natur være meget ufuldstændig, og en stor del af udlånene må derfor ske gennem vedkommende folkebibliotek. Enkelte steder har man opstillet småbogsamlinger på forskellige afdelinger. Det har væsentligt drejet sig om bøger af mere håndbogsmæssig karakter, såsom konversationsleksika og bøger af Hvem-Hvad-Hvor-typen o. lign. Ikke mindst på kroniske afdelinger har det vist sig, at sådanne afdelingssamlinger kunne være af betydning, idet patienterne ikke altid har det fornødne initiativ til lån af bøger fra den større samling, men kan stimuleres **til** lejlighedsvis læsning, når dertil egnede bøger til stadighed er frit tilgængelige på afdelingerne.

Også en anden form for afdelingsar-

bejde har vist sig formålstjenlig, bestående deri, at bibliotekaren med regelmæssige mellemrum indfinder sig på afdelingerne med et udvalg af bøger. Det kan herved lykkes at få kontakt med patienter, der ikke føler sig tilskyndede til at henvende sig på selve biblioteket. Det må i denne forbindelse også erindres, at de egentlige biblioteksslokaler er særdeles spartanske og ikke afgiver de fornødne muligheder for læsning på stedet. Man må anse det for at være af betydning, om der efterhånden kan tilvejebringes biblioteksslokaler, der er bedre skikkede hertil, således som det er tilfældet på adskillige hospitaler i udlandet.

Man har naturligt været inde på tanken om oprettelse af selvstændige stillinger som hospitalsbibliotekarer. Det er muligt, at udviklingen vil kunne nødvendiggøre dette, men principielt kan det ikke anses for ønskeligt, idet det nære samarbejde med folkebibliotekerne, såvel i personalemæssig henseende som i relation til bogbestanden må skønnes at være af væsentlig betydning. Personalemæssigt er det af værdi, at de pågældende bevarer deres forbindelse med det almene biblioteksvæsen, hvorfra de kan hente værdifulde impulser, ligesom det kvalificerede personale kan have en nærliggende interesse i at bevare en sådan tilknytning med de heri liggende muligheder for videre avancement.

Danmarks biblioteksforenings udvalg for hospitalsbiblioteksarbejde og andre særopgaver har til kommissionen fremsendt et materiale angående de nævnte spørgsmål. I dette materiale indgår en af bibliotekar *Eli Bertelsen*, Århus folkebibliotek, udarbejdet redegørelse for biblioteks- og studiekredsarbejdet på sindssygehospitalet ved Århus. Det fremgår heraf, at der på dette hospital har været iværksat et af bibliotekaren ledet studiekredsarbejde, hvilket iøvrigt også har været forsøgt på andre hospitaler. *Studiekredsvirksomheden* har vist sig at være et nyttigt led i behandlingen af visse patienttyper, og det ville utvivlsomt være af værdi, om sådan virksomhed kunne sættes i system ved hospitalernes foranstaltning. Studiekredsene kunne iøvrigt også ledes af andre end bibliotekarerne; det afgørende vil være, om man på givne tidspunkter har dertil egnede medarbejdere med interesse for sådan virksomhed. Det er et arbejde, der først efterhånden vil kunne finde sin rette form, men som givetvis kan blive af betydning.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at der også er behov for bedre udrustning af de fagbiblioteker, der står til funktionærernes rådighed. Der tiltrænges her ikke blot en væsentlig udvidelse af bogmassen, men også egnede læsestuer, specielt med henblik på læsning af tidsskrifter. Det burde i tilknytning hertil også være muligt i et vist omfang at optage en tanke, som med held er realiseret flere steder i udlandet, nemlig at etablere en lille samling af skønlitteratur, der er af særlig psykologisk interesse, og som derfor vil være egnet til at bidrage til personalets forståelse af en række almenmenneskelige problemer, der ikke ret vel kan gøres til genstand for egentlig undervisning.

Også på det *musikalske* område vil der kunne gøres en indsats af værdi for patienterne.

På alle hospitaler har der fra gammel tid nu og da været arrangeret koncerter for patienterne, de fleste steder også sangtimer. Alt i alt har musikken dog ikke kunnet spille nogen betydende rolle i hospitalernes liv. Her tiltrænges, selvom radio efterhånden er installeret på talrige afdelinger, utvivlsomt forbedringer. Nogle steder har man etableret studiekredse med grammofondemonstrationer, og resultaterne frister i høj grad til efterfølgelse. Her ville det være af værdi, og skulle også være økonomisk overkommeligt, om hospitalerne efterhånden kunne oparbejde diskoteker, således at

et egnet repertoire stedse var forhånden. Det drejer sig selvfølgelig ikke blot om at skaffe patienterne harmløs adspredelse, men om at udnytte alle midler til at forbedre kontakten med dem og til at skaffe dem interesser, der kan være af positiv betydning for deres helbredstilstand, hvad enten de udskrives eller forbliver på hospitalet.

På moderne sygehuse har man iøvrigt også indrettet centrale grammofonanlæg, forbundet med højttalere på afdelingerne, således at det er muligt at sammensætte programmer, der i særlig grad kan være til opmuntring for syge mennesker. Det er klart, at også psykiatriske patienter kunne have udbytte af sådanne foranstaltninger, og man bør have opmærksomheden henvendt derpå. I vidt omfang vil den enkelte afdeling dog være den enhed, hvorom sådant arbejde naturligt opbygges.

I adskillige tilfælde ville det derhos være rimeligt, om man lod patienterne selv være udøvende, men dette er af lokalehensyn kun de færreste steder muligt. Flere steder i udlandet har man været i stand til at inddrage også meget dårlige patienter i aktiv musikalsk virksomhed med en udpræget beroligende virkning på deres tilstand.

Der er iøvrigt på alle sindssygehospitaler tradition for, at der gives patienterne lejlighed til at deltage i forskellig underholdning i fritiden. Tyngdepunktet er her radio, filmsforevisninger, musik og anden kunstnerisk underholdning; utvivlsomt bør man også have opmærksomheden henvendt på de muligheder, opstillingen af fjernsynsanlæg på dertil egnede afdelinger vil indebære, i hvilken forbindelse det kan oplyses, at enkelte afdelinger allerede har modtaget sådanne anlæg som gaver fra patienters pårørende. Særlig efter at landsforeningen til Syges og Rekonvalescenters Underholdning (SORU) er trådt ind i billedet, har der været mulighed for lødig underholdning til overkommelige priser. Alligevel kan underholdningsprogrammerne ikke siges at være gennemført i det ønskede omfang; adskillige steder skyldes dette manglen på velegnede lokaler og de tekniske indretningers utilstrækkelighed.

Festsalen og de dertil knyttede lokaliteter er derfor ikke noget uvigtigt led i de nye hospitalers opbygning. Det er fordelagtigt at etablere disse lokaler i tilknytning til funktionærspisestuerne, således at disse ved patientfester også kan benyttes af patienterne. I denne forbindelse vil det iøvrigt også være formålstjenligt, om der indrettes kantine, der kan benyttes af patienternes pårørende. Ikke blot gælder dette, fordi mange af de besøgende kommer langvejs fra, men også fordi deres kontakt med patienterne lettes, når de kan mødes med dem under nogenlunde utvungne former. Også kioskindretninger med salg af aviser, chokolade og tobaksvarer kan være af betydning for såvel patienterne som de pårørende; næringsretlige bestemmelser bør derfor ikke stille sig hindrende i vejen herfor.

Alle disse momenter har, vil man sikkert let indse, deres ganske særlige betydning for de psykiatriske hospitaler, hvor sådanne opmuntrende indslag i hospitalstilværelsen bør ses som direkte led i den egentlige patientbehandling.

B. Tilknytningen til det almene sygehusvæsen

Af det foran udviklede vil fremgå, at den moderne psykiatriske behandling er opbygget på et sammenspil mellem talrige funktioner, henhørende under mangfoldige specialer. Sindssygehospitalernes struktur og placering kan selvsagt ikke være upåvirket heraf. I en tid, hvor behandlingen i alt væsentligt var en milieu-

behandling, og hvor aktiv terapi kun kom til udfoldelse indenfor ret snævre rammer, var det naturligt, at hospitalerne blev anlagt som isolerede komplekser, og at ønsket om at sikre institutionerne en naturskøn beliggenhed i rolige omgivelser trådte i forgrunden. Nu er et samarbejde med andre lægelige specialer blevet oplagt nødvendigt, og tanken om at søge de psykiatriske behandlingshospitaler tilknyttet centralsygehusene er opstået som en logisk følge heraf,

I den af sundhedsstyrelsens psykiatriske udvalg i 1952 afgivne betænkning fremhæves tilknytningen til centralsygehusene da også som noget aldeles afgørende. Der henvises her til den betydning, det nære samarbejde mellem psykiatrien og de øvrige lægevidenskabelige specialer må have for moderne behandling af sindssygdomme. Det nævnes også, at mange af centralsygehusenes patienter har behov for psykiatrisk medvirken såvel ved undersøgelse som ved behandling, og at det gensidige samarbejde mellem de psykiatriske hospitalsafdelinger og centralsygehusenes øvrige afdelinger derfor i det hele må ses som en forudsætning for den rette behandling af de forskellige sygdomstilfælde.

På steder, hvor samarbejdet allerede nu har kunnet realiseres, er det også i praksis godtgjort, at det spænder over et særdeles vidt område. Herom kan henvises til en af overlæge Harald Hove i Ugeskrift for læger (1954, bd. 116, pag. 931—32) givet redegørelse for specialernes samvirke på en psykiatrisk modtageafdeling (Bispebjerg hospitals psykiatriske afdeling). Der henvises i denne redegørelse tillige til det på sindssygehospitalet i Viborg etablerede samarbejde med specialafdelingerne på det nærliggende centralsygehus. Også andre sindssygehospitaler har allerede nu et stærkt udbygget og stadigt voksende samarbejde med det almene sygehusvæsen, men det ligger i sagens natur, at samarbejdet i høj grad kan fremmes gennem det umiddelbare naboskab, man for de nye hospitalers vedkommende tilstræber.

Til de nævnte fordele må iøvrigt også henregnes det rationelle i, at bekostelige tekniske anlæg derved kan blive fælles, ligesom man heller ikke må overse det psykologiske moment, at befolkningens fordomme overfor de psykiatriske hospitaler og deres patienter vil kunne modvirkes, når et sådant fællesskab etableres; herved tilkendegives det på håndgribelig og anskuelig måde, at behandlingen af psykiske lidelser ligger på linie med anden sygdomsbehandling, og at patienterne derfor ikke i den almene bevidsthed bør indtage nogen særstilling.

Samarbejdets nødvendighed kan givetvis ikke gøres til genstand for debat. Det må ved sindssygevæsenets udbygning være det ledende synspunkt, at de fornødne forudsætninger for et sådant samarbejde i videst muligt omfang skal søges tilvejbragt. Det, der herefter skal afklares, er alene de retningslinier, man i så henseende bør følge.

Man kan i denne forbindelse specielt rejse spørgsmålet om, hvorvidt hovedlinien i sindssygevæsenets udbygning bør være den, at der ved centralsygehusene oprettes mindre specialafdelinger, eller om det er sindssygehospitalerne i deres helhed, der som fuldt udbyggede behandlingsinstitutioner bør kobles til centralsygehusene. Ser man denne problemstilling i lyset af de seneste års psykiatriske udvikling, må det fremhæves, at det tidligere kun var et mindretal af sindssygehospitalernes patienter, der indroges under de behandlingsformer, der stiller krav til det nævnte samarbejde, medens det nu er et langt bredere udsnit af patienterne, i virkeligheden disses flertal, hvortil nævnte behandlingsformer periodisk må sættes i relation. Alligevel er det, når henses til, at en væsentlig del af det stadigt voksende patientskifte på sindssygehospitalerne omfatter et relativt begrænset antal senge, antageligt, at det *arbejdsmæssigt* ville være muligt

at afvikle en betydelig psykiatrisk virksomhed indenfor rammerne af mindre hospitalsenheder. Når man desuagtet ikke ved den nu stedfindende planlægning tør koncentrere udviklingen om opbygningen af de mindre afdelinger, er det fordi dette ville indebære en for ringe aflastning i *sengemæssig* henseende. De uhyre pladsvanskeligheder, der for nærværende præger sindssygevæsenet, og den væsentlige forøgelse af disse vanskeligheder, som de gamle hospitalers modernisering uundgåeligt indebærer, nødvendiggør derfor i sig selv, at man primært tilstræber løsninger, der i pladsmæssig henseende har den fornødne slagkraft, hvilket **vil** sige opbygningen af egentlige sindssygehospitaler i centralsygehusenes nærhed, forudsat at mulighederne herfor overhovedet består.

Kommissionens mest fremtrædende ønskemål har derfor været udformningen af planer, der indebar, at de kommende sindssygehospitaler blev lagt i umiddelbar tilknytning til centralsygehusene, og det har vist sig, at mulighederne herfor næsten undtagelsesfrit var til stede i de byer, hvor hospitalerne udfra befolkningsmæssige synspunkter måtte placeres. Man har endvidere fulgt det princip, at de nye sindssygehospitalers sengetal skulle være relativt begrænset, idet de kun i så fald kunne glide nogenlunde naturligt ind i den større helhed. Samtidig har imidlertid mulighederne for patienternes differentiering, altså hospitalernes opdeling i forskellige afdelingstyper, sat en nedre grænse for hospitalernes størrelse; også pladsbehovet og de økonomiske hensyn må man i denne forbindelse have for øje. Den hospitalstype man, alt taget i betragtning, har anset for den indtil videre mest hensigtsmæssige, er herefter blevet et sindssygehospital på **indtil** 350 senge, tilknyttet et centralsygehus og baseret på et intimt samvirke med dette.

Denne hovedlinie i sindssygevæsenets byggeprogram skulle principielt sikre det fornødne samarbejde med det almene sygehusvæsen. Det er imidlertid klart, at der fortsat vil være ældre sindssygehospitaler af andre typer, og at den overvejende del af patienterne i lang tid fremover vil være anbragt på sådanne hospitaler. Det er endvidere klart, at disse institutioner i overskuelig fremtid, uanset deres mindre gunstige beliggenhed, vil have hospitalsmæssige funktioner i egentlig forstand, og at de derfor også nødvendigvis må moderniseres med henblik herpå. Denne modernisering har en ret radikal nedskrivning af hospitalernes pladsantal til forudsætning, og de overskydende senge bør selvsagt — bortset fra behandlingsafsnit af begrænset omfang — ikke tilvejebringes ved tilbygninger til de gamle hospitaler, idet en forøgelse af disses kapacitet, direkte eller indirekte, ikke bør komme på tale.

Endvidere er det klart, at medens man for behandlingshospitalernes vedkommende principielt må gå ind for den in**timest** mulige tilknytning til det almene sygehusvæsen, vil andre forhold gøre sig gældende, forsåvidt plejehjemmene angår. Disses patienter vil ifølge sagens natur ikke være i en sådan intensiv behandling, at forbindelse med et centralsygehus bliver af betydning, og deres beliggenhed må derfor bestemmes udfra andre hensyn. Navnlig må det i denne forbindelse understreges, at plejehjem for senile patienter bør placeres centralt indenfor landområdet, da besøg af pårørende her spiller en betydelig rolle; af en opgørelse fra Bispebjerg hospitals psykiatriske afdeling ses, at besøgshyppigheden var overraskende stor for denne patientkategoris vedkommende (0,9 besøg pr. patient pr. dag).

Samtidig med at man søger gennemført de ovenfor nævnte foranstaltninger til afhjælpning af vanskelighederne med hensyn til sengepladserne, må man dog også søge oprettet mindre psykiatriske specialafdelinger på centralsygehusene, i første række på sådanne steder, hvor

oprettelsen af de noget større hospitaler ikke skønnes hensigtsmæssig eller praktisk gennemførlig af arealmæssige eller andre grunde, men hvor der må antages at være et utilstrækkeligt dækket behov som følge af lang afstand til nærmeste psykiatriske institution. Der vil herved opnås en betydelig aflastning for sindssygevæsenet i arbejdsmæssig henseende.

Efterhånden som sindssygevæsenets i øjeblikket store vanskeligheder med hensyn til sengeplads er afhjulpet, vil det, efter alt hvad man kan skønne, være en naturlig udvikling, at der i stigende grad lægges vægt på etablering af sådanne psykiatriske afdelinger tilknyttet centralsygehusene. Allerede her bør det derfor overvejes, hvorledes de nævnte afdelinger nu og i fremtiden skal indrettes.

I almindelighed bør staten tage initiativet til oprettelsen af de psykiatriske afdelinger på de steder og på de tidspunkter, hvor det efter de anførte overvejelser må anses for mest hensigtsmæssigt. Man må imidlertid også forudse, at sådanne afdelinger kan oprettes på kommunalt initiativ, og i så fald vil et refusionsspørgsmål opstå. Kommissionen har ikke ment at burde tage stilling til detaillerne heri, men skal alene påpege, at det udfra de foran anførte synspunkter ville være rimeligt, om der i disse tilfælde blev ydet et større statstilskud end efter de for almindelige sygehusafdelinger gaddende regler. Fuld refusion bør dog næppe almindeligvis komme på tale, og det må være en forudsætning, at indenrigsministeren efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen har kunnet godkende, at afdelingen efter de nævnte retningslinier må anses for berettiget til sådant statstilskud.

Det særlige tilskud bør iøvrigt formentlig kun omfatte patienter, der har henligget på vedkommende afdeling i et vist tidsrum, eksempelvis 18 dage, og kun beregnet fra dette tidsrums udløb, idet ordningen i modsat fald ville komme til at omfatte adskillige tilfælde, der ikke i egentlig forstand er psykiatriske. Et sådant tidsmæssigt kriterium vil selvsagt ikke altid i nævnte henseende føre til det principielt rigtige resultat, men det synes alligevel at være et egnet grundlag for en fornuftig gennemsnitsløsning, idet de tvivlsomme grænsetilfælde fortrinsvis vil optræde blandt de kortvarige indlæggelser. Yderligere skal bemærkes, at tilskudet må tænkes beregnet efter samme regler som gældende for godkendte neurokirurgiske afdelinger, omend, som anført, kun med en procentsats, og således må have til forudsætning, at regnskaberne af det pågældende sygehus affattes på en sådan måde, at den enkelte afdelings totaludgift kan opgøres.

Også udenfor de angivne rammer vil kommunale afdelinger naturligvis være tænkelige, idet visse sygehuse, uanset at deres område efter planen principielt måtte anses for dækket i psykiatrisk henseende, kunne have interesse i at sikre sig en videregående psykiatrisk bistand end den, man kan opnå gennem en konsulentordning. De argumenter, der er anført til støtte for ydelsen af det særlige tilskud, vil imidlertid ikke have gyldighed i disse tilfælde. Man måtte her bygge på sygehuslovgivningens ordinære refusion.

Man har i det her anførte regnet med, at sindssygebehandling, bortset fra den for Københavns kommune gældende særordning, fortsat skal være statsopgaver. Dette er i overensstemmelse med hævdvunden ordning og gældende lov, og det har været naturligt at tage sit udgangspunkt heri. Rent logisk kunne man naturligvis også tænke sig den mulighed, at kommunerne påtog sig opgaven; men at muligheden skulle være nærliggende indenfor den periode, der omfattes at kommissionens overvejelser, har man ikke antaget, og man skal derfor kun fremsætte enkelte bemærkninger desangående.

Spørgsmålet har i de seneste år navnlig

været drøftet i Sverige, hvor hovedparten af sindssygeforsorgen er et statsanliggende, men hvor dog ikke uvæsentlige områder er undergivet kommunal forvaltning. Fra lægelig side er det her ønsket, at det samlede sindssygevæsen skulle være et kommunalt anliggende i lighed med det almene sygehusvæsen, idet man er af den opfattelse, at effektivt samarbejde har fælles administration til forudsætning. Hverken medicinalstyrelsen eller landstingsforbundet har imidlertid ment, at spørgsmålet om sindssygevæsenets generelle overgang til kommunerne kunne anses for aktuelt. Heller ikke indenrigsministeren har kunnet tilslutte sig denne opfattelse, idet han anser det for påkrævet, at udbygningen og moderniseringen af det statslige sindssygevæsen fortsat påhviler staten og med al kraft gennemføres af denne. Den kommunale ordning ser man imidlertid i Sverige som fremtidsperspektivet; man overvejer, hvorledes den bedst realiseres, og man regner også allerede nu med muligheden af lokale løsninger i nævnte retning.

De retningslinier, der af nærværende kommission er lagt for sindssygevæsenets udbygning, kan ikke i sig selv danne et naturligt udgangspunkt for tilsvarende overvejelser, idet man ikke har rimelig grund til at formode, at de angivne løsninger ikke skulle kunne indpasses i det system, der for nærværende er gældende i finansiel og administrativ henseende. Tværtimod ville man, i al fald på indeværende tidspunkt, anse det for særdeles betænkeligt, om staten ikke uden videre vedkendte sig sine herhenhørende forpligtelser. Gøres stillingen uklar, vil initiativet svækkes; skal udviklingen fremmes, må det på forhånd bringes på det rene, hvem der har ansvaret derfor.

Anerkender man fortsat det psykiatriske hospitalsvæsen som en statsopgave, er det imidlertid også nødvendigt, at man samtidig klargør sig opgavens omfang.

Blandt de lægelige specialer udgjorde psykiatrien i ældre tider et såre begrænset felt. Antallet af patienter har ganske vist altid været anseeligt, men sålænge sindssygehospitalernes funktioner i fremtrædende grad var af rent plejemæssig karakter, måtte det erkendes, at man ikke med udgangspunkt i sengetallet kunne anstille rimelige sammenligninger mellem det almene og det psykiatriske hospitalsvæsens behov i investeringsmæssig henseende. Stadig er der selvsagt dybtgående forskelligheder, der vanskeliggør direkte sammenligning, men det er ubestrideligt, at parallelen, når fornødne forbehold tages, er blevet ganske anderledes nærliggende, efter at den aktive behandling er sat i relation til patienternes store flertal.

I denne forbindelse bør det også nævnes, at væsentlige afsnit af det almene sygehusvæsen, såvel i henseende til anlæg som til drift, stiller økonomiske krav af en anden størrelsesorden end den, der indenfor det psykiatriske hospitalsvæsen vil komme på tale. Men det må fremhæves, at det er ligeså klart, at psykiatriske afsnit stiller særlige krav, der ikke opstår i anden sammenhæng, specielt i retning af opholdsrum og beskæftigelseslokaliteter; herved må den hastige vækst i antallet af oppegående og beskæftigede patienter erindres, ligesom naturligvis også omgivelsernes specielle betydning for de psykiatriske patienters velbefindende og helbredelsesmuligheder må haves for øje. Først og fremmest må det dog påpeges, at det psykiatriske hospitalsvæsen skal omstilles og udbygges på et andet grundlag og derfor også efter en anden målestok end den, der kan anlægges overfor sygehusformer, der i en lang årrække har været med i den løbende udvikling.

Det samlede almindelige sygehusvæsen for patienter udenfor København disponerer i dag over ca. 19.000 sengepladser, medens statens sindssygevæsens tilsvarende pladsantal andrager 5.727 egentlige

hospitalspladser og 963 plejehjemspladser. Man vil heraf se, at det, selv med den nuværende utilstrækkelige normering, ingenlunde er en uvæsentlig del af vort hospitalsvæsens sengepladser, der henhører under sindssygevæsenet. Sindslidelserne er, også i hospitalsmæssig henseende, en særdeles omfattende sygdomsgruppe. Behandlingen af disse lidelser kan derfor, når hospitalsvæsenets krav gøres op, ikke betragtes som et sekundært speciale, men må tvajrtimod ses som et overordentlig betydningsfuldt led i det samlede hele.

Sindssygevæsenets centralisering må begrebsmæssig indebære, at man kommer til at operere med samlede bevillinger, hvis størrelsesorden kun bliver forståelig, når de her nævnte forhold tages i betragtning. Skal den statslige organisation af sindssygevæsenet ikke være en hæmsko for udviklingen, er det derfor ubetinget nødvendigt, at spørgsmålene ses under den videre synsvinkel, som denne særlige organisationsform har til forudsætning, og man har i den foreliggende sammenhæng anset det for påkrævet at understrege dette.

Som et led i bestræbelserne på at lægge det psykiatriske hospitalsvæsen på linie med det almene sygehusvæsen har man også været inde på spørgsmålet om hospitalernes mest hensigtsmæssige betegnelse. Ordet »sindssygehospital« har utvivlsomt ikke den bedste klang, og når hospitalerne omdannes så radikalt, som det efterhånden vil blive tilfældet, kan det være et naturligt ønske, at denne omdannelse også finder håndgribeligt udtryk i en ændret betegnelse. Principielt er sådanne navneforandringer måske betænkelige, fordi man herved accepterer gældende fordomme, men reelt tør man næppe afvise trangen dertil. Når hertil kommer, at det ikke blot er hospitalernes bygningsmæssige struktur, der ændres, men at også behandlingsområdet udvides, således at behandlingen af de egentlige sindssygdomme kun bliver en del af hospitalernes opgaver, tør det fastslås, at der er vægtige argumenter for indførelsen af en anden betegnelse. Kommissionen foreslår derfor, at betegnelsen »sindssygehospital« ændres til »psykiatrisk hospital«, hvilket må skønnes at være den mest adækvate betegnelse for de institutioner, hvorom det drejer sig. Man har i udkastet til et lovforslag (bilag E.) medtaget en udtrykkelig bestemmelse herom, idet den nuværende betegnelse har haft særlig lovhjemmel (§ 1 i lov nr. 106 af 13. maj 1911 om ordning af plejeforholdene på statens sindssygehospitaler m. m.). Det kan bemærkes, at den norske komité til revision af sindssygelovgivningen i sin betænkning af 31. maj 1955 på tilsvarende måde foreslår anvendelse af betegnelsen »psykiatrisk sykehus«; også i Sverige er spørgsmålet fremdraget.

Endelig har man udfra tilsvarende synspunkter drøftet, hvorvidt fremgangsmåden ved tvangsindlæggelser burde ændres, idet det er blevet gjort gældende, at politiets medvirken har kunnet give disse indlæggelser et odiøst, måske ligefrem for patienterne og deres omgivelser chokerende, præg. Der har ganske vist været enighed om, at politiet ved iværksættelsen af disse indlæggelser må have den funktion at efterprøve, om betingelserne for sådan indlæggelse er opfyldte, idet borgernes beskyttelse imod uberettigede frihedsberøvelser ellers ville være utilstrækkelig, men det har været betvivlet, om det altid var påkrævet, at politiet deltog i selve transporten til hospitalet, og man har derfor overfor justitsministeriet rejst spørgsmål om, hvorvidt politiet eventuelt kunne instrueres om, at politiledsagelse kun burde iværksættes, hvor der skønnedes at være særlig trang dertil, men undlodes i tilfælde, hvor patientens direkte modstand var ophørt, når indlæggelsesbeslutningen forelå.

Justitsministeriet, der har brevvekslet med foreningen af politimestre i Danmark og politidirektøren i København derom, har imidlertid ikke skønnet, at

det var forsvarligt at ændre den nuværende ordning, hvorefter tvangsindlæggelsens iværksættelse (patientens befordring til sindssygehospitalet) sker under medvirken af politiet. Det anføres, at det ikke er politiets indtryk, at dets medvirken i disse tilfælde skulle virke uheldigt, og da man ikke på forhånd kan danne sig noget sikkert skøn over, om en forestående indlæggelse vil kunne gennemføres uden anvendelse af magt, ville det efter politiets opfattelse ikke være forsvarligt at gennemføre en ordning, hvorefter det i hvert enkelt tilfælde over lades til de tilkaldte polititjenestemænd at skønne over, om det er påkrævet, at politiet tager del i selve transporten; ejheller ville det være forsvarligt at overlade nogen tvangsmyndighed til private personer eller redningskorps. Justitsministeriet henviser i denne forbindelse også til, at det i § 5 i ministeriets cirkulære nr. 133 af 28. juni 1938 angående politiets medvirken til sindssyge personers indlæggelse på sindssygehospital er foreskrevet, *at* politiets bistand så vidt muligt bør ydes efter nærmere aftale med den eller de personer, hos hvem den sindssyge er anbragt, af de medvirkende polititjenestemænd bør være civilklædte, og *at* politiets medvirken i det hele bør ydes på en så lidet opsigtsvækkende måde som muligt.

C. Bygningsmæssig udformning*

Der er af indenrigsministeren nedsat et særligt byggeudvalg, hvortil udformningen af de af 1953-loven omfattede projekter har været henlagt. Dette udvalg, hvortil senere er føjet lokale udvalg, der beskæftiger sig med de enkelte byggearbejder, er uden direkte forbindelse med kommissionen og har forsåvidt arbejdet uafhængigt af denne. Imidlertid omfatter lovens byggeprogram netop hospitaler og plejehjem af de forskellige typer, hvorpå kommissionens planlægning i det hele tager sigte. Kommissionen er derfor blevet orienteret om planerne i deres hovedtræk og må i tilknytning hertil finde det naturligt, at der i nærværende betænkning optages en kortfattet redegørelse, således at man derved kan klargøre de bygningsmæssige principper, hvorpå også kommissionen for sit vedkommende lægger vægt.

Det har af beskæftigelsesmæssige årsager hidtil været opstillet som en udtrykkelig forudsætning, at byggeriet i dets helhed skulle planlægges som utraditionelt byggeri (elementbyggeri). Denne forudsætning har sat sit præg på planernes udformning, og har også haft indflydelse på deres økonomi. løvrigt har naturligvis ikke blot de enkelte institutioners karakter, men også de forhåndenværende arealmuligheder været bestemmende for udformningen. Alligevel er der visse fælles træk, man kan fremdrage.

De ældste sindssygehospitaler er, som det vil ses af den tidligere givne oversigt, koncentrerede om bygningskomplekser medens det seneste til formålet byggede hospital, sindssygehospitalet i Nykøbing Sj., er anlagt efter et udpræget pavillonsystem. Også indenfor det almene hospitalsbyggeri har vekslende tendenser i så henseende gjort sig gældende; hvert system har sine fordele og sine ulemper, og et klart og ubetinget valg kan derfor vanskeligt træffes.

Indenfor almindeligt hospitalsbyggeri peger de seneste års udvikling dog i retning af en afstandstagen fra pavillonsystemet. Moderne hospitaler stiller tekniske krav, der mest rationelt lader sig imødekomme indenfor rammerne af et koncentreret byggeri. Hensynet til arbejdsgangens rationalisering, herunder specielt de interne trafikproblemer, taler

* Se bilag K.

i samme retning. Indenfor perioder, hvor hospitalsvæsenet er i stærk udvikling, vil man også naturligt lade ombygningsmulighederne indgå i sine betragtninger, og erfaringerne godtgør, at et koncentreret kompleks som eksempelvis Kommunehospitalet i København, trods dets alder, bedre lader sig afpasse efter vekslende tiders krav end et nyere pavillonhospital som eksempelvis Rigshospitalet; ved anvendelsen af moderne byggemetoder, der betinger en særlig elasticitet i rumopdelingen, gør dette sig endda gældende med øget vægt.

Man vil dog let forstå, at de almene tendenser kun har betinget gyldighed indenfor sindssygehospitalernes område, selvom disse hospitaler bevidst lægges på linie med den generelle standard, og selvom et intimt samarbejde med det øvrige hospitalsvæsen tilstræbes.

Forsåvidt angår sindssygehospitalernes behandlingscentre — lægelokaler, terapirum, laboratorier og akute afdelinger — gør særlige hensyn sig dog næppe gældende. De opgaver, der her skal løses, indtager ikke på væsentlige punkter nogen særstilling, og indlæggelsestiden vil heller ikke her være af en sådan længde, at patienterne har behov for særlige rekreationsmuligheder. For de øvrige afdelingers vedkommende må et pavillonsystem derimod fremtræde som anbefalelsesværdigt. Her viser erfaringerne fra de gamle sindssygehospitaler, at patienterne kun, hvor der er direkte adgang til haveanlægene, har virkeligt udbytte af disse. Endvidere bevirker såvel sygdommenes art som hospitaliseringens varighed, at de ydre omgivelser har deres ganske særlige betydning for de psykiatriske patienters velbefindende, og det kan ikke bestrides, at en høj bebyggelse vil kunne virke mere kold og institutionspræget end den pavillonmæssige udformning. Endelig giver den spredte bebyggelsesform også bedre muligheder for opdelingen i patientgrupper, således at patienter med lettere sindslidelser ikke kommer i en altfor direkte kontakt med de mere kroniske tilfælde.

Ved sammenkædning af bygningerne har man imidlertid søgt at undgå de ulemper, hvormed et egentligt pavillonbyggeri erfaringsmæssigt er behæftet; man har endvidere kombineret bygningerne på en sådan måde, at der kan etableres hensigtsmæssige vagtordninger, fælles for flere afdelinger.

Det skal yderligere nævnes, at man har lagt afgørende vægt på, at der blev tilstrækkeligt med 1- og 2-sengsstuer, og at 4-sengsstuer er betragtede som absolut maximum. Erfaringerne fra de store sovestuer på de gamle hospitaler er overordentlig skræmmende, og man har måttet tage konsekvenserne heraf, uanset at de andre afdelingstyper naturligvis er relativt bekostelige i såvel anlæg som drift.

Man anser det for vigtigt, at garderobeforholdene bliver bedre på de kommende hospitaler end på de nuværende. Patienternes beklædning spiller en stor rolle for deres velbefindende og iøvrigt også for hospitalernes omdømme. I de senere år er der her sket store fremskridt i retning af mere individualiseret og mindre hospitalspræget påklædning. Imidlertid bør patienterne i det omfang, hvori det er praktisk muligt, have videre adgang til at benytte egne klæder; indsnævrede garderobeforhold stiller sig hindrende i vejen herfor. Det er også vigtigt, at patienterne i deres sengeborde og eventuelt tillige andetsteds har tilstrækkelig mulighed for at opbevare personlige ejendele. Under mere langvarige hospitalsophold vil der være et betydeligt behov herfor; ikke mindst gælder dette genstande med særlig affektionsværdi såsom breve og billeder.

Blandt betænkningens bilag er optaget planer, karakteristiske for de enkelte institutionstyper. Hospitalet i Glostrup (arkitekt *C.F. Møller*, Århus) kan ses som typen på et psykiatrisk hospital i tilknytning til et centralsygehus for so-

matiske sygdomme. Hospitalet i Brønderslev (arkitekt *Poul Clausen,* København), er udformet som et selvstændigt hospital, beregnet for patienter med længerevarende sindslidelser. Plejehjemmet i Viborg (arkitekt *Leopold Teschl,* Frederikshavn) er valgt som eksempel på et moderne plejehjem for psykiatriske patienter. Hertil føjer sig den børnepsykiatriske afdeling ved sindssygehospitalet ved Århus (arkitekt *Poul Clausen).*

Til opførelsen af de nye hospitaler føjer sig ombygningen af de gamle og denne ombygning indgår som et meget væsentligt led i den samlede planlægning. Den er også i betydelig grad afhængig af dennes øvrige komponenter, idet hospitalernes modernisering overalt vil have en radikal reduktion af deres pladsantal til nødvendig forudsætning.

Utvivlsomt vil man efter opførelsen af de nye plejehjem føle, at der består et iøjnefaldende misforhold mellem disse moderne institutioner og de forældede hospitaler, hvis opgaver ifølge sagens natur må være langt mere krævende end dem, der er tildelt plejehjemmene. Man har derfor også fra forskellig side været inde på den tanke, at man burde udforme alle de nye institutioner som egentlige hospitaler og derefter omdanne de nuværende hospitalskomplekser til plejehjem. Det vil imidlertid ved nærmere eftertanke ses, at dette, når bortses fra et enkelt hospital (sindssygehospitalet i Vedsted) ikke er realisabelt. De store hospitaler kunne ifølge hele deres struktur fornuftigvis ikke tænkes omdannede til plejehjem, medens omvendt mulighederne for at omskabe dem til tidssvarende sindssygehospitaler utvivlsomt er tilstede. Ved allerede i første omgang at oprette nye plejehjemspladser aflaster man også de overbebyrdede hospitaler på en særdeles effektiv måde, idet de kroniske patienter netop vejer tungt til i pladsmæssig henseende; denne aflastning kunne ikke indenfor en overskuelig fremtid tænkes opnået gennem tilvejebringelse af egentlige hospitalspladser.

Det, man ved ombygningen af de gamle hospitaler må tilstræbe, er naturligvis i princippet konformt med det, der har fundet udtryk i planlægningen af de nye. Selvsagt spiller dog forholdene på det enkelte sted her i endnu højere grad ind, og gengivelse af konkrete projekter ville derfor være uden fornuftig mening. Man skal — udover for patientafdelingernes vedkommende at fremhæve betydningen af, at der tilvejebringes hyggelige og rummelige opholdsstuer — indskrænke sig til at henvise til den redegørelse, man under gennemgangen af de gamle hospitaler har givet for disses mest fremtrædende mangler og for mulighederne for deres afhjælpning.

KAPITEL VI

Sindssyge væsenets arbejdsområde

Spørgsmålet om en afgrænsning af sindssygevæsenets arbejdsområde er blevet aktualiseret i de senere år. Psykiatriske behandlingsformer har efterhånden vist sig anvendelige indenfor områder, hvor de ikke tidligere kom på tale, og derved stilles også sindssygehospitalerne overfor opgaver, man hidtil har anset for dem uvedkommende. Naturligvis drejer det sig om en gradvis udvikling, men den er ført frem til et punkt, hvor retningslinierne nødvendigvis må trækkes op. For kommissionen er en stillingtagen til disse spørgsmål under alle omstændigheder nødvendig, idet ingen planer lader sig udforme, uden at man har klargjort sig opgavens omfang og karakter.

Til nævnte almindelige synspunkter føjer der sig indenfor sindssygevæsenets område også betragtninger af økonomisk art. Staten drager i medfør af forsorgslovens § 66 omsorg for opdragelse, underhold, forsørgelse, kur og pleje for sindssyge, forsåvidt pågældende skal undergives anstaltsbehandling enten på en egentlig statsanstalt eller en statsanerkendt anstalt eller af sådanne anstalter under vedvarende tilsyn anbringes i kontrolleret familiepleje.

Af forsorgslovens regel kan dog ikke udledes, at staten alene skulle have påtaget sig egentlig hospitalsbehandling af sindssygdomme i snævrere forstand. Medens man indenfor sindssygelovens område må operere med et relativt snævert sygdomsbegreb, fordi man ved loven netop har tilsigtet at afgrænse de administrative frihedsberøvelsers område, må det ved forsorgslovens fortolkning, og dermed ved afgrænsningen af sindssygevæsenets arbejdsområde, være rimeligt at anlægge andre synspunkter. Udgangspunktet må her naturligt være, om de patienter, hvorom det drejer sig, har et behandlingsbehov, der bedst imødekommes på sindssygehospitalerne, og om disse hospitaler for deres vedkommende disponerer over personale og hjælpemidler, som det er naturligt at nyttiggøre på de pågældende felter, dels hospitalsmæssigt, dels ambulant. Samtidig er det dog naturligvis klart, at lovens forudsætninger med henblik på udgiftsfordelingen ikke tør tabes af syne.

Dette synspunkt har også fundet udtryk i en skrivelse af 26. marts 1941 fra arbejds- og socialministeriet, hvori der tages stilling til den afgrænsning af begrebet sindssygdom, der vil være egnet til at danne kriterium for statskassens betalingspligt. Det fremgår af skrivelsen, at der af ministeriet har været ført forhandlinger herom med repræsentanter for den psykiatriske sagkundskab, og der fremsættes herefter følgende udtalelse desangående:

»Det er herved oplyst, at begrebet sindssygdom i videnskabelig forstand er ensbetydende med »psykose«, der er en afgrænset gruppe af sygdomme, men at det ved spørgsmål om indlæggelse i sindssygehospitaler har været fast mangeårig praksis at tage udtrykket sindssygdom i betydningen en lidelse eller sjælelig abnormtilstand, der er egnet til behandling på sindssygehospital. Som eksempler på lidelser, der ikke falder ind under det videnskabelige begreb sindssygdom, men omfattes af ovenstående definition, kan nævnes: Affektreaktioner, visse hyste-

riske og epileptiske abnormtilstande, psykopati med forbigående stemningsreaktion (dysfori), visse andre psykopatiformer, der er tilgængelige for — og kræver — hospitalsbehandling, f. eks. kleptomane og dipsomane tilstande, endvidere encephalitiske karakterforandringer, akute alkoholforgiftninger — i hvert fald, når der er formodning om mere komplicerede forhold — visse tilfælde af kronisk alkoholisme, morfinisme, kokainisme, barbiturisme og andre medicinaltilvænninger, visse former for kværulanten, svære traumatiske neuroser, angst-, tvangs- og konfliktneuroser, klimakterielle neuroser og visse andre svære neuroseformer — også for disse sygdommes vedkommende, for så vidt de er tilgængelige for og kræver hospitalsbehandling.

Om de fleste af disse tilstande gælder det, at de i særlig svære tilfælde kan forme sig således, at de ganske antager karakter af en psykose.

Under de førte forhandlinger blev det af repræsentanter for den psykiatriske sagkundskab endvidere udtalt, at begrebet sindssygdom i videnskabelig forstand ikke er et fast og eentydigt definerligt begreb, men et efter de skiftende opfattelser svingende begreb, og som følge heraf et begreb, der vil være uegnet til inden for administrationen at antages som kriterium for, hvorvidt staten i trangstilfælde skal afholde forsorgsudgifterne, eller om dette må overlades til kommunerne. Det blev derhos overfor ministeriet oplyst, at sindssygehospitalerne aldrig afviser patienter, der falder ind under den nævnte videre forståelse af begrebet sindssygdom, og det må derfor antages, at en indførelse af dette begreb som betalingsteknisk kriterium, ikke vil medføre betragtelige økonomiske konsekvenser.

I denne anledning skal ministeriet udtale følgende:

Formålet med de i forsorgslovens § 66 ff. indeholdte bestemmelser om særforsorg må ud fra sociale synspunkter være en så vidt muligt effektiv bekæmpelse af de lidelser, der nævnes i forsorgslovens § 66, og det er derfor efter ministeriets opfattelse stemmende med lovens hensigt at fortolke begrebet sindssygdom i en mere omfattende betydning end den rent videnskabelige.

Arbejds- og socialministeriet må derfor holde for, at ministeriets betalingspligt herefter må omfatte de til behandling på et anerkendt sindssygehospital eller sindssygeafdeling indlagte trængende personer, som ikke vil kunne få en tilfredsstillende behandling for deres lidelser på anden måde. Herfra undtages dog de i lov om offentlig forsorg § 251 omhandlede sindssyge, for hvilke betalingen udredes af justitsministeriets budget.«

Kommissionen skønner, at disse betragtninger, stort set, fortsat har gyldighed.

I det følgende skal der først redegøres for hospitalsbehandlingens afgrænsning i henseende til særlige patientkategorier, derefter for de til den ambulante virksomhed knyttede problemer.

Indledningsvis skal man dog yderligere fremhæve et synspunkt, der i sindssygevæsenets nuværende situation er af en ganske særlig vægt, og hvorpå man derfor stadig må have opmærksomheden henvendt.

Psykiatriens opgaver er, som tidligere berørt, blevet mangedoblede. Kravene til sindssygehospitalerne øges derfor i hastigt tempo, og opbygningen af moderne institutioner vil, jævnsides med nye behandlingsmuligheder, akcentuere denne udvikling. Gør man sig ikke klart, at samtlige felter umuligt på stående fod kan dækkes, føres man uvægerligt over i noget spredt og tilfældigt, uden fornøden effektivitet. Enhver nøgtern iagttager vil være indforstået med, at en vis prioritetsorden må fastlægges, og at man derfor tvinges til indtil videre at lade adskillige opgaver ligge, uanset at deres

løsning ikke blot ville have betydning i sig selv, men også på længere sigt kunne antages at aflaste hospitalsvæsenet som sådant.

Forholdet er simpelthen det, at sindssygevæsenet, taget i nogenlunde snæver forstand, må saneres og konsolideres, før man tør tænke på nogen større udvidelse af arbejdsområdet. Dette må under alle omstændigheder være rationelt, fordi man kun derved kan få situationen under kontrol; men det må heller ikke glemmes, at sindssygehospitalernes patienter har et rimeligt krav på, at deres forhold bedres radikalt, førend der tages andet initiativ i en sådan udstrækning, at kræfterne derved spredes.

Det ledende synspunkt for patientmaterialets afgrænsning må derfor nødvendigvis være, om det drejer sig om patienter, om hvilke man med sikkerhed tør fastslå, at de afgjort bedre behandles på sindssygehospitaler og dermed ligestillede institutioner end andetsteds. Er dette ikke tilfældet, kan deres behandling ikke være en opgave for sindssygevæsenet i en situation, hvor varetagelsen af dets egentlige opgaver derved ville kompromitteres. Denne betragtning ligger iøvrigt også på linie med det i arbejds- og socialministeriets ovennævnte skrivelse af 26. marts 1941 anførte, hvori det understreges, at nævnte ministeriums betalingspligt må omfatte de til behandling på et anerkendt sindssygehospital eller sindssygeafdeling indlagte trængende patienter, som ikke vil kunne få en tilfredsstillende behandling for deres lidelser på anden måde.

Sindssygdomsbegrebet må utvivlsomt i den foreliggende sammenhæng være formålsbestemt. Det kan ikke fastlægges gennem teoretiske definitioner, men må afgrænses under fornøden hensyntagen til den gældende lovgivnings forudsætninger og de forhåndenværende institutioners muligheder; derfor vil det også bestandig omformes, efterhånden som udviklingen skrider frem og opfattelserne ændres. Indtil videre vil en nogenlunde snæver begrebsafgrænsning være i helhedens interesse; også en naturlig fortolkning af forsorgslovens regler må utvivlsomt tale derfor.

A. Hospitalsmæssigt

1. Kriminelle patienter

Når man opstiller de kriminelle patienter som en særlig gruppe, må der gives en begrundelse derfor. Kriminalitet er ikke i sig selv relevant i lægelig henseende; det er tilfældigt, om en psykiatrisk patients handlinger bringer ham i konflikt med straffeloven, og man kan ikke indenfor et hospitalsvæsen tage sit udgangspunkt i den opfattelse, at lovovertræderne skal undergives særbehandling. Det er også klart, at en sådan tankegang vil kollidere med kriminalpolitiske tendenser og humane betragtninger; akcepterer man, at en persons handlesæt er bestemt af sygelige impulser, må det være rimeligt, at man opfatter ham som en patient og behandler ham som en sådan.

Når spørgsmålet stadig har kunnet debatteres, er det rent faktisk, fordi sindssygehospitalerne i adskillig henseende har følt de kriminelle patienter, såvel observations- som forvaringspatienterne, som en belastning. Specielt gælder dette hospitalernes almene omdømme, der vistnok farves af alvorligere lovovertræderes tilstedeværelse. Ganske vist behandles disse personer også på almindelige hospitaler, men dels har disse hospitaler ikke et tilsvarende omdømme i befolkningen, dels manifesterer indlæggelserne sig ikke her udadtil, medens straffesagers afslutning gennem dom til sindssygehospital kan give anledning til megen offentlig omtale.

Efter kommissionens opfattelse ville

det, selvom man erkender, at der herved beredes sindssygehospitalerne visse vanskeligheder, dog ikke være rimeligt, om man afviste de kriminelle patienter med en sådan begrundelse. Man ville derved akceptere fordomme, der vel er betydningsfulde realiteter, men som det dog under ingen omstændigheder kan være det offentliges sag at understøtte. Anderledes vil det derimod ligge, hvis man for visse kategoriers vedkommende kan godtgøre, at man fører sindssygevæsenet ind i opgaver, der ikke naturligt kan påhvile det.

Her må den betragtning anlægges, at hospitaler alene kan have opgaver, der er af behandlingsmæssig karakter, eller som ligger i direkte forlængelse af sådanne funktioner. I et vist omfang er det fra alle sider erkendt, at sindssygehospitalernes opgaver i den foreliggende sammenhæng er begrænset hertil; men for nogle lovovertræderes vedkommende spiller også andre betragtninger ind. Dette sidste ses klart i tilfælde, hvor kriminelle patienter undviger fra afdelinger, hvor de behandlingsmæssigt var rigtigt placerede, men hvor fuldstændig sikring ikke var mulig; det ses også, hvor lovovertrædere udfra lægelige betragtninger turde udskrives eller anbringes under friere forhold, men hvor man desuagtet udfra lovovertrædelsens grovhed nærer betænkelighed derved.

Der er altså grupper af tilfælde, hvor man stiller krav til sindssygehospita-1erne, som disse ikke kan vedkende sig som værende naturlige ud fra de synspunkter, der indenfor dette område må være gældende. Overfor disse grupper kan sindssygehospitalerne ikke have de samme forpligtelser som overfor de øvrige, og det vil netop også være disse grupper, der i særlig grad vil være tyngende for hospitalernes omdømme i befolkningen. Denne sidstnævnte betragtning, som man ikke mener at kunne tillægge selvstændig vægt, kan altså anføres til yderligere støtte for udskillelsen af patientkategorier, man af andre grunde vil anse for uønskede.

løvrigt må der i så henseende sondres mellem observations- og forvaringspatienter, og man skal i det følgende gøre disse grupper til genstand for særskilt behandling.

a. Observationspatienter

Angående foretagelsen af mentalobservationer er i indeværende år afgivet betænkning af en af justitsministeriet i 1951 nedsat kommission til overvejelse af spørgsmål vedrørende de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager, og man kan derfor angående spørgsmålet i dets helhed henvise til nævnte betænkning. Nærværende kommission har således ikke for sit vedkommende kunnet føle sig foranlediget til at beskæftige sig med detaillerne i de herhenhørende problemer. Man har alene drøftet de principielle spørgsmål, der har direkte relation til sindssygehospitalerne; om kommissionens stillingtagen til disse spørgsmål er mentalundersøgelseskommissionen blevet orienteret, og der er i den af kommissionen afgivne betænkning taget hensyn dertil.

Der blev i 1954 foretaget 1288 mentalundersøgelser her i landet; men langt det overvejende antal, nemlig 1139, var ambulante undersøgelser, medens der kun var 149 hospitals- og anstaltsundersøgelser. Af disse sidstnævnte foretoges 89 på statens sindssygehospitaler, 36 på de psykiatriske afdelinger ved Rigshospitalet og Kommunehospitalet i København og 24 på åndssvageanstalter; på Set. Hans hospital foretages ikke eller kun ganske undtagelsesvis mentalundersøgelser.

De *ambulante* undersøgelser foretages i alt væsentligt af embedslægerne og er således for nærværende hospitalerne uvedkommende, bortset fra enkelte steder, hvor særordninger er truffet, således som det er tilfældet ved sindssygehospitalerne ved Århus og i Nykøbing Sj.

Imidlertid anses det for ønskeligt, om disse undersøgelser efterhånden kunne overgå fra embedslægerne til egnede psykiatere indenfor de pågældende områder, og der er af mentalundersøgelseskommissionen fremsat forslag herom. Den nævnte psykiatriske bistand må indtil videre i vidt omfang tænkes ydet af sindssygehospitalernes læger; men det er, for at disse ikke derved skal drages fra deres egentlige opgaver, tanken, at arbejdet skal udføres som fritidsarbejde, og ordningen skal iøvrigt først gradvis træde i kraft, efterhånden som der viser sig at være konkrete muligheder derfor. Man har derhos skønnet, at der i Århus skulle være basis for en særskilt retspsykiatrisk institution, og det foreslås i betænkningen, at en stilling som retspsykiater oprettes som overlægestilling under sindssygevæsenet, således at den, der ansættes, også skal have pligt til at foretage de retslige observationer af de på sindssygehospitalet indlagte observander.

Af mere direkte betydning for sindssygehospitalerne er naturligvis de egentlige *hospitalsmæssige observationer*. Deres tal er, som nævnt, ikke overvættes stort, og det antal pladser, de belægger, er altså beskedent; men de kan volde adskillig uro og stiller naturligvis visse krav i bevogtningsmæssig henseende. Hvor disse krav kolliderer med de lægelige hensyn, kunne sindssygehospitalerne være interesserede i at blive frigjort for opgaven. Derudover bør man næppe fra sindssygevæsenets side ytre ønske herom, idet man indenfor sagkundskaben er af den opfattelse, at hospitalsobservation er mere hensigtsmæssig end observation i fængselsmæssige omgivelser.

Spørgsmålet har derefter været, om man kunne udskille en gruppe af observander, der stiller særlige bevogtningsmæssige krav. Observandernes faregrad, der for så vidt skulle være afgørende, er ikke et brugbart kriterium, idet den altid må være et ubestemt skøn undergivet, således at mangfoldige tilfælde ville give anledning til tvivl. Man har søgt at finde frem til noget mere håndgribeligt, der i realiteten indebar det samme, og førtes derved ind på en ordning, svarende til den i Sverige praktiserede, hvor der sondres mellem fængslede og ikke-fængslede observander.

Er en observand fængslet, og opretholdes fængslingen under observationen, må man deri kunne se en tilkendegivelse af, at man, også bortset fra indlæggelsen som sådan, ønsker at sikre sig den pågældendes person. Denne del af opgaven kan et hospital ikke påtage sig, undtagen forsåvidt man rent faktisk, også ud fra lægelige hensyn, ville have anbragt patienten på en afdeling, hvor man var sikret imod undvigelse. Denne kategori kunne sindssygevæsenet derfor principielt afvise under hensyn til opgavens særlige karakter.

Ikke-fængslede observander kunne man derimod ikke indtage en tilsvarende holdning overfor. Ganske vist er opgaven heller ikke i disse tilfælde rent lægelig, idet undersøgelsen har sit særlige formål og alene iværksættes i kraft af den begåede lovovertrædelse, ligesom erklæringen stilles til anklagemyndighedens og rettens disposition; men den pågældende, der ellers ville have været på fri fod, er kun indlagt på hospitalet med henblik på undersøgelsen, hvorfor man ikke i disse tilfælde af politimæssige grunde skal sikre sig hans tilstedeværelse og derfor ikke tvinges til at fravige den linie, man undersøgelses- og behandlingsmæssigt ville følge.

Den nævnte sondring ville, har man fremhævet overfor mentalundersøgelseskommissionen, indebære væsentlige fordele for hospitalerne og ville ikke betegne noget brud med principper, man iøvrigt tillægger betydning. Derimod måtte det erkendes, at fremgangsmåden ikke vil være konform med nuværende retspraksis, hvorefter fængslingskendelse normalt opretholdes over indlagte observander.

Princippet lod sig derfor kun realisere, såfremt man i dertil egnede tilfælde ville anse det for muligt at lade observationskendelsen være det eneste indlæggelses- og tilbageholdelsesgrundlag; således som retsplejelovens § 744 er formuleret, skulle der imidlertid næppe, hvilket mentalundersøgelseskommissionen iøvrigt har tiltrådt, Være noget til hinder herfor.

Den ordning, der nu er foreslået af mentalundersøgelseskommissionens flertal (se betænkningen p. 75 ff.), tager i princippet sit udgangspunkt i de anførte betragtninger; men det forslag, man har stillet, er dog ikke uden videre baseret på den nævnte sondring mellem fængslede og ikke-fængslede observander, idet man dels har skønnet, at dette princip i forskellige henseender måtte modificeres, dels i det hele har anset det for lidet ønskeligt, at der blev opstillet for skarpe og uelastiske regler. Endvidere er der under mentalundersøgelseskommissionens beskæftigelse med spørgsmålet kommet et nyt og betydningsfuldt moment ind i sagen, idet det har vist sig, at den til sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. knyttede sikringsanstalt ikke fremtidig vil kunne udnyttes fuldtud til sit oprindelige formål, da de nyeste behandlingsformer stærkt har reduceret antallet af farlige og voldsomme patienter. Man er derved, efter forslag af sikringsanstaltens overlæge og efter forhandling med sindssygevæsenet, kommet ind på den tanke, at sikringsanstaltens ene afsnit (»Bakkegården«) fremtidig skulle kunne anvendes som observationsafdeling, medens anstaltens andet afsnit (»Bakkehuset«) skulle videreføres som sikringsanstalt.

Den ordning, der bringes i forslag, er herefter den, at hospitalsmæssig mentalundersøgelse af mandlige sigtede skal foretages på nævnte observationsafdeling, eller, når det af hensyn til observanden eller undersøgelsen findes hensigtsmæssigt, eller pladsforholdene gør det nødvendigt, på et af statens sindssygehospitaler. Indlæggelse på sindssygehospital bør efter forslaget finde sted, når observanden uden væsentlig ulempe kan modtages her, og forholdene iøvrigt taler for, at undersøgelsen foretages på et sådant hospital; unge, kriminelt lidet belastede observander bør således, siges det, ikke henvises til den særlige observationsafdeling. Skulle tilgangen af observander i en kortere periode overstige observationsinstitutionens kapacitet, måtte der ske henvisning til de almindelige sindssygehospitaler; det tilføjes imidlertid udtrykkeligt, at det stadig vil være naturligt, at man så vidt muligt undgår at indlægge arrestanter til observation på et sindssygehospital. Det har iøvrigt været mentalundersøgelseskommissionens tanke, at observationsafdelingen også skulle kunne modtage københavnske observander. Herimod vil der næppe heller kunne rejses nogen indvending, når henses **til,** at observationsafdelingen er en specialinstitution, der som sådan naturligt kan have hele landet til område; derimod følger det af de almindelige regler, at københavnske observander ikke vil kunne modtages på de ordinære sindssygehospitaler. Observationsafdelingen foreslås henlagt under direktoratet for statens sindssygehospitaler.

Nærværende kommission har intet at føje til de ovenfor angivne synspunkter. Med henblik på de observander, der, efter at en sådan observationsafdeling er etableret, henvises til observation på de ordinære sindssygehospitaler, vil man normalt ikke forvente særlige bevogtningsforanstaltninger gennemført, og de vil i det hele naturligt kunne indpasses indenfor de hospitalsmæssige rammer, uden at nævneværdige ulemper derved skulle kunne opstå. Forsåvidt observanderne angår, skulle de kriminelle patienter herefter ikke være noget problem for sindssygehospitalerne. Anderledes ligger det med hensyn til de kriminelle forvaringspatienter.

b. Forvaringspatienier

Tanken om, at kriminelle forvaringspatienter skulle anbringes i særlige kriminalasyler, og ikke på de almindelige sindssygehospitaler har ofte været fremme. Specielt var spørgsmålet til debat i århundredets begyndelse, hvor det med særlig styrke rejstes i Sverige af professor *Olof Kinberg* (Om det rättsliga förfaringssättet i Sverige rörande för brott tiltalade personer av tvivelaktig sinnesbeskaffenhet samt om behandlingen av kriminelle sinnessjuka, Tidsskrift for nordisk retsmedicin og psykiatri, bd. VII, 1909, p. 115-434). Omtrent samtidig rejstes spørgsmålet her i landet, nemlig i den af Medicinalkommissionen i 1910 afgivne betænkning angående ordningen af sindssygeplejen i Danmark. Man går i betænkningen ind for den tanke, at de »forbryderiske sindssyge« også fremtidig bør anbringes på de almindelige sindssygehospitaler, men foreslår samtidig oprettelse af en sikringsanstalt for de kvalificeret farlige; denne anstalt knyttedes i henhold til loven af 29. april 1913 til sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.

Nærværende kommission har gjort spørgsmålet til genstand for indgående overvejelse og har forhandlet med repræsentanter for justitsministeriet derom. Hertil har man også haft en særlig opfordring, idet justitsministeriet i skrivelse af 27. marts 1952 har henstillet til direktoratet for statens sindssygehospitaler, at spørgsmålet om, hvilke sikkerhedsforanstaltninger der bør iværksættes overfor forvaringspatienter på sindssygehospitalerne, tages op til overvejelse af kommissionen. Justitsministeriets henvendelse var foranlediget af oplysninger i dagspressen om, at nogle på sindssygehospitalet i Vordingborg anbragte sindssyge, der for alvorligere forbrydelser var dømt til anbringelse på sindssygehospital, af sindssygehospitalet havde fået tilladelse til på visse tider af dagen at færdes udenfor hospitalets terræn.

Det nævnte spørgsmål har tidligere været rejst, og det daværende ministerium for sundhedsvæsen har i skrivelse af 14. februar 1929 udtalt, at man ikke — som af justitsministeriet og rigsadvokaten foreslået — så sig i stand til at udfærdige nogen instruktion til overlægerne ved statens sindssygehospitaler, gående ud på, at det overfor personer, der anbringes på sindssygehospitalerne enten ifølge dom eller i henhold til et administrativt farlighedsdekret, i første række skulle gælde om at træffe de fornødne sikkerhedsforanstaltninger, medens den kurative behandling da kun skulle iværksættes indenfor den ramme, sikkerhedshensynet måtte tillade.

Der blev ved pågældende lejlighed af sindssygehospitalernes overlæger afgivet en udtalelse, der i det store og hele blev tiltrådt af sundhedsstyrelsen, og hvori det fremhæves, at man overfor forvaringspatienterne ligesom overfor hospitalernes andre patienter må anlægge det synspunkt, at hensynet til patienternes rent kurative behandling, herunder den del af behandlingen, der består i, at patienten ved indrømmelse af større og større frihed gradvis vænnes til at færdes i samfundet, ubetinget må komme i første række; patienter, hvis almenfarlighed måtte findes så betydelig, at hensynet hertil måtte betragtes som altovervejende og ganske overskyggende hensynet til den tilstedeværende sindslidelse, burde derfor anbringes på sikringsanstalten ved sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. eller en lignende institution, hvor den fængselsmæssige forvaring er hovedsagen. Overlægerne fremhævede derhos, at det stedse må være det på nøje kendskab til patienten beroende skøn, der i hvert enkelt tilfælde bør være afgørende for patientens behandling, og ikke det ofte ganske tilfældige, om patienten indlægges som forvaringspatient eller som almindelig pa-

tient. Direktoratet sluttede sig ganske til dette standpunkt, men tog dog af sagen anledning til overfor overlægerne at fremhæve, at deres opmærksomhed måtte være særlig vågen overfor de til forvaring indlagte patienter, således at man ikke ved tilståelse af større frihed end absolut nødvendigt for den lægeligt forsvarlige behandlingsmåde tilsidesatte hensynet til sikkerheden.

Direktoratet har stedse fastholdt disse retningslinier og har således i en skrivelse af 13. december 1947 **i** anledning af et andragende om udgangstilladelse for en forvaringspatient fremhævet, at de i skrivelsen fra 1929 angivne retningslinier stadig var gældende, således at tilladelse fra vedkommende overøvrighed eller fra justitsministeriet alene måtte kræves, når talen var om tilladelse for patienten til at aflægge besøg i hjemmet med overnatning udenfor hospitalet. I en skrivelse af 4. august 1950 til rigsadvokaten, der påny havde rejst spørgsmålet om en instruktion som den i 1929 foreslåede, har derhos justitsministeriet udtalt, at man fortsat anså de i ministeriet for sundhedsvæsens skrivelse af 14. februar 1929 angivne retningslinier for gældende. Justitsministeriet udtalte endvidere under henvisning **til** den i 1949 afgivne udvalgsbetænkning om oprettelse af et kriminalasyl for psykisk abnorme lovovertrædere, at man ikke kunne tiltræde, at der i tilfælde, der ikke er af en sådan art, at påstand om anbringelse på sikringsanstalten skønnes påkrævet, nedlægges særskilt påstand om anbringelse på lukket afdeling på sindssygehospital.

En anerkendelse af, at forvaringspatienterne principielt bør behandles på lige fod med hospitalernes øvrige patienter, ligger formentlig også deri, at justitsministeriet har taget initiativet **til,** at der åbnes mulighed for at anbringe forvaringspatienter i familiepleje uden ophævelse af forvaringsdekretet. Direktoratet der, uanset det anførte principielle standpunkt, hidtil af andre grunde havde næret betænkelighed herved, har nu i en skrivelse af 24. maj 1952 givet sin tilslutning til, at den herhenhørende bestemmelse i familieplejeregulativet ophæves, og har udtalt som sin opfattelse, at spørgsmålet om den enkelte patients anbringelse i familiepleje burde bero på vedkommende overlæges skøn, uden at det skulle være nødvendigt at indhente samtykke fra den myndighed, der har truffet bestemmelse om forvaringen. I denne opfattelse har anklagemyndigheden senere givet direktoratet medhold, idet man nu har truffet en ordning, hvorefter der kan nedlægges påstand om dom til psykiatrisk behandling, hvilket skal indebære, at udskrivning til familiepleje eller under tilsyn kan ske i henhold **til** vedkommende overlæges bestemmelse; lyder dommen derimod udtrykkeligt på anbringelse på sindssygehospital, må ændret anbringelse stadig have en retskendelse til forudsætning.

Med hensyn til spørgsmålet om behandling af personer, der under strafafsoning, arrestophold m. v. indlægges til behandling for en akut sindssygdom, har direktoratet på samme måde som med hensyn til forvaringspatienterne indtaget det principielle standpunkt, at sådanne patienter med hensyn til de af sikkerhedshensyn nødvendiggjorte indskrænkninger i deres bevægelsesfrihed bør behandles på samme måde som hospitalernes øvrige patienter, således at spørgsmålet overlades **til** overlægernes skøn. I skrivelse af 25. september 1922 har direktoratet dog udtalt, at man fandt det rettest, at udgangstilladelse ikke meddeltes sådanne patienter uden ledsagelse.

Som det fremgår af den givne redegørelse, har man indenfor statens sindssygevæsen, såvel fra overlægernes som fra direktoratets side, stadig hævdet, at alle patienter i princippet udelukkende bør behandles efter, hvad hensynet **til** deres sindssygdom kræver, og man har, når bortses fra forholdsregler til sikring

mod undvigelsesforsøg fra egentlige strafafsonere og fængslede observander, afslået at fastsætte retningslinier, der i det daglige liv på hospitalet ville give de omhandlede patienter en særstilling. Det må herved også bemærkes, at strafafsonere og arrestanter, der indlægges til behandling for akut sindssygdom, i mange tilfælde kun opholder sig på hospitalet i relativt kort tid, således at de gældende indskrænkninger i deres bevægelsesfrihed ikke virker påfaldende for de øvrige patienter. En udvidelse af de for nævnte kategori gældende regler til også at gælde forvaringspatienter ville derimod, såfremt behandlingen stadig skal varetages indenfor de bestående hospitalsmæssige rammer, ikke kunne ske uden at kompromittere hensynet til de pågældendes lægelige behandling. Noget sådant kan efter kommissionens opfattelse givetvis ikke komme på tale. For personer, dømt til anbringelse på sindssygehospital, ses der ikke at være anledning til at fravige de hidtidige retningslinier; med hensyn til personer, dømt til undergivelse af psykiatrisk behandling, må man være endnu friere stillet, idet ophold udenfor hospitalet her aldrig vil kræve nogen tilladelse fra justitsministeriet.

Når problemet påny rejses, må spørgsmålet derfor snarere blive, om det overhovedet er hensigtsmæssigt at behandle forvaringspatienterne på statens sindssygehospitaler, eller om ikke under alle omstændigheder visse grupper af disse patienter bør udskilles til anden behandling.

Det af justitsministeriet i 1946 nedsatte udvalg til behandling af spørgsmålet om oprettelse af et kriminalasyl for psykisk abnorme lovovertrædere har i sin i 1949 afgivne betænkning udtalt sig for, at sindssyge, der nu i medfør af straffelovens § 16, jfr. § 70, dømmes til anbringelse i sindssygehospital, i stedet søges anbragt på en særlig anstalt. Statens sindssygevæsen var ikke repræsenteret i det nævnte udvalg og blev først umiddelbart før afslutningen af udvalgets arbejde afæsket en erklæring i sagen. Nærmere overvejelser var derfor ikke mulig, men flertallet af overlægerne mente dog i almindelighed at kunne tilslutte sig tanken om oprettelse af et kriminalasyl, omend der var ret forskellige meninger angående afgrænsningen af de patientkategorier, der fortrinsvis burde anbringes i en sådan institution. Direktoratet nærede på daværende tidspunkt afgørende betænkelighed derved, men var i sine overvejelser gået ud fra, at der ikke fortsat næredes ønsker om særbehandling af de kriminelle patienter, og at disse altså fremtidig kunne behandles på linie med de øvrige.

Af kommissionen har spørgsmålet nu påny været rejst overfor samtlige hospitaler. Man har ved forelæggelsen understreget, at kriminalasylet måtte forudsætte fortrinsvis at tage sigte på patienter, hvis kriminelle farlighed i fremtrædende grad præger sygdomsbilledet; det ville, udtalte man, sikkert fortsat være naturligt, at man på de ordinære sindssygehospitaler behandlede de patienter, for hvis vedkommende den begåede lovovertrædelse kun er et mere tilfældigt udgangspunkt for deres hospitalisering, eller om hvem det gælder, at den kriminelle farlighed efterhånden er trådt således i baggrunden, at tilbageholdelsen derefter navnlig må ses ud fra almindelige behandlingssynspunkter. Spørgsmålet har samtidig været forelagt direktoratet for Københavns hospitalsvæsen, idet man har ment, at sagen var af en sådan interesse for Set. Hans hospital, at også dette hospitals synspunkter nødvendigvis måtte inddrages i overvejelserne.

Overlægerne ved statens sindssygehospitaler har givet udtryk for opfattelser, der i det store og hele ligger på linie med kommissionens; dog har også det synspunkt været gjort gældende, at det muligt ville være hensigtsmæssigt, at de krimi-

nelle patienter altid indledningsvis blev anbragt i kriminalasyl, hvorfra visiteringen til de ordinære sindssygehospitaler derefter kunne ske. Udtalelserne fra Set. Hans hospital ligger i princippet på linie hermed. Det ses dog, at problemet har været i særlig grad tyngende for dette hospitals mandshospital, hvor man modtager det store antal kriminelle forvaringspatienter fra København. Vedkommende overlæge mente ikke, at en sondring mellem forskellige kategorier af kriminelle forvaringspatienter lader sig gennemføre, og måtte stærkt gå ind for, at samtlige forvaringspatienter snarest muligt fjernes fra sindssygehospitalerne; det var hans opfattelse, at disse patienters tilstedeværelse udgør en alvorlig hindring for varetagelsen af hospitalernes behandlingsmæssige opgaver.

Hospitalerne har i tilknytning hertil afgivet indberetning om antallet af forvaringspatienter på pågældende tidspunkt (juni 1953), idet man samtidig har skønnet over, hvor mange af disse der kunne tænkes overført til et kriminalasyl, såfremt de af kommissionen angivne retningslinier blev fulgt. Der var på statens sindssygehospitaler 248 forvaringspatienter, hvoraf 44 var anbragt på sikringsanstalten; på Set. Hans hospital var der 60 forvaringspatienter. Henholdsvis 95 (heraf 27 på sikringsanstalten) og 53 patienter skønnedes egnede til overførsel til et kriminalasyl.

De anførte synspunkter må siges at pege i retning af, at der kunne være behov for oprettelse af et særligt hospital for kriminelle forvaringspatienter, og hospitalernes oplysninger viser, at antallet af patienter, der kunne tænkes overført til en sådan institution, afgiver rimeligt grundlag derfor. Spørgsmålet er imidlertid kompliceret, og modgående hensyn gør sig gældende.

Lægelig behandling indgår som et naturligt og værdifuldt led i moderne kriminalpolitik. Hvis man fra hospitalsvæsenets side lagde hindringer i vejen herfor, ville det være et tilbageskridt, og man ville også derved kollidere med almene betragtninger af human karakter, der tilsiger, at denne behandling må stå åben for alle, der har et lægeligt konstateret behov derfor. Skønner en domstol, med lægelig vurdering som udgangspunkt, at sådan behandling skal iværksættes, kan man principielt ikke udfra hospitalsmæssige synspunkter stille sig afvisende. Anderledes må sagen derimod siges at ligge, hvor juridiske synspunkter spiller selvstændigt ind, således at man ikke lader sig nøje med de lægelige kauteler. Her afgiver den af anklagemyndigheden nu instituerede sondring mellem dom til psykiatrisk behandling, overladt til det lægelige skøn, og dom til indlæggelse på et hospital, afhængig af rettens beslutninger, et brugbart kriterium. Den førstnævnte reaktionsform, hvor de lægelige synspunkter træder klart i forgrunden, er en nærliggende opgave for de almindelige sindssygehospitaler, den sidstnævnte, der ikke stiller lægerne **frit** i behandlingsmæssig henseende, kan derimod ikke siges at være det.

Det her anførte stemmer iøvrigt særdeles godt overens med de af justitsministeriets udvalg angående oprettelse af et kriminalasyl i udvalgets betænkning fra 1949 forfægtede synspunkter. Der vil efter nævnte udvalgs opfattelse, også når et kriminalasyl måtte være tilvejebragt, være anbragt kriminelle sindssyge på de egentlige sindsygehospitaler, idet det vil være nødvendigt at foretage en vis sortering af de domfældte mellem den særlige anstalt og sindssygehospitalerne. Der vil kun være mening i at tilbageholde en patient på anstalten, sålænge dette tilsiges af den kriminelle prognose; når den kriminelle farlighed som følge af udviklingen af den pågældendes sindssygdom træder i baggrunden, men personen på grund af sin sygdom stadig må betegnes som farlig for sig selv eller andre eller dog har behov for hospitalsmæssig behandling, bør patienten over-

flyttes til et almindeligt sindssygehospital.

Principielt må altså muligheden for at udsondre visse grupper af kriminelle patienter til særbehandling siges at bestå; det er også muligt, at denne udsondring kan ske på bredere basis end her antydet. Nævnte patientgrupper kunne tænkes anbragt på en under fængselsvæsenet henhørende institution, men det var også tænkeligt, at man etablerede en særlig institution indenfor sindssygevæsenets rammer; noget taler for den ene af disse løsninger, noget for den anden, og det er i realiteten næppe afgørende, om den ene eller den anden fremgangsmåde anvendes. Det centrale spørgsmål er selve det principielle problem, om hvorvidt specialbehandling overhovedet bør institueres.

Ved vurderingen af nævnte principielle spørgsmål, angående hvilket der nu også kan henvises til den i mentalundersøgelseskommissionens betænkning (p. 82 ff.) givne redegørelse, gør indbyrdes modgående hensyn sig, som nævnt, gældende. Det er under kommissionens forhandlinger med repræsentanter for justitsministeriet klarlagt, at ministeriet anser den forskelsløse behandling for at være den mest formålstjenlige, og kommissionen er indforstået med, at de argumenter, der taler til støtte herfor, er tungtvejende. Heroverfor står imidlertid de erfaringer, sindssygevæsenets læger har gjort. Disse erfaringer godtgør, at de kriminelle patienter har været belastende for sindssygehospitalernes omdømme, at deres tilstedeværelse i ikke ringe grad har blokeret den igangværende udvikling i retning af friere forhold på hospitalernes afdelinger, og at anbringelsen endelig også efter omstændighederne har kunnet være uhensigtsmæssig udfra de kriminelle patienters eget synspunkt, fordi man af forvaringsmæssige grunde har kunnet være henvist til at anbringe sådanne patienter på dårligere afdelinger end betinget af deres helbredstilstand. Det må hævdes, at denne relativt lille patientkategori har skabt problemer for sindssygehospitalerne, og har været til ulempe for langt større patientgrupper, hvilket ikke tør lades ude af betragtning, når man overvejer varetagelsen af den mindre gruppes tarv.

På Set. Hans hospital har vanskelighederne, som nævnt, været i endnu højere grad følelige end på statens sindssygehospitaler, og kommissionen har fra Københavns magistrat, der allerede i 1949 overfor det justitsministerielle udvalg vedrørende oprettelse af et kriminalasyl redegjorde for sine synspunkter, modtaget en meget indtrængende henstilling om, at spørgsmålet nu søges løst. Magistratens redegørelse, hvortil man skal henvise, er optaget som bilag L. til betænkningen.

Problemstillingen ville naturligvis afsvækkes, såfremt man i stigende grad kunne skabe forståelse for det ledende synspunkt, at lægerne i videst muligt omfang bør være frit stillet i behandlingsmæssig henseende, og såfremt almenhedens syn på de kriminelle patienters anbringelse på sindssygehospitalerne og vilkårene for deres behandling dersteds efterhånden kan påvirkes i den rigtige retning.

Under forhandlingerne med justitsministeriet har der fra ministeriets side været vist forståelse for de af sindssygevæsenet hævdede synspunkter vedrørende de kriminelle forvaringspatienters behandling på sindssygehospitalerne, og den større elasticitet i behandlingsmulighederne, som dom til psykiatrisk behandling indebærer, er — om denne mulighed, der hospitalsmæssigt er den rigtige, udnyttes i fornødent omfang — også et skridt i den rigtige retning. Den almene indstilling frembyder større vanskeligheder; dette gælder både de kriminelle patienters tilstedeværelse på hospitalerne og deres behandling på linie med de øvrige patienter. I den offentlige debat vises der almindeligvis en påfaldende ringe

forståelse for de retningslinier, sindssygevæsenet med oplagt nødvendighed må følge, såfremt man overhovedet skal kline vedkende sig de herhenhørende opgaver som sig vedkommende.

Hertil kommer, at de moderne medikamentelle hehandlingsformer, med hensyn til hvilke erfaringerne ganske vist endnu kun er relativt begrænsede, med stor sandsynlighed vil fremskynde en udvikling i retning af åbne afdelinger på sindssygehospitalerne, og at de kriminelle forvaringspatienters anbringelse på disse hospitaler utvivlsomt vil kunne frembyde øgede vanskeligheder, når strukturen således ændres.

Kommissionen må, alt taget i betragtning, anse det for påkrævet, at der i overensstemmelse med den af det justitsministerielle udvalg afgivne indstilling tages skridt til oprettelsen af en særlig behandlingsinstitution for psykisk abnorme lovovertrædere, hvis kriminelle farlighed gør dem uegnede til almindelig sindssygebehandling indenfor det ordinære hospitalsvæsens rammer. Man ser ikke, at de herhenhørende spørgsmål lader sig løse ad andre veje, idet man med sindssygehospitalernes overlæger må være enig i, at en af juridiske hensyn motiveret forskelsbehandling ikke lader sig gennemføre på sindssygehospitalerne, der iøvrigt også af andre grunde skønnes at have en nærliggende interesse i at blive frigjort for de pågældende patienter.

Principielt ville man udfra de anførte betragtninger finde det mest hensigtsmæssigt, om en sådan specialinstitution blev gjort uafhængig af sindssygevæsenet som sådant og blev lagt på linie med de øvrige institutioner for særbehandling af lovovertrædere, med hvilke den må tænkes at få et nært samarbejde. Kan dette ikke realiseres, må mulighederne for oprettelse af et specialhospital indenfor sindssygevæsenets rammer efterprøves. Den nuværende situation må man under alle omstændigheder anse for uholdbar, og man henstiller derfor, at der til løsning af spørgsmålet nedsættes et udvalg med repræsentanter for de implicerede administrationsgrene, således at en mere forsvarlig ordning kan søges tilvejebragt.

2. Eufomane (narkomane)

Behandlingen af eufomane stiller sindssygevæsenet overfor særlige problemer, idet de pågældende kun sjældent er sindssyge i egentlig forstand, men dog samtidig ofte ønskes indlagt på hospital, fordi ambulant behandling normalt vil være virkningsløs.

Nogen hjemmel til tvangsmæssig indlæggelse eller tilbageholdelse af eufomane har man almindeligvis ikke. Er den pågældende sindssyg, vil sindssygelovens sædvanlige regler dog naturligvis komme til anvendelse, og har han udvist strafbart forhold, eksempelvis receptfalsk, vil anbringelse i henhold til dom kunne komme på tale. Ellers består der ingen muligheder i så henseende, og disse behandlinger afbrydes derfor ofte i utide efter den pågældendes begæring, hvilket i sig selv er lidet tilfredsstillende, og altså også er ensbetydende med, at hospitalspladser har været beslaglagt til ingen nytte. Om nogen ændring af de herhenhørende regler vil der imidlertid ikke foreløbig blive tale, idet indenrigsministeriets udvalg angående misbrug af euforiserende stoffer har næret betænkelighed ved at fremsætte forslag, der indebar videregående indgreb i den personlige frihed. Udfra denne betragtning har man ment, at spørgsmålet herom burde stilles i bero, indtil man har kunnet danne sig et skøn over, hvorledes de foranstaltninger, der nu gennemføres til bekæmpelse af disse misbrug, vil virke i praksis.

Nævnte udvalg har iøvrigt også overvejet, om man burde stille forslag om oprettelse af et særligt afvænningshospital for eufomane. For tiden benyttes sindssygehospitalerne, de psykiatriske klinikker og, for kriminelle eufomanes vedkommende, psykopatforvaringsan-

stalterne til dette formål. Udvalget har dog ikke ment, at eufomaniproblemets omfang her i landet for tiden nødvendiggør oprettelsen af et sådant særligt hospital, men at det vil være rimeligt at afvente virkningen af de øvrige foranstaltninger.

Indenfor statshospitalernes område har de eufomane patienter ikke været et tilsvarende problem som for Set. Hans hospital, og man har specielt ikke skullet modtage så mange kriminelle eufomane, som fra det københavnske område, hvor der i de senere år har været omfattende affærer med talrige implicerede. Man har på Set. Hans hospital været af den opfattelse, at et sindssygehospital er lidet egnet til behandling af eufomane, specielt et hospital i Københavns nærhed, og man har udtrykkelig udtalt, at man ikke her vil kunne stille effektiv afvænning i udsigt. Københavns magistrat har derfor også henstillet til justitsministeriet, at der ikke i tilfælde af den omhandlede art af anklagemyndigheden nedlægges påstand om dom til anbringelse på sindssygehospital.

Da spørgsmålet, som nævnt, har været behandlet i et særligt udvalg, og da indenrigsministeriet på baggrund af udvalgsbetænkningen har fundet, at man indtil videre kunne henholde sig til de nu fulgte retningslinier for hospitalsbehandling af eufomane, har kommissionen ikke haft anledning til at tage noget initiativ indenfor dette område. Det er, som anført, ubestrideligt, at hospitalsbehandlingen af eufomane har særdeles vanskelige kår, sålænge tvangsmæssig tilbageholdelse ikke er mulig. Alligevel ville man ikke finde det rimeligt, om sindssygevæsenet afviste opgaven som sådan, da det drejer sig om en begrænset patientkategori, der kun beslaglægger et fåtal af pladser, og som ikke afgiver fornøden basis for oprettelse af særlige institutioner. De kommende års udvikling må klargøre, om andre synspunkter bør anlægges.

3. Alkoholister

Alkoholistbehandlingen har i de senere år været i skred. Indtil 1948 måtte man lægge hovedvægten på den institutionsmæssige behandling, og et betydeligt antal alkoholister indlagdes da på psykiatriske hospitaler og på offentlige og private hjem for alkoholister. Resultaterne var i det store og hele utilfredsstillende, først og fremmest fordi de fleste patienter lod sig udskrive, inden behandlingen var tilendebragt; kun et mindretal var indlagt til forvaring efter dom; den administrative tvangsmæssige anbringelse af alkoholister har ligeledes kun været praktiseret i ringe udstrækning.

Efter indførelsen af antabusbehandlingen i 1948 har billedet ændret sig i væsentlig grad, idet man nu lægger hovedvægten på den ambulante behandling. Nogle alkoholister behandles helt og holdent ambulant, andre indlægges en kort tid til observation eller under akute faser. Nogen belastning af sindssygehospitalernes pladsforhold udgør de således ikke.

Der har i nogen grad hersket usikkerhed med hensyn til, hvilke instanser det egentlig påhviler at varetage alkoholistbehandlingen. I de tilfælde, hvor alkoholisme antager karakter af egentlig sygdom, er det klart, at sundhedsvæsenet må træde til; i andre tilfælde overlades initiativet til sociale myndigheder eller til private. De alkoholistbehandlende institutioner, som er vokset op i tidens løb, er da også af meget forskellig struktur, nogle steder rent private, andre steder kommunale, andre steder af blandet karakter. I de større byer har der været tendens til, at kommunerne har følt sig tilskyndet til at tage behandlingen op. I København er der således i tilknytning til kommunehospitalets psykiatriske poliklinik oprettet en særlig alkoholklinik, som på »Overførstergården« råder over et antal sengepladser. I Ålborg giver kommunen i stor udstrækning støtte til en på privat initiativ oprettet klinik, der

disponerer over nogle sengepladser på et privat hospital. I Århus er alkoholklinikken etableret ved samarbejde mellem kommunen, sindssygehospitalet og de private afholdsselskaber, således at kommunen stiller lokaler og socialrådgivere til rådighed, medens hospitalet yder lægelig og sekretærmæssig bistand og afholdsselskaberne økonomisk og personlig støtte til patienterne.

Selv om det naturligvis må hilses med tilfredshed, at der således ydes bistand fra forskellig side, kan det ikke nægtes, at den omstændighed, at alkoholistbehandlingen ikke påhvilker nogen bestemt instans, i nogen grad har kunnet virke hæmmende på initiativet, idet alle parter har været noget tilbageholdende med at forcere deres egen indsats frem på et tidspunkt, hvor det endnu var uklart, om ikke en af de andre parter ad lovgivningens vej ville få tillagt hele ansvaret. En afklaring af situationen vil muligt opstå, når den socialministerielle kommission, der befatter sig med alkoholproblemer, har afgivet sin betænkning.

På forhånd må det siges, at det næppe ville være praktisk, om staten skulle påtage sig at oprette og drive alle alkoholklinikker. I de egne af landet, der ligger nær ved statslige psykiatriske institutioner, vil et samarbejde mellem disse og alkoholklinikkerne være rimeligt, men i andre egne vil det formentlig være mere naturligt, om kommunerne og det private initiativ gør sig gældende. De små kommuner vil her antagelig være bedst tjent med at træde i samarbejde med sådanne større kommuner, som opretter institutioner for alkoholister.

Efterhånden som landet i større og større udstrækning vil blive psykiatrisk »dækket«, først og fremmest gennem oprettelse af små sindssygehospitaler i tilslutning til centralsygehusene, vil mulighederne for, at der vil kunne ydes psykiatrisk bistand til alkoholistarbejdet, selvsagt bedres.

Det er muligt, at der i ovennævnte betænkning **vil** blive rejst spørgsmål om institutionsmæssig behandling af unge alkoholister, idet forsorgslovens nugældende regler ikke afgiver fornødent grundlag for en effektiv behandlingsindsats på dette felt. Det er også antageligt, at opgavens løsning vil påkalde psykiatrisk bistand; men det kan ikke findes rimeligt, om sindssygehospitalerne som sådanne skulle impliceres deri, idet disse hospitaler næppe vil være et egnet anbringelsessted for personer af den omhandlede kategori. Selvom det erkendes, at disse tilfælde vil kunne rumme betydelige psykiatriske problemer, må det også understreges, at opgaven primært er af social karakter og derfor ikke naturligt kan lægges på linie med de under sindssygehospitalerne henhørende arbejdsområder.

4. Psykopater

Kun for kriminelle psykopater er der opbygget særskilte institutioner. Det store flertal blandt psykopaterne udgøres dog af ikke-kriminelle personer, og når disse har psykiatrisk hjælp behov, må de henvises til de psykiatriske afdelinger og hospitaler. Så vidt det overhovedet er muligt, får de i så fald ambulant behandling, idet det er vigtigt, at de kan blive i deres arbejde. Når de indlægges, er det som regel af observationshensyn, eller fordi de frembyder adfærdsforstyrrelser, der ligefrem tvinger til indlæggelse. I tidligere tider, hvor indlæggelseskriterierne var snævre, kunne der hyppigt opstå vanskeligheder, idet psykopaterne jævnligt under affektkriser blev tvangsindlagt som farlige, men måtte udskrives efter få dages forløb, når krisen var afløbet, idet deres habituelle tilstand ikke kunne kvalificere dem til betegnelsen »sindssyge«. For mange stemningsuligevægtige og eksplosive psykopater har tilværelsen da i årevis kunnet forme sig som en kæde af kortvarige, ufrivillige hospitalsophold.

Det lille udsnit af psykopaterne, der tilbringer væsentlig tid på hospitalerne, er — forståeligt nok — et klientel, som volder ganske betydelige vanskeligheder. Til trods for, at de kun belægger få procent af sengepladserne, er det en kendt sag, at adskillige afdelingers daglige liv ofte i perioder kan være helt prasget af psykopaternes tilstedeværelse. De vil jævnligt være de vanskeligste og mest udisciplinerede patienter, og det forhold, at de ikke er i egentlig forstand sindssyge, er kun en yderligere komplikation, fordi de langt mere målbevidst end de fleste sindssyge kan optage konspirerende og chikanerende virksomhed.

Af disse grunde har der vasret en betydelig tendens til at afkorte sådanne patienters ophold så meget som muligt. Når det ikke altid lykkes, skyldes det dels, at nogle af psykopaterne er så farlige, at de må tilbageholdes, dels at visse af dem foretrækker hospitalstilværelsen frem for den mere ansvarsfulde tilværelse i det frie liv og derfor gør alt for at undgå udskrivning.

De fleste steder placerer man psykopaterne efter »fortyndingsprincippet«, d. v. s., at man så vidt muligt kun anbringer een psykopat på hver afdeling; den særstilling, de herved kommer til at indtage, sammenlignet med de andre patienter, kan ofte bringe dem en vis tilfredsstillelse og kan, i hvert fald i perioder, pacificere dem. Her og der har man undtagelsesvis prøvet at samle psykopaterne på en enkelt afdeling, men dette har frembudt vanskeligheder, dels på grund af voldsomme stridigheder blandt patienterne, dels fordi et sådant klientel bliver alt for krævende for personalet.

Da disse vanskelige psykopater ofte på en betænkelig måde modvirker den almindelige behandlingsmæssige atmosfære, og da deres tilstedeværelse således kan komme medpatienterne til skade, har det været overvejet at oprette særlige institutioner, der specielt skulle tage sig af psykopaterne. Denne tanke må imidlertid afvises som ganske utopisk. Et sådant udvalg af karakterologisk meget vanskelige mennesker er under alle omstændigheder svært at behandle, og helt umuligt vil det være, når det drejer sig om ikke-kriminelle personer, på hvem man ikke har noget juridisk hold. At det sikkert ville vise sig praktisk umuligt at skaffe det fornødne personale til sådanne institutioner nævnes blot for en fuldstændigheds skyld.

Man må derfor utvivlsomt regne med, at psykopaterne fortsat skal behandles på de psykiatriske hospitaler. Dette er lægeligt set også det naturligste. Dels er der mange psykopater, som i perioder befinder sig i tilstande, der må sidestilles med egentlig sindssygdom, dels er mange af dem lidende af neuroser eller andre sygelige mekanismer, der er mere eller mindre tilgængelige for lægelig behandling, hvad enten dette nu sker i form af psykoterapi, medikamentel behandling eller hjerneoperation (lobotomi). Hertil kommer, at også de psykopater, hvis tilstand må betragtes som utilgængelig for egentlig behandling, ofte vil kunne have gavn af et hospitalsophold under den forudsætning, at dette kan blive indledningen til en resocialiseringsproces. Ikke få psykopater viser sig at kunne opnå en vis grad af social tilpasning, såfremt de anbringes under sådanne ydre forhold, især i arbejdsmæssig henseende, som er bedst forenelige med deres psykiske egenart. En udbygning af hospitalernes beskæftigelsesmuligheder og deres efterforsorg vil bevirke, at deres kontakt med psykopater for begge parter vil kunne forme sig mere udbytterigt, end det hidtil har været tilfældet[10].

10. Der henvises til det som bilag optagne statistiske materiale vedrørende psykopatiernes betydning for sindssygehospitalerne.

5. *Neurosepatienter*

Spørgsmålet om neurosepatienternes placering har, som nævnt i et indledningsafsnit, ofte været drøftet. Det har været behandlet i et af indenrigsministeren i 1948 nedsat udvalg, der skulle beskæftige sig med de særlige behandlingsproblemer vedrørende personer, der er lidende af neuroser m. v., og dette udvalgs materiale er stillet til kommissionens rådighed. Endvidere foreligger betænkninger afgivet i 1949 af lægeforeningens neuroseudvalg og i 1954 af foreningens udvalg for udarbejdelse af forslag til etablering af en neurosestation; hertil føjer sig en af lægeforeningen i 1955 udgivet lærebog i neuroser, redigeret af neuroseudvalget ved dr. *J. Riising.*

Neuroserne udgør en af psykiatriens største diagnosegrupper, under hvilken tilfælde af særdeles forskelligartet beskaffenhed og med et særdeles varierende behandlingsbehov indgår. I betydeligt omfang er neuroserne ganske ubehandlede; hvor behandling finder sted, er den varetaget dels af de praktiserende læger, dels af de almindelige hospitaler, overvejende disses medicinske afdelinger, men endelig også af særlige nervesanatorier eller af sindssygehospitalerne. Når den behandlingsmæssige indsats er af en så kombineret beskaffenhed, skyldes dette den omstændighed, at lidelsen kan frembyde såvel psykiske som somatiske symptomer, således at neuroseterapien i et vidt omfang må have samarbejde mellem forskellige specialer til forudsætning, ligesom det ofte først efterhånden vil kunne klarlægges, hvor de pågældende patienter rettelig hører hen.

Angående neurosebegrebet som sådant og de mere principielle synspunkter vedrørende neurosernes behandling skal kommissionen henvise til den af lægeforeningens neuroseudvalg afgivne betænkning[11], idet kommissionen for sit vedkommende alene har skullet overveje spørgsmålet om sindssygehospitalernes stilling indenfor neurosebehandlingen.

Som det fremgår af det statistiske materiale[12], har neurotikerne i de senere år udgjort ca. 11 % af de indlagte og ca. 40 % af de ambulant behandlede patienter på sindssygehospitalerne.

Det måtte også på forhånd være givet, at det er blandt de ambulant behandlede, at neurosepatienterne dominerer. Dels bør neurosebehandling så vidt muligt ske ambulant, dels har hospitalernes dårlige pladsforhold naturligt bevirket, at de patientgrupper, der bedst kan klare sig uden indlæggelse, fortrinsvis behandles ambulant. Det må også erkendes, at de forhold, man kan byde indlagte neurotikere, langtfra er tilfredsstillende. Pladsmanglen bevirker, at særlige afdelinger kun undtagelsesvis kan forbeholdes neurotikerne, og disse vil ofte føle sig ilde stedte blandt psykotiske patienter. Såfremt pladsforholdene forbedres, vil visse afdelinger antagelig efterhånden gå over til at blive rene neuroseafdelinger, således at den rette milieuterapi lader sig instituere også for denne gruppe patienters vedkommende; på Set. Hans hospital er sådanne neuroseafdelinger allerede etablerede.

Indenfor neurosebehandlingen vil indlæggelse på sindssygehospital naturligvis aldrig komme til at indtage nogen central plads, men et ikke ubetydeligt antal af patienter vil man dog fortsat skulle behandle på sådanne hospitaler. Undertiden indlægges neurosepatienter i psykotiske faser eller i tilknytning til affektreaktio-

11. Ugeskrift for Læger, 1949, p. 559. Se endvidere beretningen om forhandlingerne på lægemødet i Hornbæk den 28. august 1949, Ugeskrift for Læger, 1949, p. 1298 ff., hvor betænkningen har været gjort til genstand for indgående drøftelser.

12. Se herom det som bilag M. optagne materiale vedrørende neurosernes og psykopatiernes betydning for sindssygehospitalerne.

ner, og i sådanne tilfælde er det ofte naturligt, at behandlingen videreføres på sindssygehospitalet, selvom tilstandsbilledet skifter, idet behandlingen i modsat fald skulle begyndes pány af andre læger; også ved senere indlæggelser kan det, selvom disse skulle ske under andre forhold, være det naturligste, at patienten modtages på det hospital, der i forvejen har kendskab til tilfældet. løvrigt er der også andre typer af neurosetilfælde, for hvis vedkommende indlæggelse på et sindssygehospital må fremtræde som den mest adækvate behandling.

Sindssygehospitalerne har altså rent faktisk haft og vil også fortsat have deres funktion ved den hospitalsmæssige behandling af en del af neuroserne, og med henblik herpå er det vigtigt, at man ved hospitalsvæsenets udbygning også har denne patientgruppes særlige tarv for øje. Det må herved erindres, at neurosebehandling er en krævende behandling, og at det derfor ikke blot bør tilstræbes, at der etableres afdelinger med specielt henblik herpå, men at man også bør råde over læge- og plejepersonale med de dertil fornødne kvalifikationer.

Imidlertid er der en vis kategori af neurosepatienter, hvis tilfælde ikke er egnede til almindelig hospitalsbehandling eller til ambulant behandling, men som desuagtet ikke har behov for behandling på sindssygehospitaler og som også nødigt lader sig indlægge på sådanne. Det er med henblik på disse patienter, at tanken om oprettelse af særlige nervesanatorier er opstået, og i begrænset omfang forefindes sådanne sanatorier også allerede.

I tilslutning til kolonien »Filadelfia« drives et særligt nervesanatorium »Dianalund Nervesanatorium« med 117 senge.

Nervesanatoriet »Montebello« ved Helsingør ejes af København og Frederiksborg amtskommuner, Københavns kommune og Helsingør, Frederiksværk og Frederikssund købstæder i forening; dette sanatorium, der har 128 sengepladser, er bestemt til optagelse af dertil henviste patienter med nervøse lidelser af en sådan karakter, at egentlig hospitalsbehandling ikke er fornøden, og af patienter, der i fortsættelse af deres hospitalsbehandling vil have gavn af et ophold på et sådant sanatorium.

Man arbejder derhos med planer om et jysk nervesanatorium samt om et sanatorium på Fyn.

Man kan rejse spørgsmålet om, hvorvidt opførelsen af sådanne nervesanatorier burde indgå i sindssygevæsnets byggeplaner. Noget sådant ville dog næppe være naturligt, dels fordi det drejer sig om et begrænset behov, der efterhånden må antages at blive dækket ad anden vej, dels fordi sindssygevæsenets del af opgaven med større rimelighed løses i tilknytning til dettes øvrige hospitaler. På den anden side må det erkendes, at sanatorierne i vidt omfang varetager opgaver, der ligger på linie med dem, som sindssygevæsenet har måttet vedkende sig som sine. Det vil ofte være mere tilfældige omstændigheder, der bevirker, om en patient indlægges på den ene eller den anden institution, og nervesanatorierne vil således kunne være et naturligt supplement til sindssygevæsenets neuroseafdelinger. Set på denne baggrund ville det imidlertid næppe være urimeligt, om der til driften af sådanne sanatorier blev ydet videregående refusion end efter sygehuslovens almindelige regler. Det bør i så fald være en forudsætning, at indenrigsministeren efter indhentet udtalelse fra sundhedsstyrelsen har kunnet godkende, at institutionen kan anses for berettiget til et sådant statstilskud, hvorhos bestemte regler må være gældende med hensyn til visitationen dertil. Særlige Visitationsregler er i al fald påkrævede, sålænge anbringelsesmulighederne er så begrænsede, som de indtil videre vil være; men også hensynet til sanatoriets patienter må iøvrigt tilsige, at det sikres, at psykotiske, psykopatiske og

senile patienter, eller patienter der af andre grunde ikke hører hjemme på et egentligt nervesanatorium, anhringes andetsteds.

Man regner, som nævnt, ikke med, at behovet for institutioner af denne type **vil** være af en så stor og ubestemt størrelsesorden, at det ikke skulle kunne **dækkes** indenfor særdeles begrænsede rammer, idet det må understreges, at der i denne forbindelse alene er tænkt på egentlige psykiatriske behandlingsinstitutioner med en udbygget stab af specialister, ikke på sanatorier og rekonvalescenthjem med mere blandede formål. Denne grænsedragning er naturligvis vigtig, såfremt den særlige refusionsordning skal kunne motiveres, og det er ud fra tilsvarende synspunkter, at man har understreget et effektivt visitationssystems særlige betydning. Dette fremhæves **iøvrigt** også i en af Dansk psykiatrisk Selskab i 1949 afgivet betænkning angående åbne psykiatriske afdelinger ved centralsygehuse og nervesanatorier, og i betænkning II afgivet i 1950 af den af Københavns magistrat under den 28. februar 1944 nedsatte hospitalskommission.

Også for nervesanatorierne ville det iøvrigt, selvom det må forudsættes, at patienterne i forvejen har været undersøgt andetsteds, være vigtigt, om de fornødne muligheder for samarbejde med det almene sygehusvæsen var tilstede, og de bør derfor, ligesom sindssygehospitalerne, arbejde i nær tilknytning til centralsygehuse. Imidlertid vil det påkrævede i at anvende forhåndenværende bygninger kunne føre til, at man vælger andre løsninger, der iøvrigt også for deres vedkommende vil kunne indebære særlige fordele. Samtidig er det klart, at der på de sindssygehospitaler og psykiatriske afdelinger, der arbejder i nær tilknytning til centralsygehusene, vil være særlige muligheder for hensigtsmæssig behandling af visse typer af neurosetilfælde.

Til neurosebehandlingen knytter sig, som allerede antydet, særdeles vigtige visitationsmæssige problemer, idet det ofte vil dreje sig om tilfælde, der ikke umiddelbart lader sig placere i deres rette sammenhæng, og som kan have relation til forskellige specialer. Endvidere er det fremhævet, at neurosebehandling fortrinsvis vil være ambulant. I begge de nævnte henseender træder de særlige centre for den ambulante diagnosticering og behandling, neurosestationerne, ind i billedet. Spørgsmålet om oprettelsen af sådanne stationer vil blive behandlet i forbindelse med hospitalernes ambulante virksomhed. Der er i den foreliggende sammenhæng alene taget stilling til spørgsmålet om neurotikernes hospitalsmæssige placering.

Neurosebehandlingen er altså, som det gentagne gange er blevet understreget, ikke i første instans et spørgsmål om hospitalssenge. Disse patienter har altid beslaglagt en forholdsvis ringe procentdel af de psykiatriske pladser, og sehen betydelig intensivering af neurosebehandlingen vil langt mindre betyde et krav om sengepladser end om personale. Neurosebehandlingen er, som det ligeledes er fremhævet, en særdeles krævende form for psykiatrisk behandling, både tidsmæssigt og med henblik på uddannelsesmæssige og personlige forudsætninger hos terapeuten. Tilmed er forholdet det, at neurotikerne er så talrige, at selv en flerdobling af psykiaternes antal ikke vil kunne medføre, at alle neurotikere, eller blot en væsentlig del af disse får psykiatrisk speciallægebehandling. Den bedste tilnærmelse til opfyldelsen af dette ønske vil ske gennem en forbedret psykiatrisk uddannelse, også af de læger, der ikke skal være psykiatere, heriblandt især de praktiserende læger.

6. Gamle

Den højere levealder har på mangfoldige felter gjort de gamles problem **aktuelt,** også indenfor sindssygevæsenets område.

Det vil af betænkningens statistiske afsnit ses, at de ældre aldersgrupper er langt stærkere repræsenterede blandt patienterne end tidligere, og der er i denne forbindelse redegjort for, at dette forhold i højere grad skyldes den omstændighed, at de sindssyge lever længere, end at der foretages hyppigere indlæggelser af senile. Da der givetvis i befolkningen er et stadigt voksende antal af personer, der •— også i åndelig henseende — er prægede af senilitet, kan man, når indlæggelserne af senile ikke er øget væsentligt i tal, rejse spørgsmålet om, hvorvidt sindssygevæsenet har forsømt sine opgaver på dette punkt.

Spørgsmålet måtte besvares bekræftende, såfremt der i dag på andre institutioner, specielt alderdomshjem, var anbragt mange, der rettelig burde være på et sindssygehospital; dette har fra kommunal side været gjort gældende. I en i oktober 1954 afgivet betænkning vedrørende omsorg og forsorg for ældre personer og kronisk syge i Frederiksberg kommune er man således inde på denne tanke. Såvel på kommunens alderdomshjem som på hospitalet og formentlig også i private hjem findes — hedder det — et ikke helt ringe antal stærkt demente gamle, som er til meget stor gene på deres anbringelsessted; de er det både for de andre her anbragte personer, for hvem de kan gøre opholdet til en lidelse, og for personalet, der let bliver irritable overfor de andre beboere, når de på grund af disse enkelte uheldige elementers opførsel mister glæden ved og lysten til at hjælpe dem, der er betroet til deres omsorg. Sådanne demente personer, siges det videre, hører som sindssyge under statsforsorg og bør anbringes i særlige plejehjem eller anstalter; men staten opfylder ikke sine forpligtelser på dette område, og de har derfor måttet forblive på hjem, hvor de ikke hører hjemme, til stor skade for disse hjems almindelige opgave. Det kommunale udvalg, der har afgivet betænkningen, mener derfor, at der bør rettes en alvorlig henstilling til staten om at opfylde sine forpligtelser på dette punkt. Denne henvendelse er realiseret derved, at udvalgsbetænkningen af Frederiksberg kommunes økonomiske forvaltning er fremsent til direktoratet for statens sindssygehospitaler.

Naturligvis har det ikke været hævdet, at alderdomshjem uden videre skulle kunne afvise personer, der af legemlige eller sjælelige grunde har behov for sygepleje under en eller anden form; de større alderdomshjem har da også oprettet særlige sygeafdelinger. Endog kronisk syge vil efter omstændighederne, som det heller ikke sjældent sker, kunne behandles på et alderdomshjem; når forholdene i det enkelte tilfælde taler derfor, vil der imidlertid kunne blive tale om optagelse i et særligt plejehjem for kronisk syge, nemlig såfremt den pågældende ikke kan opnå fornøden pleje på vedkommende alderdomshjem, jfr. herved § 39, stk. 4, i lov om offentlig forsorg, jfr. lov nr. 39 af 2. marts 1955 om ændringer i lov om offentlig forsorg og lov om folkeforsikring.

Selv den omstændighed, at en person kan betragtes som værende sindssyg, bevirker forsåvidt ikke nogen principiel ændring deri, medmindre sindssygdommen er af en sådan karakter, at indlæggelse på sindssygehospital derved er nødvendiggjort. Dette fremgår iøvrigt også ganske klart af selve lovbestemmelsen, idet det i § 39, stk. 5, alene er bestemt, at personer, der er i højere grad sindssyge, ikke kan optages i et plejehjem for kronisk syge. Dog bør det måske også i denne forbindelse nævnes, at lovens § 32 fra sådan anbringelse udelukker personer, som kan volde forstyrrelse ved ufordragelighed eller lignende; noget tilsvarende gælder derimod selvsagt ikke for personer, der i plejemæssig henseende, eksempelvis fordi de er urenlige, stiller særlige krav.

Af det anførte følger, at den af alderen fremkaldte åndelige reduktion, selvom

den medfører et særligt plejebehov, og selvom den måske efter omstændighederne kan siges at have karakter af sindssygdom, ikke i sig selv bevirker, at den pågældende kan modtages på et sindssygehospital. Dette fremgår også af arbejds- og socialministeriets tidligere nævnte skrivelse af 26. marts 1941, der i så henseende lægger vægt på, om de pågældende ikke på anden måde vil kunne få tilfredsstillende behandling for deres lidelse. Ligeledes må sindssygelovens regler understreges i denne forbindelse.

Det må iøvrigt erindres, at de senilt demente næppe i almindelighed vil have psykiatrisk behandlingsbehov i egentlig forstand. Det vil regelmæssigt dreje sig om typiske plejehjemspatienter, og plejehjemmene for kronisk syge, eventuelt de almindelige alderdomshjem, vil derfor ofte kunne gøre ligeså god, måske bedre, fyldest. Det er også utvivlsomt, at de pårørende i mangfoldige tilfælde vil lægge vægt på, at hospitalsindlæggelse kun sker, hvor det er absolut påkrævet.

På den anden side er det givet, at sindssygehospitalerne skal modtage de i højere grad sindssyge, der ikke kan modtages på plejehjem for kronisk syge, jfr. forsorgslovens § 39, stk. 5. Endvidere er det klart, at sådan anbringelse vil være nødvendig, såfremt egentlig tvangsmæssig tilbageholdelse skal finde sted. Det har heller aldrig været sindssygevæsenets standpunkt, at patienter af nævnte typer skulle kunne afvises fra hospitalerne eller de til disse knyttede plejehjem. Alligevel vil det næppe kunne bestrides, at der på visse institutioner for gamle befinder sig et, dog næppe overvættes stort, antal patienter, der både af hensyn til dem selv og deres omgivelser burde inddrages under psykiatriske institutioners forsorg; også her har sindssygevæsenets pladsmangel sat sine spor, samtidig med at andre momenter utvivlsomt har spillet ind. Kommissionen har derfor måttet overveje, hvorledes man bedst kan afgrænse den gruppe af patienter, hvorom det i denne sammenhæng drejer sig.

Selvom aldeles skarpe grænsedragninger ifølge sagens natur ikke lader sig gennemføre, skulle det efter kommissionens opfattelse i princippet være klart, at de psykiatriske opgaver alene kan sættes i relation til patienter, der frembyder egentlige konfusions- eller forvirringstilstande og som kan modtages eller tilbageholdes på sindssygehospitaler og dermed ligestillede institutioner i medfør af sindssygelovens derom gældende regler.

På længere sigt lader behovets omfang sig ikke med sikkerhed vurdere, men der er næppe grund til at antage, at det skulle være af en sådan størrelsesorden, at der ikke indenfor den stedfundne planlægning skulle være afsat fornøden plads dertil. Muligt vil en vis udvidelse af plejehjemmet i Ballerup relativt snart vise sig nødvendig, og dette er taget i betragtning ved projektets udformning: indenfor hovedstadsområdet og i de andre større byer må man nemlig regne med, at behovet vil være større end andetsteds. Det kan heller ikke udelukkes, at et enkelt yderligere plejehjem udover de planlagte, skulle vise sig nødvendigt, efterhånden som udviklingen akcentuerer de gamles problemer. På den anden side tør man formentlig — trods den usikkerhed, hvormed sådanne formodninger er behæftede — have lov til at lade den betragtning indgå i sine overvejelser, at den mere aktive og intensive behandling af sindslidelserne efterhånden kunne indebære, at antallet af kroniske tilfælde med vedvarende rent plejebehov gradvis reduceres. Når henses hertil og til den indlysende betydning af, at hovedvægten indenfor sindssygevæsenets byggeplaner lægges på de egentlige behandlingsafsnit, ville det ikke efter kommissionens opfattelse være rimeligt eller forsvarligt at forcere et videregående plejehjemsbyggeri. Plejehjemmenes

kapacitet vil muligt i visse perioder ikke være fuldt tilstrækkelig, men herved adskiller de sig ikke fra de øvrige kategorier af institutioner, hvis udbygning stedse må indordnes under de bestående investeringsmuligheder.

løvrigt må man formentlig også regne med, at der kan være kommuner, som vil anse det for formålstjenligt at oprette institutioner eller afdelinger med særligt henblik på sådanne patienter. Da indlæggelse og tilbageholdelse på disse institutioner skal ske i henhold til sindssygelovens regler, vil justitsministeriets godkendelse i så fald være fornøden. Opnår man sådan godkendelse, ville det efter kommissionens opfattelse være naturligt, om driftsudgifterne kunne refunderes af staten efter tilsvarende regler som for psykiatriske afdelinger iøvrigt. Sådan videregående refusion måtte også her have indenrigsministerens godkendelse til forudsætning, og baggrunden for godkendelsen måtte være den, at det pågældende område ikke turde anses for dækket gennem statsinstitutioner af tilsvarende art. Under de angivne forudsætninger ville det, som nævnt, forekomme mindre rimeligt, om byrden skulle lægges på de implicerede kommuner, hvis initiativ man efter de foreliggende omstændigheder anser for begrundet, og som derved løser opgaver, der ellers ville have påhvilet staten.

7. *Børn og unge*

Børnepsykiatrien er en af de psykiatriske discipliner, som har været i stærkest udvikling i de senere år. Den første børnepsykiatriske poliklinik i Danmark oprettedes i 1935 på Rigshospitalet. Indtil da havde de psykiatriske afdelinger og hospitaler i det væsentlige kun udøvet børnepsykiatrisk gerning ved til indlæggelse at modtage psykotiske eller på anden måde særligt adfærdsforstyrrede børn, som det ikke var muligt at skaffe passende opholdssted andetsteds, eller som ønskedes observeret (fortrinsvis ved børneværnenes foranstaltning) med henblik på mere definitiv anbringelse. Hovedmassen af børnene udgjordes da af de mere asociale typer. I de senere år er man kommet mere og mere ind på også at undersøge og behandle andre typer af børn.

Jo mere den ambulante virksomhed er vokset, des klarere er det blevet, at der foreligger et betydeligt behov for sengepladser til psykiatrisk behandling og observation af børn. Den første børnepsykiatriske afdeling oprettedes på Rigshospitalet i 1944, den næste på Bispebjerg Hospital i 1948. Begge disse afdelinger, der ledes i forbindelse med de pågældende ambulatorier, består af et sengeafsnit og en dagobservation, hvor børnene kan færdes under børnehaveagtige former. Som det var at forudse, er de to afdelingers kapacitet ganske utilstrækkelig, og lange ventelister er følgen.

Statens sindssygevæsen har derfor også længe følt behov for oprettelse af børnepsykiatriske afsnit. Indlæggelse af børn på psykiatriske afdelinger for voksne er en højst uheldig nødløsning, der er til væsentlig ulempe både for børn og voksne. Der udarbejdedes derfor planer til en børnepsykiatrisk afdeling i tilslutning til sindssygehospitalet ved Århus, og i 1947 opnåedes lovhjemmel til oprettelse af en sådan afdeling, der imidlertid ikke dengang blev realiseret. I 1948 oprettedes i stedet en ambulant børnepsykiatrisk konsultation, hvis leder er afdelingslæge ved sindssygehospitalet. I loven af 31. marts 1953 er det påny forudsat, at afdelingen skal tilvejebringes; projekt er udarbejdet, og bevilling til igangsættelse af arbejdet er opnået. Det er tanken, at afdelingen skal rumme et ambulatorium, en dagobservation, to afsnit med senge for neurotiske og adfærdsforstyrrede børn og endelig et sengeafsnit for psykotiske børn; ialt drejer det sig om ca. 40 sengepladser.

Endvidere agtes der knyttet en børnepsykiatrisk afdeling til det nye sindssygehospital i Glostrup og en tilsvarende afdeling til sindssygehospitalet i Ålborg. Glostrup-afdelingen, hvortil projekt foreligger, vil få en lignende struktur som Århus-afdelingen, men får en noget mindre kapacitet; hvorledes Ålborg-afdelingen **vil** blive udformet, er endnu ganske uvist, idet det ikke vides, hvor det nye hospital bliver placeret.

Det er tanken, at de tre omtalte afdelinger skal fungere som selvstændige afdelinger med **i** det væsentlige særskilt personale og med egen overlæge.

Det er klart, at selv når disse tre afdelinger er oprettet, vil de langtfra kunne dække landets børnepsykiatriske behov. Sindssygehospitalet i Middelfart havde **planlagt** en børnepsykiatrisk virksomhed på Odense Amts- og Bys sygehus, hvor et afsnit på 8 senge med dertil knyttet ambulatorium var tænkt stillet til rådighed; det er imidlertid tvivlsomt, om planen realiseres i nævnte form.

De opgaver, som sindssygehospitalernes børnepsykiatriske afdelinger naturligt vil kunne medvirke til at løse, er følgende:

1. Behandling af psykotiske børn.
2. Observation og mere kortvarig behandling af neurotiske og milieuskadede børn.
3. Observation af neurotiske og milieuskadede børn med påfølgende visitation til egnede institutioner under børneforsorgen m. v.
4. Ambulant observations- og behandlingsvirksomhed.
5. Samarbejde med institutioner for børn med behov for psykiatrisk tilsyn eller behandling, dels i form af tilsyn ved visse institutioner, dels i form af aktiv deltagelse i behandlingen på de institutioner, hvor individuel terapi af børnene er nødvendig. Forudsætningen for, at disse opgaver skal kunne løses ved sindssygevæsenets medvirken, må i almindelighed være, at de pågældende institutioner ligger i nærheden af et sindssygehospital. Det **vil** derfor være naturligt, om sådanne institutioner fremtidig søges placeret i nærheden af hospitalerne.

Størrelsen af behovet for *sengepladser til psykotiske børn* lader sig ikke med sikkerhed gøre op. Der har hidtil ikke her i landet eksisteret nogen afdeling, der specielt kunne tage sig af disse børn, som derfor — bortset fra de tilfælde, hvor indlæggelse på sindssygehospital har været uomgængeligt nødvendig — er blevet henvist til børneforsorgsinstitutioner, åndssvageanstalter eller til at forblive i deres hjem. Når egnede afdelinger oprettes, **vil** et betydeligt behov givetvis afdækkes, således at de planlagte afdelinger meget sandsynligt vil vise sig at have utilstrækkelig kapacitet.

Efter de erfaringer, man i København har gjort med hensyn til behovet for observationspladser, må der regnes med, at de planlagte statsafdelinger ikke **vil** vise sig tilstrækkelige. Ved planlægningen af de nye psykiatriske hospitaler må oprettelse af børnepsykiatriske afsnit derfor overalt inddrages i overvejelserne.

Den *ambulante virksomhed* forudsætter, at afstanden til patienternes hjem ikke er for stor. Allerede af denne grund må der stiles mod oprettelse af et stort antal konsultationer landet over.

Et særligt område for psykiatrisk arbejde udgør de *børn og unge indtil 18 (evt. 21) års alderen, der er undergivet børneforsorg,* og som på grund af særlig udtalte vanskeligheder har måttet anbringes på ungdomshjem, hvor det psykiatriske arbejde er varetaget af en psykiatrisk konsulent.

Særlig behandlingen af de unge piger har voldt børneforsorgen så store vanskeligheder, at man årligt har måttet lade endog flere 16-årige piger udgå af børneforsorgen som »uopdragelige« og dermed

måttet overlade deres fremtid til dem selv og deres ofte meget ringe hjem.

Den psykiatriske indsats, der har kunnet ydes ved konsulentordning, har vel diagnostisk kunnet registrere de pågældende børn og unge, men da de pågældende ungdomshjem har ligget i stor afstand fra sindssygehospitaler, har det psykiatriske bidrag til behandlingen måttet blive mindre end nødtørftigt.

Den tidligere psykiatriske konsulent ved Vejstrup Statsungdomshjem har udtalt, at en meget stor del af de i senere år i hjemmet anbragte piger må anses for at være »psykopater i udtalt grad« med voldsomme »hysteriske« reaktioner og tilbøjelighed til samlede oprør, flugtforsøg og selvmordsforsøg, og sundhedsstyrelsen har overfor socialministeriet betegnet en fortsættelse af institutionen under de nuværende forhold som ikkeforsvarlig, og selv om pigerne i de værste urofaser har kunnet overflyttes til et fjerntliggende sindssygehospital, er de som regel hurtigt udskrevet pårny, så snart den værste uro havde tabt sig, og før egentlig stabilisering var opnået.

At disse tilfælde udgør et betydeligt problem for børneforsorgen fremgår allerede af ungdomskommissionens betænkning af 1952 om den tilpasningsvanskelige ungdom og navnlig også af betænkningen vedrørende forsorgen for børn og unge, som har særlige tilpasningsvanskeligheder, afgivet i 1953 af et af arbejds- og socialministeriet nedsat udvalg.

I denne situation, hvor børneforsorgen råder over den nødvendige lovhjemlede kompetence og det pædagogiske personel og apparat, medens sindssygevæsenet råder over den psykiatriske sagkundskab og de psykiatriske behandlingsformer, der må forventes at være egnede netop i disse tilfælde, måtte det være nærliggende at søge et samarbejde mellem børneforsorg og sindssygevæsen organiseret.

Dette er da også forsøgt af ovennævnte udvalg under arbejds- og socialministeriet, der har foreslået en løsning, hvorefter børneforsorgen i tilslutning til et sindssygehospital opretter et åbent ungdomshjem for særligt vanskelige piger, samtidig med at der på det pågældende hospital indrettes en afdeling, dels halvåben, dels lukket, hvortil pigerne kunne overføres i deres uroligste faser og først tilbageflyttes efter fornøden stabilisering. Den nødvendige enhed i ledelsen tænktes etableret ved, at forstanderinden på ungdomshjemmet deltog i behandlingen på hospitalet, ligesom den samme psykiater skulle lede behandlingen såvel på hospital som på ungdomshjem.

Om dette forslag har udvalget forhandlet med kommissionen, der i skrivelse af 12. juni 1953, der er optaget som bilag N. til nærværende betænkning, har taget stilling til forslaget. Kommissionens flertal har foretrukket en samlet psykiatrisk institution, mest hensigtsmæssigt henlagt under sindssygevæsenet. Et mindretal (Carl Clemmesen og Edel Saunte) vil dog under hensyn til betydningen af samarbejdet med børneforsorgen som helhed foretrække en institution som den af udvalget foreslåede, delt mellem sindssygevæsen og børneforsorg.

Når kommissionens flertal ikke har kunnet tiltræde mindretallets synspunkt, er det fordi man betvivler, at fuldtud tilfredsstillende behandlingsmuligheder kan skabes indenfor en institution, der således er opdelt mellem sindssygevæsenet og børneforsorgen. Set fra hjemmets standpunkt mener man, at det må være af betydning, at de forskellige afdelinger udgør et samlet hele, således at der bliver kontinuitet i såvel behandling som beskæftigelse, uanset at anbringelsesformen fra tid til anden må ændres på grund af de pågældendes skiftende tilstand. Set fra hospitalets synspunkt må det, finder man, fremtræde som mindre tilfredsstillende, om anbringelse på dets afdelinger skulle anvendes som restriktionsmiddel overfor personer, der ikke iøvrigt betrag-

tes som hospitalets patienter, og det er endvidere ubestrideligt, at den belastning, **patienter** af den heromhandlede type altid **vil** frembyde for en hospitalsafdeling, må øges, når hospitalet kun anvendes i særlige perioder, hvor en anden institution har opgivet sin behandling.

Udfra de anførte betragtninger har kommissionens flertal anset det for mere hensigtsmæssigt, om man kunne tilstræbe oprettelsen af en samlet psykiatrisk behandlingsinstitution. Er dette ikke muligt, har man ment, at man burde falde tilbage på den løsning, at et ungdomshjem søgtes anbragt i nærheden af et sindssygehospital, således at der herfra kunne føres et psykiatrisk tilsyn, og således at indlæggelse på hospitalet kunne finde sted, når de almindelige betingelser for sådan hospitalisering var tilstede.

Uanset om man vælger den ene eller den anden løsning, og selvom man indtil videre etablerede en ordning, der afviger fra de her antydede muligheder, ville det under alle omstændigheder være af betydning, at spørgsmålet om formen for organiseringen af et så effektivt samarbejde som muligt på dette særlige felt, også med henblik på de fremtidige udviklingslinier, kunne optages til forhandling mellem sindssygevæsenet, børneforsorgen og sundhedsstyrelsen.

8. Epileptikere og psykotiske åndssvage

Langt de fleste *epileptikere* er under ambulant behandling, oftest således, at de på et tidligt stadium af deres sygdom indlægges til observation på en børneafdeling, en psykiatrisk, neurologisk eller neurokirurgisk afdeling eller på kolonien »Filadelfia«'s epileptikerafdeling og her får fastlagt retningslinierne for behandlingen. Kun i et ringe mindretal af **tilfældene** medfører sygdommen længerevarende hospitalsophold. Det drejer sig her dels om epileptikere, hvis krampetilfælde er særligt vanskelige at beherske, dels om patienter, der frembyder sværere epileptiske karakterforandringer eller epileptiske psykoser. Den første gruppe vil ganske fortrinsvis blive behandlet på kolonien »Filadelfia«, medens en hel del af de psykisk afvigende epileptikere vil blive indlagt på sindssygehospitaler. Alt i alt belægger de dog kun en meget ringe del af sindssygehospitalernes pladser, og epileptikerne udgør ikke noget stort problem for dem. Hospitalernes samarbejde med kolonien »Filadelfia« og specielt den indbyrdes fordeling af epileptikerne er i det store hele forløbet på formålstjenlig måde, og der skønnes ikke for tiden at være anledning til at ønske nogen ændring, f. eks. i retning af oprettelse af statslige hospitaler for epileptikere.

Hvad den ambulante behandling af epileptikere angår, er den i almindelighed blevet varetaget af de praktiserende læger i mere eller mindre udstrakt samarbejde med neurologiske eller psykiatriske afdelinger, respektive speciallæger. Der har i de senere år været en tendens **til,** at de neurologiske afdelinger i særlig grad tager denne opgave op.

Af sindssygehospitalernes pladser belægges 15—20 % med patienter, som er svagt begavede. Langt den største del af disse er sinker, således at kun nogle få procent af hospitalernes pladser er belagt med patienter, der er *åndssvage.* I de allerfleste tilfælde vil det være således, at det ikke er intelligensdefekten som sådan, der har medført indlæggelsen, men derimod en komplicerende psykose, neurose eller psykopati. Undertiden sker det ganske vist, at en ikke tidligere psykiatrisk undersøgt patient primært indlægges på sindssygehospital og viser sig at lide af ukompliceret åndssvaghed, hvorefter der selvsagt sker indstilling til åndssvageforsorgen. Oftere drejer det sig om patienter, som i forvejen er under åndssvageforsorgen, og som på et vist tidspunkt begynder at frembyde tegn på sindssygdom. Åndssvageanstalterne er kun i ringe grad indstillet på behandling af psykoser, specielt er de ikke udstyret

med det hertil oftest nødvendige apparatur. Det er derfor naturligt, at psykotiske åndssvage indlægges til behandling på sindssygehospitaler. Såfremt psykosen helbredes, vil patienten blive tilbageført til åndssvageanstalten. Lidt mere usikre ligger forholdene i de tilfælde, hvor psykosen ikke helbredes og ikke længere kræver aktiv psykiatrisk behandling; ønskeligheden af tilbageflytningen til åndssvageanstalt vil her især afhænge af, om patientens adfærd klassificerer ham til anbringelse blandt åndssvage eller blandt sindssyge. Der har i tidens løb af og til kunnet opstå meningsdivergenser mellem institutionerne om, hvor en sådan patient rettelig hører hjemme, men nogen større praktisk betydning har disse problemer ikke haft, og der synes ikke at være anledning til at træffe særlige foranstaltninger med henblik på de psykotiske åndssvage; specielt kan der ikke være grund til at tænke på oprettelse af særlige afdelinger eller anstalter for sådanne patienter. Derimod er det klart, at det, især når det drejer sig om unge patienter, er nødvendigt, at sindssygehospitalerne er i stand til at yde de pågældende den fornødne undervisning og oplæring.

9. *Tuberkulosepatienter*

I 1937 åbnedes på sindssygehospitalet i Middelfart en dertil nyindrettet afdeling for tuberkulosepatienter, og alle sindslidende patienter på statens sindssygehospitaler, der tillige lider af smittefarlig tuberkulose, har siden været behandlet på denne afdeling.

Oprindelig var afdelingen, der rummer 100 pladser, fuldt belagt, men udviklingen har medført, at belæget i de senere år har været stadig faldende, og antallet af tuberkulosepatienter på afdelingen ligger nu omkring 40.

Derved er spørgsmålet om anden anvendelse af afdelingen blevet aktuelt, og sådan anvendelse har man også allerede delvis fundet, idet halvdelen af bygningen er indtaget til andet patientformål. Som den bedste og mest moderne af sindssygevæsenets afdelinger er den overordentlig velegnet som modtageafdeling for patienter med lettere sindslidelser, og det er selvfølgelig af den allerstørste betydning, at der i egnede omgivelser kan skabes gode behandlingsmuligheder for patienter af denne kategori. Det ville allerede af denne grund være meget ønskeligt, om afdelingen fuldstændigt kunne frigøres til sådanne formål.

Den udvikling, der er foregået siden afdelingens oprettelse, peger også i retning af, at dette skulle være muligt. Dengang betragtede man behandlingen af patienternes psykiatriske lidelse som det primære, behandlingen af den tuberkuløse lidelse som noget mere sekundært. De stærkt forbedrede behandlingsmuligheder for tuberkulose har ændret problemstillingen, og man måtte nu anse det for en rimeligere løsning, om de tuberkuløse sindslidende, medens deres tuberkulose endnu er aktiv, behandledes på et specielt tuberkulosehospital eller sanatorium under ledelse af en tuberkulosespecialist, men iøvrigt under tilsyn af en psykiatrisk speciallæge. Det er klart, at en sådan ordning er mere betryggende og effektiv end tuberkulosebehandling på et sindssygehospital under en tuberkulosekonsulents lejlighedsvise tilsyn.

Forholdene på vore tuberkulosesanatorier har samtidig banet vej for en udvikling i denne retning, idet tuberkulosens tilbagegang har bevirket, at der efterhånden er opstået et ikke ubetydeligt antal af ledige sanatoriepladser.

På den nævnte baggrund må det forekomme rationelt, at de tuberkuløse patienter søges overført til et særligt sanatorium, der indrettes med henblik på modtagelse af sådanne patienter. Samtidig kunne man også løse åndssvageforsorgens tuberkuloseproblem, hvorved bemærkes, at de nuværende forhold for de tuberkuløse åndssvage er særdeles uheldige. Principielt er man ganske vist af

den opfattelse, at sindssyge- og åndssvagebehandling må være adskilte faktorer, men indenfor et så specielt område som dette ville fordelene ved en samlet løsning utvivlsomt opveje de dermed forbundne ulemper. Naturligvis måtte de forskellige patientkategorier være indbyrdes adskilte, men deres behandling på samme sanatorium bør man utvivlsomt ikke anse for udelukket.

Det kan udfra sindssygevæsenets synspunkter ikke være afgørende, om ordningen gennemføres således, at staten overtager et af de forhåndenværende sanatorier, eller således, at man belægger et på sædvanlig måde drevet tuberkulosesanatorium. Dette sidste er dog vel det naturligste, når synspunktet netop er dette, at tuberkulosen i disse tilfælde er det primære; udfra dette synspunkt måtte et specialsanatorium, administreret på linie med de øvrige sanatorier, synes at være den mest formålstjenlige ordning.

Der har af direktoratet for statens sindssygehospitaler været rettet henvendelse til Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse, og det er antageligt, at der i en ikke altfor fjern fremtid vil kunne etableres en ordning efter de angivne retningslinier.

Sindssygehospitalerne samarbejder iøvrigt med de stedlige tuberkulosestationer, således at behørig undersøgelse af såvel personale som patienter derved er sikret. Den hurtige konstatering af forekommende tilfælde er selvsagt et afgørende led i hospitalernes tuberkulosebehandling.

B. Ambulant

1. Profylaxe

Det er hospitalernes opgave at varetage undersøgelse og behandling, og de profylaktiske opgaver må derfor primært siges at være dem uvedkommende. Hvor det drejer sig om patienter, der er udskrevet som helbredte, er det klart, at eventuel ambulant efterkontrol vil kunne indbefatte et profylaktisk moment. Generelt kan det ikke forventes, at sindssygehospitalerne derudover skulle påtage sig mentalhygiejniske opgaver, hvilket også på grund af disse opgavers omfang ville være uoverkommeligt. På den anden side kan man ingenlunde afvise den tanke, at sindssygehospitalerne i et vist omfang træder ind i løsningen af de mentalhygiejniske opgaver; således som sindssygevæsenet er opbygget, og når henses til de muligheder, hvorover det råder, må man efter omstændighederne regne hermed.

Mentalhygiejnen befinder sig indtil videre på et forberedende og eksperimenterende stade. Det er derfor værdifuldt, at private kræfter gennem Landsforeningen for Mentalhygiejne gør en indsats på dette felt, og det er rimeligt, at sindssygevæsenet på de punkter, hvor det kan lade sig gøre, begunstiger sådanne bestræbelser. Dette kommer navnlig på tale i forbindelse med de af landsforeningen oprettede mentalhygiejniske rådgivningsstationer.

Ved konsultationen i Silkeborg er der af sindssygehospitalet ved Århus stillet lægelig arbejdskraft til rådighed. Man har herved tilsigtet, at der af sindssygevæsenet skulle indvindes erfaringer på det pågældende område, og hospitalets deltagelse i denne virksomhed har altså haft karakteren af et forsøg. Det har ved denne konsultation, der har virket siden foråret 1954, vist sig, at klientellet indledningsvis lå nogenlunde på linie med det, der ses i hospitalernes ambulante konsultationer. Når patienterne har henvendt sig til den mentalhygiejniske konsultation og ikke til hospitalets konsultation i samme by, har det altså i mangfoldige tilfælde haft rent psykologiske årsager, først og fremmest den, at klienterne ikke har opfattet sig selv som egentlig syge. Da de imidlertid afgjort har været trængende til psykiatrisk behandling, og da nye patientkategorier sidenhen er kommet til, således at rådgiv-

ningens virksomhed har fået et voksende særpræg, er der for så vidt noget der kunne tale for, at sindssygevæsenet, i al fald som en videreførelse af forsøget fortsat ydede lægelig bistand dertil. I Odense ydes der også psykiatrisk speciallægebistand til den mentalhygiejniske konsultation; men dette sker i kraft af en privat ordning med lægerne ved sindssygehospitalet i Middelfart, idet sindssygevæsenet ikke foreløbig har ment at kunne udstrække sådan virksomhed udover den forsøgsmæssige ordning i Silkeborg. Til foreningens rådgivningsvirksomhed i København ydes nu også statsstøtte ved sindssygevæsenets foranstaltning; foreløbig er tilsagn givet om støtte i en 3-årig periode.

Grænsen mellem de mentalhygiejniske rådgivningsinstitutioner og de psykiatriske konsultationer er altså ingenlunde skarp. Den dobbelte ordning i Silkeborg tjener, som anført, et vist formål, men på længere sigt ville det formentlig desuagtet fremtræde som mindre rimeligt, om staten ydede parallelle indsatser på dette felt. Gennem yderligere praktiske erfaringer må forholdene formentlig afklares noget mere, før endelig stillingtagen er mulig. Det er tænkeligt, at den mest hensigtsmæssige ordning ville være den, at det gennem en ændret betegnelse manifesteredes, at de psykiatriske konsultationer også påtager sig visse rådgivningsopgaver. Derved kunne de muligt få en noget bredere basis for deres virke, og det yderligere arbejde indenfor dette felt ville i så fald naturligt være en rent privat opgave.

Indenfor dette område synes en gradvis udvikling imidlertid at være anbefalelsesværdig. For sindssygevæsenet må det ses som en udbygning af de hospitalsmæssige opgaver, og der ligger heri en vis begrænsning af det omfang, hvori man for nærværende tør impliceres deri.

2. Undersøgelse og behandling

Det er givetvis i alle parters interesse, at ingen muligheder for ambulant gennemførelse af undersøgelse og behandling lades uudnyttede. For patienterne er den ambulante behandling ensbetydende med, at de skånes for de betydelige ulemper, som en hospitalsindlæggelse nødvendigvis må indebære; hospitalsvæsenet kan ad samme vej spare sengepladser, hvilket er af afgørende betydning i perioder med stærkt tyngende overbelægning, ligesom det naturligvis også er økonomisk formålstjenligt.

Da der i 1936 af indenrigsministeriet nedsattes et udvalg til drøftelse af visse spørgsmål vedrørende sindssygevæsenet, tog man derfor også i første linie stilling til spørgsmålet om oprettelse af psykiatriske konsultationer i forbindelse med statens sindssygehospitaler, og der blev i 1937 af udvalget afgivet en betænkning herom.

Man skal i det følgende indledningsvis behandle spørgsmålet om nævnte psykiatriske konsultationer, idet man til særskilt behandling har udskilt spørgsmålet om den ambulante neurosebehandling, der rejser videreækkende problemer.

a. Psykiatriske konsultationer

Såvel til Rigshospitalet som til Københavns kommunes psykiatriske afdelinger havde der været knyttet polikliniker, førend spørgsmålet blev aktuelt for statens sindssygehospitaler. Indenfor disse sidstnævntes område blev sådan virksomhed i 1936 forsøgsvis taget op på sindssygehospitalet i Augustenborg og blev efter udvalgsbetænkningens afgivelse iværksat ved de øvrige hospitaler.

De nærmere retningslinier er fastsat i direktoratets skrivelse af 17. februar 1936 til samtlige sindssygehospitaler. Konsultationerne, der er vederlagsfri, står herefter kun åben for behandling af ubemidlede patienter med psykiske lidelser, og patienterne modtages kun efter henvisning fra den behandlende læge. For

sygekassepatienter kræves det yderligere, at de ikke har adgang til behandling af speciallæge for sygekassens regning. For prøveudskrevne patienter er lægehenvisning dog ufornøden; ligeledes kan patienter, der er opførte på et hospitals venteliste, modtages i konsultationerne uden henvisning fra den behandlende læge. Til konsultationerne knyttedes socialhjælpere, og de kom derved, jævnsides med den polikliniske side af deres virksomhed, til at fungere som led i hospitalernes efterforsorg for de udskrevne patienter.

Psykiatriske konsultationer afholdes ikke blot på selve hospitalerne, men også i en række byer i deres opland. Fra sindssygehospitalet ved Århus afholdes således konsultationer i Århus by, Randers, Silkeborg, Horsens og Grenå, fra sindssygehospitalet i Vordingborg i Sakskøbing, Næstved og Sorø, fra sindssygehospitalet i Viborg i Nykøbing M. og Holstebro, fra sindssygehospitalet i Middelfart i Odense og Fredericia, fra sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. i Hillerød, Holbæk og Kalundborg, fra sindssygehospitalet i Vedsted i Esbjerg og Varde og fra sindssygehospitalet i Augustenborg i Sønderborg, Haderslev og Tønder.

Den kontakt, der herved etableres med patienter udenfor hospitalet, er overordentlig værdifuld. Adskillige patienters **hospitalsophold** var blevet af længere varighed, såfremt man ikke havde haft de heri liggende muligheder for at følge tilstanden efter udskrivningen; omvendt har indlæggelser undertiden kunnet afværges gennem den af konsultationerne ydede bistand.

De praktiske forhold begrænser mulighederne for den terapi, der kan ydes indenfor rammerne af de psykiatriske konsultationer. Derimod vil patienter herfra kunne henvises til ambulant behandling på hospitalerne, og sådan behandling har fået voksende betydning gennem de senere års udvikling af elektrostimulationsbehandlingen (elektroshock, som det hidtil almindeligvis, med en lidet heldig betegnelse, har været benævnt).

De psykiatriske konsultationers virksomhed har kun i undtagelsestilfælde givet anledning til kritik fra de praktiserende speciallægers side, og det ses heller ikke, at interessekonflikter, således som retningslinierne er fastlagt, skulle kunne opstå.

Disse forhold har iøvrigt for et par år siden været gjort til genstand for forhandling mellem Den almindelige danske lægeforening og Sundhedsstyrelsen, hvis opmærksomhed var blevet henledt på spørgsmålet. Efter indhentet udtalelse fra Danske psykiateres organisation har lægeforeningen som svar på en skrivelse fra Sundhedsstyrelsen i skrivelse af 13. juni 1953 udtalt følgende:

»Der er blandt samtlige overlæger ved statens sindssygehospitaler enighed om, at der i tilknytning til sindssygehospitalerne bør være en ambulatorisk virksomhed, og at den ambulante psykiatriske undersøgelse og behandling, som forefindes nu, bør udvides. Den ambulante virksomheds opgave er at være de praktiserende læger behjælpelig med at stille diagnose og foreslå behandling. Herved vil det i en del tilfælde være muligt at undgå indlæggelse på sindssygehospitalet, idet visse patienter kan behandles ambulant på hospitalets ambulatorium. Endelig skal ambulatoriet varetage efterbehandlingen af de fra hospitalet udskrevne patienter. Samtlige overlæger ved statens sindssygehospitaler giver tillige udtryk for deres forbavselse over, at der, som anført i sundhedsstyrelsens skrivelse, er rejst kritik mod sindssygehospitalernes konsultationsvirksomhed. Ingen af overlægerne har kendskab til en sådan kritik.

Lægeforeningen kan iøvrigt i princippet tiltræde de retningslinier for ambulatorisk virksomhed, som er anført i Københavns hospitalskommissions betænkning.«

I hospitalskommissionens anførte betænkning (Betænkning II afgivet af den af magistraten under 28. februar 1944 nedsatte hospitalskommission, 1950) erklærer kommissionen sig enig i, at der også fremtidig må regnes med at være et stort og formentlig stigende behov for ambulant behandling på hospitalerne, og at der ved den forestående udbygning af hospitalsvæsenet må regnes dermed. Tilgangen til poliklinikerne må imidlertid være undergivet en vis begrænsning, og det må, bortset fra patienter, der på grund af ubemidlethed er afskåret fra anden specialbehandling, i det væsentlige være lægelige grunde, der bør være afgørende for, om en patient bør henvises til og modtages på offentlig poliklinik. Ligesom der ved hospitalsindlæggelse kræves indlæggelsesseddel fra patientens læge, bør det derfor være det normale, at patienter, der som f. eks. sygekassepatienter har egen læge, kun modtages på poliklinik efter lægens henvisning. Hvad særligt angår den speciallægehjælp, der forudsætter sådanne tekniske hjælpemidler, som det normalt vil være for bekosteligt for en enkelt speciallæge at anskaffe, er det kommissionens opfattelse, at der på dette område kan skabes en mere rationel ordning end den bestående. Hospitalerne skal i alle tilfælde anskaffe disse hjælpemidler af hensyn til behandlingen af de indlagte patienter, og det må derfor anses for mest økonomisk at søge den slags hjælpemidler samlet på hospitalerne, hvor de kan udnyttes i større udstrækning end hos de praktiserende speciallæger, ligesom det vil være rimeligt, om henvisningen til de pågældende kliniker organiseres således, at disses kapacitet kan udnyttes fuldt ud.

Disse synspunkter ligger altså ganske på linie med dem, der har været gældende for udformningen af sindssygehospitalernes tilsvarende virksomhed, og kommissionen har ikke for sit vedkommende særlige bemærkninger at knytte dertil.

b. Neurosestationer

Det er i et tidligere afsnit understreget, at neuroser fortrinsvis må behandles ambulant; indenfor drøftelserne af de ambulante psykiatriske behandlingsformer har neuroseproblemerne derfor også i adskillige år indtaget en central stilling. Da udvalget af 1936 til drøftelse af visse spørgsmål vedrørende sindssygevæsenet havde tilendebragt sit arbejde, blev det i 1948 afløst af et nyt udvalg, der — udover psykopatspørgsmålet, der i anden sammenhæng har været berørt — skulle beskæftige sig med de særlige behandlingsproblemer vedrørende personer, der er lidende af neuroser. Udvalgets arbejde er blevet videreført af nærværende kommission, der har fået dets materiale stillet til rådighed.

Man har længe været inde på den tanke, at den ambulante neurosebehandling, der i forskellige henseender er overordentlig krævende, burde have tilknytning til særlige institutioner, de såkaldte neurosestationer. Forslag herom fremsattes allerede i 1939 af nervelægernes neuroseudvalg og i 1949 af Den almindelige danske lægeforenings neuroseudvalg samt af lægeforeningens årsmøde, der vedtog en resolution desangående. Planerne er senere udformet af et udvalg for udarbejdelse af forslag til etablering af en neurosestation, nedsat af lægeforeningen efter indstilling af Dansk psykiatrisk selskab. Sidstnævnte udvalg (neurosestationsudvalget) afgav i 1954 en betænkning, der er optaget som bilag O. til nærværende betænkning, og som har været grundlaget for kommissionens overvejelser vedrørende spørgsmålet. Hertil føjer sig iøvrigt en af lægeforeningens neuroseudvalg i 1955 under redaktion af dr. *J. Riising* udarbejdet lærebog i neuroser, hvori denne lidelses behandlingsmæssige problemer er belyst.

Spørgsmålene, der er af indgribende betydning for den psykiske folkesundhed, har således ofte været gennem-

drøftede, men praktiske erfaringer angående effektiviteten af en rationel neurosebehandling savnes stadig. Det har derfor været neurosestationsudvalgets tanke, at arbejdet indtil videre burde have forsøgets karakter, og at det derfor burde begrænses til en enkelt neurosestation, fungerende i et vist åremål for et passende landområde. Herved skulle man kunne danne sig et skøn over de bestående muligheder.

Oprettelse af neurosestationer er naturligvis ikke nogen hospitalsopgave i egentlig forstand. Når kommissionen desuagtet er af den opfattelse, at den forsøgsvise etablering af en neurosestation bør påhvile statens sindssygevæsen, er det både fordi man finder, at forsøget i kraft af dets særlige karakter naturligt iværksættes som en statsopgave, koordineret med de øvrige psykiatriske funktioner, og fordi et initiativ med dette generelle sigte måske også vanskeligt kunne tænkes taget fra anden side. Man har ikke dermed taget stilling til, om den ambulante neurosebehandling også på længere sigt skal være en statsopgave.

Økonomiske betragtninger bør næppe i den foreliggende sammenhæng være afgørende, idet staten under alle omstændigheder måtte antages at blive udgiftsmæssigt impliceret deri. Ved at lade sindssygevæsenet tage initiativet, vil staten imidlertid opnå, at den får direkte indseende dermed, og det sikres samtidig, at eksperimentet kommer til udførelse, hvor de rette forsøgsbetingelser er tilstede.

Spørgsmålet bliver herefter, hvorledes forsøget mest hensigtsmæssigt kan iværksættes. Dette spørgsmål har dels relation til stationens beliggenhed og område, dels til omfanget og karakteren af det personale, der måtte tænkes knyttet dertil.

Udvalget, til hvis betænkning man i det hele henviser, har foreslået, at den forsøgsmæssige neurosestation oprettes i Sorø amt og placeres i Slagelse, der skønnes velegnet i trafikal henseende, og hvor et centralsygehus er beliggende.

Kommissionen har dels overvejet denne mulighed, dels haft opmærksomheden henvendt på Frederiksborg amt og Hillerød, i hvilken sidstnævnte forbindelse man har haft samarbejdet med det kommende sindssygehospital og nervesanatoriet »Montebello« for øje.

Frederiksborg amtsråd har erklæret sig rede til at opføre den til en neurosestation fornødne bygning på en grund, der vil kunne stilles til rådighed af Hillerød købstadskommune i umiddelbar nærhed af centralsygehuset i Hillerød, når sagens videreførelse er sikret. Man er fra amtsrådets side indstillet på, at lejesummen skal ansættes således, at den blot dækker amtsfondens udgifter vedrørende den investerede kapital og til fornøden vedligeholdelse i lejetiden. Lejemålet vil kunne indgås for et begrænset åremål, da bygningen senere tænkes anvendt til andet formål. Dette sidstnævnte moment er naturligvis af særlig betydning, idet institutionen, såfremt resultaterne ikke svarer til forventningerne, skal kunne afvikles ved forsøgsperiodens slutning.

Når henses til den således bestående mulighed for et gunstigt lejemål og til sindssygevæsenets fremtidsplaner i Hillerød, synes der at være stærke argumenter for at placere neurosestationen her. Imidlertid er der også momenter, der peger i retning af Slagelse, hvorpå der af neurosestationsudvalget er taget sigte, dels de af udvalget anførte grunde, dels den omstændighed, at der nu på centralsygehuset i Slagelse er oprettet en psykiatrisk afdeling, som neurosestationen ville kunne samarbejde med.

Valget mellem de nævnte, og eventuelt andre til sin tid bestående, muligheder vil bedst kunne træffes, når planen skal realiseres, og kommissionen har derfor ikke for sit vedkommende følt sig foranlediget til at afgive nogen indstilling desangående.

Angående personalets størrelse og sammensætning skal bemærkes, at neurosestationsudvalget, som det vil ses af udvalgets betænkning, regner med en lægestab på 6 læger (1 overlæge, 1 afdelingslæge, 2 reservelæger og 2 lægekandidater) ; som øvrigt personale regner man med 2 psykologer, 2 afspændingsterapeuter (fysioterapeuter), 2 sygeplejersker, 3 socialrådgivere og 3 sekretærer.

Kommissionen skal imidlertid pege på den mulighed, at forsøget, eventuelt med en forlænget forsøgsperiode, eventuelt kunne søges gennemført med en i forhold til udvalgets forslag reduceret personalestab, hvortil stationens landområde i så fald måtte afpasses. Noget konkret forslag herom har man ikke på det nu foreliggende grundlag ment at burde fremsætte.

Kommissionen går udfra de anførte betragtninger ind for forsøgsvis etablering af en neurosestation med tilknytning til statens sindssygevæsen.

3. *Efterforsorg*

Efterforsorgen for psykiatriske patienter omfatter, taget i videre forstand, såvel den psykiatriske efterbehandling som den sociale revalidering. Grænsen mellem disse forsorgs- og behandlingsformer er ingenlunde skarp og bør heller ikke være det. De medicinske og de sociale synspunkter må ses som led i et større hele. Den lægelige konsolidering af de på hospitalet indvundne behandlingsresultater vil uvilkårligt medvirke til genoprettelse af patientens sociale status, og de bestræbelser, der direkte sættes ind på det sociale felt, vil på tilsvarende måde komme lægebehandlingen til gode.

Ejheller vil hospitalsbehandlingen og efterforsorgen kunne opstilles som adskilte faktorer. Efterforsorgen må nødvendigvis forberedes under selve behandlingen, og den må videreføres under fortsat medvirken af dem, der har taget del i denne, og som herved har fået føling med patientens problemer og deres betydning for hans psykiske helbredstilstand. Hertil kommer, at rationel efterforsorg vil kunne afkorte varigheden af den egentlige hospitalsbehandling, og selvom kommissionen fortrinsvis har skullet tage stilling til de hospitalsmæssige anliggender, har den derfor også af denne grund haft en naturlig opfordring til samtidig at beskæftige sig med de herhenhørende problemer.

Den *lægelige efterbehandling* udøves, stort set, af de praktiserende læger, men indgår også som led i hospitalernes ambulante behandlingssystem, udformet i de psykiatriske konsultationer. Yderligere bemærkninger herom finder man derfor ikke anledning til at fremsætte. Den *sociale revalidering* frembyder derimod særlige problemer, som man ikke i anden sammenhæng har taget stilling til, og de spørgsmål, der her melder sig, er af den allerstørste betydning for sindssygebehandlingen i dens helhed.

De udskrevne patienters sociale problemer er dels af forbigående, dels af længerevarende karakter.

De *forbigående* vanskeligheder vil være af økonomisk, delvis også af boligmæssig beskaffenhed. Også for patienter, der iøvrigt er i stand til at klare sig i tilværelsen, kan sådanne vanskeligheder opstå, idet hospitalsindlæggelsen, hvis den ikke er ganske kortvarig, vil kunne gribe ind i patientens beskæftigelses- og boligforhold.

Til afhjælpning af sådanne vanskeligheder er det i forsorgslovens § 253 foreskrevet, at det sociale udvalg i patientens opholdskommune efter udskrivningen fra sindssygehospitalet skal være berettiget til i trangstilfælde efter vedkommende overlæges indstilling at understøtte patienten med familie i indtil 3 måneder, såfremt det kan antages, at sådan understøttelse er af væsentlig betydning for hans tilbagevenden til arbejde eller for at undgå, at økonomiske bekymringer virker nedbrydende på hans genvundne helbred.

I visse tilfælde, hvor forsorgsbehovet ikke er begrænset til det rent akute, men hvor invaliderente alligevel ikke er indiceret, kunne det formentlig være formålstjenligt, om sådan hjælp kunne ydes gennem en noget længere periode; men det ville i så fald være hensigtsmæssigt, om det stilledes som vilkår, at der blev truffet en særlig ordning men hensyn til midlernes administration. Endvidere var det anbefalelsesværdigt, om hjælpen efter omstændighederne kunne ydes til patienter i ambulant behandling, uanset at de ikke har været indlagt; man vil under den nugældende ordning kunne føle sig tilskyndet til at indlægge patienter, for at de efter udskrivelsen kan opnå den omhandlede hjælp.

Derudover kan hospitalerne gennem foreningen »Broen«, der er privat, fremskaffe økonomisk hjælp i egnede tilfælde. Foreningens hjælpemuligheder er ifølge sagens natur stærkt begrænsede, og det var ønskeligt, om den kunne opnå offentlig støtte. Samtidig må man imidlertid lægge vægt på, at dens private karakter bibeholdes, idet særlige muligheder for hurtig og smidig administration derved er sikrede.

Blandt de økonomiske forpligtelser, der efter udskrivningen kan være tyngende for patienterne, vil skatterestancer kunne indtage en fremtrædende plads, og man har overvejet, hvorvidt der med henblik herpå burde træffes særlige foranstaltninger. Af direktoratet for Københavns hospitalsvæsen har dette spørgsmål iøvrigt i december 1955 på foranledning af overlægerne ved Set-Hans hospital været rejst overfor magistraten, idet man har stillet forslag om, at skattedepartementets cirkulære af 4. januar 1955 om skattelempelse for tuberkulose- og polioramte søges udvidet til også at omfatte patienter med alvorligere sindslidelser, der har været under behandling på sindssygehospitaler eller psykiatriske afdelinger. Samtidig er socialrådgiverne ved Set. Hans hospital blevet instrueret om, forinden udskrivning af patienter efter ikke blot kortvarige ophold finder sted, at søge oplyst, om de pågældende patienter har skatterestance og i givet fald at yde dem bistand til opnåelse af en ordning med skattevæsenet.

Det fremgår af nævnte henvendelse fra overlægerne ved Set. Hans hospital, at spørgsmålet adskillige gange har været aktuelt for dette hospitals patienter, og at de opståede vanskeligheder har kunnet være særdeles alvorlige. Samtidig ses det imidlertid af en af direktoratet for Københavns skattevæsen over sagen afgivet udtalelse, at man ikke i skattedepartementet anser en sådan udvidelse af det pågældende cirkulæres område for mulig, idet de sygdomstilfælde, hvor der burde gives fritagelse, vil være vanskeligt afgrænselige, og fordi man regner med, at spørgsmålet i så fald på tilsvarende måde ville melde sig for andre sygdomsgruppers vedkommende.

Et rundspørge til statens sindssygehospitaler har vist, at hospitalernes overlæger gennemgående ser med sympati på det fremsatte forslag, idet det dog samtidig erkendes, at problemet ikke i praksis har meldt sig med særlig styrke. Fra et enkelt af hospitalerne udtales det direkte, at man har det indtryk, at de pågældende bestemmelser giver skattemyndighederne gode muligheder for at tage hensyn til de økonomiske vanskeligheder, som psykisk lidende ofte vil komme i, og det tilføjes, at man i nogen grad må betvivle, at det vil være formålstjenligt, at indføre mere konkrete bestemmelser, tagende sigte på bestemte kategorier af sygdomme, idet det vil være meget vanskeligt for patienter, der ikke falder ind under de derved særligt fremhævede kategorier, at forstå baggrunden for forskelsbehandlingen; man finder, at det rigtigste må være en hensyntagen til patientens situation i dens helhed, uden at en diagnose skulle være afgørende i den ene eller anden retning. Det er iøv-

rigt oplyst, at man i en af de større købstadkommuner følger den praksis, at eventuelle skatterestancer, såfremt en patient har været indlagt på sindssygehospital »i længere tid«, og i hvert fald når opholdet har strakt sig over et år, som regel eftergives, og at nye skatter derefter først vil blive opkrævet, når patienten atter er kommet i arbejde og derved er blevet skattepligtig.

Når vanskelighederne er særligt fremtrædende indenfor det københavnske område, er forklaringen muligt den, at man i de mindre kommuner kan have et mere indgående kendskab til enkeltpersoners forhold og dermed også større muligheder for individuel hensyntagen, Indenfor statens sindssygehospitalers område kan der under alle omstændigheder næppe siges at være indvundet erfaringer, der med fornøden styrke kan underbygge et forslag om udtrykkelige særregler, idet man herved går ud fra, at skattevæsenerne også fortsat vil være indstillede på at lade patienter, der har behov derfor, opnå rimelige betalingsordninger. Hvor sådanne ordninger ikke kommer i stand, beror dette ofte på, at patienterne undlader at indgive andragende derom, idet de blot forholder sig passive overfor skattevæsenets henvendelser; der vil imidlertid af hospitalernes socialrådgivere kunne ydes fornøden bistand i så henseende. Når den forsorgsmæssige kontakt med de udskrevne patienter efterhånden udbygges, er det tænkeligt, at man vil konstatere, at spørgsmålet er af en anden størrelsesorden end nu forudsat, og i så fald må spørgsmålet naturligvis påny tages op til overvejelse.

Til løsning af patienternes boligproblemer er der ikke anvist specielle udveje, og noget sådant ville formentlig også indebære betydelige vanskeligheder. Man må her være henvist til, hvad man kan opnå gennem hospitalernes forhandling med de lokale boliganvisningskontorer. Efter forsorgslovens § 252, stk. 2, kan der iøvrigt under indlæggelsen ydes hjælp til underhold for patientens familie, således at hjemmet i disse tilfælde lader sig opretholde ad nævnte vej.

På længere sigt er revalideringsproblemerne identiske med de problemer, der i det hele refererer sig til de erhvervshæmmedes indpasning i samfundslivet. De psykisk erhvervshæmmedes stilling er her i særlig grad kompliceret, dels fordi opstående vanskeligheder kan være direkte kompromitterende for helbredelsesprocessen, dels fordi bestående hjælpemidler kun i begrænset omfang stilles til rådighed for psykiatriske patienter. Sidstnævnte forhold er betinget af forskellige årsager, heriblandt vel også patientkategoriernes vanskelige afgrænsning.

Det er af afgørende betydning, at der sikres de psykiatriske patienters revalidering et bedre forløb end det hidtidige. Ikke blot patienterne, men også hospitalsvæsenet vil nyde godt heraf, idet man utvivlsomt derigennem kunne afværge adskillige genindlæggelser. Loven af 25. maj 1956 om samordning af foranstaltninger for erhvervshæmmede, hvortil de psykisk erhvervshæmmede udtrykkeligt henregnes, vil, rigtigt anvendt, kunne lede denne udvikling ind i de rette baner. Forudsætningen herfor er dog naturligvis, at der sikres sindssygehospitalerne den fornødne repræsentation indenfor de organer, der skal formidle den nævnte samordning. Socialministeriet har derfor i cirkulære af 26. juli 1956 henledt opmærksomheden på, at der i de lokale kontaktudvalg, såfremt der i vedkommende kommune eller dens opland findes et sindssygehospital, som regel bør være en repræsentant for dette; ligeledes repræsenteres sindssygevæsenet i det i lovens § 4 nævnte hovedudvalg.

Den psykiatriske sagkundskab lægger megen vægt på revalideringsspørgsmålet, og der blev i 1953 af Dansk Psykiatrisk Selskab nedsat et udvalg, der fik til opgave at redegøre for behovet for reva-

lideringsforanstaltninger for patienter, der udskrives fra sindssygehospitaler og psykiatriske afdelinger. Konklusionen af den af udvalget afgivne betækning er optaget som bilag P. til nærværende betænkning, og kommissionen skal for sit vedkommende henvise til den heri givne redegørelse, hvortil slutter sig en blandt bilagene (bilag R.) ligeledes optaget foreløbig meddelelse fra sindssygehospitalet ved Århus om resultaterne af en »rehabilitationsundersøgelse«.

Af direkte betydning for udformningen af de kommende hospitaler er de i betænkningen stillede forslag om institutioner for patienter, der efter afslutningen af den egentlige hospitalsbehandling, har et mere intensivt behov for psykiatrisk bistand end det, de ordinære ambulatorier kan fyldestgøre. Der tænkes i denne sammenhæng dels på pensionatlignende institutioner for patienter, der har påbegyndt erhvervsmæssigt arbejde, men som gerne fortsat skulle opholde sig i hospitalets umiddelbare nærhed, dels på institutioner af funktionelt modsat karakter, nemlig daghospitaler, hvor patienter, der er udskrevet til deres hjem, midlertidigt kan beskæftiges og behandles. Til sidstnævnte institutioner kunne knyttes klublokaler med læsestuer, ikke så helt få patienter kan efter udskrivelsen føle sig ene og savne det fællesskab, de under indlæggelsen har fået del i.

Institutioner af nævnte karakter vil formentlig alene kunne fungere tilfredsstillende indenfor større bysamfund, idet der næppe andetsteds vil være fornøden basis for deres virke. Det ligger også i sagens natur, at de foreløbigt ville få eksperimentets karakter, men det måtte utvivlsomt anses for ønskeligt, om forsøget kunne gøres på et dertil egnet hospital. Foranstaltninger af denne type kan fremme patienternes udskrivning; derved kan hospitalerne aflastes, hvilket også i økonomisk henseende er fordelagtigt.

Kommissionen er af den opfattelse, at det først efterhånden vil kunne afklares, hvorledes revalideringen i dens helhed bedst realiseres. Man har derfor ikke udformet konkrete forslag i så henseende, men understreger med megen styrke betydningen af, at de revalideringsforanstaltninger for de erhvervshæmmede, der nu koordineres, også kommer til at tilgodese de psykiatriske patienters tarv. Hidtil har det unægtelig skortet herpå, og det er uomtvisteligt, at dette har været belastende for den psykiatriske behandling.

KAPITEL VII

Forskningen på sindssygehospitalerne

Klinisk forskning er uløseligt knyttet til arbejdet ved sygesengen, og udøvelse af forskning på hospitalsafdelingerne er derfor en betingelse for, at behandlingsmæssige fremskridt kan nås. På de fleste afdelinger, offentlige som private, udføres videnskabeligt arbejde, nogle steder tidvis, andre steder til stadighed.

Også fra sindssygehospitalerne er i tidens løb udgået talrige publikationer af værdi, men alt i alt kan det formentlig siges, at den videnskabelige aktivitet her har været noget ringere, end tilfældet har været på sygehusene. Årsagerne hertil er mange. Blandt de vigtigste er formentlig følgende: Hospitalernes overvejende afsides beliggenhed og manglende kontakt med det øvrige sygehusvæsen har bevirket en vis tilbageholdenhed med hensyn til at påtage sig opgaver, hvis løsning ville kræve hyppig kontakt med repræsentanter for andre specialer. Det forhold, at de gængse psykiatriske behandlingsmetoder tidligere ikke stillede store krav til laboratoriehjælp, har endvidere bevirket, at laboratorierne de fleste steder er yderst spartansk udrustede og ganske uegnede til at danne ramme om forskningsarbejde. Skulle sådant igangsættes, ville det da ofte kræve store anskaffelser af apparatur, jævnligt endda bygningsmæssige forandringer, altså foranstaltninger af sådan bekostning, at de vanskeligt kunne motiveres af en måske ret kortvarig undersøgelsesrække.

Situationen er nu i disse henseender blevet totalt ændret i kraft af de psykiatriske behandlingsmetoders udvikling gennem de sidste 15—20 år. Adskillige af de nye metoder vil til deres gennemførelse kræve mulighed for nøje biokemisk kontrol, og en radikal forbedring af laboratorieforholdene er derfor uundgåelig. En sådan forbedring medfører automatisk gunstigere betingelser for forskning. De steder, hvor nye hospitaler opføres i tilslutning til sygehuse med centrallaboratorier, vil mulighederne selvsagt blive endnu gunstigere; her vil også kontakten med de øvrige specialer gøre sig gældende. På de ældre, mere uheldigt beliggende hospitaler må ulemperne søges afhjulpet ved — foruden især højnelse af laboratoriestandarden — udstrakt benyttelse af konsulenthjælp.

Flere forhold synes at tale for, at man inden for statens sindssygevæsen i særlig grad bør være betænkt på at ophjælpe forskningsmulighederne. For det første må det erindres, at medens alle andre kliniske specialer på Rigshospitalet, med dettes umiddelbare tilknytning til de teoretiske universitetsinstituter har gode betingelser for videnskabelig bearbejdelse, gælder dette kun delvis for psykiatrien. Rigshospitalets psykiatriske afdeling kan nemlig af forståelige grunde kun huse visse patienttyper; med hensyn til de øvrige må forskningen derfor foregå på sindssygehospitalerne. Blandt disse vil sindssygehospitalet ved Aarhus på grund af tilknytningen til Århus universitet i nogle henseender indtage en særstilling, idet samarbejdsmulighederne med de derværende universitetsinstituter er gode. Hospitalet er imidlertid ikke indrettet med forskningsformål for øje, og oprettelsen af en egentlig psykiatrisk

forskningsafdeling har opførelse af en nybygning til forudsætning.

Det kan i denne forbindelse nævnes, at man visse steder i vidlandet har koncentreret særlige forsknings- og universitetsmæssige opgaver om bestemte af de offentlige sindssygehospitaler. I staten New York f. eks., hvor man har et samlet statsligt sindssygevæsen, har dette oprettet et stort forskningsinstitut, der tillige fungerer som psykiatrisk institut for Columbia University. Dette institut er derudover den naturlige basis for fortsættelseskursus og specialundervisning af personale også fra de øvrige sindssygehospitaler. I London fungerer Maudsley Hospital i forbindelse med Bethlem Royal Hospital som forsknings- og specialuddannelseshospital, og flere andre steder i England har man — i forbindelse med realisationen af »National Health Service Act« (1946) — etableret lignende centre.

Erfaringerne fra disse steder kan kun bidrage til at understrege ønskeligheden af, at der snarest muligt søges oprettet et lignende institut i tilknytning til sindssygehospitalet ved Århus. Som anført vil der hertil kræves opførelse af en nybygning, den tidligere nævnte behandlingsafdeling. Dennes dimensioner må være ret betydelige, men det bør herved erindres, at størstedelen af bygningen direkte vil blive anvendt til undersøgelses- og behandlingsformål, og at opførelsen af bygningen i sig selv er et nødvendigt led i det gamle hospitals modernisering og effektivisering. Der skabes herved de nødvendige grundbetingelser for klinisk undervisning og forskning, og de dele af institutet, som alene tjener de sidstnævnte formål, udgør for så vidt kun en mindre del af dette.

Under hensyn til, at institutets virksomhed netop nu, hvor psykiatrien i mange henseender befinder sig ved et vendepunkt, vil blive af meget væsentlig betydning for hele sindssygevæsenet, må kommissionen anbefale, at den hertil fornødne bevilling søges tilvejebragt snarest muligt.

Selvom man nu opretter et forskningsinstitut i tilknytning til sindssygehospitalet ved Århus, må det ikke bevirke, at dette hospital »monopoliserer« forskningen under statens sindssygevæsen. Selvom visse opgaver lettest lader sig løse, hvor mulighederne for dagligt samarbejde med andre instituter er til stede, er der en lang række — lige så vigtige — problemer, der lige så godt lader sig bearbejde andetsteds.

I denne forbindelse erindres om, at netop fællesdriften af statens sindssygehospitaler synes at rumme særligt gode muligheder for en rationel fordeling og koordinering af opgaverne, således at nogle af dem angribes på eet hospital, andre på et andet, og således, at man det enkelte sted kan koncentrere sig med fuld kraft om en enkelt opgave; altfor ofte er man samtidig flere steder, gået i gang med de samme problemer, og det er i så fald hyppigt af økonomiske grunde blevet til halve foranstaltninger hvert sted. Udveksling af bestemte patientkategorier mellem hospitalerne er her også en mulighed, der kan vise sig rationel.

Medvirkende til, at man finder det nødvendigt at understrege sindssygevæsenets forpligtelser over for forskningen, er også i nogen grad den kendsgerning, at medens udforskningen af en lang række andre sygdomsgrupper på afgørende måde er blevet fremmet ved økonomisk støtte fra private landsforeninger, har det vist sig umuligt at skaffe lignende hjælp til bekæmpelsen af de sjælelige lidelser.

Det er ikke legater og stipendier, man herved har haft for øje; sådan støtte vil man naturligere kunne hente andetsteds. Sindssygevæsenets indsats må gøres indenfor de hospitalsmæssige rammer. Den foreslåede undersøgelses- og behandlingsbygning i Århus, der skulle danne rammen om et forskningsinstitut, vil

være et afgørende skridt i den angivne retning. Ved opførelsen af de nye hospitaler og moderniseringen af de gamle vil tilsvarende undersøgelses- og behandlingsafsnit blive tilvejebragt, og der skabes også herved forudsætninger for et videnskabeligt arbejde. Det, man i forskningsmæssig henseende yderligere må tilråde, er, at man ved udbygningen af laboratorier m. v. og ved anskaffelsen af det fornødne apparatur også har forskningens tarv, altså ikke alene det i snævrere forstand behandlingsmæssige, for øje. Synspunktet vil tillige træde frem ved personalets normering, i hvilken henseende det også vil være af særlig betydning, om vedkommende hospitalslæger i rimelige perioder kan frigøres for rutinearbejdet og stilles til rådighed for forskningsmæssige opgaver.

Da behandling og forskning, som nævnt, ikke lader sig adskille, er der intet påfaldende heri, og de økonomiske konsekvenser vil som oftest være relativt beskedne; set på længere sigt vil det tilmed være yderst fordelagtige investeringer. Direktoratet for statens sindssygehospitaler vil altid have den fornødne bevillingsmæssige kontrol dermed og vil i påkommende tilfælde kunne indhente sagkyndige udtalelser desangående.

Det skulle være overflødigt at tilføje, at man også ad nævnte veje vil kunne virke for en øget tilgang af kvalificerede læger til de psykiatriske hospitaler, idet gerningen på disse derved vil få andre perspektiver og muligheder, end den har i dag. Der tilføres derved sindssygebehandlingen noget dynamisk og optimistisk, som den vanskeligt kan undvære. Den almene opfattelse af sindssygdommene og af de hospitaler, hvor de behandles, vil heller ikke være upåvirket heraf.

Taber man de forskningsmæssige opgaver af syne, vil de reformer, man iøvrigt gennemfører, miste en væsentlig del af deres slagkraft. Spørgsmålet er derfor af central betydning for sindssygevæsenets fremtid.

Sammenfatning

I betænkningens *kapitel I* er der givet en oversigt over *de psykiatriske behandlingsformers udvikling.* Det fremhæves, at behandlingsmulighederne, specielt ved elektrostimulationsbehandlingens indførelse og gennem de nyeste medikamentelle behandlingsformer, er undergået en så radikal ændring, at den psykiatriske behandling i disse år tør siges at være nået frem til et afgørende vendepunkt. Samtidig betones det, at de behandlingsmæssige fremskridt kun vil kunne udnyttes på effektiv måde, såfremt det psykiatriske hospitalsvæsen udbygges og udrustes med henblik herpå. Det drejer sig nemlig ikke om isoleret virkende midler, men om kombinerede behandlingsformer, der stiller betydelige krav i såvel bygnings- som personalemæssig henseende.

I det følgende afsnit, *kapitel II,* efterprøves det på den således givne baggrund, om *den hospitalsmæssige udvikling* har holdt trit med udviklingen indenfor det behandlingsmæssige område, og dette spørgsmål besvares benægtende. Der henvises til, at den uholdbare situation, der herved er opstået, har paralleler i vore nabolande, men at man også i disse lande har taget konsekvenserne deraf og har lagt planer for en udbygning af de psykiatriske hospitalsvæsener. Det nævnes, at der i en række tidligere udvalgsbetænkninger har været arbejdet med de herhenhørende spørgsmål, men at de seneste års rapide udvikling har ændret grundlaget så stærkt, at nye synspunkter nu måtte anlægges. Dette var også understreget i en betænkning, afgivet i 1952 af et af sundhedsstyrelsen nedsat udvalg, og var baggrunden for, at indenrigsministeren i 1952 nedsatte den kommission, hvis betænkning her foreligger.

I *kapitel III* gennemgås derefter *det nuværende hospitalsvæsen,* hvis generelle mangler i det foregående er påpeget; dette hospitalsvæsen er imidlertid ikke blot det givne udgangspunkt, men erkendes samtidig at rumme institutioner, der i moderniseret skikkelse vil være egnede til at løse deres del af de foreliggende opgaver. Gennemgangen omfatter ikke blot de egentlige sindssygehospitaler, men også de til disse knyttede plejehjem og hospitalernes kontrollerede familiepleje. Der er for hvert enkelt hospitals vedkommende redegjort for den nuværende status og for de moderniseringsforanstaltninger, der må anses for påkrævede, idet den omtrentlige størrelsesorden af de dermed forbundne udgifter er angivet på grundlag af beregninger, anstillede af sindssygevæsenet. De nævnte moderniseringsplaner, som har været gennemdrøftede i et særligt underudvalg, der har gennemgået hospitalerne, har til forudsætning, at hospitalernes pladsantal reduceres; dette indebærer atter, at planerne må koordineres med byggeriet af nye institutioner, der kan modtage patienterne fra de inddragne pladser. Der er senere i anden sammenhæng redegjort for udviklingsgangen heri.

I *kapitel IV* opgøres *det fremtidige behov for hospitals pladser,* betinget af den befolkningsmæssige udvikling i sig selv og den nævnte modernisering af de gamle hospitaler. Kapitlet er opdelt i to

hovedafsnit, hvoraf det ene giver en rent statistisk vurdering af behovet, det andet formulerer kommissionens forslag til dækning af det således konstaterede behov.

I *det statistiske afsnit,* der er udarbejdet af et sagkyndigt underudvalg, hvori det statistiske departement og sundhedsstyrelsens medicinalstatistiske kontor har været repræsenteret, er der givet en oversigt over de vigtigste af de faktorer, der kan påvirke behovet for psykiatriske hospitalspladser. Disse faktorer er opdelt i tre hovedgrupper: 1) Befolkningsmæssige faktorer, 2) Ændringer i sygdomsrisikoen og 3) Hospitalsmæssige faktorer. Det påvises, at det eksisterende antal pladser langtfra imødekommer nutidens rimelige krav; det således foreliggende pladsunderskud vil alene gennem befolkningstilvæksten øges med ca. 90 pladser pr. år, hvortil kommer de yderligere krav, som befolkningens stigende gennemsnitsalder og tendensen til vandring mod byerne medfører. Nødvendige moderniseringer af de gamle hospitaler bevirker en nedgang i antallet af disponible pladser på ca. 1800. Ved loven af 31. marts 1953 om opførelse af nye sindssygehospitaler m. v., hvilken lov har en af kommissionen i 1952 afgiven foreløbig indstilling som grundlag, er der skabt mulighed for oprettelse af 1450 pladser.

Udvalget sammenfatter virkningen af disse forskellige faktorer og konstaterer, at statens sindssygevæsen i 1970 sandsynligvis vil have brug for ca. 10.800 pladser, medens man — hvis der ikke foretoges andre udvidelser end de ved loven af 31. marts 1953 hjemlede — til den tid kun ville disponere over 7.100 pladser. Et udover nævnte lov rækkende byggeprogram for tiden indtil 1970 skulle således tilstræbe at tilvejebringe ca. 3.700 pladser. Var disse tilvejebragt til nævnte tidspunkt, skulle man derefter kunne begrænse sig til et program, der fremskaffer de ca. 100 pladser pr. år, som befolkningstilvæksten kræver. Det skal dog herved bemærkes, at kommissionen som sin arbejdshypotese har regnet med, at gennemførelsen af det lagte byggeprogram skulle udstrækkes indtil 1975, uden at man dog derved har kunnet tage stilling til, om det vil være muligt at gennemføre investeringerne i det tempo, nævnte termin har til forudsætning; det understreges imidlertid, at en for langvarig byggeperiode, når henses til den situation, hvori sindssygevæsenet befinder sig, vil være overordentlig betænkelig.

Det af kommissionen i tilknytning hertil udarbejdede forslag er formuleret af et underudvalg, der med udgangspunkt i den af det statistiske udvalg givne redegørelse har overvejet, hvorledes de kommende institutioner mest hensigtsmæssigt kunne tænkes placerede, og som gennem forhandlinger på de respektive steder har klarlagt de faktiske muligheder. Kommissionen har, som nævnt, opereret med en byggeperiode indtil 1975, og det er udfra de af sindssygevæsenet anstillede beregninger, der ifølge sagens natur kun er ganske omtrentlige, anslået, at en årlig investering på ca. 20 millioner kroner, beregnet efter det nuværende prisniveau, skulle dække samtlige fremsatte forslag. I skematiske opstillinger, optaget som bilag til betænkningen, har man angivet de enkelte byggearbejders mulige placering indenfor perioden, ligesom de dertil medgående årlige investeringer er anført i en tilsvarende opstilling. Der er derhos udarbejdet et lovforslag, hvori er medtaget de projekter, der af en sådan aktualitet, at de indenfor en nærmere fremtid må give anledning til konkrete overvejelser.

De konkrete forslag er opdelt efter de enkelte landområder, Sjælland, Fyn og Jylland.

Om *Sjælland* med omliggende øer er det angivet, at området befolkningsmæssigt falder i to dele, Københavns omegn med en hastigt voksende befolkning og

resten med en stagnerende befolkning. Hospitalsbyggeriets tyngdepunkt må herefter blive Københavns amt og det nordøstlige Sjælland. I Københavns amt skulle der, udover det under opførelse værende hospital i Glostrup, være behov for to hospitaler, der begge må tænkes placerede i tilknytning til kommende amtssygehuse, formentlig i *Herlev* og *Taarnby,* hvert hospital med 350 senge. Endvidere regner man med, at der, udover det under opførelse værende plejehjem i Ballerup, må oprettes endnu et plejehjem med 250 senge, eksempelvis i *Gladsaxe* kommune. I Nordsjælland foreslår man et *sindssygehospital i Hillerød,* knyttet til det derværende centralsygehus; der er erhvervet areal såvel til dette som til et *plejehjem i Hillerød* til 100 patienter. Desuden regner man med oprettelse af et sindssygehospital på *Færøerne* og har heroin afgivet en særlig indstilling, der er optaget som bilag til betænkningen.

På *Fyn* er der behov for et *sindssygehospital i Odense* med 350 senge, der vil kunne placeres ved Odense amts og bys sygehus, og et *plejehjem i Odense* for 200 patienter.

I det nordlige *Jylland* dækkes behovet ikke af det under opførelse værende hospital i Brønderslev og af det hospital i Ålborg, hvortil lovhjemmel haves. Der er derfor brug for et sindssygehospital i *Hjørring* med 350 senge, og dette hospital vil kunne få tilknytning til det stedlige sygehus. Indenfor Århus-området er der erhvervet areal til et *plejehjem i Risskov* for 80 senile patienter. Til aflastning af sindssygehospitalet ved Århus foreslår man iøvrigt en reduktion af hospitalets landområde og regner i denne sammenhæng med etablering af en *psykiatrisk institution i Horsens,* omfattende plejehjem (60 senge), og et mindre sindssygehospital eventuelt indledningsvis dettes modtageafdeling (60 senge); dele af det nuværende sygehuskompleks vil kunne indgå heri. I det sydøstlige Jylland er der behov for såvel hospital som plejehjem: man foreslår et hospital i *Kolding* (250 senge), der, såfremt det stedlige sygehus flyttes, vil kunne knyttes til dette, og et plejehjem i *Vejle* for 100 patienter. Endelig regner man i det vestlige Jylland med et hospital i *Esbjerg* for 350 patienter til afløsning af sindssygehospitalet i Vedsted, der foreslås omdannet til plejehjem.

Med henblik på planernes udformning er der i *kapitel V* redegjort for *sindssygehospitalernes struktur,* dels hospitalernes funktioner, dels deres tilknytning til det almene sygehusvæsen og endelig deres bygningsmæssige udformning.

I afsnittet om *hospitalernes funktioner* er der redegjort for de mangfoldige områder, indenfor hvilket arbejdet på et moderne psykiatrisk hospital kommer til udfoldelse.

Indledningsvis nævnes selve *det lægelige arbejde,* hvortil den intensiverede behandling stiller stadig voksende krav. Betydningen af, at de enkelte overlægeafsnit ikke er for store, understreges, og det nævnes, at de store sindssygehospitaler efter indstilling af kommissionen er opdelt i to overlægeafsnit. I forbindelse med det lægelige arbejde nævnes også *laboratorierne,* hvis funktioner har fået øget betydning gennem de moderne behandlingsformer, og til hvis udrustning der derfor stilles større krav end hidtil.

Derefter redegøres for *sygeplejen,* der dels varetages af sygeplejersker, dels af plejere og plejersker. For *sygeplejerskernes* vedkommende fremhæves den ved den nye lov om deres uddannelsesforhold hidførte ændring af psykiatriens stilling indenfor deres uddannelse. For *plejernes* vedkommende understreges det påkrævede i en forbedring af deres uddannelse, hvilket fortrinsvis tænkes gennemført ved udvidelse af elevundervis-

ningen og systematisering af fortsættelseskurserne.

Beskæftigelsesterapiens fremtrædende betydning nævnes; der er behov for fuldt uddannede beskæftigelsesterapeuter, men det er også af vigtighed, at plejepersonalet uddannes med henblik herpå.

Under *fysioterapien* nævnes den særlige bevægelsesterapi, der specielt er gavnlig for kroniske patienter, og som personalet derfor bør instrueres i.

Socialrådgivningens betydning understreges, specielt i relation til den vigtige efterforsorg, og det anføres, at socialrådgivere med specialuddannelse på Den sociale Skole normalt vil være bedst egnede til at gå ind i dette arbejde, der nu delvis udføres af sygeplejeuddannet personale.

Der redegøres endvidere for anvendelsen af *psykologer* indenfor det psykiatriske arbejde, og det anføres, at det ville være fordelagtigt, om deres uddannelse i højere grad kunne tage sigte på hospitalsmæssige funktioner, end det nu er tilfældet.

Under *hospitalernes andre funktioner* nævnes endelig den betydningsfulde biblioteksvirksomhed, studiekredsarbejdet og de forskellige former for underholdning, idet det påpeges, at indsatsen på disse områder er af ikke ringe betydning indenfor et psykiatrisk hospitalsvæsen.

I det følgende underafsnit om *tilknytningen til det almene sygehusvæsen* redegøres for synspunkter, der er af central betydning for sindssygevæsenets udvikling, netop når henses til de mangesidige funktioner, et psykiatrisk hospital efter det foran udviklede skal være rustet til at varetage. Da behandlingen på sindssygehospitalerne i alt væsentligt var en milieubehandling, kunne disse hospitaler med fordel placeres som isolerede komplekser. Nu er et samarbejde med andre lægelige specialer blevet oplagt nødvendigt, og tanken om at søge de psykiatriske behandlingshospitaler tilknyttet centralsygehusene er opstået som en logisk følge heraf. Samarbejdet indebærer også, at centralsygehusene kan opnå psykiatrisk bistand, tillige kan bekostelige tekniske anlæg blive fælles, og endelig kan det også være af psykologisk værdi, at det på håndgribelig måde anskueliggøres, at behandlingen af psykiske lidelser ligger på linie med anden sygdomsbehandling.

Det er derfor blevet en hovedlinie i sindssygevæsenets byggeprogram, at de kommende sindssygehospitaler lægges i umiddelbar tilknytning til centralsygehusene, og det har vist sig, at mulighederne herfor, om de udnyttes rettidig, næsten undtagelsesfrit er tilstede i de byer, hvor hospitalerne udfra befolkningsmæssige hensyn må placeres.

På steder, hvor sådanne hospitalsplaner ikke er realisable, vil der kunne være behov for mindre psykiatriske specialafdelinger på centralsygehusene, og det vil efter kommissionens opfattelse være naturligt, at staten i påkommende tilfælde tager initiativet til oprettelsen af sådanne afdelinger. Imidlertid må man også forudse, at sådanne afdelinger kan oprettes på kommunalt initiativ, og kommissionen har fundet det rimeligt, at der til disse afdelinger blev ydet et større statstilskud end efter de for almindelige sygehusafdelinger gældende regler; et sådant særligt tilskud påregnes dog ikke ydet i tilfælde, hvor kommunale sygehuse anser det for formålstjenligt at oprette psykiatriske afdelinger, uanset at deres område efter de lagte planer må anses for dækkede i psykiatrisk henseende.

Det drøftes endvidere i denne sammenhæng, om sindssygevæsenet burde overgå til at være en kommunal opgave på linie med det øvrige sygehusvæsen, men kommissionen har ikke skønnet, at en sådan løsning indenfor den periode, dens planlægning tager sigte på, kunne anses for formålstjenlig.

Som et led i bestræbelserne på at lægge

det psykiatriske hospitalsvæsen på linie med det almene sygehusvæsen har man også været inde på spørgsmålet om hospitalernes mest hensigtsmæssige betegnelse, og kommissionen foreslår, at betegnelsen »sindssygehospital«, der ikke længere kan siges at være helt dækkende, og som fra gammel tid heller ikke har den bedste klang, ændres til »psykiatrisk hospital«.

Udfra tilsvarende synspunkter har man endelig drøftet, om det skulle være muligt at ændre den nuværende ordning, hvorefter tvangsindlæggelsers iværksættelse (patienternes befordring til sindssygehospitalet) sker under medvirken af politiet, og man har forhandlet med justitsministeriet herom. Der antages imidlertid at være afgørende betænkeligheder forbundet med en ordning udenom politiet, også fordi privatpersoner derved kunne komme til at udøve en tvangsmyndighed, der ikke bør tilkomme dem.

Kapitlet afsluttes med en kort redegørelse for hospitalernes *bygningsmæssige udformning;* hertil slutter sig planer, optaget blandt betænkningens bilag, karakteristiske for de enkelte institutionstyper.

I *kapitel VI* gøres *sindssygevæsenets arbejdsområde* **til** genstand for ret indgående overvejelser, idet afgrænsningen af dette område er af nærliggende betydning for den samlede planlægning. Området opdeles naturligt i henholdsvis hospitalsmæssige og ambulante opgaver.

Indenfor det *hospitalsmæssige* område gennemgår man de patientkategorier, der efter kommissionens opfattelse må skønnes at frembryde særlige problemer.

De *kriminelle patienter* har man opstillet som en særlig gruppe, fordi der for disses vedkommende kan blive tale om opgaver, der ikke udelukkende kan løses udfra de behandlingsmæssige synspunkter, et hospitalsvæsen naturligt må anlægge. Disse patienter er dels observationspatienter, dels forvaringspatienter.

Med hensyn til *observationspatienterne* har man måttet henholde sig til den betænkning, der er afgivet af justitsministeriets kommission til overvejelse af spørgsmål vedrørende de retspsykiatriske undersøgelser i straffesager. Nævnte kommission, der er blevet gjort bekendt med nærværende kommissions syn på de herhenhørende spørgsmål, stiller forslag om oprettelse af en særlig observationsafdeling, indrettet på den til sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. knyttede sikringsanstalt, hvis belæg er blevet kendeligt reduceret gennem de moderne behandlingsformer.

Med hensyn til *forvaringspatienterne* går kommissionen, der herved er på linie med en betænkning, afgivet i 1949 af et justitsministerielt udvalg angående oprettelse af et kriminalasyl, ind for tilvejebringelsen af en specialinstitution for kriminelle forvaringspatienter. Patienter, der dømmes til psykiatrisk behandling efter rent lægelige retningslinier, tænkes dog fortsat modtaget på de ordinære sindssygehospitaler, således at specialinstitutionen alene skulle tage sigte på de til anbringelse på et sindssygehospital dømte; disse sidstnævnte patienter, kan kun omplaceres i henhold til retskendelse, og hospitalerne stilles altså for deres vedkommende overfor opgaver, der bindes af andre hensyn end de lægelige. Da spørgsmålet imidlertid ikke alene vedrører sindssygevæsenet, henstiller kommissionen, at der til dets løsning, som man af hensyn **til** hospitalerne anser for overordentlig påkrævet, nedsættes et udvalg med repræsentanter for de implicerede administrationsgrene. Det understreges, at den nuværende situation, udfra hospitalsmæssige synspunkter, er uholdbar.

Angående de *eufomane* (narkomane) patienter, hvis indlæggelse tilafvænning har voldt ikke ubetydelige vanskeligheder, har man ikke ment at kunne fremsætte noget særligt forslag, da der af indenrigsministeriet har været nedsat et

særligt udvalg angående misbrug af euforiserende stoffer, og det derfor må findes rimeligt, at man indtil videre afventer resultaterne af de retningslinier, der nu er fastlagt herfor.

Alkoholisternes problem behandles på tilsvarende måde i en særlig kommission, nedsat af socialministeriet, og da behandlingen af disse patienter tilmed i overvejende grad er blevet ambulant efter antabusbehandlingens indførelse, har kommissionen ikke fundet, at der her var hospitalsmæssige problemer, som det for nærværende kunne være naturligt at tage op til overvejelse.

Med henblik på *psykopaternes* behandling fremlægges et statistisk materiale vedrørende psykopatiernes betydning for sindssygehospitalerne. Man har ikke forudsat, at det skulle være realisabelt at oprette specialinstitutioner for behandling af ikke-kriminelle psykopater, og regner med, at behandling af visse psykopattyper fortsat bør ske på de psykiatriske hospitaler.

Vedrørende *neurosepatienterne* fremlægges et tilsvarende statistisk materiale. Det fremgår heraf, at neurosebehandlingen i overvejende grad er ambulant, og der redegøres i anden sammenhæng for denne behandlingsform. Ved den hospitalsmæssige behandling vil sindssygehospitalerne fortsat have en funktion, men visse kategorier kan med fordel behandles på særlige nervesanatorier. Behovet for sådanne sanatorier skønnes at være relativt begrænset, og kommissionen har ikke fundet, at der kunne være rimelig anledning for sindssygevæsenet til at gå ind i denne særlige opgave, der formentlig, således som det også for øjeblikket sker, indtil videre kan løses ad andre veje. Man har imidlertid påpeget, at det i det omfang, hvori det drejer sig om egentlige psykiatriske behandlingsinstitutioner, der kan siges at være et naturligt supplement til sindssygevæsenets neuroseafdelinger, ikke ville være urimeligt, om der ydedes videregående statsrefusion end efter sygehuslovgivningens sædvanlige regler; sålænge anbringelsesmulighederne er så begrænsede, som de indtil videre vil være, må særlige visitationsregler dog i så fald anses for påkrævede.

Behandlingen af de *gamle* er med den højere levealder også blevet et voksende problem indenfor sindssygevæsenets område. Opgaven må nødvendigvis afgrænses, såfremt den ikke skal sprænge de forhåndenværende rammer, og det understreges, at de psykiatriske opgaver alene kan sættes i relation til patienter, der frembyder egentlige konfusions- eller forvirringstilstande, og som kan modtages eller tilbageholdes på sindssygehospitaler og dermed ligestillede institutioner i medfør af sindssygelovens derom gældende regler. Til en således afgrænset patientkategori skulle der formentlig være afsat fornøden plads indenfor den stedfundne planlægning, idet det dog er muligt, at et enkelt yderligere plejehjem kan vise sig påkrævet. Samtidig må man formentlig også regne med, at der kan være kommuner, som vil anse det for formålstjenligt at oprette institutioner eller afdelinger med henblik på sådanne patienter; hvor disse institutioner af justitsministeriet godkendes til indlæggelse og tilbageholdelse i henhold til sindssygelovens regler, ville det være naturligt, om driftsudgifterne kunne refunderes af staten efter tilsvarende regler som for psykiatriske afdelinger iøvrigt.

Med hensyn til *børn og unge* påpeges det konstaterede behov for oprettelse af børnepsykiatriske afsnit ved sindssygehospitalerne; en sådan afdeling opføres nu ved sindssygehospitalet ved Århus, og tilsvarende afdelinger indgår i planerne for sindssygehospitalerne i Glostrup og Ålborg, hvorhos børnepsykiatrisk virksomhed snarest mulig vil blive optaget i Odense. Det angives, at sindssygehospitalernes børnepsykiatriske afdelinger vil have opgaver at løse ved be-

handling af psykotiske børn, ved observation og mere kortvarig behandling af neurotiske og milieuskadede børn, ved observation af neurotiske og milieuskadede børn med påfølgende visitation til egnede institutioner under børneforsorgen m. v., ved ambulant observations- og behandlingsvirksomhed og ved samarbejde med institutioner for børn og unge med behov for psykiatrisk tilsyn eller behandling. Det særlige problem vedrørende behandlingen af de psykopatiske unge piger, der volder børneforsorgen så store vanskeligheder, og som ofte må udgå af børneforsorgen som uopdragelige, har været forhandlet med socialministeriets udvalg vedrørende forsorgen for børn og unge med særlige tilpasningsvanskeligheder, men det henstilles, at man arbejder videre med spørgsmålet gennem forhandling mellem sindssygevæsenet, børneforsorgen og sundhedsstyrelsen.

Anbringelsen af *epileptikere* og *psykotiske åndssvage* har ikke givet kommissionen anledning til særlige bemærkninger. Psykisk afvigende epileptikere modtages på sindssygehospitalerne, men udgør ikke noget stort problem for disse; ejheller er antallet af de psykotiske åndssvage, der naturligt indlægges til behandling på sindssygehospitalerne, overvættes stort.

Sindssygehospitalernes *tuberkulosepatienter* anbringes for nærværende på en specialafdeling på sindssygehospitalet i Middelfart. Man antager imidlertid, at de kunne få en nok så adækvat behandling på et tuberkulosesanatorium, og da adskillige sanatoriepladser efterhånden bliver ledige på grund af tuberkulosens tilbagegang, skulle sådan anbringelse, hvorom sindssygevæsenet har forhandlet med Nationalforeningen til Tuberkulosens Bekæmpelse, formentlig også i nær fremtid være mulig. Herved opnår man også, at afdelingen i Middelfart kan frigøres til almindelige hospitalsformål, og samtidig kunne man løse åndssvagevæsenets tuberkuloseproblem, hvilket er overordentlig tiltrængt.

Sindssygevæsenets *ambulante* arbejde, der behandles i det følgende underafsnit, opdeles i profylaxen, den egentlige undersøgelse og behandling samt efterforsorgen.

Profylaxen, de mentalhygiejniske opgaver, er i begrænset omfang taget op af de af Landsforeningen for Mentalhygiejne oprettede rådgivningsstationer og er naturligvis heller ikke i egentlig forstand nogen hospitalsmæssig opgave. Et enkelt sted tager sindssygevæsenet dog, for derved at indhøste erfaringer, del i foreningens rådgivningsvirksomhed, og til den mentalhygiejniske rådgivning i København ydes statsstøtte ved sindssygevæsenets foranstaltning. Sindssygehospitalernes psykiatriske konsultationer påtager sig imidlertid også visse rådgivningsopgaver, og det er muligt, at der efterhånden kan oparbejdes en noget bredere basis herfor.

Den ambulante *undersøgelse og behandling* varetages af sindssygehospita-1ernes ovennævnte psykiatriske konsultationer, hvis virke ikke har givet kommissionen anledning til særlige bemærkninger; derimod har man på grundlag af en udvalgsbetænkning, afgivet af et af lægeforeningen efter indstilling af Dansk psykiatrisk Selskab nedsat udvalg, drøftet mulighederne for at knytte den ambulante neurosebehandling til særlige institutioner, de såkaldte *neurosestationer*. Kommissionen går ind for, at der af sindssygevæsenet forsøgsmæssigt etableres en neurosestation. Noget sådant er ganske vist ikke en hospitalsopgave i egentlig forstand, men da et forsøg af den omhandlede art vanskeligt kan tænkes optaget på anden basis, og da det ligger på linie med de øvrige psykiatriske funktioner, finder man ikke, at statens sindssygevæsen bør afvise opgaven som sig uvedkommende.

Hvad endelig *efterforsorgen* for psykiatriske patienter angår, da omfatter

denne dels *den lægelige efterbehandling*, udøvet i de psykiatriske konsultationer, dels *den sociale revalidering*. Denne sidste har dels relation til forbigående vanskeligheder ved udskrivning fra hospital, dels til de mere langtsigtede revalideringsproblemer, der refererer sig til de psykisk erhvervshæmmedes indpasning i samfundslivet. Kommissionen understreger i denne forbindelse betydningen af, at loven af 25 maj 1956 om samordning af foranstaltninger for erhvervshæmmede også bliver effektiv for de psykisk erhvervshæmmedes vedkommende, hvilket må have til forudsætning, at sindssygevæsenet i fornødent omfang repræsenteres i de organer, der skal formidle den nævnte samordning.

I det afsluttende *kapitel VII* omhandles *forskningen på sindssygehospitalerne*. og man lægger afgørende vægt på denne del af hospitalernes virke. Den videnskabelige forskning af de psykiatriske lidelser, har ikke hidtil haft de kår, den må have, såfremt den skal kunne føre til resultater, der kan nyttiggøres for patientbehandlingen. Der foreslås oprettet et forskningsinstitut i tilknytning til sindssygehospitalet ved Århus, der som universitetshospital må have særlige opgaver på dette felt, men det understreges samtidig, at samtlige hospitaler bør inddrages i løsningen af de forskningsmæssige opgaver, og det påpeges, at fællesdriften af statens sindssygehospitaler skulle rumme særligt gode muligheder for en rationel fordeling og koordinering af opgaverne. Sluttelig fremhæves, at de reformer, man iøvrigt gennemfører, vil miste en væsentlig del af deres slagkraft, såfremt man taber de forskningsmæssige opgaver af syne, og at dette spørgsmål derfor er af central betydning for sindssygevæsenets fremtid.

Til indenrigsministeren

Under den 29. marts 1952 blev der af indenrigsministeriet nedsat en kommission vedrørende statens sindssygevæsen. Kommissionen har til opgave at afgive indstilling om statens sindssygevæsens udviklingslinier i organisations- og bygningsmæssig henseende med særligt henblik på hospitalernes fornødne tilpasning til nutidens krav og behandlingsformer. Under kommissionens overvejelser, der i første linie skal tage sigte på hospitalernes modernisering og udbygning samt på deres stilling indenfor det almene sygehusvæsen, skal også inddrages spørgsmålet om behandlingens mulige udvidelse til patientkategorier med andre sindslidelser end de egentlige sindssygdomme. Kommissionens arbejde skal tilrettelægges, således at dens betænkning kan danne det umiddelbare grundlag for den praktiske tilrettelæggelse af de kommende års reformarbejde.

Kommissionen fik følgende sammensætning:

Hospitalsinspektør V. *Aggerholm,* sindssygehospitalet i Viborg, formand for foreningen af overordnede tjenestemænd ved statens sindssygehospitaler.

Overlæge, dr. med. *Torben Andersen,* Frederiksborg amts centralsygehus i Hillerød, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Kontorchef, frøken *Alice Brun,* finansministeriet, suppleant i kommissionen for afdelingschef Fr. Grünfeld, finansministeriet.

Professor, overlæge, dr. med. *K. Brøchner-Mortensen,* rigshospitalet, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Folketingsmand *Marius Buhl,* udpeget af Venstres rigsdagsgruppe.

Overlæge, dr. med. *Carl Clemmesen,* Bispebjerg hospital, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Overlæge, dr. med. *P. Dickmeiss,* kolonien Filadelfia, formand for Dansk psykiatrisk selskab.

Afdelingschef *Fr. Grünfeld,* finansministeriet.

Folketingsmand *Qvist Hansen,* formand for tilsynsrådet for statens sindssygehospitaler.

Medlem af folketinget, frøken *Gudrun Hasselriis,* udpeget af det konservative folkepartis rigsdagsgruppe.

Professor, dr. med. *H. Helweg,* udpeget af retslægerådet.

Overlæge *Otto Jacobsen,* sindssygehospitalet i Nykøbing Sj., formand for foreningen af overlæger ved statens sindssygehospitaler.

Direktør for statens sindssygehospitaler, professor, dr. jur. *Louis 1e Maire,* kommissionens formand.

Hospitalsinspektør *O. V. Marker,* direktoratet for statens sindssygehospitaler.

Oversygeplejerske, frøken *Ingrid Nielsen,* sindssygehospitalet i Vordingborg, formand for foreningen af sygeplejersker ved statens sindssygehospitaler.

Plejeassistent *Emil Pedersen,* sindssygehospitalet i Vordingborg, formand for Dansk hospitalsforbund på statens sindssygehospitaler.

Folketingsmand *Niels Pedersen,* udpeget af Danmarks Retsforbunds rigsdagsgruppe.

Læge *Jørgen Riising,* Otterup, udpeget af Den almindelige danske lægeforening.

Medlem af folketinget fru *Edel Saunte,* udpeget af den socialdemokratiske rigsdagsgruppe.

Fhv. indenrigsminister, folketingsmand *Jens Smørum,* udpeget af indenrigsministeriet.

Folketingsmand *Oluf Steen,* udpeget af det radikale venstres rigsdagsgruppe.

Administrationschef *P. Stochholm,* formand for Sygehusforeningen i Danmark.

Professor, overlæge, dr. med. *Erik Strømgren,* sindssygehospitalet ved Århus, udpeget af indenrigsministeriet.

Folketingsmand *Edvard Sørensen,* formand for Sygehusrådet.

Kontorchef /. *Unsgaard,* direktoratet for statens sindssygehospitaler.

Kontorchef *T. C. Wedel-Heinen,* indenrigsministeriet.

Efter at folketingsmand Niels Pedersen er afgået ved døden, har Danmarks Retsforbunds rigsdagsgruppe udpeget folketingsmand Niels Kr. Nielsen til i hans sted at indtræde i kommissionen.

Professor Brøchner-Mortensen har været bortrejst i efteråret 1952.

Straks fra kommissionsarbejdets påbegyndelse har man været af den opfattelse, at kommissionen ikke turde nøjes med at lægge sit arbejde an på afgivelsen af en samlet betænkning, når samtlige under kommissoriet henhørende spørgsmål er gennemdrøftede, men at der jævnsides hermed også måtte tages stilling til isolerede problemer, der vel måtte ses i en naturlig sammenhæng med det øvrige og derfor også til sin tid ville indgå i det større hele, men som dog var af en sådan karakter, at deres løsning ikke kunne stilles i, bero på den endelige betænkning.

Det er til nogle stærkt presserende spørgsmål af nævnte karakter, at nærværende indstilling til ministeren refererer sig, og man skal om kommissionens arbejde iøvrigt kun indledningsvis fremsætte nogle orienterende bemærkninger.

De indenfor kommissionen stedfundne drøftelser er dels foregået i den samlede kommission, dels i tre underudvalg, der blev nedsat allerede på kommissionens indledende møde. Det første af disse udvalg skal tilvejebringe det statistiske materiale, der er fornødent, når man vil danne sig et overblik over det fremtidige behov for psykiatriske patientpladser og for psykiatrisk lægebistand ved hospitalsvæsenet udenfor København. Den opgave, dette udvalg er stillet overfor, må ifølge sagens natur være ret kompliceret, og udvalgets arbejde befinder sig derfor også endnu på et rent forberedende stadium. Det andet underudvalg har fået til opgave at gennemgå de enkelte hospitalers forhold og at søge udformet de retningslinier, der hvert enkelt sted må følges med henblik på hospitalernes modernisering og udbygning. Udvalget har besøgt samtlige hospitaler og har drøftet disses problemer med de stedlige hospitalsledelser; det herved indsamlede materiale bearbejdes for nærværende i direktoratet med videre forhandlinger for øje. Endelig skal det tredie underudvalg beskæftige sig med de mere principielle spørgsmål, hvortil kommissionen må tage stilling, herunder også spørgsmålet om, hvorvidt opgaverne indenfor dette område bør søges løst af staten eller af kommunerne, eventuelt om det i en vis udstrækning bør ske ved et samarbejde mellem disse faktorer.

Det har fra starten været indlysende for kommissionen, at hovedårsagerne til den alvorlige krise, hvori vort sindssygevæsen ubestrideligt befinder sig, må søges i den skæbnesvangre overbelægning af næsten samtlige patientafdelinger og i lægepersonalets åbenbare utilstrækkelighed; denne krise er i særlig grad blevet akut gennem det psykiatriske arbejdes fremadskridende intensivering.

Overbelægningen vil man selvsagt alene kunne imødegå gennem tilvejebringelse af nye hospitalsafdelinger, i hvilken forbindelse det skal bemærkes, at hospitalernes pladsbehov vil forstærkes under en modernisering af de nuværende bygningskomplekser, idet en sådan

modernisering har en nedsættelse af afdelingernes patienttal til nødvendig forudsætning. Ved afhjælpningen af lægepersonalets utilstrækkelighed må man i første linie have opmærksomheden henvendt på de ledende læger, hvis arbejdsområde efterhånden har fået et sådant omfang, at det givetvis, specielt når henses til hospitalernes mere aktive behandlingsformer, ikke længere kan bestrides på forsvarlig måde. Den primære forholdsregel må her være en deling af hvert enkelt af de store hospitaler i to overlægeafsnit, men også en udskillelse af de administrative funktioner fra overlægernes arbejdsområde vil kunne være af betydning i så henseende. Det har iøvrigt hele tiden været klart, at denne deling af hospitalerne burde iværksættes nogenlunde omgående; men også spørgsmålet om de nye hospitalsafdelinger er nu blevet aktuelt gennem et af Københavns amtskommune fremsat forslag, hvortil der med kort varsel må tages stilling.

Planen om hospitalernes deling i to selvstændige afsnit med hver sin overlæge og lægestab omfatter de fem store sindssygehospitaler ved Århus, i Vordingborg, Viborg, Middelfart og Nykøbing Sj., og den blev allerede fremsat af overlægerne ved statens sindssygehospitaler i 1948 og senere behandlet af forvaltningskommissionen i dennes 8. betænkning, afgivet i 1951. Man havde oprindelig tænkt sig, at denne deling burde gennemføres uden forudgående kommissionsbehandling; men efter kommissionens nedsættelse har man desuagtet fundet det mest naturligt at lade også dette spørgsmål indgå under kommissionens overvejelser, dels fordi det har en så nær forbindelse med hospitalsvæsenets øvrige planlægning, dels fordi det vil rejse principielle problemer, som man har fundet det rimeligt at lade kommissionen tage stilling til.

I de sidste ca. 20 år har udviklingen indenfor psykiatrien på afgørende måde ændret formerne for patientbehandlingen på sindssygehospitalerne, hvor patienterne nu i stadig stigende grad undergives aktiv behandling. De aktive behandlingsformer har muliggjort helbre-

	Århus	Vordingborg	Viborg	Middelfart	Nykøbing	Vedsted	Augustenborg	Ialt
Normeringstal pr. 31/3-1933	636	805	915	821	849	224	380	4630
» pr. 31/3 1942....	710	835	1025	1045	900	270	480	5265
» » 31/3 1952....	710	845	1053	1047	891	262	480	5288
Antal pr. 31/3 1933.....	640	816	920	895	893	207	334	4705
» » 31/3 1942.....	680	746	977	972	876	253	421	4925
» » 31/3 1952.....	807	872	1073	1016	996	252	509	5525
Nyindlagte 1932/33....	257	205	314	367	286	102	419	1950
» 1941/42....	396	354	312	376	288	102	179	2007
» 1951/52....	743	607	733	711	603	177	395	3969
Indl. fra prøve 1932/33.	?	7	71	7	12	12	11	120
» » » 1941/42.	49	48	105	26	31	48	28	335
» » » 1951/52.	206	120	289	95	123	68	82	983
Udskrevne 1932/33....	249	192	297	277	251	129	87	1482
» 1941/42....	368	393	412	320	275	113	211	2092
» 1951/52....	979	724	1013	661	682	172	465	4696

delse eller dog bedring af betydeligt flere patienter end tidligere, og dette i forbindelse med levealderens forlængelse, forskydningen i aldersfordelingen samt den voksende erkendelse i befolkningen af, at langt flere sindslidelser er tilgængelige for behandling og dette særlig, hvis lidelserne kommer til behandling på disses begyndelsesstade, har medført, at der nu behandles langt flere patienter end tidligere på sindssygehospitalerne.

Foranstående opgørelse viser det normerede antal sengepladser på statens sindssygehospitaler samt det indlagte antal patienter pr. 31/3 1933, pr. 31/3 1942 og pr. 31/3 1952. Antallet af nyindlagte patienter, patienter indlagt fra prøveudskrivning samt udskrevne patienter i finansårene 1932/33, 1941/42 og 1951/52.

Dette viser, at antallet af indlagte patienter for samtlige sindssygehospitaler i 1932/33 udgjorde 1950 + 120 indlagte fra prøveudskrivning eller ialt 2070 patienter. I finansåret 1951/52 udgjorde de tilsvarende tal 3969 + 983 eller ialt 4952 patienter, altså en forøgelse af indlæggelserne på ialt 2882 patienter eller ca. 140 %.

Af statistisk departement er udført en beregning af behovet for nye pladser under statens sindssygevæsen i kommende år under den forudsætning, at antallet af pladser pr. 100.000 indbyggere over 15 år skal være som i 1940.

Beregningen er opgjort således:

	Antal pladser 1950		Nødvendige nye pladser i 1960		1970	
Hospital	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Nykøbing	531	600	168	258	306	413
Vordingborg	641	787	53	62	116	134
Middelfart	590	679	60	106	118	168
Århus	725	700	165	186	234	247
Viborg	590	708	100	47	141	80
Vedsted	117	187	1	50	10	66
Augustenborg	252	279	÷9	35	9	57
Ialt	3446	3940	538	744	934	1165
	7386		1282		2099	

Antallet af patienter ved de enkelte hospitaler includerer såvel hospitalets patientantal som plejehjemmenes og familieplejens patienter.

Patientantallet 7386 fordeler sig således, opgjort pr. 1. april 1950:

På hospitalerne	5514	patienter
I plejehjem	444	»
I de amtskommunale plejehjem	450	»
I sikringsanstalten	45	»
I familiepleje	933	»
Ialt	7386	»

Såfremt man forudsætter, at de ca. 6450 hospitals- og plejehjemspladser, der forefandtes i 1950, var tilstrækkelige til at dække pladsbehovet på dette tidspunkt, ville det efter beregningen være nødvendigt at skaffe yderligere ca. 1300 pladser indenfor tiåret 1950—1960 og endelig ca. 800 pladser for tiåret 1960—1970 eller ialt en forøgelse på ca. 2100 pladser for tiden 1950—1970.

Pladsantallet 6450 kan imidlertid ikke stå for en nærmere kritik, idet de nye behandlingsformer nødvendiggør en gennemgribende modernisering af ikke alene selve hospitalerne, men også i nogen grad af plejehjemmene. Denne modernisering vil have til følge, at der må finde en betydelig nedsættelse sted af det eksisterende sengeantal.

I den foranførte statistik, der i det hele er af foreløbig karakter, er intet hensyn taget til forskydningen indenfor aldersklasserne med det stadig stigende antal ældre. Da antallet af sindslidelser er større i de ældre end de i de yngre aldersklasser, betyder det, at behovet for pladser vil stige udover, hvad de fornævnte tal iøvrigt viser.

Skønt befolkningstilvæksten i sig selv ville kræve et stadigt stigende antal pladser, har man i en årrække kunnet modtage det langt større antal patienter uden forøgelse af antallet af pladser og også uden væsentlig forøgelse af antallet af læger, men det stadig stigende behand-

lings- og indlæggelsesbehov gør det nu bydende nødvendigt at forøge antallet af læger ved hospitalerne, og særligt at aflaste overlægerne ved de 5 nævnte største sindssygehospitaler.

Medens overlægerne ved de store sindssygehospitaler således tidligere hvert år kun stod overfor at skulle gøre sig bekendt med ca. 200—350 nye patienter ligger indlæggelsestallene på de større sindssygehospitaler i de seneste år på mellem 600—750 patienter årligt, og tallene for den forløbne del af finansåret 1952/53 viser en endnu større stigning end nogensinde. Med denne udvikling in mente er det klart, at der er sket en ganske overvældende forøgelse af overlægernes arbejdsbyrde, og overlægernes mulighed for stadig kontakt med den enkelte patient er som følge heraf stærkt forringet. Overlægerne er på de store hospitaler som regel kun i stand til at foretage stuegang på hospitalets enkelte afdelinger een gang ugentlig. Når dette sammenholdes med, at den gennemsnitlige varighed af hospitalsopholdet for store patientgrupper som nævnt er afkortet væsentligt, bliver resultatet, at overlægen i mange tilfælde er afskåret fra at øve den ønskelige indsats ved den enkelte patients behandling. Til trods herfor må overlægen træffe mange afgørende bestemmelser vedrørende patienternes behandling, anbringelse i familiepleje, overflytning til plejehjem, udskrivning etc. og bære ansvaret herfor, en tilstand, der med rette kan karakteriseres som ikke blot uøkonomisk, men også uholdbar, både når talen er om hensynet til patienternes forsvarlige behandling og til overlægerne selv. De ommeldte afgørelser skønnes imidlertid at være af en sådan betydning, at den udvej at lade en del af afgørelserne henlægge til afdelingslægerne ikke skønnes farbar.

Nødvendigheden af at hospitalets lægelige leder stedse er underrettet om de nyeste resultater inden for den psykiatriske forskning, taler i ikke ringere grad for en aflastning af overlægernes arbejdskraft, og der vil derved også skabes mulighed for, at forskning med større intensitet end hidtil sket kan drives også på sindssygehospitalerne til gavn for patienternes behandling og til højnelse af sindssygehospitalernes placering i det almindelige omdømme.

Med hensyn til den nærmere gennemførelse af delingen frembyder der sig navnlig to muligheder, nemlig enten en deling i et mands- og kvindehospital eller en deling således, at der til hvert overlægeafsnit henlægges et bestemt landområde. Det må erkendes, at en deling efter de sidstnævnte retningslinier rummer fordele ikke mindst i uddannelsesmæssig henseende, idet man herved opnår, at hospitalets læger til stadighed kommer til at beskæftige sig med patienter af begge køn. En indvending mod denne ordning er imidlertid, at man herved tvinges til enten at opgive at belægge de enkelte afdelinger med patienter af nogenlunde ensartet sygdomskategori eller til at opdele hospitalet i så mange og så små afdelinger, at hospitalets drift kan blive uforholdsmæssig kostbar. Kommissionen mener dog ikke, at man her på forhånd bør binde sig til en bestemt løsning; spørgsmålet må løses konkret under hensyntagen til de stedlige forhold.

Efter det af foreningen af overlæger ved statens sindssygehospitaler i oktober 1948 indgivne forslag, der er anbefalet af sundhedsstyrelsen, skulle der til hvert hospitalsafsnit, idet bortses fra sindssygehospitalet ved Århus, hvor særlige forhold spiller ind, som minimum kræves en lægestab på 1 overlæge, 2 afdelingslæger. 2 reservelæger og 1 lægekandidat. Hertil ville komme 1 sekretær ved hospitalshjælpen (socialrådgiver), 1 kontormedhjælper hos overlægen og 1 eller 2 kontormedhjælpere til afdelingslægerne (lægesekretærer). I de siden indgivelsen af dette forslag forløbne 4 år har en yderligere udvikling af behandlingsmetoderne fundet sted, men direktoratet har dog ef-

ler forhandling med overlægerne oplyst, at man selv med dette taget i betragtning må anse det for at være forsvarligt indtil videre at blive stående ved en lægestab af denne størrelse, dog at antallet af reservelæger og sandsynligvis også af lægekandidater allerede nu bør søges forøget med 1 til tjeneste ved begge hospitals-af snit. Det anføres dog, at det må anses for overvejende sandsynligt, at en yderligere forøgelse af antallet af læger i en ikke fjern fremtid vil vise sig påkrævet. En deling af de nævnte hospitaler nødvendiggør, at der søges tilvejebragt flere lægelokaler og boliger til det nye lægepersonale. En endelig løsning af alle lokalespørgsmål synes først mulig, når en mere omfattende plan for de enkelte hospitalers udbygning og modernisering kan udarbejdes.

Da man derhos næppe under den herskende byggesituation kan påregne straks overalt at kunne få gennemført større byggeforetagender, når også henses til, at en række andre opgaver af bygningsmæssig og finansiel natur vil melde sig indenfor sindssygevæsenet i den nærmeste tid, har man undersøgt mulighederne for, om det uden særlig omfattende byggeforetagender skulle være muligt at tilvejebringe tilfredsstillende midlertidige ordninger, derved at man i så vid grad som muligt benytter eksisterende lokaliteter, selv om forholdene da ikke bliver fuldt tilfredsstillende.

Efter den af vedkommende arbejdsudvalg foretagne gennemgang af hospitalerne er man kommet til det resultat, at en foreløbig deling vil være mulig ved sindssygehospitalerne i Viborg, Middelfart og Nykøbing Sj., idet der ved disse hospitaler, i hvert fald som en overgangsordning er mulighed for ved mindre omfattende ændringer af bestående komplekser og ved opførelse af enkelte nybygninger at tilvejebringe det til delingens gennemførelse fornødne antal lokaler og boliger.

Ved sindssygehospitalerne ved Århus og i Vordingborg vil en forsvarlig midlertidig løsning derimod ikke være mulig, hvorfor en deling ved disse to hospitaler nødvendigvis må udskydes, indtil det kan overses, om der, når også alle øvrige opgaver under sindssygevæsenet tages i betragtning, vil findes mulighed for nu at foreslå de mere omfattende byggearbejder iværksatte ved de to nævnte hospitaler, som en deling nødvendiggør.

En deling er som anført for så vidt lige påkrævet ved alle 5 store sindssygehospitaler, men når forholdet er det, at en deling på de to af hospitalerne forudsætter iværksættelse af mere omfattende byggeforetagender, finder man det forsvarligt på nuværende tidspunkt kun at stille forslag om en deling på de tre hospitaler, hvor en midlertidig ordning lader sig etablere uden omfattende arbejder, i hvilken forbindelse bemærkes, at det formentlig også af personelle grunde kan være formålstjenligt at lade delingen ske i to tempi.

Direktoratet har foretaget en skønsmæssig beregning over de med en foreløbig deling af de tre hospitaler forbundne udgifter, der skønnes at ville andrage:

ved sindssygehospitalet i Viborg ca.	kr.	225.000,—
ved sindssygehospitalet i Middelfart ca.	»	630.000,—
samt ved sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. ca.	»	500.000,—
Ialt ca.	kr.	**1.355.000** —

Disse udgifter opgøres således:

Sindssygehospitalet i Viborg:

1. Opførelse af en ny overlægebolig	ca. kr.	100.000,—
2. » » » » inspektørbolig	» »	85.000,—
	eaTk7T785.000,	-

Transport	ca. kr. 185.000,—
Den nuværende inspektørbolig anvendes til den fornødne udvidelse af lægelokaler ved delingen.	
3. Til indretning af lægelokaler i gammel inspektørbolig samt disses montering	» » 40.000,—
Ialt	ca. kr. 225.000,—

Sindssygehospitalet i Middelfart:

1. Opførelse af 2 overlægeboliger	ca. kr. 200.000,—
2. » » 2 afdelingslægeboliger	» » 170.000,—
3. Indretning af 2 reservelajge- og 2 kandidatlejligheder i tidligere bygning for kostnydende personale, incl. centralvarme	» » 150.000,—
4. Indretning af lægelokaler i nuværende overlægebolig, der nedlægges, delvis ombygning af nuværende lægelokaler, incl. centralvarme, montering af nye lokaler ra. v.	» » 110.000, —
Ialt	ca. kr.~630.000,—

Sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.:

1. Opførelse af 1 overlægebolig	ca. kr. 100.000,—
2. » » 1 afdelingslægebolig	» » 85.000,—
3. » » bolig for 4 kandidater og 4 oversygeplejersker	» » 240.000,—
4. Indretning af 1 reservelægebolig i anden tjenestebolig	» » 10.000,—
5. » » lægelokaler samt montering heraf	» » 50.000,—
6. Uforudsete udgifter	» » 15.000,—
eller afrundet ialt	ca. kr. 500.000,—

Ved sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. vil en opdeling i 2 overlægeafsnit eventuelt kunne finde sted på et tidligere tidspunkt end på hospitalerne i Viborg og Middelfart, såfremt man indretter midlertidige lægelokaler i en del af hovedbygningens 1ste sal, der senere, når der er tilvejebragt nye oversygeplejerskelejligheder, helt skal anvendes til dette formål. Dette vil kunne gøres for ca. 30.000 kr. incl. montering. Dernæst må der ofres ca. 45.000 kr. på ændring af boliger til brug for overlæge, afdelingslæge og reservelæge, eller ialt ca. 75.000 kr. På denne måde ville man her kunne opdele i 2 overlægeafsnit ca. 1. april 1953, medens den endelige deling vil trække noget længere ud, da denne er afhængig af nyopførelsen af de anførte boliger.

Spørgsmålet om, hvorvidt det er påkrævet, at der fortsat indrettes boliger for overlæger og afdelingslæger, har været drøftet indenfor kommissionen, hvor det forsåvidt var med beklagelse, man konstaterede, at tjenesteboligerne kom til at indtage en så forholdsvis fremtrædende plads blandt de ved hospitalernes deling nødvendiggjorte foranstaltninger. Man er med hensyn til det nævnte spørgsmål nået til den opfattelse, at man af mange grunde må anse det for påkrævet, at det overordnede personale har bopæl i hospitalernes område. Man skal blandt disse momenter fremhæve, at det for hele hospitalets milieu, der ikke i så henseende kan sidestilles med hospitaler af anden art, er af megen betydning, at ledelsens familieliv er knyttet til stedet; udadtil betyder dette, at hospitalsterrænet ikke i samme grad, som det ellers ville være tilfældet får karakteren af et fra omverdenen isoleret område, indadtil giver det ikke blot særlige muligheder for indseende med institutionens dagligliv, men betyder også, at adskillige patienter herigennem kan få kontakt med andre former for tilværelse end det rent institutionsmæssige. Dertil kommer, at man forskellige steder har en betydelig rumreserve i de store, centralt beliggende lejligheder, der efter deres frigivelse med fordel vil kunne anvendes til lægelokaler;

ad denne vej indvindes der således en indirekte besparelse. løvrigt er det også lægeforeningens standpunkt, at sådanne stillinger ikke skal kunne opslås, uden at der anvises bolig. Også for inspektørerne må bolig på stedet anses for påkrævet, idet der udenfor deres egentlige tjenestetid skal føres et effektivt tilsyn.

I nær sammenhæng med delingsspørgsmålet står det ovenfor berørte spørgsmål om adskillelse af hospitalernes lægelige og administrative ledelse.

De nugældende bestemmelser vedrørende hospitalernes lokale ledelse findes i fællesregulativet for statens sindssygehospitaler, i hvis § 6 det fastsættes, at overlægen i enhver henseende er hospitalets øverste stedlige myndighed, og i § 10, at hospitalsinspektøren er overlægens bestemmelser undergivet i alt, hvad der har indflydelse på patienternes behandling eller deres velbefindende.

Når sindssygehospitalernes overlæger hidtil, her som i andre lande, har været hospitalernes øverste myndighed, også i administrerende henseende, må det ses på baggrund af disse hospitalers særlige forhold; disse forhold gør sig dog næppe fortsat gældende med en sådan styrke, at de kan motivere opretholdelsen af en ordning, der er afvigende fra den på de amts- og bykommunale sygehuse gældende. De økonomisk-administrative funktioner er også efterhånden blevet af et sådant omfang og en sådan karakter, at en arbejdsdeling indenfor hospitalernes ledelse ikke blot er blevet påkrævet, men også i vidt omfang er faktisk gennemført; hospitalernes forestående deling i to overlægeafsnit har yderligere måttet aktualisere dette.

Forvaltningskommissionen har derfor også udtalt som sin opfattelse, at hospitalsinspektøren bør placeres som administrationschef for hele hospitalet, medens overlægerne bør fungere som lægechefer. Når spørgsmålet alligevel er blevet henskudt til nærværende kommission, er det fordi man naturligt må behandle det i forbindelse med den øvrige planlægning, og fordi det er ønskeligt, at man ved ordningens udformning finder frem til et resultat, der tager fornødent hensyn til de forskellige synspunkter, der her gør sig gældende.

Kommissionen er enig i, at en deling af samtlige hospitalers lægelige og administrative ledelse snarest mulig bør gennemføres, således at overlægerne indenfor hver sit patientområde er lægechefer, medens hospitalsinspektørerne er administrationschefer; med administrationen sigter man i denne forbindelse til de økonomisk-administrative funktioner. Man er herved opmærksom på, at sindssygehospitalernes særlige forhold fortsat må gøre det naturligt og nødvendigt, at den lægelige og den administrative ledelse indenfor forskellige områder koordineres. Fastlæggelsen af de nærmere retningslinier må imidlertid gøres til genstand for mere indgående forhandlinger, der mest hensigtsmæssigt vil kunne føres udenfor kommissionen.

Under hensyn til det således anførte og til, at der altså er opnået enighed om det principielle, foreslår man, at det overlades til direktoratet efter forudgående drøftelser mellem dette, overlægerne og inspektørerne at udarbejde de nærmere retningslinier, hvorved bemærkes, at fællesregulativet, hvis §§ 6 og 10 er uforenelige med nyordningen, samtidig må ændres. Såfremt der under forhandlingerne om sagen skulle opstå principielle spørgsmål, vil disse kunne forelægges kommissionen; også sundhedsstyrelsen vil få lejlighed til at udtale sig.

Angående spørgsmålet om tilvejebringelse af flere patientpladser gælder, at dette spørgsmål har relation til samtlige hospitaler, men at det dog i særlig grad må siges at være akut indenfor det sjællandske landområde, der bortset fra Københavns kommune henhører under sindssygehospitalerne i Vordingborg og Nykøbing Sj. Disse hospitaler er begge overbelagte, således havde pr. 1. novem-

ber 1952 sindssygehospitalet i Vordingborg en overbelægning på 23 patienter og sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. en overbelægning på 92 patienter, og denne overbelægning giver i virkeligheden et ganske misvisende billede af de faktiske forhold, idet den er beregnet på grundlag af de normeringstal, der vel endnu gælder, men som forlængst af alle sagkyndige er erkendt at være alt for høje. Som det vil ses, er overbelægningen for sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.'s vedkommende allerede nu stærkt foruroligende, og hertil kommer, at indlæggelsesbehovet for dette hospitals vedkommende i de nærmeste år vil stige i langt videre grad end det kan påregnes ved de øvrige sindssygehospitaler, fordi der til dette hospitals landområde bl. a. hører de københavnske omegnskommuner, hvor befolkningstilvæksten på grund af udflytningen til disse kommuner påregnes at ville blive særlig stor i de kommende år. Hertil kommer det særlige moment, at et sindssygehospital, beliggende ca. 100 km fra det befolkningsmæssige tyngdepunkt i det landområde, det skal betjene, ikke kan opfylde dets opgaver på forsvarlig vis.

Det skal i denne forbindelse bemærkes, at det allerede i dag forholder sig således, at et stadigt stigende antal patienter søges tvangsindlagt for at sikre omgående optagelse. Foruden de principielle betænkeligheder, der knytter sig til anvendelse af denne særlige indlæggelsesform, hvor denne ikke er strengt indiceret, og det unødige psykiske pres, der herved påføres patienter og pårørende, medfører denne tingenes tilstand, at optagelsen af patienter, der begæres indlagt på sædvanlig måde, stadig må udskydes til største skade for disse patienter. Situationen er allerede nu den, at såfremt der ikke snarest træffes effektive foranstaltninger med hensyn til fremskaffelse af nye pladser, vil hospitalet i løbet af kort tid end ikke være i stand til at modtage de tvangsindlagte patienter, uanset at disse efter loven *skal* modtages straks, men disse patienter må da henvises til andre sindssygehospitaler, hvor overbelægning vel findes, men hvor denne ikke er fuldt så mærkbar som på sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.

På baggrund heraf, og fordi en opførelse af nybygninger til aflastning af hospitalerne forudsætter udarbejdelse af egentlige byggeprojekter, således at nybygninger tidligst vil kunne tages i brug om flere år, er der i kommissionen enighed om, at sindssygevæsenet så vidt muligt omgående bør have bemyndigelse til at planlægge opførelse af et plejehjem for 250 fortrinsvis senile, kroniske patienter, der ikke har egentlig psykiatrisk hospitalsbehandling behov, men som fortsat bør være under psykiatrisk tilsyn, idet deres tilstand er en sådan, at en udskrivning hverken til deres hjem, til alderdoms- eller sygehjem er mulig endsige forsvarlig. Herved kunne i første række sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. men også i et vist mindre omfang sindssygehospitalet i Vordingborg aflastes for et stort antal kroniske patienter, hvis tilstedeværelse på sindssygehospitalerne vanskeliggør behandlingen af de tilfælde, der har egentlig psykiatrisk hospitalsbehandling behov. Da en væsentlig del af de patienter, der tænkes anbragt i det påtænkte plejehjem, er hjemmehørende i Københavns amt og i Frederiksberg kommune, finder man, at plejehjemmet bør placeres i Københavns nærmeste omegn. Kommissionen har været i forhandling med flere af omegnskommunerne om mulighederne for at erhverve en passende grund, således Glostrup, Gladsaxe og Ballerup-Maaløv kommuner. Den førstnævnte kommune mente ikke at kunne anvise noget til formålet egnet areal. I Gladsaxe er påvist to for så vidt egnede arealer, men disse tilhørte begge private lodsejere, og grundprisen antoges at ville ligge ret højt. Ballerup-Maaløv kommune har påvist flere egnede arealer. hvoraf alle med undtagelse af et er på

private hænder. Et af arealerne tilhører kommunen selv, og da det pågældende areal, alt taget i betragtning, findes at være det bedst egnede til formålet, idet en tilslutning til kommunens kloaksystem let lader sig etablere, ligesom adgang til vand, gas og elektricitet er let, hvorhos arealet ligger ud til offentlig vej med kort afstand til S-station og til rutebilholdeplads for en række rutebillinier, anbefaler kommissionen, at sindssygevæsenet bemyndiges til at forhandle med kommunen om vilkårene for erhvervelsen og til derefter overfor bevillingsmyndighederne at stille forslag om arealets erhvervelse. Det bemærkes, at arealet vil kunne erhverves for en pris, der ligger under halvdelen af den pris, man ville komme til at betale for de i Gladsaxe kommune anviste arealer.

Opførelse af et nyt plejehjem som foreslået vil som anført muliggøre en væsentlig aflastning af sindssygehospitalet i Nykøbing Sj., men en løsning af pladsproblemet på noget længere sigt findes uafviseligt at kræve, at der tillige fremskaffes også et betydeligt antal egentlige hospitalspladser. En løsning af dette problem ved opførelse af nybygninger i større stil ved sindssygehospitalet i Nykøbing Sj. finder kommissionen ikke at kunne tilråde, dels fordi det næppe er en gunstig løsning at gøre sindssygehospitalerne alt for store selv ved deling af disse i et større antal overlægeafsnit, dels fordi sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.'s ekstreme beliggenhed i dets landområde allerede har voldt en del vanskeligheder. Dels er det en ulempe for patienter og pårørende, at afstanden mellem hjemmet og hospitalet bliver for stor, dels volder det allerede i dag de største vanskeligheder at få personale på mere afsides beliggende steder.

Da derhos nødvendigheden af nye hospitalspladsers tilvejebringelse i første række skyldes den stærke befolkningstilvækst nu og fremover i Københavns **amt,** finder kommissionen, at alt taler for, at de nødvendige nye hospitalspladser indenfor det sjællandske område i første række tilvejebringes ved opførelse af et nyt hospitalskompleks i selve Københavns amt.

Det pågældende arbejdsudvalg havde derfor straks villet undersøge mulighederne for et nyt sindssygehospitals opførelse i Københavns amt, men inden udvalget havde fået lejlighed til at overveje spørgsmålet nærmere, modtog man fra Københavns amtsråd en forespørgsel om, hvorledes kommissionen ville stille sig til den tanke, at staten lod opføre et **nyt** sindssygehospital i Glostrup i umiddelbar tilknytning til det centralsygehus, som amtskommunen vil lade opføre der, idet amtsrådet i bekræftende fald ville anvise et areal, der strækker sig et stykke ind på selve det areal, der iøvrigt er forbeholdt sygehuset. Amtsrådet har derhos underhånden oplyst, at et sådant nyt sindssygehospital ville kunne få leveret varme fra centralsygehusets kedelanlæg, hvorhos centralsygehuset, dersom et vaskeri blev indrettet samme sted, også ville kunne forestå det eventuelle sindssygehospitals vask. Endvidere kunne centralsygehusets behandlingsbygning placeres og indrettes på en sådan måde, at de undersøgelser og behandlinger, som både almindelige sygehus- og psykiatriske patienter har behov kunne ske på centralsygehuset, således at det alene ville være fornødent at udstyre sindssygehospitalet med det behandlings- og undersøgelsesmateriel, som fortrinsvis eller alene anvendes på et psykiatrisk hospital.

I de senere år har de lægelige autoriteter gang på gang fremhævet betydningen af, at der tilvejebringes det mest intime samarbejde mellem psykiatrien og de øvrige lægespecialer, og dette af hensyn til såvel psykiatrien som til medicinen. De aktive behandlingsmetoder indenfor psykiatrien forudsætter foretagelsen af en række undersøgelser, som er af så speciel natur, at de bedst om ikke kun lader sig udføre på specialafdelinger

og speciallaboratorier m. v. Man kan vel vidstyre sindssygehospitaler med specialapparatur, således med røntgenapparatur etc., og omvendt centralsygehuse med specialapparatur, der fornemmelig anvendes indenfor psykiatrien, men den specialviden, der er en forudsætning for apparaturets rette brug, kan og vil hyppigt mangle, hvis undersøgelsen og behandlingen ikke sker der, hvor både personel og afdeling alene er indstillet på og indrettet for foretagelse af de specielle behandlinger og undersøgelser.

Man har derfor fra lægelig side udkastet den tanke, at den bedste løsning af disse problemer ville være den, at fremtidige sindssygehospitaler placeredes så nær centralsygehuse som overhovedet muligt og helst på en sådan måde, at der bliver en umærkelig, men direkte overgang fra det egentlige centralsygehus til sindssygehospitalet med en placering af de åbne behandlings- og modtageafdelinger samt af den ambulatoriske virksomhed nærmest centralsygehuskomplekset og de øvrige afdelinger for alvorligere eller mere længerevarende sindslidelser længst fra centralsygehuset.

I den i marts d. a. af det af sundhedsstyrelsen nedsatte psykiaterudvalg afgivne betænkning går man stærkt ind for disse tanker, som nærværende kommission kan tiltræde, og da det findes bydende nødvendigt, at der snarest tilvejebringes nye psykiatriske hospitalspladser, og der derhos nu byder sig en mulighed for at realisere en sådan plan, der tilmed byder den væsentlige økonomiske fordel, at varme og eventuelt vask kan leveres, hvorved man kan undgå, at udstyre både centralsygehus og sindssygehospital med hver sit kedelanlæg, vaskeri m. v., hvortil kommer den fordel, der ligger i, at specialbehandlinger og undersøgelser derved kan ske på virkelig specialafdeling m. v., finder kommissionen stærkt at måtte anbefale, at der gives bemyndigelse til at indlede realitetsforhandlinger med amtsrådet om en sådan plans realisation og bemyndigelse til at indlede forhandling om erhvervelse af det fornødne areal samt endelig til at lade udarbejde et skitseprojekt til et sådant sindssygehospital i tilknytning til det planlagte centralsygehus i Glostrup.

Som ovenfor nævnt er det en af kommissionens opgaver at overveje, hvorvidt de forskellige opgaver indenfor det psykiatriske speciale i relation til sygehusvæsenet bør søges løst af enten stat, kommune eller af begge i forening. På grund af de mange andre presserende spørgsmål har kommissionen ikke kunnet tage endelig stilling til dette specielle spørgsmål, som det fremsatte forslag om et sindssygehospitals placering ved centralsygehuset i Glostrup for så vidt har gjort yderligere aktuelt.

Uden at man iøvrigt i enkeltheder har kunnet overveje alle herhenhørende spørgsmål, er kommissionen dog af den opfattelse, at det principielle udgangspunkt indtil videre må være det rent faktiske, at man udenfor Københavns kommunes område så vidt muligt har ladet statens sindssygevæsen være det samlede organ for sindssygeforsorgen, jfr. her også forsorgslovens § 66.

Imidlertid er forholdet i relation til Glostrupprojektet det ganske særlige, at amtsrådet har anmodet direktoratet for statens sindssygehospitaler om så vidt muligt omgående svar på det af amtsrådet stillede forslag, idet amtskommunens videre planer er afhængige af, hvorvidt staten ønsker at benytte sig af tilbudet eller ej, og forholdet er her det, at kan staten ikke i den nærmeste fremtid afgive en erklæring om, at man er interesseret i planerne, må amtsrådet ved den endelige planlægning af kapaciteten af sygehusets forskellige anlæg og af arealernes udnyttelse og bebyggelse alene tage hensyn til centralsygehusets eget behov, og det vil da være udelukket senere at realisere tanken om at placere et sindssygehospital i en sådan nærhed af centralsygehuset, at de lægelige og

økonomiske fordele ved samarbejdet mellem to institutioner af heromhandlede karakter kan opnås.

Da Københavns amtsråd derhos for sit vedkommende kan tænke sig et samarbejde indledt i den skitserede form, hvorefter amtskommunerne driver centralsygehuset og staten sindssygehospitalet, men således at centralsygehuset mod betaling af de faktiske udgifter leverer de ydelser, der mest økonomisk kan præsteres gennem et enkelt og ikke to forskellige anlæg, finder kommissionen, at det i nærværende tilfælde vil være uden betænkelighed at gå ind for forslaget her, uanset at endelig stilling til spørgsmålene om stats og kommuners stilling i de heromhandlede spørgsmål endnu ikke er afklaret fuldt ud for det øvrige lands vedkommende.

Alt taget i betragtning mener man derfor så stærkt som muligt at måtte anbefale, at statens sindssygevæsen bemyndiges til at meddele Københavns amtsråd, at man er interesseret i det af dette fremsatte forslag om placering af et nyt sindssygehospital i tilknytning til det centralsygehus, der er planlagt opført i Glostrup, samt at sindssygevæsenet derhos bemyndiges til at forhandle om erhvervelse af det dertil fornødne areal samt endelig til at lade udarbejde et skitseprojekt til et nyt sindssygehospitals opførelse i tilknytning til centralsygehuset, hvorved bemærkes, at dettes størrelse bør være mellem 350 og 400 sengepladser, hvorhos det bør udstyres således, at der bliver så rig mulighed som muligt for ambulant behandling, hvorhos der bør tilvejebringes mulighed for psykiatrisk observation og behandling af børn.

Et yderligere presserende spørgsmål, hvortil der efter kommissionens opfattelse allerede nu nødvendigvis må tages stilling er en forbedring af forholdene på sindssygehospitalet i Viborg, hvor hovedparten af kvindeafdelingerne er placeret i den gamle tugthusbygning, der for en væsentlig dels vedkommende stammer fra ca. 1780. Denne bygning, der er i 5 etager, er allerede af en tidligere kommission fundet ganske uegnet til noget formål, hvilket også har fundet udtryk i den af rigsdagen vedtagne lov af 4. juni 1947 om hospitalets modernisering m. v. Til afhjælpning af de mest utålelige forhold på stedet finder man det påkrævet, at der opføres et plejehjem. En dertil egnet grund på ca. 15 tdr. land er anvist gennem kommunen og vil kunne erhverves for et beløb af 100.000 kr., hvortil kommer kloakerings- og vejudgifter m. v. til et lignende beløb. Opførelsen af et plejehjem, der bør kunne rumme ca. 250 patienter, er af direktoratet skønsmæssigt anslået at ville andrage ca. 6.500.000 kr.

Sammenfattende er det kommissionens enstemmige indstilling, at direktoratet for statens sindssygehospitaler bemyndiges til i finansåret 1953/54 at søge gennemført delingen af sindssygehospitalerne i Viborg, Middelfart og Nykøbing Sj. i to overlægeafsnit, således at de ovenfor pagina 126 til et beløb af 1.355.000 kr. anslåede udgifter søges bevilgede dertil, og til pr. 1. april 1953 at gennemføre adskillelsen af sindssygehospitalernes lægelige og administrative ledelse efter de ovenfor angivne retningslinier samt til ved forslag til normeringslov for finansåret 1953/54 at søge oprettet det til nyordningens gennemførelse fornødne antal overordnede lægestillinger, nemlig ved:

sindssygehospitalet i Viborg.
1 overlægestilling og 1 afdelingslægestilling,

sindssygehospitalet i Middelfart:
1 overlægestilling og 1 afdelingslægtstilling, og ved

sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.:
1 overlægestilling og 1 afdelingslæge stilling.

Direktoratet har anført, at man må lægge megen vægt på, at alle de fornævnte stillinger straks søges normeret,

selv om flere af stillingerne først kan ventes besat i løbet af finansåret 1953/54 eller eventuelt senere. Dels er stillingernes normering en forudsætning for byggeprogrammets gennemførelse og omvendt, og dels og navnlig er det af betydning særlig for ansøgere til overlægeembederne og for yngre læger, der ønsker at vælge specialuddannelse — og her altså psykiatrien — at det straks officielt slås fast, at der til hospitalerne og til overlægeembederne knyttes en lægestab af en sådan størrelse, at tilfredsstillende arbejdsvilkår kan forventes.

Endvidere at direktoratet bemyndiges til i samråd med kommissionen og dennes underudvalg *at* søge bevilling til erhvervelse af en til et plejehjems opførelse egnet grund i Ballerup-Maaløv kommune, *at* udarbejde foreløbige planer til opførelse af dette plejehjem, *at* foreslå erhvervet det af Københavns amtsråd tilbudte areal ved det planlagte centralsygehus i Glostrup, eventuelt suppleret med et tilstødende areal, *at* udarbejde foreløbige planer for opførelse her af et nyt sindssygehospital, samt til *at* søge erhvervet grund til et plejehjem i Viborg kommune og til *at* udarbejde foreløbige planer til dette plejehjems opførelse.

De med arkitekts og ingeniørs udarbejdelse af et fuldstændigt skitseprojekt for et plejehjem af fornævnte størrelse forbundne udgifter anslås at ville andrage ca. 65.00Ü kr.

En rent foreløbig skitseprojektering for opførelse af et sindssygehospital i Glostrup vil kunne udføres for et beløb af ca. 50.000 kr., men man mener, at måtte anbefale, at der også her allerede nu udarbejdes et fuldstændigt skitseprojekt, hvortil vil medgå et beløb af ca. 160.000 kr.

Under forudsætning af at de omhandlede arbejder kommer til udførelse med skitseprojekterne som grundlag, vil de anførte honorarbeløb, der iøvrigt skal godkendes af boligministeriet, til sin tid kunne fradrages i de endelige opgørelser. Indtil videre vil disse udgifter formentlig kunne afholdes som kommissionsudgifter.

Det skal tilføjes, at man med henblik på de nævnte planer har vedtaget, at der bør nedsættes et forberedende byggeudvalg, bestående af fhv. indenrigsminister Smørum, overlægerne Clemmesen, Strømgren og Otto Jacobsen, hospitalsinspektør Aggerholm, direktoratets repræsentanter i kommissionen og repræsentanter for boligministeriet samt sindssygevæsenets tilsynsførende ingeniør, civilingeniør Jørgen Koch og arkitekt Poul Clausen. Det nævnte udvalg bør i påkommende tilfælde kunne supplere sig med anden sagkundskab, herunder med repræsentanter for plejepersonalet m. v. og, forsåvidt hospitalsplanen i Glostrup angår, med en repræsentant for amtet.

Det skal yderligere tilføjes, at der i nærmeste fremtid fra kommissionen vil fremkomme indstillinger om erhvervelse af arealer til plejehjem under hospitalerne i Århus og Middelfart samt vedrørende forskellige andre spørgsmål, der ej heller findes at kunne udskydes til den endelige betænkning.

København i december 1952.

Aggerholm.
M. Buhl.
Fr. Grünfeld.
H. Helweg.
O. V. Marker.
Emil Pedersen.
J. Smørum.
Strömgren.
T. Wedel-Heinen.

Torben Andersen.
Carl Clemmesen.
Qvist Hansen.
Otto Jacobsen.
Ingrid Nielsen.
J. Riising.
Oluf Steen.
Edvard Sørensen.

Alice Brun.
P. Dickmeiss.
Gudrun Hasselriis.
Louis 1e Maire.
Niels Kr. Nielsen.
Edel Saunte.
P. Stochholm.
Unsgaard.
/ O. Stochholm.

KOMMISSIONEN af 29. marts 1952
vedrørende statens sindssygevæsen.

Bilag B.

København, den 28. maj 1954.

Gennem mange år har det været følt som en meget betydelig mangel, at Færøerne ikke har eget sindssygehospital. De færøske patienter indlægges på statens sindssygehospitaler, specielt hospitalet i Nykøbing Sj., og der er for tiden anbragt ca. 80 sådanne patienter her. Den lange rejse og de fremmede omgivelser er selvsagt en alvorlig belastning for de syge, og adskillige afholder sig derfor også fra behandling, som de ellers ville have søgt.

Spørgsmålet om oprettelse af et sindssygehospital på Færøerne har da også adskillige gange været drøftet. Der forelå i 1931 forslag til lov om et sindssygehospital ved Thorshavn, men forslaget blev ikke fremsat. I 1935 rejste lagtinget påny sagen; men antallet af patienter var dengang adskilligt mindre end nu, og man skønnede, at det ville være noget betænkeligt med et så lille hospital, hvor behandlingen vanskeligt kunne differentieres. Under drøftelserne i 1937—38 vedrørende en færøsk finansplan blev spørgsmålet påny fremdraget, og der indføjedes i loven af 15. marts 1939 om sygehuse på Færøerne en speciel bestemmelse om særlige afdelinger for sindssyge og åndssvage ved Dronning Alexandrines hospital. Der nedsattes også et hospitalsudvalg, der skulle udarbejde planer til en udvidelse af Dronning Alexandrines hospital, men på grund af krigen blev planerne ikke gennemført.

Nu har Færøernes landsstyre i skrivelse af **12. juni** 1953 anmodet om, at spørgsmålet om oprettelse af et sindssygehospital på Færøerne må blive fremmet ved forelæggelse for kommissionen vedrørende statens sindssygevæsen. Landsstyret udtaler i sin nævnte skrivelse, at det må anses for udelukket i den nærmeste fremtid, at landskassen vil være i stand til at påtage sig økonomiske forpligtelser i forbindelse med opførelse og drift af et sindssygehospital, og at man derfor ikke kan se anden løsning på spørgsmålet, end at staten påtager sig denne opgave. Det nævnes i skrivelsen, at det for tiden overvejes at bygge funktionærbygninger og eventuelt en økonomibygning til Dronning Alexandrines hospital i Thorshavn, og at der måske kunne være mulighed for, at disse byggeopgaver og en del af den fremtidige drift løstes i fællesskab mellem sindssygevæsenet og det færøske sygehusvæsen.

Rigsombudsmanden har ved fremsendelsen af landsstyrets indstilling tiltrådt denne og har anbefalet, at et sindssygehospital på Færøerne opføres og drives af direktoratet for statens sindssygehospitaler på linie med statens øvrige sindssygehospitaler. Sundhedsstyrelsen har ligeledes for sit vedkommende erklæret sig enig i, at der bør skabes øgede muligheder for behandling af patienter med psykiske lidelser på Færøerne.

Spørgsmålet har også været rejst under finanslovdebatten, og såvel finansministeren som indenrigs- og boligministeren gav her tilsagn om, at mulighederne ville blive efterprøvet.

Efter at sagen havde været drøftet i direktoratet ved et møde, hvori deltog landslægen på Færøerne og repræsentanter for statsministeriet, finansministeriet, indenrigsministeriets departement, sundhedsstyrelsen og statens sindssygevæsen blev spørgsmålet forelagt for kommis-

sionen, som derefter har behandlet det i et møde. Som yderligere grundlag for kommissionens behandling forelå et materiale, tilvejebragt af et underudvalg vedrørende statistiske spørgsmål, og af dette materiale fremgik, at der nu på Færøerne er behov for et sindssygehospital med 150 senge.

Der var indenfor kommissionen enighed om, at den nuværende tingenes tilstand ikke er forsvarlig, og man fandt endvidere, at etableringen af et sindssygehospital burde betragtes som en naturlig statsopgave; i den øvrige del af kongeriget er det, i medfør af forsorgsloven, staten der tager sig af sådanne patienter, og rent faktisk er også de færøske patienter modtaget her.

For kommissionen fremtræder det som en formålstjenlig løsning, at der af staten opføres og drives et sindssygehospital med tilknytning til Dronning Alexandrines hospital i Thorshavn, således at de to sygehuse bliver fælles om tekniske anlæg m. v., hvoraf begge institutioner kan drage nytte. Man finder dog ikke at kunne afgive nogen egentlig indstilling derom, førend det er efterprøvet, hvorledes det arkitektonisk lader sig realisere, og hvilke udgifter det vil indebære.

Rent praktisk må fremgangsmåden derfor formentlig blive den, at man anmoder sindssygevæsenets tilsynsførende arkitekt, arkitekt Poul Clausen, om i forbindelse med arkitekt Salling-Mortensen, der er arkitekt for det færøske sygehusvæsen, at udarbejde et sådant rent foreløbigt skitseprojekt, som vil være fornødent, når man skal danne sig et omtrentligt skøn over de bestående muligheder og deres økonomiske konsekvenser. Det skal herved bemærkes, at de to arkitekter er indforståede med et sådant samarbejde. Den nævnte skitseprojektering må vel kunne ses som et led i kommissionens arbejde med de herhenhørende spørgsmål, og indtil videre kan udgifterne derfor formentlig afholdes som kommissionsudgifter, således som det også iøvrigt har været tilfældet, jfr. herom bemærkningerne til forslaget **til** loven af 31. marts 1953 om opførelse af sindssygehospitaler i Aalborg og Glostrup m. v.

Man skal derfor indstille, at kommissionen af ministeren bemyndiges til at søge arkitektmæssig bistand til udarbejdelse af nævnte foreløbige skitseprojekt og overslag, på grundlag af hvilket man vil fremkomme med en endelig indstilling.

(sign) *Louis 1e Maire.*
/ *O. Stockholm.*

Indenrigs- og boligministeren.

Uddrag af den af sundhedsstyrelsens psykiatriske udvalg i 1952 afgivne betænkning angående sindssygehospitalerne m. v.

Som nævnt i nærværende betænkning, nedsatte sundhedsstyrelsen i 1948 et »psykiatrisk udvalg«. Dette udvalg afgav den 7. marts 1952 en »betænkning vedrørende det psykiatriske arbejde i Danmark, specielt med henblik på sindssygehospitalernes drift og arbejde, bl. a. for de lettere sindslidelser, samt forslag til retningslinier for den mest hensigtsmæssige udvikling i de kommende år«. Denne betænkning beskæftiger sig, som det vil forstås, for en stor del med de samme emner som dem, der omhandles i nærværende betænkning. Når man ikke har fundet det formålstjenligt at aftrykke den i sin helhed, skyldes det dels, at den er ret omfattende, dels, at den tillige behandler områder, der ligger uden for nærværende kommissions område. I det følgende skal gives en ekstrakt af betænkningen med særligt henblik på de punkter, der er af betydning i den foreliggende sammenhæng.

I betænkningens indledning hedder det:

»Det af sundhedsstyrelsen i 1948 nedsatte udvalg til drøftelse af den fremtidige udvikling af det psykiatriske arbejde her i landet, specielt med henblik på sindssygehospitalernes drift og arbejde, bl. a. for de lettere sindslidelser, afgav i november 1949 en »betænkning vedrørende den lægelige sagkundskabs indflydelse i centraladministrationen af statens sindssygehospitaler«. Denne betænkning er senere sammen med andre akter (bl. a. skrivelse af 22. oktober 1948 fra foreningen af overlæger ved statens sindssygehospitaler vedrørende en deling af de største hospitaler i flere selvstændige lægeafsnit) af indenrigsministeren blevet oversendt til forvaltningskommissionen af 1946 med anmodning om at foretage en undersøgelse af de administrative forhold inden for sindssygevæsenet. Resultatet af den foretagne undersøgelse foreligger i forvaltningskommissionens 8. betænkning (1951).

Sundhedsstyrelsens ovenfor nævnte psykiatriske udvalg har i den senere tid bestået af overlægerne *Georg V. Bredmose,* dr. med. *Carl Clemmesen,* dr. med. *P. Dickmeiss, Otto Jacobsen* og professor, dr. med. *Erik Strömgren.* Udvalgets fortsatte arbejde har fundet sted i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab, som har nedsat en række underudvalg til behandling af specielle felter vedrørende spørgsmålet om den fremtidige udvikling af det psykiatriske arbejde her i landet, såsom de medicinske studenters undervisning i psykiatri, den psykiatriske specialuddannelse, etablering af åbne psykiatriske afdelinger ved centralsygehusene, udviklingen af det retspsykiatriske arbejde, militærpsykiatrien, åndssvagevæsenet, børnepsykiatrien, socialpsykiatrien og mentalhygiejnen. De af underudvalgene afgivne betænkninger er nu blevet gennemgået af sundhedsstyrelsens psykiatriske udvalg, som i nærværende betænkning har søgt at koordinere de forskellige synspunkter og at anvise retningslinier for den mest hensigtsmæssige udvikling i de kommende år«.

Det fremhæves herefter, at statens sindssygevæsen længe har været tilbagestående i sammenligning med det øvrige danske sygehusvæsen. Som årsager hertil angives dels psykiatriens isolation både i

faglig og geografisk henseende, dels den centraliserede administration, der i stor udstrækning har virket uden udnyttelse af den fornødne lægelige sagkundskab, herunder sundhedsstyrelsen. Dernæst omtales de betænkninger, som af direktøren for statens sindssygehospitaler foranledigedes udarbejdet i årene 1943—47, og det understreges, at disse er blevet til på et tidspunkt, da landet gennem længere tid havde været isoleret fra andre lande og ikke havde haft kontakt med udviklingen inden for psykiatrien. Udvalget mener derfor ikke, at disse betænkninger udgør et egnet grundlag for det reorganisationsarbejde, som må forestå med hensyn til statens sindssygevæsen. Det påpeges, at der også uden for sindssygehospitalerne findes en lang række psykiatriske opgaver, til hvis løsning sundhedsstyrelsens psykiatriske sagkundskab må tage stilling.

Der gives derefter en oversigt over de forskellige punkter og områder, som udvalget har beskæftiget sig med:

1. Deling af de 5 store sindssygehospitaler.
2. Modernisering af de eksisterende sindssygehospitaler.
3. Bygning af plejehjem for sindssyge.
4. Behovet for psykiatriske hospitalspladser i Danmark (excl. Københavns kommune).
5. Udarbejdelse af plan for placeringen af de nye hospitaler og afdelinger.
6. Udarbejdelse af detailleret forslag til et nyt sindssygehospital.
7. Udbygning af den ambulante psykiatriske virksomhed.
8. Fjernelse af forvaringspatienter og retslige observander fra sindssygehospitalerne.
9. Den retspsykiatriske virksomheds udvikling.
10. Militærpsykiatrien.
11. Åndssvagevæsenets omorganisering.
12. Den børnepsykiatriske virksomheds udvikling.
13. Den socialpsykiatriske virksomheds udvikling.
14. Den psykiatriske undervisning ved universiteterne.
15. Den psykiatriske specialistuddannelse.
16. Kurser i psykoterapi for praktiserende læger.
17. Hospitalspersonalets psykiatriske undervisning og specialuddannelse.
    a. Sygeplejerskernes og det øvrige plejepersonales psykiatriske specialuddannelse.
    b. Beskæftigelsesterapeuternes psykiatriske uddannelse.
    c. Socialrådgivernes psykiatriske specialuddannelse.
    d. Psykologernes tilknytning til psykiatriske hospitalsafdelinger.

Af disse punkter falder numrene 10, 11, 14, 15 og 16 uden for nærværende betænknings område. De skal derfor lades uomtalt i det følgende. Det samme gælder punkt 1, som vedrører et problem, der i den forløbne tid har fundet sin løsning. Om de øvrige punkter skal refererende anføres:

2. *Modernisering af de eksisterende sindssygehospitaler:* Det fremhæves, at sindssygehospitalerne er forældede, og at gennemgribende modernisering af dem alle er påkrævet. En væsentlig reduktion af sengeantallet er fornøden, og moderniseringen vil derfor ikke kunne tilendebringes, før der er fremskaffet et tilstrækkeligt antal nye pladser, bl. a. i nye plejehjem. De hidtil foreliggende moderniseringsplaner karakteriseres som

ikke tilstrækkeligt gennemgribende. Det understreges, at moderniseringen bør gennemføres snarest muligt, da de nuværende forhold på hospitalerne vanskeliggør og på nogle områder udelukker patienternes rette og formålstjenlige behandling.

3. *Bygning af plejehjem for sindssyge:* På nogle af sindssygehospitalerne findes et ikke ubetydeligt antal patienter, hvis tilstand er således, at de ikke for tiden kræver egentlig hospitalsmæssig behandling, hvorfor de vil kunne anbringes i dertil indrettede plejehjem. Anbringelsen af disse patienter i plejehjem vil frigøre et betydeligt antal hospitalspladser, og denne anbringelse vil være væsentligt billigere end hospitalsanbringelse. Plejehjem bør så vidt muligt bygges **til** formålet og indrettes hyggeligt og hensigtsmæssigt i ikke for stor afstand fra sindssygehospitalet, som regel ikke over 10 km. Plejehjemmene bør ikke være for store, helst mellem 30 og 40, allerhøjst 100 sengepladser. Det stigende antal senile patienter vil formålstjenligt kunne anbringes i plejehjem, som placeres i nærheden af eller i de store byer, således at patienternes pårørende let kan aflægge besøg. Det er for størstedelen fra de store byer, disse patienter indlægges, og ved denne placering vil man samtidig få let adgang til den assistance af speciallæger, som mange af patienterne har behov for, selv om deres sygdomstilfælde ikke nødvendiggør egentlig hospitalsmæssig behandling. Behovet for plejehjem er forskelligt i de forskellige landsdele. I forbindelse med sindssygehospitalerne i Viborg, Augustenborg, Middelfart, Vedsted og Nykøbing S. er der brug for plejehjem til patienter af de forskellige sygdomskategorier. I forbindelse med sindssygehospitalerne i Risskov og Vordingborg er der brug for plejehjem til senile patienter.

4. *Behovet for psykiatriske hospitalspladser i Danmark (eksklusive København-havns kommune):* De i dette afsnit fremførte synspunkter og beregninger er for størstedelen af principielt samme karakter som dem, der har fundet anvendelse i den af nærværende kommissions statistiske underudvalg afgivne betænkning. Man går ud fra, at behovet for psykiatriske pladser minimalt vil ligge på 2,5 $^0/_{00}$. Det beregnes, at der i 1951 mangler 1400 pladser, for at denne beskedne norm kan nås. Moderniseringen af de gamle hospitaler vil yderligere medføre en manko på 1400 pladser. Idet man regner med, at et nyt hospital skal rumme 350 senge, hvortil kommer 100 pladser på plejehjem og i familiepleje, konkluderes, at der blot for at udligne den bestående mangel må bygges 6 hospitaler af denne type. Hertil kommer så af hensyn til befolkningstilvæksten et nyt hospital hvert 4. eller 5. år. Herved er ikke taget i betragtning, at en forbedring af hospitalernes standard uden tvivl vil medføre en forøget tilstrømning til disse.

5. *Udarbejdelse af plan for placeringen af de nye hospitaler og afdelinger:* Man går ud fra det principielle synspunkt, at det bedste altid vil være, at der oprettes små sindssygehospitaler i direkte tilknytning til centralsygehuse. Kun hvor dette er uigennemførligt, bør der oprettes større psykiatriske modtageafdelinger (med enkelte lukkede afsnit) ved centralsygehusene. I større byer vil der tillige være brug for psykiatere, knyttede til de almindelige sygehuses ikke-psykiatriske afdelinger og til varetagelse af den ambulante virksomhed; disse psykiatere bør have rådighed over et mindre antal (10—30) senge, enten på den medicinske afdeling eller på et særligt, åbent afsnit. I enkelte større byer vil lokale forhold kunne gøre det ønskeligt, at der oprettes egentlige psykiatriske hospitalsafdelinger, åbne psykiatriske afdelinger. Det fremhæves, at det vil være nødvendigt at sikre sig passende arealer til sindssygehospitaler ved centralsygehusene i en

række byer, der ligger i landområder, som har særlig stort behov for psykiatriske pladser. - - Det nævnes, at oprettelsen af åbne psykiatriske afdelinger ved sygehusene næppe vil influere væsentligt på behovet for sindssygehospitalspladser, dels fordi de psykiatriske afdelinger på centralsygehusene i sig selv kun vil kunne dække en ringe procentdel af de nødvendige psykiatriske pladser, dels fordi de delvis vil blive belagt med patienter, som hidtil ikke er blevet indlagt på sindssygehospital, idet disse patienter i øjeblikket ligger på de medicinske afdelinger.

Det fremhæves, at det altafgørende vil være at knytte sindssygehospitalerne direkte til centralsygehusene, så at hospitalerne kan komme til at fungere som et naturligt led i det samlede hospitalsvæsen. Dette er afgørende for den moderne behandling af sindssygdomme, som i stadig stigende grad kræver nært samarbejde mellem psykiatrien og de øvrige lægevidenskabelige specialer. Da mange af centralsygehusenes andre patienter på de forskellige afdelinger tillige kræver psykiatrisk medvirken såvel ved undersøgelsen som ved behandlingen, vil der ved den nævnte placering af sindssygehospitalerne blive skabt mulighed for det gensidige samarbejde mellem de psykiatriske hospitalsafdelinger og centralsygehusenes øvrige afdelinger, som er en forudsætning for den rette behandling af de forskellige sygdomstilfælde.

Det nævnes, at den her omtalte ønskelige nærmere tilknytning mellem psykiatriske og andre hospitaler gør det nærliggende også at nærme de to kategorier administrativt til hinanden. Det påpeges, at det i mange henseender ville være det ideelle, om sindssygehospitalerne kunne have samme administration som sygehusene.

6. *Udarbejdelse af detailleret forslag til et nyt sindssygehospital:* Der stilles nuomstunder og i fremtiden helt andre krav til sindssygehospitalerne end dem, der hidtil har været gældende. Et enkelt overlægeafsnit bør ikke være på mere end 350 senge, og selv et hospital af denne begrænsede størrelse vil helt og fuldt kræve sin chefs arbejdsindsats. Den intensiverede behandling, som den begrænsede størrelse muliggør, vil virke besparende, især ved at afkorte den enkelte patients hospitalsophold.

På de nye sindssygehospitaler bør modtage- og behandlingsafdelingerne og de forskellige undersøgelsesinstitutioner være i nogen grad sammenbyggede, således at de sammen med de øvrige lægelokaler kommer til at danne et centralkompleks, der udgør en del af centralsygehuset. Centralkomplekset bør omfatte ca. 1/4 af sengepladserne. De øvrige afdelinger bør spredes ud over terrænet med rigelig plads mellem pavillonerne, med store haver til alle afdelinger og med de urolige afdelinger isolerede. - Afdelingerne bør være på højst 20 senge, behandlings- og modtageafdelingerne samt rekonvalescentafdelingerne ikke over 15 senge. — Afdelingerne bør indrettes som almindelige sygeafdelinger, med sygestuer med højst 4 senge i 2-sengs dybde, og der må være et betydeligt antal enestuer og 2-sengsstuer. Afdelingerne bør i videst mulig udstrækning indrettes efter de samme principper, som er gældende for almindeligt sygehusbyggeri. Hertil kommer så de særlige sikkerhedsforanstaltninger, som en psykiatrisk afdeling nødvendiggør. Afdelingerne må iøvrigt rumme dagligstue, spisestue, undersøgelsesstue, vagtstue samt besøgsstue.

7. *Udbygning af den ambulante psykiatriske virksomhed:* Udviklingen af den psykiatriske terapi igennem de sidste årtier har skabt mulighed for, at en del af den psykiatriske virksomhed kan foregå ambulant. En række psykiatriske tilfælde (specielt neuroser og en del lettere sindslidelser) vil som oftest med for-

del for patienterne og for samfundet kunne behandles ambulant. Den ambulante psykiatriske virksomhed, som foregår i forbindelse med sindssygehospitalerne, bør udvides i væsentlig grad. De bestående konsultationer har ikke i tilstrækkelig grad været i stand til at løse deres opgaver, først og fremmest fordi hospitalerne ikke har haft tilstrækkelig lægehjælp og hjælpepersonale. Særlig har manglen på kvalificerede socialrådgivere været følelig. Efterforsorgen har i sørgelig grad været forsømt, og ikke mindst af hensyn til denne bør der skabes væsentlig bedrede muligheder for hospitalernes udadgående arbejde.

8. *Fjernelse* ***af forvaringspatienter*** *og retslige observander fra sindssygehospitalerne:* Tilstedeværelsen af forvaringspatienter og retslige observander på sindssygehospitalerne er i høj grad skadelig for hospitalernes omdømme. Også i hospitalernes daglige arbejde virker tilstedeværelsen af kriminelle personer hæmmende. Tiden er nu inde, da man må finde det påkrævet, at forvarings - patienter og retspsykiatriske observander fjernes fra hospitalerne og anbringes i specielle retspsykiatriske institutioner uden direkte forbindelse med sindssygevæsenet. Dette er nødvendigt for, at sindssygehospitalerne kan blive sat i stand til at løse deres opgaver som egentlige helbredelsesinstitutioner.

9. ***Den*** *retspsykiatriske virksomheds udvikling:* I konsekvens af foranstående tager udvalget afstand fra et enkelt punkt i en betænkning afgivet af et retspsykiatrisk underudvalg. Underudvalget har ment, at et vist antal observander stadig bør modtages på de psykiatriske hospitaler; men hovedudvalget anbefaler, at sådanne observationer henvises til specielle retspsykiatriske institutioner uden for det egentlige sindssygevæsen, og tænker i denne forbindelse på særlige observationsafdelinger i tilknytning til forvaringsanstalter, resp. kriminalasyler for psykisk abnorme lovovertrædere i lighed med en observationsafdeling, der allerede findes tilknyttet psykopatforvaringsanstalten i Herstedvester.

12. *Den børnepsykiatriske virksomheds udvikling:* Psykiatrien har i de sidste årtier været genstand for udspecialisering. Et af de mest betydningsfulde af de nye psykiatriske specialer er børnepsykiatrien, for hvilken der har vist sig at være et stort behov. Størstedelen af dette arbejde kan udføres ambulant, og det er derfor vigtigt, at børnepsykiatrien ikke forbeholdes nogle få børnepsykiatriske afdelinger, men at man skaber mulighed for børnepsykiatrisk hjælp spredt over hele landet. Dette vil bedst kunne ske ved oprettelse af børnepsykiatriske ambulatorier i de større byer i tilslutning til centralsygehusene. Disse konsultationer vil bl. a. kunne være til stor nytte for børneforsorgens forskellige institutioner. Udvalget understreger nødvendigheden af, at der oprettes pædagogisk ledede behandlingshjem for de børn, der trænger til længerevarende ophold og behandling uden for det hjemlige milieu.

13. *Den social-psykiatriske virksomheds udvikling:* For forsorgsarbejdet, således som det især udfolder sig i tilknytning til socialkontorer og børneværnsudvalg, vil det være af stor betydning, at der kan rådes over psykiatrisk bistand. I de større *byer* vil dette bedst kunne ske ved ansættelse af psykiatriske socialläger. Disse vil især kunne være behjælpelige med alkoholistbehandlingen, med ungdomsforsorgsopgaver og med behandling af erhvervshæmmede.

17. *Hospitalspersonalets psykiatriske undervisning og specialuddannelse:* Tidligere bestod behandlingen af patienter på sindssygehospitaler væsentligst i det. man benævner milieubehandling og de

mere elementære former for kollektiv psykoterapi. Til deltagelsen i dette arbejde kvalificeredes plejepersonalet først og fremmest igennem det praktiske arbejde, hvorimod den teoretiske uddannelse var meget beskeden. Selv om de nævnte terapiformer stadig indtager en vigtig plads i hospitalernes daglige arbejde, er der dog nu i de senere år kommet så mange nye former for terapi til, at en uddannelse som den skitserede ikke på nogen måde slår til. De nuværende aktive behandlingsformer stiller betydeligt større krav til plejepersonalets faglige kvalifikationer, så personalet ikke længere kan klare sig med den omtalte kortfattede orientering i psykiatri og de erfaringer, den enkelte på lidt tilfældig måde erhverver sig gennem arbejdet. Den intensivering, som finder sted indenfor hospitalsarbejdet, gør det ønskeligt, at personalet i størst muligt omfang engageres direkte i arbejdet med undersøgelsen og behandlingen af patienterne, og med henblik herpå bør man tilrettelægge personalets undervisning og uddannelse både i teori og praksis. Dette gælder alle de kategorier af funktionærer, som har med behandlingen af patienterne at gøre. Hvis sygeplejerskernes obligatoriske psykiatriske tjeneste skal afkortes (således som det overvejes i sygeplejerskekommissionen), vil dette kun være forsvarligt, såfremt man i betydelig grad intensiverer og systematiserer undervisningen af eleverne. Til opnåelse af dette vil det være absolut nødvendigt, at der ansættes specielt uddannede instruktionssygeplejersker. Også for de sygeplejersker, der ønsker at fortsætte deres gerning inden for psykiatrien, må der skabes fortsatte uddannelsesmuligheder. Det er ligeledes meget vigtigt, at plejerne og plejerskerne får mulighed for fortsat dygtiggørelse efter den relativt kortvarige uddannelse, de gennemgår. Systematiske fortsættelseskurser bør tilrettelægges. Både med hensyn til beskæftigelsesterapeuter og socialrådgivere er det vigtigt, at hospitalerne etablerer kontakt med de pågældende kategoriers uddannelsessteder, således at det kan sikres, at de ikke blot får en teoretisk uddannelse i psykologi og psykiatri, men også får lejlighed til praktisk uddannelse på hospitalerne. Psykologernes stilling inden for det psykiatriske arbejde anses endnu for noget usikker. Hidtil er det først og fremmest inden for børnepsykiatrien, at psykologerne har vundet fodfæste. Der er dog næppe tvivl om, at de psykiatriske hospitaler også iøvrigt vil kunne høste værdifuldt udbytte af at få tilknyttet psykologer til funktionærstaben.

Som bilag til betænkningen fra sundhedsstyrelsens psykiatriske udvalg medfulgte en række betænkninger fra de underudvalg, som i samarbejde med Dansk Psykiatrisk Selskab var blevet nedsat til behandling af hvert af de enkelte områder, som er omtalt i dispositionen til hovedbetænkningen. Nogle af disse underudvalgs betænkninger har været trykt i »Ugeskrift for Læger«. Enkelte af underudvalgene afsluttede først deres arbejde, efter at hovedbetænkningen var blevet afgivet.

Tabel 1 A. Normering og belægning for statens sindssygevæsen 1910—1955.

År	Aarhus			Vordingborg			Viborg			Middelfart			Nykøbing Sj.			Vedsted			Augustenborg		
	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.	Normeret	Faktisk	Fam.-pl.
1910	530	524	26	480	496	—	730	706	—	730	732	7									
1915	530	492	128	552	573	—	780	743	—	700	716	22	487								
1920	530	517	112	580	574	—	780	760	—	730	749	10	650	556							
1925	614	608	200	800	663	—	800	833	—	764	802	20	818	824	4	190	175				
1930	622	633	324	805	768	—	900	893	—	821	804	45	828	848	21	200	205				
1935	642	640	426	805	789	53	918	944	30	902	945	100	849	882	89	250	248	4	380	378	13
1940	710	693	538	835	768	74	1025	995	157	1045	1029	125	900	889	187	270	261	38	480	434	43
1945	710	684	464	845	824	71	1025	976	174	1045	1021	110	891	911	135	262	255	39	480	443	30
1950	710	849	378	845	856	122	1025	1047	126	1047	1049	99	891	968	118	262	251	53	480	494	37
1955	728	875	309	798	853	85	986	1088	84	1057	1112	97	891	997	108	262	255	56	480	509	32

Tabel 1 A. Normering og belægning for statens sindssygevæsen 1910—1955.

År	Sikringen		Dalstrup		Råmosegård		Hvedholm		Visborggård		Sorø		Stege		Sakskøbing		Alle sindssygehospt.			Alle plejehj.		Tilsammen
	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Normeret	Faktisk	Fam pl.	Normeret	Faktisk	Samlet faktisk belægn. på hosp., i sikring, plejehj. og fam.-pleje
1910																	2470	2458	33			2491
1915			98	91	65	64											3049	2524	150	163	155	2829
1920	50	21	98	83	70	66											3270	3156	122	168	149	3448
1925	50	32	120	118	70	73											3986	3905	224	190	191	4352
1930	50	48	120	119	86	89	124	121									4176	4151	390	330	329	4918
1935	50	45	130	132	86	90	124	122	124	124							4746	4826	715	464	468	6054
1940	50	48	130	130	124	123	124	123	124	124							5265	5069	1162	502	500	6779
1945	50	47	130	129	124	123	124	123	124	119							5258	5114	1023	502	494	6678
1950	50	45	130	74	124	124	124	121	124	125	128	133	150	150	166	167	5260	5514	933	946	894	7386
1955	50	47	130	130	124	123	124	123	124	123	128	133	150	153	166	172	5202	5689	771	946	957	7464

Tabel 1 B.

År	Personer 15 år og derover	Alle hospitaler		Alle plejehjem		Familiepleje faktisk	Hospital + plejehjem				Hospital + plejehj + familiepleje	
		norm.	faktisk	norm.	faktisk		norm.		fakt.		faktisk	
							abs.	‰	abs.	‰	abs.	‰
1911 . . .	1.492.500	2505	2445	0	0	36	2505	**1.7**	2445	**1.6**	2481	**1.7**
1921 . . .	1.820.800	3326	3270	168	157	130	3494	**1.9**	3427	**1.9**	3557	**2.0**
1930 . . .	2.083.100	4176	4151	330	329	390	4506	**2.2**	4480	**2.2**	4870	**2.3**
1935 . . .	2.220.700	4746	4826	464	468	715	5210	**2.3**	5294	**2.4**	6009	**2.7**
1940 . . .	2.351.100	5265	5069	502	500	1162	5767	**2.5**	5569	**2.4**	6731	**2.9**
1945 . . .	2.459.400	5258	5114	502	494	1023	5760	**2.3**	5608	**2.3**	6631	**2.7**
1950 . . .	2.555.800	5260	5514	946	894	933	6206	**2.4**	6408	**2.5**	7341	**2.9**
1955 . . .		5202	5689	946	957	771	6148		6646		7417	

Tabellen viser, hvorledes pladsantallet inden for statens sindssygevæsen har fordelt sig gennem de sidste 45 år med hensyn til såvel de normerede som de faktiske tal. Tallene er angivet for de år, i hvilke der har været folketællinger, således at det har været muligt at beregne hvor stort et antal pladser, der forefandtes pr. 1.000 indbyggere på 15 år og derover. — Det skal bemærkes, at tallene for plejehjemmene er af noget varierende værdi; det drejer sig i flere tilfælde om plejehjem, som i løbet af den undersøgte periode er blevet overtaget af, resp. har opnået nærmere administrativ tilknytning til, statens sindssygevæsen; som regel har de pågældende hjem også inden denne ændring huset patienter, som rettelig ville henhøre under sindssygevæsenet, og den ved ændringen af de administrative forhold skete forøgelse af normeringstallet er derfor ikke udtryk for nogen reel forøgelse af kapaciteten. I tallet er ikke indbefattet sikringsanstalten, ej heller det amtskommunale plejehjem i Holbæk, der dog i virkeligheden huser patienter af ganske samme art som dem, der findes på de øvrige plejehjem; normeringen er her for tiden 298 pladser, men den tænkes i de kommende år reduceret noget.

Tabel 2

Antal pladser pr. 100 000 personer på 15 år og derover
(de fremtidige tal beregnet under den forudsætning, at sindssygehospitalernes kapacitet ikke udvides).

Hospital	1921		1930		1935		1940		1945		1950		1955		1960		1965		1970	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Nykøbing S.	159	156	191	190	218	232	313	348	301	306	279	286	255	265	235	245	215	226	196	208
Vordingborg	277	313	332	376	250	298	300	342	308	352	317	385	306	372	293	357	280	342	268	329
Middelfart.	183	204	225	261	268	305	295	355	283	334	284	327	277	319	266	307	254	295	244	285
Aarhus.	192	186	249	252	293	278	304	306	272	272	271	261	261	253	248	242	238	233	230	226
Viborg.	173	226	197	228	271	317	292	351	269	344	268	343	260	338	250	329	243	322	236	315
Vedsted.	.	.	103	302	205	382	196	432	202	378	215	361	206	353	195	341	188	330	181	320
Augustenborg	.	.	.	.	215	326	242	320	230	292	270	301	262	294	251	284	243	276	234	266
Hele landet undt. Kbhvns. kommune	188	205	223	249	256	289	292	341	278	319	279	317	267	305	253	292	241	279	230	267

Tabel 3

Beregning af behovet for nye pladser under statens sindssygevæsen i de kommende år under den forudsætning:

Hospital	Antal pladser		at antallet af pladser pr. 100 000 indbyggere over 15 år skal være som i 1940								at antallet af pladser pr. 100 000 indbyggere over 15 år skal være som i 1950							
	1950		Nødvendige nye pladser i								Nødvendige nye pladser i							
			1955		1960		1965		1970		1955		1960		1965		1970	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Nykøbing S.	643	708	146	223	215	297	294	383	384	479	60	57	121	118	192	189	272	268
Vordingborg	641	787	—12	—63	16	—33	47	—1	76	31	24	28	53	62	86	98	116	134
Middelfart	590	679	35	76	60	106	89	137	118	168	16	17	40	44	69	72	96	101
Aarhus	725	700	120	148	165	186	200	217	234	247	28	23	68	56	99	82	130	108
Viborg	590	708	72	27	100	47	119	64	141	80	18	10	43	30	61	46	81	62
Vedsted	117	187	— 6	42	1	50	5	58	10	66	5	4	12	11	17	18	22	24
Augustenborg	252	279	—19	25	—9	35	—1	44	9	57	8	7	19	17	29	25	39	37
Hele landet undt. Københavns kommune	3558	4048	336	478	548	688	753	902	972	1128	159	146	356	338	553	530	756	734
	7606		814		1236		1655		2100		305		694		1083		1490	

Tabel 4 A
Patienternes fordeling efter køn og alder $^1/_1$ 1952.
Statens sindssygehospitaler.

(Tabellen fortsætter på den følgende side)

Mænd:

Alder	Antal patienter	Befolknings-tal[1]) i begyndelsen af 1950	Patienter i ‰ heraf	Tilsvarende ‰ pr.			Alder
				$^1/_1$-47	$^1/_1$-42	$^1/_1$-37	
—15	5	459 800	0,01		0,01	0,01	—15
15—19	27	122 700	0,22	0,21	0,21	0,27	15—19
20—24	82	116 200	0,71	0,62	0,83	0,95	20—24
25—29	119	123 600	0,96	1,12	1,43	1,81	25—29
30—34	204	116 000	1,76	1,73	2,36	2,89	30—34
35—39	276	121 200	2,28	2,47	3,47	3,87	35—39
40—44	350	114 000	3,07	3,19	4,51	4,06	40—44
45—49	363	102 800	3,53	4,17	4,62	4,07	45—49
50—54	479	90 500	5,29	4,11	4,35	3,79	50—54
55—59	382	76 600	4,99	4,02	4,26	3,73	55—59
60—64	333	66 900	4,98	4,29	4,50	3,16	60—64
65—69	264	55 600	4,75	3,76	3,52	3,24	65—69
70—74	214	42 300	5,06	3,55	3,63	2,68	70—74
75—79	135	25 900	5,21	3,39	2,73	2,26	75—79
80—	103	18 900	5,45	2,81	2,25	1,98	80—
Uangiven	17						Uangiven
Tilsamm.	3 353	1 653 000	2,03	1,81	1,98	1,89	

Kvinder:

Alder	Antal patienter	Befolknings-tal[1]) i begyndelsen af 1950	Patienter i ‰ heraf	Tilsvarende ‰ pr.			Alder
				$^1/_1$-47	$^1/_1$-42	$^1/_1$-37	
—15	3	440 300	0,01	0,01		0,01	—15
15—19	44	115 800	0,38	0,21	0,24	0,10	15—19
20—24	68	110 400	0,62	0,57	0,61	0,80	20—24
25—29	103	121 400	0,85	1,02	1,30	1,48	25—29
30—34	163	112 100	1,45	1,70	1,88	2,40	30—34
35—39	284	116 700	2,43	2,19	3,05	3,59	35—39
40—44	321	111 100	2,89	3,23	4,35	4,42	40—44
45—49	407	101 900	3,99	4,14	5,41	5,32	45—49
50—54	463	92 400	5,01	5,04	5,79	5,10	50—54
55—59	493	79 100	6,23	5,19	5,95	4,98	55—59
60—64	448	68 200	6,57	5,29	5,68	4,93	60—64
65—69	367	55 800	6,58	5,05	4,98	4,37	65—69
70—74	268	41 500	6,46	5,06	4,82	4,28	70—74
75—79	187	26 600	7,03	5,51	4,95	3,71	75—79
80—	166	21 300	7,79	4,92	4,29	2,20	80—
Uangiven	8						Uangiven
Tilsamm.	3 793	1 614 600	2,35	2,11	2,29	2,20	

[1]) Statistisk årbog 1951, side 13, tavle 12: Befolkningen uden for København (÷ Færøerne).

Tabel 4 A. (fortsat)

Mænd + kvinder:

Alder	Antal patienter	Befolknings-tal[1]) i begyndelsen af 1950	Patienter i ‰ heraf	Tilsvarende ‰ pr.			Alder
				1/1-47	1/1-42	1/1-37	
—15	8	900 100	0,01			0,01	—15
15—19	71	238 500	0,30	0,21	0,22	0,19	15—19
20—24	150	226 600	0,66	0,60	0,72	0,88	20—24
25—29	222	245 000	0,91	1,07	1,36	1,65	25—29
30—34	367	228 100	1,61	1,71	2,12	2,64	30—34
35—39	560	237 900	2,35	2,33	3,26	3,72	35—39
40—44	671	225 100	2,98	3,21	3,78	4,25	40—44
45—49	770	204 700	3,76	4,16	4,48	4,71	45—49
50—54	942	182 900	5,15	4,58	5,07	4,45	50—54
55—59	875	155 700	5,62	4,62	5,11	4,36	55—59
60—64	781	135 100	5,78	4,80	5,09	4,05	60—64
65—69	631	111 400	5,66	4,41	4,27	3,82	65—69
70—74	482	83 800	5,75	4,32	4,25	3,52	70—74
75—79	322	52 500	6,13	4,50	3,89	3,02	75—79
80—	269	40 200	6,69	3,95	3,35	2,10	80—
Uangiven	25						Uangiven
Tilsamm.	7 146	3 267 600	2,19	1,96	2,13	2,05	

[1]) Statistisk årbog 1951, side 13, tavle 12: Befolkningen uden for København (÷ Færøerne).

Tabel 4 B

Indlæggelser på Sindssygehospitalet ved Århus.

År	Samtlige indlæggelser	Indlæggelse af personer på 60 år og derover	
		absolut	i % af samtl. indl.
1910	104	12	11,5
1915	142	13	9,2
1921	233	30	12,9
1925	221	21	9,5
1930	266	26	9,8
1935	252	28	11,1
1940	359	53	14,8
1945	515	69	13,4
1950	619	52	8,4

Tabel 5

Patienternes fordeling efter hospitalsopholdets varighed (samtlige sindssygehospitaler).

Varighed	1/1-37	1/1-42	1/1-47	1/1-52
Under 1 år....	15,4 %	12.8 %	15,0 %	14,5 %
Under 10 år...	65,4 %	61,4 %	50,3 %	48,7 %
Over 10 år	34,6 %	38,6 %	49,7 %	51,3 %

Det ses, at de patienter, der har været indlagt i mere end 10 år, udgør en stadig tiltagende del i belægningen.

Tabel 6

Befolkningens fordeling efter alder (over eller under 15 år) og bopæl (by, bymæssig bebyggelse, land). Den siden 1921 stedfundne udvikling og den sandsynlige fremtidige udvikling.

	1921	1930	1935	1940	1945	1950	1955	1960	1965	1970
Københavns kommune:										
Under 15 år.....	138.400	130.100	126.000	129.000	147.200	176.500	184.700	179.200	164.700	170.200
15 år og derover....	421.400	486.400	540.300	571.200	584.500	591.200	599.900	618.200	646.500	661.100
Ialt ...	559.800	616.500	666.300	700.200	731.700	767.700	784.600	797.400	811.200	831.300
Frederiksberg komm.* og Kbhvns. amtsrkr.:										
Under 15 år.....	66.800	55.700	59.400	66.700	78.000	98.400	123.800	144.400	159.700	176.300
15 år og derover....	191.400	192.200	232.700	265.700	280.500	315.500	363.600	407.100	454.300	509.200
Ialt...	258.200	247.900	292.100	332.400	358.400	413.900	487.400	551.500	614.000	685.500
Provinsbyer m. over 2500 indb. og komm. m. forst. og bym. beb. m. over 2500 indb.:										
Under 15 år.....	193.000	223.700	243.100	251.900	301.900	358.400	394.400	426.700	460.400	500.300
15 år og derover....	522.000	604.900	729.400	797.700	859.200	921.500	1014.100	1097.100	1184.000	1286.600
Ialt...	715.000	828.600	972.500	1049.600	1161.100	1279.900	1408.500	1523.800	1644.400	1786.900
Hele landet undt.* ovenstående dele:										
Under 15 år.....	617.900	563.600	512.400	473.800	469.800	472.900	502.000	465.100	421.500	407.400
15 år og derover....	1107.400	1286.000	1258.600	1287.800	1319.700	1317.100	1281.500	1288.200	1286.300	1267.100
Ialt...	1725.300	1849.600	1771.000	1761.600	1789.500	1790.000	1783.500	1753.300	1707.800	1674.500
Hele landet:										
Under 15 år.....	1016.100	973.100	940.900	921.400	996.900	1106.200	1204.900	1215.400	1206.300	1254.200
15 år og derover....	2242.200	2569.500	2761.000	2922.400	3043.900	3145.300	3259.100	3410.600	3571.100	3724.000
Ialt...	3258.300	3542.600	3701.900	3843.800	4040.800	4251.500	4464.000	4626.000	4777.400	4978.200

* Tallene for 1921 omfatter både København og Roskilde amtsrådskreds. Aldersfordelingen findes kun opgjort for de to amtsrådskredse under eet.

Tabe

Patienterne på sindssygehospitalet ved Aarhus den $^{28}/_{1}$ 195

Alder	Dementia paralyt.		Senile		Epilepsi		Andre organ.		Skizofreni		Man.depr.		Psykogen psykose	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.
10—14 . .													1	
15—19 . .									3	1	2	3		2
20—24 . .									11	3	1	3	2	1
25—29 . .									11	8	1	1	3	1
30—34 . .					1		2		18	12	2	3	1	3
35—39 . .					2				26	23	4	5	2	5
40—44 . .					4		4	1	22	25	12	9	3	7
45—49 . .	2				2		1		38	27	7	6	3	4
50—54 . .	2			1		1		2	35	32	8	7	3	3
55—59 . .	5	3	1	4			3		21	28	7	13	1	1
60—64 . .	7	1	3	1		1		1	24	25	6	15		2
65—69 . .	1	1	4	2			1	1	6	16	7	13		
70—74 . .			9	5					4	7	7	7		
75—79 . .			4	7					2	1		2		
80—84 . .			7	3					1	2				
85—89 . .			4	3										
90—94 . .										1				
Ialt	17	5	32	26	9	2	11	5	222	211	64	87	19	29
M.+K. . .	22		58		11		16		433		151		48	
%.	4,1	1,2	7,6	6,2	2,1	0,5	2,6	1,2	53,0	50,5	15,3	20,8	4,5	6,9
	2,6		6,9		1,3		1,9		51,7		18,0		5,7	

7

fordelt efter køn, alder og diagnose.

Neuroser		Psykopati		Alkohol.		Narkomani		Retsl. obs.		Åndssv.		Ialt		
M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.	K.	M.+K.
	1											1	1	2
1	1										2	6	9	15
1	1		2							1		16	10	26
	1	2	2					3			2	20	15	35
	1	3	4	2						3		32	23	55
	2	2	4	3		3					2	42	41	83
	1	2	2	2		1				2	2	52	47	99
	3	2	3	2				1		1	3	59	46	105
1	1	1	4	1		1					1	52	52	104
1		1	1	1			2				1	41	53	94
											1	40	47	87
											1	19	34	53
		1									2	21	21	42
												6	10	16
												8	5	13
												4	3	7
												0	1	1
4	12	14	22	11	0	5	2	4	0	7	17	419	418	837
16		36		11		7		4		24		837		
1,0	2,9	3,3	5,3	2,6	0,0	1,2	0,5	1,0	0,0	1,7	4,1	100,0	100,1	
1,9		4,3		1,3		0,8		0,5		2,9		99,8		

Tabel 8

Indlæggelser fra Gentofte, Hvidovre og Rødovre kommuner i 1949—52.

a) *Rigshospitalets psykiatriske afdeling:*

	1949	1950	1951	1952	1949—52	Gennem-snit pr. år	Folketal pr. 7/11 1950	Indl. pr. år pr. 100000 indbyggere
Gentofte. . .	95	60	84	60	299	75	87 803	85
Hvidovre . .	49	56	69	48	222	56	23 163	235
Rødovre. . .	38	44	44	30	156	39	18 704	209

(Faldet i indlæggelsestallene for 1952 skyldes en ny visitationsordning, efter hvilken en del af de patienter, der primært er blevet indlagt på Bispebjergs hospitals forgiftningscentral, nu ikke — som tidligere — efter endt behandling overflyttes til Rigshospitalet, men derimod til Københavns amtssygehus).

Sindssygehospitalet i Nykøbing S.:

	1949	1950	1951	1952	1949—52	Gennem-snit pr. år	Indl. pr. år pr. 100000 indbyggere
Gentofte	27	33	50	70	180	45	51
Hvidovre. .	10	7	9	21	47	12	51
Rødovre	5	6	11	13	35	9	47

Tabel 9

Indlæggelser på Sindssygehospitalet ved Aarhus fra henholdsvis Aalborg og Skanderborg + Aarhus amter, beregnet pr. 100 000 indbyggere i pågældende områder.

	Aalborg amt		Skanderborg + Aarhus amter	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
1921	45,4	54,0	80,3	65,9
1930	56,4	57,8	62,3	70,3
1935	60,0	42,2	54,6	57,5
1940	70,3	55,5	77,8	96,4
1945	61,9	84,1	131,6	125,6
1950	67,9	97,5	134,1	146,6

Det fremgår, at indlæggelsesfrekvensen er væsentlig større fra de dele af landområdet, der ligger nær ved hospitalet, end fra de fjernereliggende.

Tabel 10

Indlæggelser fra Sønderborg amt 1922—42 (i relation til samtlige indlæggelser på statens sindssygehospitaler) før og efter åbningen af sindssygehospitalet i Augustenborg d. $^1/_4$ 1932.

Finansår:	A Samtlige indl.		B Indl. fra Sønderborg amt		C (B i % af A)	
1922—23	905		6		0,7	
23—24	1137		12		1,1	
24—25	1092		10		0,9	
25—26	1033		9		0,9	
26—27	1005		15		1,5	
27—28	1089	11 146	16	137	1,5	1,23 %
28—29	1142		9		0,8	
29—30	1274		24		1,9	
30—31	1237		17		1,4	
31—32	1232		19		1,6	
$^1/_4$-32						
32—33	*1779		46		2,6	
33—34	1666		33		2,0	
34—35	1589		30		1,9	
35—36	1646		35		2,1	
36—37	1799		33		1,8	
37—38	1972	18 931	44	389	2,2	2,05 %
38—39	2174		49		2,3	
39—40	2233		44		1,9	
40—41	2057		36		1,8	
41—42	2016		39		1,9	

* foruden 212 overflytninger til Augustenborg.

Tabel 11

		Gnstl. rejsetid*) til sindssygehospitalet	Rejsetid*) fra fjernestliggende bysamfund til sindssygehospitalet
Sindssygehospitalet i Nykøbing Sj.	Københavns amtsrkr.	4,00	4,10 Vedbæk
	Roskilde »	2,54	4,07 Køge
	Frederiksborg »	3,16	3,43 Helsingør
	Holbæk »	2,05	2,37 Høng
Sindssygehospitalet ved Vordingborg	Sorø »	2,34	3,39 Nyrup
	Præstø »	1,06	4,14 Lellinge
	Frederiksberg komm.	2,36	2,36 Frederiksberg
	Bornholms amtsrkr.	12,14	13,18 Svaneke
	Maribo »	1,48	2,49 Nakskov
Sindssygehospitalet i Middelfart	Svendborg »	3,15	3,14 Skaarup
	Odense »	1,10	2,17 Mesinge
	Assens »	0,50	1,46 Glamsbjerg
	Del af Vejle »	1,13	3,52 Brande
	Del af Ribe »	2,56	3,02 Grindsted
Sindssygehospitalet ved Aarhus	Skanderborg »	1,11	2,15 Ejstrupholm
	Aarhus »	0,38	1,27 Hundslund
	Randers »	1,48	3,51 Hobro
	Samsø »	2,36	
	Aalborg »	4,48	5,38 Aabybro
Sindssygehospitalet i Viborg	Viborg »	0,54	1,56 Glyngøre
	Ringkøbing »	2,07	3,18 Tarm
	Hjørring »	4,54	6,58 Skagen
	Thisted »	3,41	5,07 Klitmøller
Sindssygehospitalet i Vedsted	Del af Ribe »	1,41	4,58 Nr. Nebel
	Del af Tønder »	0,32	0,22 Skærbæk
Sindssygehospitalet i Augustenborg	Del af Tønder »	3,38	4,20 Højer
	Sønderborg »	0,31	1,25 Nordborg
	Del af Ribe »	4,28	5,14 Bække
	Aabenraa »	1,45	3,00 Hellevad
	Haderslev »	3,50	6,55 Skodborg
	Del af Vejle »	4,03	4,03 Kolding

*) Angivet i timer og minutter.

Tabel 12

Beregnet antal pladser pr. amt på psykiatriske modtageafdelinger, såfremt der skal skaffes samme antal pladser pr. 100.000 personer på 15 år og derover, som der findes i Københavns kommune i 1950 (d. v. s. 62 pladser pr. 100.000).

	1955	1960	1965	1970
Københavns amtsrådskreds	225	252	282	316
Roskilde »	35	36	39	42
Frederiksborg amt	68	73	80	87
Holbæk »	59	60	60	60
Sorø »	58	60	62	63
Præstø »	56	57	60	61
Bornholms »	22	22	23	23
Maribo »	63	63	63	63
Svendborg »	70	71	73	74
Odense amtsrådskreds	88	93	98	103
Assens »	27	27	28	29
Vejle amt	93	97	102	107
Skanderborg »	64	68	71	74
Aarhus »	94	99	105	111
Randers »	77	80	81	82
Aalborg »	106	111	114	117
Hjørring »	78	81	83	84
Thisted »	40	42	41	42
Viborg »	67	67	69	71
Ringkøbing »	85	90	94	98
Ribe »	77	81	84	87
Haderslev »	32	33	34	35
Aabenraa »	22	23	23	24
Sønderborg »	22	23	25	26
Tønder »	19	19	20	20
Hele landet, undtagen København.....	1647	1728	1814	1899

Tabel 13

Gennemsnitligt dagligt patienttal i finansåret 1950—51.

	Folketal i landområdet pr. $^{7}/_{11}$ 1950	Hospitalet			Plejehjem			Familiepleje		Ialt	
		Normeret	Faktisk	‰	Normeret	Faktisk	‰	Faktisk	‰	Faktisk	‰
Aarhus	732.182	710	829	*1,13*	254	250	*0,34*	370	*0,51*	1.449	*1,98*
Vordingborg	551.303	845	857	*1,56*	450	447	*0,81*	117	*0,21*	1.421	*2,58*
Viborg	600.235	973	1.032	*1,72*	204	202	*0,34*	124	*0,21*	1.358	*2,26*
Middelfart	567.445	1.047	1.046	*1,84*	124	123	*0,22*	99	*0,18*	1.268	*2,23*
Nykøbing	657.187	891	971	*1,48*	220	220	*0,33*	117	*0,18*	1.308	*1,99*
Vedsted	149.752	262	244	*1,63*	0	0		51	*0,34*	295	*1,97*
Augustenborg	255.066	480	482	*1,89*	0	0		39	*0,15*	521	*2,04*
Tilsammen	3.513.170	5.208	5.461	*1,55*	1.252	1.242	*0,35*	917	*0,26*	7.620	*2,17*

Promilletallene er de faktiske patienttal i relation til folketallene.

Tabel 14

Sindssygehospitalernes landområder.

	Folketal $^{7}/_{11}$ 1950
1. Sindssygehospitalet i Nykøbing på Sjælland.[1]) Holbæk amt undt. Samsø, Frederiksborg amt, Københavns amt undt. Frederiksberg kommune	657 187
2. Sindssygehospitalet i Vordingborg. Sorø amt, Præstø amt, Maribo amt, Bornholms amt, Frederiksberg kommune	551 303
3. Sindssygehospitalet i Middelfart. Odense amt, Svendborg amt, Vejle amt undt. Kolding kbst. og Nørre Tyrstrup herred, Slavgs herred af Ribe amt	567 445
4. Sindssygehospitalet ved Aarhus. Aarhus amt, Skanderborg amt, Randers amt, Aalborg amt, Samsø af Holbæk amt	732 182
5. Sindssygehospitalet i Viborg. Viborg amt, Hjørring amt, Thisted amt, Ringkøbing amt	600 235
6. Sindssygehospitalet i Vedsted. Ribe amt undt. Andst og Slavgs herreder og Vejen kommune, Hviding herred af Tønder amt	149 752
7. Sindssygehospitalet i Augustenborg. Haderslev amt, Aabenraa-Sønderborg amt, Tønder amt undt. Hviding herred, Kolding kbst. og Nørre Tyrstrup herred af Vejle amt, Andst herred og Vejen kommune af Ribe amt	255 066
Tilsammen	3 513 170

[1]) Til området hører desuden Færøerne, hvis folketal, der pr. 31. december 1950 udgjorde 31664 personer, ikke er medregnet i områdets folketal.

Tabel 15

Befolkningsforholdenes udvikling i sindssygehospitalernes landområder i perioden 1950—1970.

	Antal indbyggere på 15 år og derover i de nuv. sindssygehospitalers landområder:					Tilvækst 1950—55		Tilvækst 1955—60		Tilvækst 1960—65		Tilvækst 1965—70		Tilvækst 1950—70	
	1950	1955	1960	1965	1970	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%	Abs.	%
Nykøb.	477.500	519.600	562.800	613.000	669.200	42.100	8,8	43.200	8,3	50.200	8,0	56.200	9,2	191.700	40,2
Vord...	406.800	421.500	439.500	459.000	478.000	14.700	3,6	18.000	4,3	19.500	4,4	19.000	4,3	71.200	17,5
Midd...	415.900	426.100	442.900	461.700	480.100	10.200	2,5	16.800	3,9	18.800	4,2	18.400	4,0	64.200	15,5
Aarhus.	535.100	555.100	582.500	604.000	624.800	20.000	3,7	27.400	4,9	21.500	3,7	20.800	3,4	89.700	16,8
Viborg.	426.500	436.000	451.400	462.800	475.000	9.500	2,2	15.400	3,5	11.400	2,5	12.200	2,6	48.500	11,3
Vedsted	106.300	109.800	114.800	119.100	123.200	3.500	3,3	5.000	4,6	4.300	3,7	4.100	3,4	16.900	15,9
Augb...	186.000	191.200	198.500	204.900	212.700	5.200	2,8	7.300	3,8	6.400	3,2	7.800	3,8	26.700	14,4
Tils....	2.554.100	2.659.300	2.792.400	2.924.500	3.063.000	105.200	4,1	133.100	5,0	132.100	4,7	138.500	4,7	508.900	19,9

Udkast til forslag til lov om opførelse af psykiatriske hospitaler i Odense, Hillerød, Hjørring, Kolding og Københavns amt samt om opførelse af foehandlingsafsnit ved det psykiatriske hospital ved Århus.

§ 1.

De staten tilhørende sindssygehospitaler betegnes fremtidig som psykiatriske hospitaler.

§ 2.

Til opførelse af et psykiatrisk hospital i Odense kommune kan anvendes et beløb af indtil 24.000.000 kr.

§ 3.

Til opførelse af et psykiatrisk hospital i Hillerød kommune samt et plejehjem for psykiatriske patienter sammesteds kan anvendes beløb af indtil henholdsvis 23.000.000 og 4.500.000 kr.

§ 4.

Til opførelse af et psykiatrisk hospital i Hjørring kommune kan anvendes et beløb af indtil 21.000.000 kr.

§ 5.

Til opførelse af et psykiatrisk hospital i Kolding kommune kan anvendes et beløb af indtil 21.000.000 kr.

Til opførelse af et psykiatrisk hospital i Københavns amt kan anvendes et beløb af indtil 21.000.000 kr.

§ 7.

Til opførelse af en behandlingsbygning med dertil knyttede sengeafsnit ved det psykiatriske hospital ved Århus kan anvendes et beløb af indtil 8.500.000 kr.

Indenrigsministeren bemyndiges til ved køb eller ekspropriation at erhverve de til de fornævnte hospitaler nødvendige arealer i de vedkommende kommuner.

§ 9.

De endelige bevillinger til de fornævnte byggearbejder samt til montering af bygningerne søges på de årlige finanslove.

(Belob er anført i millioner kr. med 1 decimal).

			1956/57	57/58	58/59	59/60
I. Loven af $^{31}/_{3}$ 1953						
Pl.hj. i Ballerup	færdig ca. $^{1}/_{4}$ 57	Rest 4,2	3,2	1,0		
- i Viborg	- - $^{1}/_{4}$ 57	- 4,0	4,0			
Sh. i Brønderslev	- - $^{1}/_{10}$ 57	- 11,6	7,0	4,6		
- i Viborg modern		19,7	2,0	3,0	5,0	5,0
- i Glostrup		21,0	1,5	7,0	7,0	5,5
- v. Aarhus, børnepsyk...		3,5	0,5	1,5	1,5	
- i Aalborg		15,0		1,5	4,0	4,0
		79,0				
II. Betænkningens lovforslag						
Sh. i Odense	24,0					1,0
Sh. og pl.hj. i Hillerød	27,5					
Sh. i Hjørring	21,0					
- i Københavns amt I	21,0					
- i Kolding	21,0					
- v. Aarhus, behdl. m. m.	8,5				1,0	3,0
		123,0				
III. Iøvrigt						
Pl.hj. i Aalborg	10,0					
Sh. i Vordingborg mod.	11,3			0,3	0,5	0,5
- i Nykøbing Sj. -	9,0					
- i Esbjerg	23,0					
Pl.hj. i Vejle	4,5					
- i Odense	8,0					
- i Gladsaxe	8,5					
Sh. i Augustenborg mod. ...	3,0					
- i Horsens	8,0					
- i Vedsted mod.	2,0					
- v. Aarhus »	4,5					
- i Middelfart mod.	10,0					
Pl.hj. i Risskov	4,5					
Sh. i Københavns amt II ...	21,0					
		127,3				
Div. årlige udgifter på finansloven			1,0	1,0	1,0	1,0
			19,2	19,9	20,0	20,0

60/61	61/62	62/63	63/64	64/65	65/66	66/67	67/68	68 /69	69/70	70/71	71/72	72/73	73/74
4,7													
5.5													
3,5	7,0	7,0	5,5										
1,3	5,5	7,0	8,0	5,7									
	1,0	1,0	3,0	8,0	8,0								
				1,3	7,0	7,0	5,7						
				3,0	5,0	6,0	5,0	2,0					
3,0	1,5												
	2,0	4,0	2,0	2,0									
1,0					1,0	3,0	3,0	2,0					
1,0	3,0	2,0	2,0	1,0									
					1,0	4,0	7,0	7,0	4,0				
										1,0	2,0	1,5	
								2,0	3,0	3,0			
								2,0	3,0	3,5			
						1,0	1,0	1,0					
							0,3	4,0	3,7				
									0,3	1,0	0,7		
								1,0	2,5	1,0			
											1,0	4,0	5,0
										1,5	2,0	1,0	
										1,0	6,0	7,0	7,0
1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
21,0	21,0	22,0	21,5	22,0	23,0	22,0	23,0	22,0	17,5	13,0	12,7	14,5	13,0

	De enkelte amters og områders pladsbehov 1950 amt	1950 område ca.	1970 område ca.	Hospital	Pladser til rådigh. når loven af 31/3 53 er effektueret og modernisering foretaget.		Herefter mangler i 1970: cirka	57/58	58/59	59/60
Københv. (÷Frb.)	789									
Fr.berg	298			Nykøbg. Sj. *)	650					
Fr.borg	369	1950	2750	Holbæk	232					
Roskilde	192			Ballerup	250	1528	1200			
Holbæk	298			Glostrup	396					
Sorø	315			Vordingb. *)	650					
Præstø	308	960	1100	Sorø	128	1094		Deling m.v.sh. i		
Maribo	338			Saxk. + Stege	316		250			
Bornholm	120	120	150							
Færøerne	79	80	100							
	3106	3100	4100		2622		1450			

*) ind. familiepleje.

1. kolonne angiver pladsbehovet for hver enkelt amt i 1950.

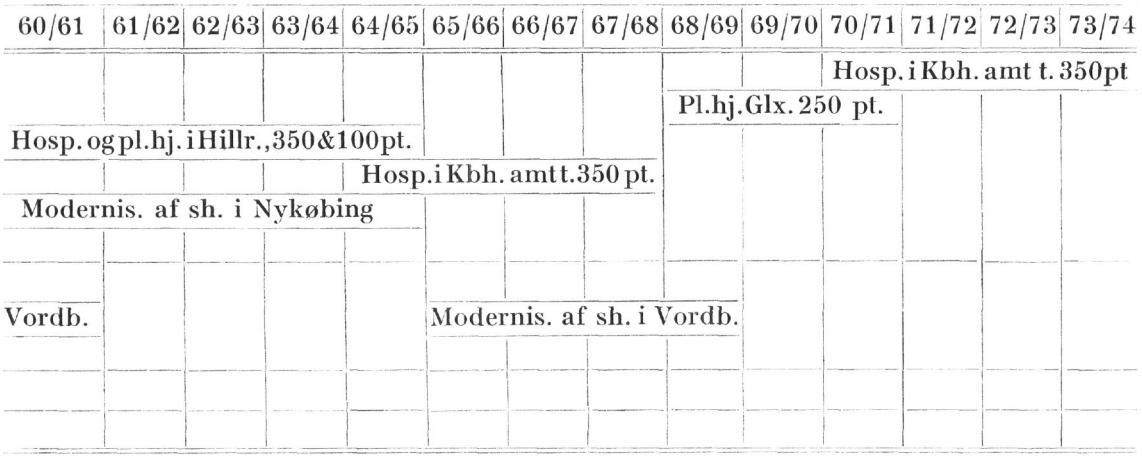
I 2. kolonne angives behovene for større områder, der er sammensat således, at de udgør naturlige oplande for bestående og planlagte hospitaler.

3. kolonne angiver disse områders sandsynlige pladsbehov i 1970.

Når denne kolonnes tal sammenholdes med 4. og 5. kolonne fås som resultat 6. kolonne, der viser, hvor mange pladser, der vil mangle i 1970.

Storebælt

Forslag for perioden 1957/58—1975/76



I diagrammet til højre er derefter angivet, hvorledes sindssygevæsenets kapacitet kan udvides og ændres med størst mulig hensyntagen til pladsbehovets geografiske og tidsmæssige fordeling. I denne opstilling opererer man med den længerevarende byggeperiode, hvori kommissionen har taget sit udgangspunkt (indtil 1975/76).

Det forudsættes, at der udover de nævnte pladser tilvejebringes 150 pladser på et sindssygehospital på Færøerne.

Rækkefølgen af de indenfor Københavns amt placerede hospitaler afhænger af amtets byggeplaner.

	De enkelte amters og områders pladsbehov			Hospital*)	Pladser til rådigh., når loven af 31/3 53 er effektueret og modernisering foretaget	Herefter mangler i 1970:			
	1950	1950	1970						
	amt	område ca.	ca.			cirka	57/58	58/59	59/60
Thisted	220								
Viborg	390	1080	1200	Viborg	1128	70			
Ringkøbing	468								
Hjørring	425			Brøndersl.					
Aalborg	563	1000	1150	Aalborg	556	600			
Randers	418							Modern af	
Aarhus (+ Samsø)	513	1270	1500	Aarhus	1202	300			
Skanderb.	335								
Vejle	503								
Svendborg	375	1500	1750	Middelfart	923	830			
Odense	615								
Haderslev	173								
Aabenr.–Sønderb.	235	520	600	Augustenb.	420	180			
Tønder	105								
Ribe	428	430	500	Vedsted	222	280			
	5766	5800	6700		4451	2250			

*) incl. plejehjem og familiepleje. (Se i betænkningens kapitel III angående den usikkerhed, hvormed familieplejetallene er behæftede).

1. kolonne angiver pladsbehovet for hvert enkelt amt i 1950.

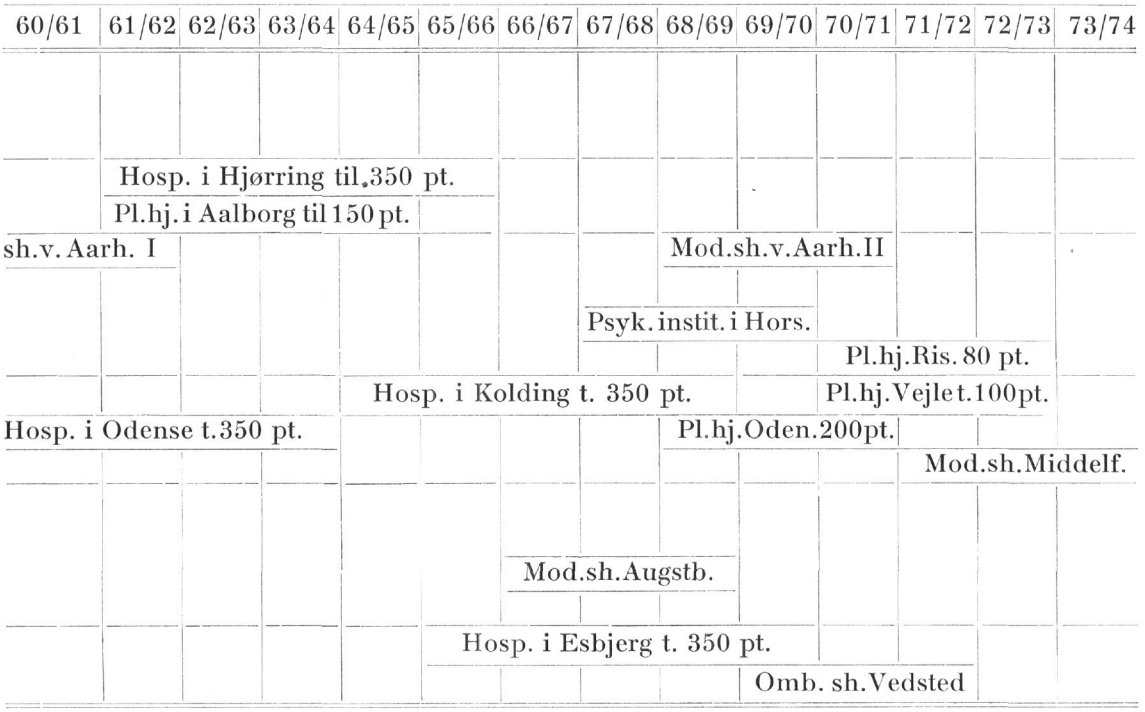
I 2. kolonne angives behovene for større områder, der er sammensat således, at de udgør naturlige oplande for bestående og planlagte hospitaler.

3. kolonne angiver disse områders sandsynlige pladsbehov i 1970.

Når denne kolonnes tal sammenholdes med 4. kolonne, fås som resultat 5. kolonne, der viser, hvor mange pladser, der vil mangle i 1970.

Storebælt

Forslag for perioden 1957/58—1975/76



I diagrammet til højre er derefter angivet, hvorledes sindssygevæsenets kapacitet kan udvides og ændres med størst mulige hensyntagen til pladsbehovets geografiske og tidsmæssige fordeling. I denne opstilling opererer man med den længerevarende byggeperiode, hvori kommissionen har taget sit udgangspunkt (indtil 1975/76).

I perioden må udover det anførte påregnes en eventuel udvidelse af hospitalet i Brønderslev og måske også plejehjemmet i Risskov.

Iværksættelsestidspunkterne for hospitalsplanerne, specielt i Horsens og Hjørring, vil være afhængige af de lokale sygehusvæseners byggeplaner.

Bilag I.

Bemærkninger til kommissions-betænkningens afsnit om anvendelse af psykologer indenfor det psykiatriske arbejde

Af professor, dr. med. VILLARS LUNN.

Der er ved sindssygehospitalerne (og de psykiatriske klinikker) behov for de kliniske psykologers medvirken indenfor følgende områder: 1. Det diagnostiske arbejde. 2. Det terapeutiske arbejde. 3. Forskningen. Hertil kommer i den udstrækning hospitalerne er villige til at bidrage til de lægevidenskabeligt studerendes uddannelse (den obligatoriske praktikanttjeneste i psykiatri) — psykologernes deltagelse i undervisningsarbejdet.

Med hensyn til psykologernes bidrag til den *psykiatriske diagnostik* drejer det sig i praksis om administration af de psykologiske tests.

Den psykologiske testning, som tilstræber en objektivisering og i begrænset omfang også en kvantificering af de sjælelige fænomener, indgår i dag som et nødvendigt led i den psykiatriske tilstandsbeskrivelse og personlighedsbeskrivelse; dens udsagn er i en række tilfælde af afgørende betydning, ikke blot for de pågældende patienters rette placering, men også — og især — for iværksættelsen af en rationel behandling.

Når testningen gennem de sidste årtier har erhvervet sig denne fremtrædende plads indenfor den psykiatriske diagnostik, beror dette i en vis grad på den stedfundne udbygning og differentiering af de klassiske metoder til intelligensbestemmelse; — men navnlig på udviklingen af de såkaldte personlighedstests og her igen i første række på indførelsen af de såkaldte projective testmetoder, hvoraf Rorschach-testen er den bedst kendte. Værdien af disse tests beror derpå, at de i visse tilfælde kan formidle en indsigt i den pågældende persons »ubevidste« sjælelige tendenser og latente handlingsmuligheder, som ikke, eller kun yderst vanskeligt, lader sig erhverve ud fra en iagttagelse af hans manifeste adfærd og bevidste reaktioner. Udover at tjene objektiviseringens formål er det herved lykkedes den psykologiske testning på en principiel ny måde at supplere den kliniske tilstands- og personlighedsbeskrivelse.

Den stedfundne udvikling af den psykologiske testnings teori og praksis har naturligt medført — og vil i den kommende tid yderligere medføre — at der til den, der skal administrere disse tests, stilles krav om en meget speciel viden og erfaring. I vid udstrækning — nemlig forsåvidt angår den normale psykologis almindelige lærestof (herunder specielt tænkningens normalpsykologi), den experimentelle psykologis metode og den statistiske metode i psykologien — vil *psykologistudiet* tjene som det naturlige grundlag for erhvervelsen af en sådan viden, mens det omvendt gælder, at det lægevidenskabelige studium og den klinisk-psykiatriske specialuddannelse kun i begrænset omfang vil tilvejebringe de fornødne forudsætninger. Hertil kommer, at der for kritisk at kunne vurdere testningens udsagn kræves en erfaring, som kun opnås gennem daglig intensiv beskæftigelse med denne opgave, og hvis erhvervelse derfor er praktisk uforenelig med klinisk, lægeligt arbejde.

Af disse grunde er det i dag et selvfølgeligt krav, at der til sindssygehospi-

talerne og de psykiatriske klinikker knyttes kliniske psykologer i fornødent omfang.

Således som psykologi-studiet for tiden er anlagt, må det som nævnt skønnes egnet til at bibringe de studerende et tilfredsstillende *teoretisk* grundlag for deres eventuelle senere virke som hospitalspsykologer. Derimod omfatter studiet i dets nuværende form ingen *praktisk-klinisk* uddannelse, ligesom undervisningen i den *specielle testpsykologi* er af begrænset omfang. Cand. psyeh.-examen kvalificerer derfor ikke som sådan til stillingen som hospitalspsykolog. For at opnå en sådan stilling kræves for tiden yderligere eet års praktikant tjeneste ved hospitalsafdeling (resp. poliklinik eller rådgivningsklinik), ligesom kandidaterne må gennemgå et af Dansk Psykologforening tilrettelagt kursus i Rorschach-testning. Alligevel kan de kliniske psykologers uddannelsesmuligheder næppe betegnes som fuldt tilfredsstillende. I erkendelse heraf vil der — gennem et samarbejde mellem Dansk Psykologforening og Rigshospitalets psykiatriske klinik — i januar 1956 blive oprettet et kursus for kliniske hospitalspsykologer. Kurset vil strække sig over 3 semestre (med 5 ugentlige timer) og vil ligeligt omfatte teoretisk undervisning i personlighedspsykologi og testpsykologi og praktisk undervisning i testadministration og personlighedsbeskrivelse. I forbindelse hermed skal opmærksomheden henledes på, at det filosofiske fakultet ved Københavns universitet har vedtaget et forslag til en ændring af den psykologiske studieplan. Efter dette forslag gives der de studerende mulighed for, inden embedsexamen, at vælge »speciale« — herunder også specialet: klinisk psykologi. Man må således påregne, at de kliniske psykologers såvel teoretiske som praktiske uddannelse i den kommende tid vil komme ind under fastere rammer, end hvad tilfældet hidtil har været.

Spørgsmålet om psykologernes deltagelse i *patientbehandlingen* har mange steder i udlandet, især i U.S.A. og Sverige — i mindre grad også her i landet — været genstand for principiel diskussion af en vis skarphed. I den udstrækning denne diskussion vedrører den *ekstramurale* psykologisk-psykiatriske virksomhed — hvor grænsedragningen mellem psykologisk rådgivning og psykiatrisk terapi kan være forbundet med principielle vanskeligheder — er den uden interesse for det aktuelle emne, som vedrører *hospitalspsykologernes* virksomhedsområde. For disses vedkommende ligger sagen principielt ganske klar: Det drejer sig på hospitalerne om behandling af *syge* mennesker. At denne behandling må foregå under *lægeligt ansvar* og ud fra *lægelige direktiver,* kan ikke være tvivl underkastet. Det gælder overfor sjæleligt syge lige fuldt som overfor legemligt syge, at almenmedicinsk viden og orientering er den nødvendige forudsætning for at kunne instituere en terapi.

Når dette er sagt, må det imidlertid konstateres, at der indenfor det holdarbejde, som virksomheden på et sindssygehospital må være, naturligt vil tilfalde psykologen terapeutiske opgaver — nemlig sådanne, som hans specielle kvalifikationer tilsiger ham.

Det er i denne sammenhæng for det første værd at erindre sig, at grænsen mellem undersøgelse og behandling, når det gælder psykiatriske patienter, i mange tilfælde vil være flydende. Det simple psykiatriske interview vil således ofte — i kraft af den medmenneskelige kontakt og det umiddelbare tillidsforhold, det i mange tilfælde danner basis for — i sig selv tjene et behandlingsmæssigt formål. At det samme vil gøre sig gældende i den psykologiske testningssituation, hvor patienten i et ofte timelangt samvær — sig selv måske uafvidende — åbner sig overfor et andet menneske, er uden videre klart. Ved sin deltagelse i det diagnostiske arbejde vil psykologen således ikke kunne undgå

samtidig at yde bidrag til det terapeutiske.

I kraft af sine specielle kvalifikationer vil psykologen imidlertid også mere *direkte,* med udbytte, kunne inddrages i patientbehandlingen. Der tænkes her navnlig på den *psykoterapeutiske gruppebehandling* af visse kategorier af psykiatriske patienter, til hvis gennemførelse psykologen — ud fra sin viden om gruppepsykologi og socialpsykologi — erfaringsmæssigt sidder inde med særlige forudsætninger.

Endelig vil psykologen i enkelte tilfælde kunne tillægges opgaver indenfor den *individuelle psykoterapi.* På en hospitalsafdeling, hvor den enkelte patients behandling og tilstand til stadighed er genstand for drøftelser mellem det lægelige og ikke-lægelige personale, vil de principielle betænkeligheder herved i vid udstrækning være elimineret. Omvendt vil psykologerne ofte møde fuldt så vel rustet til en sådan opgave som de yngre medarbejdere blandt psykiaterne.

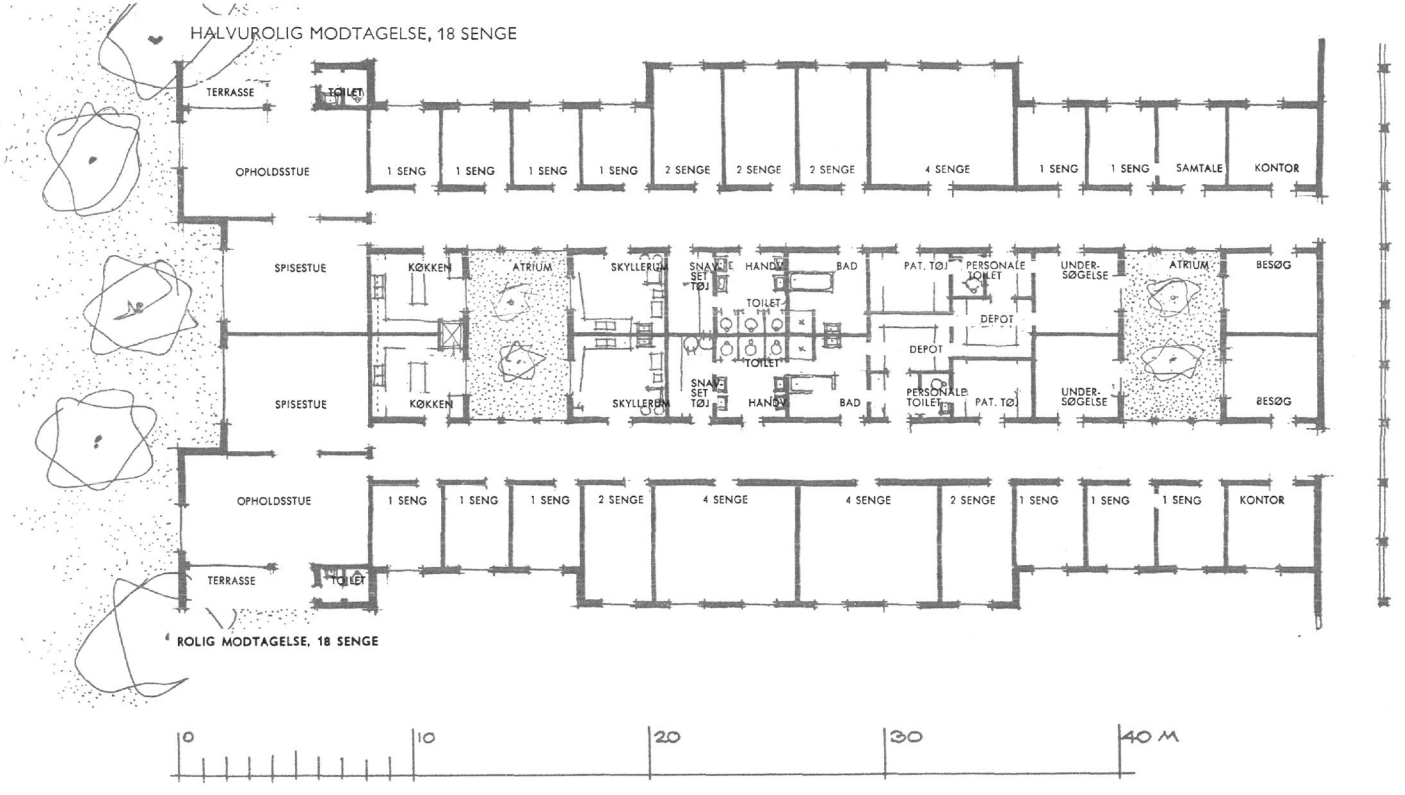
Når man overvejer hvorvidt, resp. i hvilken udstrækning, de kliniske psykologer bør inddrages i behandlingen af sindssygehospitalernes patienter, må det imidlertid fastslås, at dette spørgsmål rent praktisk er mindre aktuelt. Behovet for deres medvirken i det diagnostiske arbejde — den psykologiske testning — er så stort, at spørgsmålet om deres deltagelse i det terapeutiske arbejde indtil videre vil forblive af overvejende teoretisk interesse.

Med hensyn til psykologernes deltagelse i det til enhver tid på hospitalerne stedfindende *videnskabelige arbejde,* kan ifølge sagens natur ingen almindelige retningslinier opstilles. På grundlag af erfaringerne fra de steder, hvor kliniske psykologer allerede *er* indgået i et sådant samarbejde, kan det imidlertid konstateres, at de — specielt i kraft af deres kendskab til den experimentelle psykologis metoder og deres statistiske kundskaber — netop indenfor forskningsarbejdet på væsentlig måde supplerer den lægelige sagkundskab. Såvel for den kliniske som for den experimentelt betonede psykiatriske forskning er psykologisk medvirken i dag ofte en vigtig og i mange tilfælde en nødvendig forudsætning.

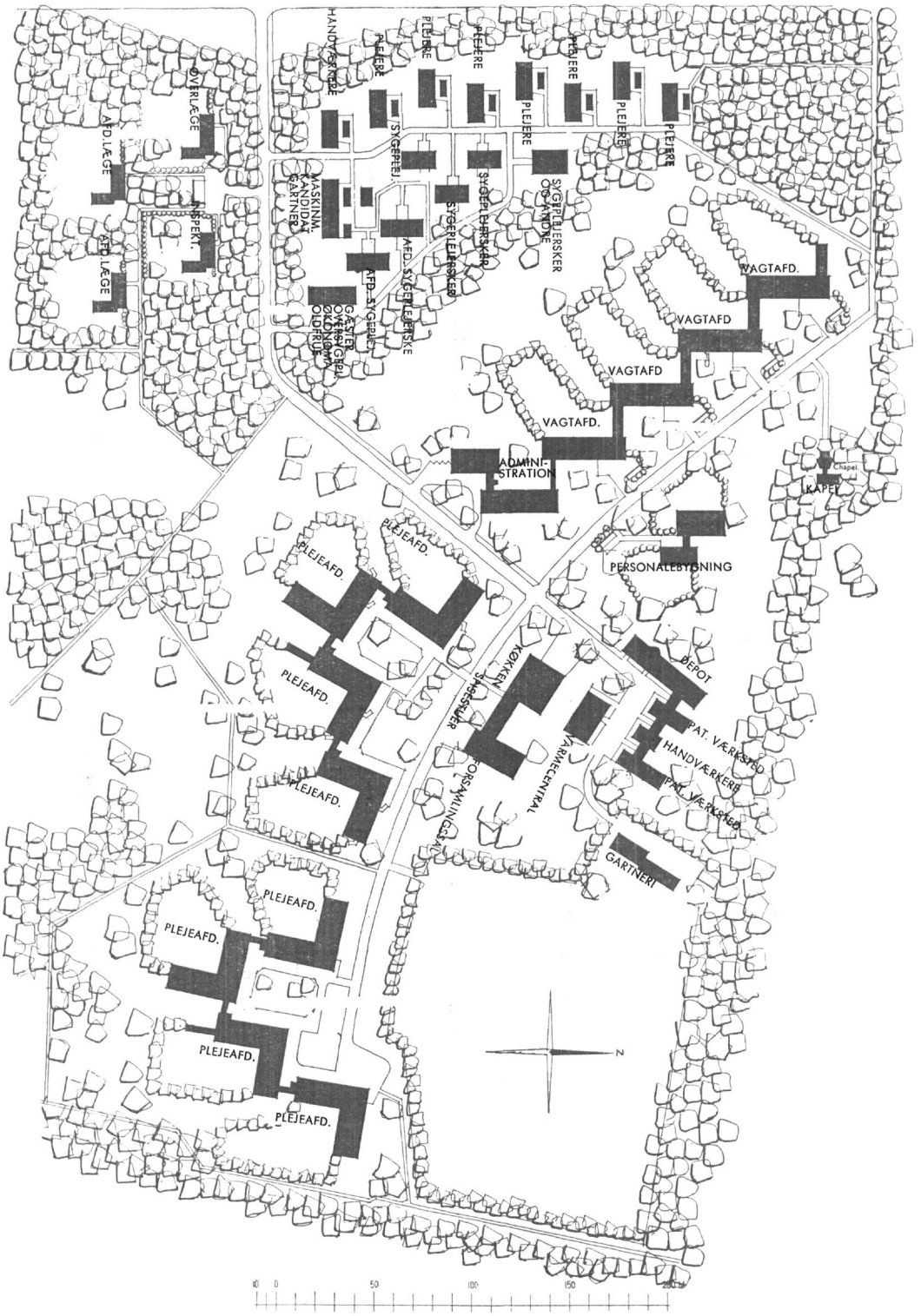
Hospitals- og afdelingstyper

1-5. Modtage- og sygeafdelinger. — 6-7. Arbejdsrum. — 8. Laboratorier og behandlingsrum. — 9-10. Lægekontorer m. v. — 11. Administrationskontorer. — 12. Auditorium. — 13. Tunnel til centralsygehus. — 14-15. Åbne og halvurolige afdelinger, kvinder. — 16-17. Åbne og halvurolige afdelinger, mænd. — 18-19. Halvurolige og urolige afdelinger, kvinder. — 20-21. Halvurolige og urolige afdelinger, mænd. — 22. Opholdsstue for rekonvalescenter. — 23. Rekonvalescentafdeling, mænd. — 24-25. Rekonvalescentafdelinger, kvinder. — 26-30. Boliger. — 31. Festsal. — 32. Personalespisestuer. — 33. Køkken. — 34. Depoter. — 35. Værksteder. — 36. Børnepsykiatrisk afdeling.

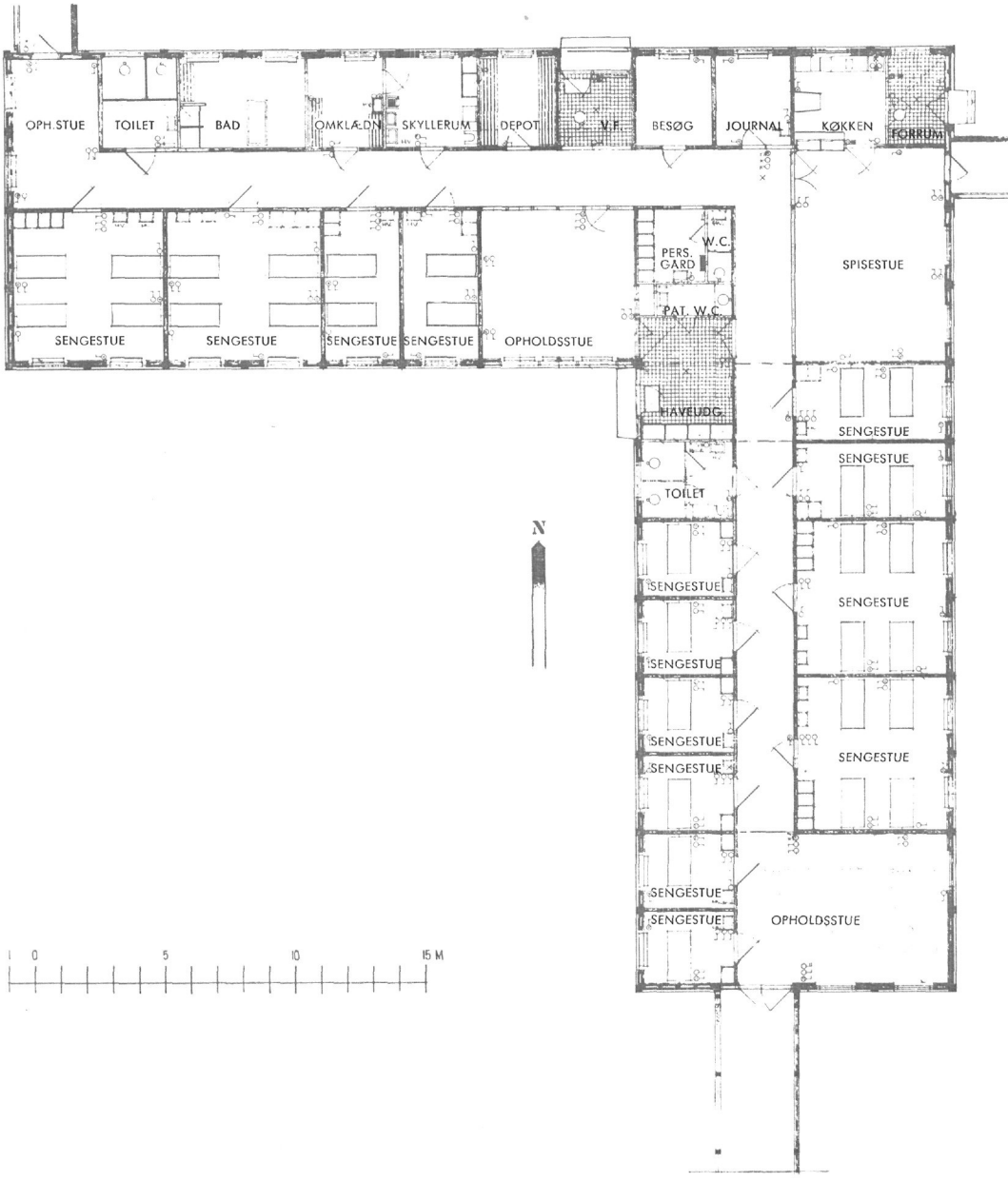
Sindssygehospitalet i Glostrup. Beliggenhedsplan. Arkitekt C. F. Møller.



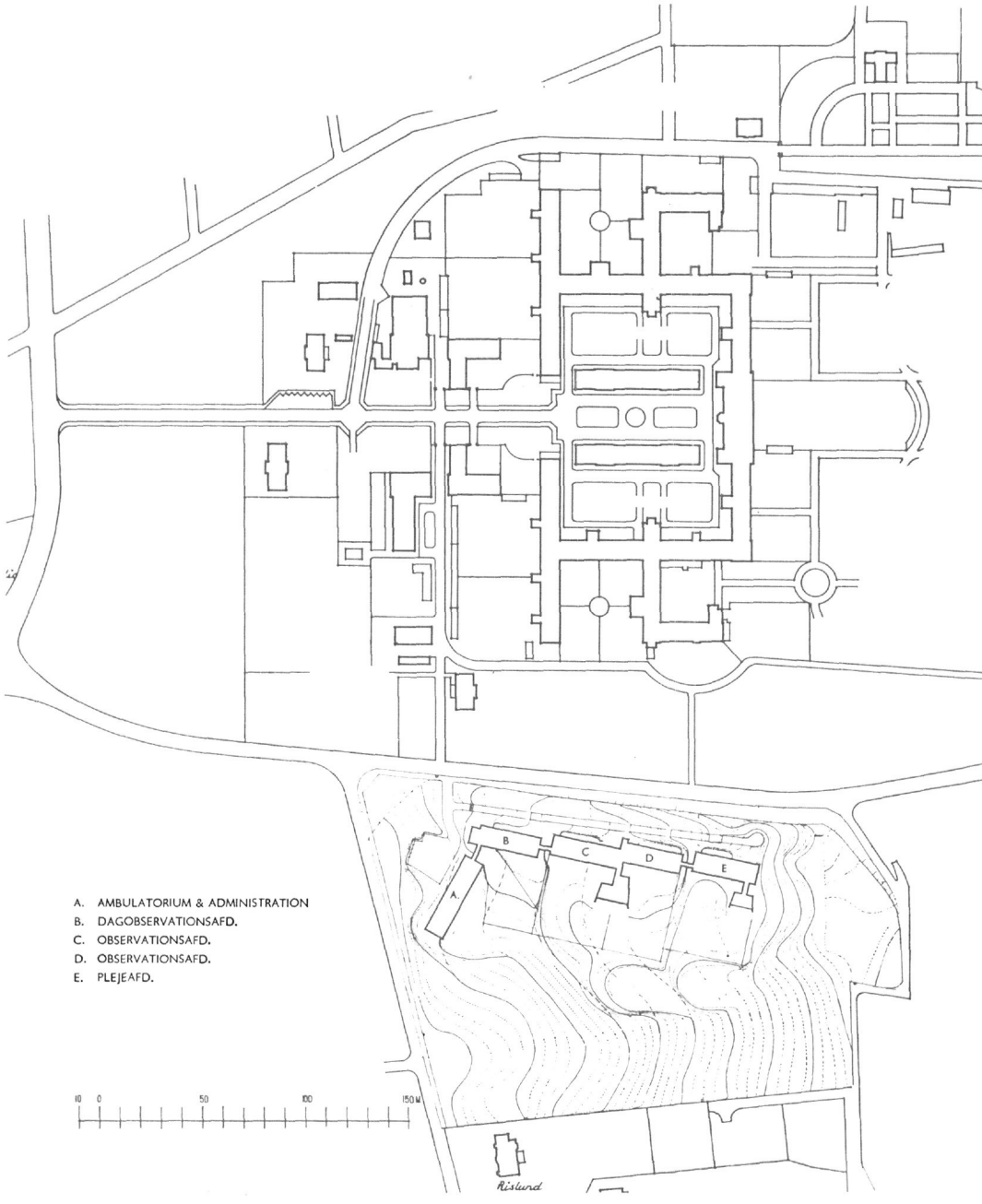
Sindssygehospitalet i Glostrup. Afdelingstype. Arkitekt: C. F. Møller.



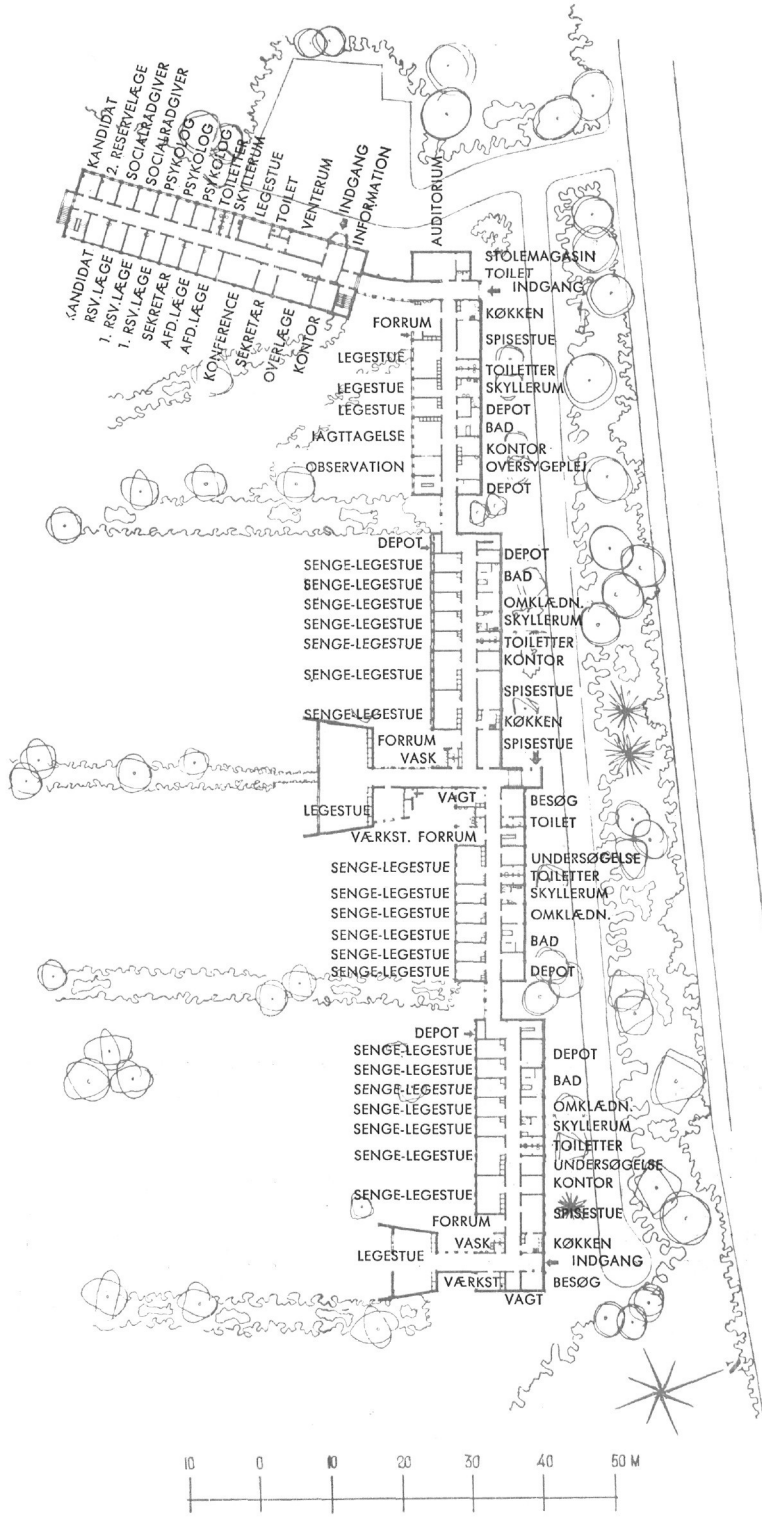
Sindssygehospitalet i Brønderslev. Beliggenhedsplan. Arkitekt: Poul Clausen.



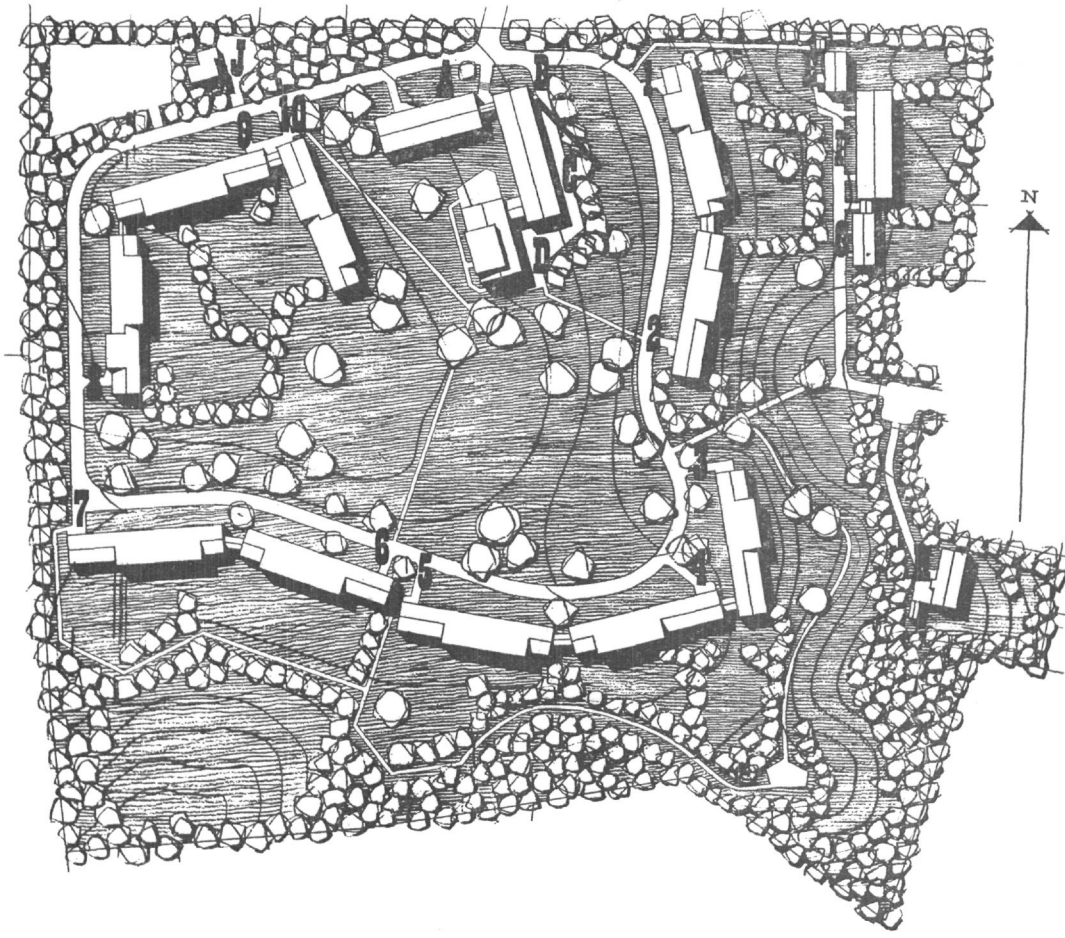
Sindssygehospitalet i Brønderslev.
Afdelingstype.
Arkitekt: Poul Clausen.



Sindssygehospitalet ved Århus. Børnepsykiatrisk afdeling.
Beliggenhedsplan.
Arkitekt: Poul Clausen.



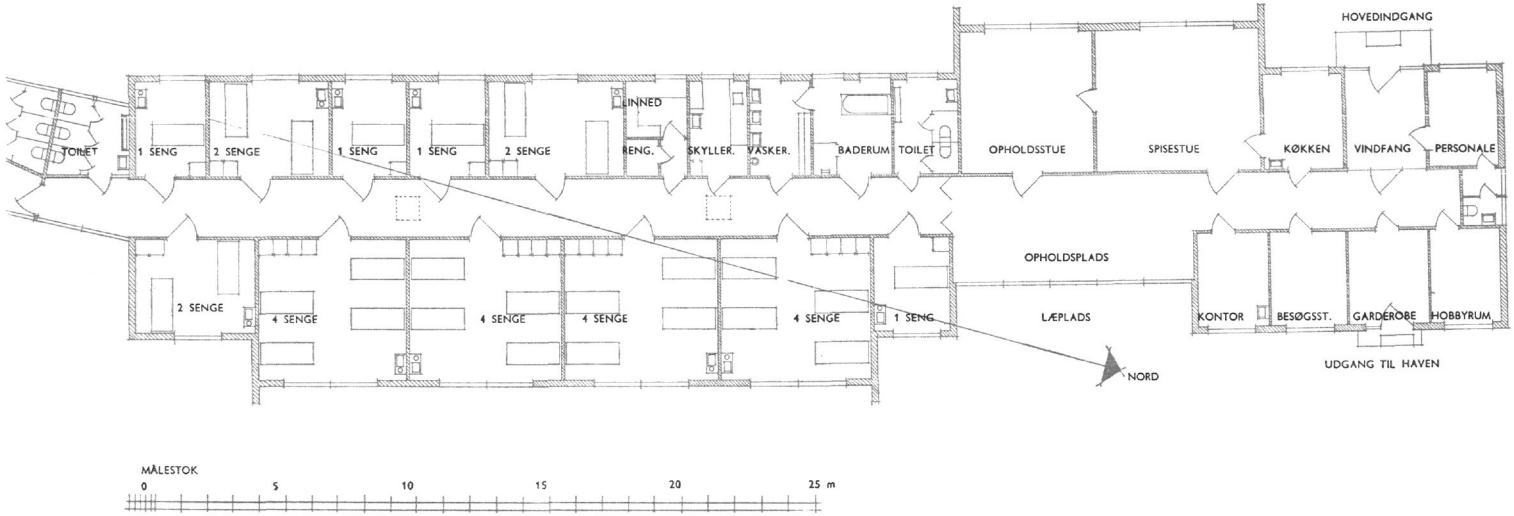
Sindssygehospitalet ved Århus. Børnepsyktatrisk afdeling.
Arkitekt: Poul Clausen.



1 PLEJEAFDELING FOR MÆND
2. SYGEAFDELING FOR MÆND
3. SYGEAFDELING FOR KVINDER
4. PLEJEAFDELING FOR KVINDER
5. PLEJEAFDELING FOR KVINDER
6. PLEJEAFDELING FOR KVINDER
7 PLEJEAFDELING FOR KVINDER
8. PLEJEAFDELING FOR MÆND
9. PLEJEAFDELING FOR MÆND
10. PLEJEAFDELING FOR MÆND

A. ADMINISTRATIONSBYGNING
B. VARMECENTRAL
C. KØKKENBYGNING
D. FESTSALSBYGNING
E. MASKINMESTERBOLIG
F. FUNKTIONÆRBOLIGER
G. FORSTANDERINDE OG ØKONOMA
H. AFDELINGSLÆGEBOLIG
J. KAPEL

Viborg sindssygehospitals plejehjem. Beliggenhedsplan.
Arkitekt: Leopold Teschl.



Viborg sindssygehospitals plejehjem. Afdelingstype.
Arkitekt: Leopold Teschl.

KØBENHAVNS MAGISTRAT
2. AFDELING

Bilag L.

København, den 27. marts 1956.

Magistraten er bekendt med, at kommissionen vedrørende statens sindssygehospitaler for tiden behandler spørgsmålet om anbringelse af kriminelle patienter, som ved dom er anbragt under sindssygevæsenet. Da dette anliggende er af betydelig interesse for Københavns **kommunes** sindssygevæsen, tillader magistraten sig herved at rette henvendelse til Dem som formand for kommissionen, idet man ønsker at understrege, at magistraten vil lægge megen vægt på, om der kunne tilvejebringes en ordning, således at forvarede patienter blev anbragt på en særlig institution.

På Set. Hans hospital findes til stadighed ca. 60 forvaringspatienter fortrinsvis på hospitalets afdeling A, og man vil antage, at Set. Hans hospital er det sindssygehospital i landet, som i denne henseende er ugunstigst stillet.

Kommissionen er formentlig allerede bekendt med de ulemper, som forvaringspatienternes anbringelse på sindssygehospitaler volder, men magistraten **vil** dog gerne fremhæve enkelte forhold i denne forbindelse:

De kriminelle patienters anbringelse på sindssygehospitaler har en uheldig virkning over for medpatienter og over for pårørende, og modvirker bestræbelserne for at ændre befolkningens syn på sindssygehospitalerne. Magistraten tillægger det stor betydning, at der igennem de senere år har været en stigende forståelse for, at sindssygehospitaler som andre hospitaler er helbredelsesinstitutioner, men tilstedeværelsen af de forvarede patienter tjener til at opretholde forældede forestillinger om sindssygehospitaler som internater, hvor asociale personer tilbageholdes.

De kriminelle patienters tilstedeværelse på sindssygehospitalerne nødvendiggør særlige sikkerhedsforanstaltninger, hvorved disse patienter bliver stillet på anden måde end andre patienter, hvis tilstand rent lægeligt er af samme kategori. Af pladsmæssige hensyn kan det ikke undgås at huse de internerede sammen med ikke internerede patienter. De interneredes særstilling føles af disse som uretfærdig, og de er derfor hyppigt et uroelement på vedkommende afdeling og skaber utilfredshed blandt medpatienterne; de ikke internerede kan ikke undgå at føle sig under fængselsartede vilkår. Volder en interneret patient vanskeligheder, har man ikke lov at udskrive ham, selvom man efter hans mentale tilstand ville gøre det, hvis ikke han var interneret. Den eneste disciplinære foranstaltning vil være at flytte patienten til en dårligere afdeling til skade for ham selv og for medpatienterne.

De kriminelle patienters undvigelses tendenser volder betydelige vanskeligheder. På Set. Hans hospital har man som andetsteds gennem de senere år i stigende grad erfaret, at en væsentlig del af de almindelige patienter uden vanskelighed kan behandles på åbne eller delvis åbne afdelinger, og man har efterhånden fuldstændig fjernet fortidens uhyggelige cellegårde og erstattet dem med almindelige haver indhegnet som privathaver. Det har vist sig meget hensigtsmæssigt overfor de almindelige patienter, men de kriminelle patienter med undvigelsestendenser volder selvsagt store vanskelig-

heder. Vil man forhindre sådanne patienter i at undvige, må de holdes inde på afdelingerne i længere tid ad gangen, og patienterne hævder da med rette, at hospitalet på dette punkt er værre end et fængsel.

I det hele medfører de forvarede patienters tilstedeværelse jævnligt, at en hel afdelings præg ændres alene på grund af et par kriminelle patienter, der findes på denne afdeling.

Det er således magistratens opfattelse, at tilstedeværelsen af forvaringspatienter i høj grad er en ulempe, og at sindssygebehandlingen som helhed lider stor skade ved disse patienters tilstedeværelse navnlig da, når forvaringspatienterne som på Set. Hans hospitals afdeling A udgør op mod 10 % af den samlede belægning.

Magistraten har ved flere lejligheder tidligere rettet henvendelse til justitsministeriet om at få fritaget Københavns kommunes psykiatriske afdelinger og Set. Hans hospital for alle kriminelle patienter, og magistraten skal med henvisning til det foran anførte henstille, at kommissionen i sin kommende betænkning positivt går ind for en løsning af problemet, hvorefter forvaringspatienterne anbringes på en særlig institution.

Såfremt kommissionen skulle finde det ønskeligt eller påkrævet at få yderligere oplysninger vedrørende forvaringspatienternes betydning for Set. Hans hospital, vil man gerne uddybe spørgsmålet yderligere eventuelt ved en mundtlig forhandling.

(sign.) *Julius Hansen.*

Til formanden for kommissionen vedrørende statens sindssygehospitaler, hr. direktør L. 1e Maire.

Statistiske oplysninger vedrørende neurosernes og psykopatiernes betydning for sindssygehospitalerne samt vedrorende det psykiatriske islæt i medicinske sygehusafdelingers og praktiserende lægers klientel

Det har i de senere år jævnlig været drøftet, hvorvidt sindssygehospitalerne skulle give sig af med behandlingen af andre psykiske lidelser end sindssygdommene i snævrere forstand; problemet har bl. a. trængt sig på derved, at hospitalerne i henhold til gældende bestemmelser kun har været berettigede til at modtage patienter »lidende af egentlig sindssygdom«, hvorfor der da også tidligere af indlæggende læge skulle afgives udtrykkelig erklæring om, at patienten led af en sådan sygdom. Denne bestemmelse lod sig i længden ikke håndhæve, idet der fandtes en betydelig gruppe af patienter, som ikke var i egentlig forstand sindssyge, men som dog ikke kunne behandles forsvarligt noget andet sted end på et sindssygehospital. Den indlæggelsesformular, som har været gældende de sidste 15 år, har da også fået en mere smidig formulering, idet lægen kun skal attestere, at patienten trænger til indlæggelse på sindssygehospital.

På den anden side har allerede en faktor som pladsmanglen på sindssygehospitalerne måttet opfordre til kun at modtage patientgrupper, der ikke med held kunne behandles andetsteds, og selv om meget kunne tale for, at også patienter med neuroser og psykopatier ville være bedst tjent med i større udstrækning at have adgang til psykiatrisk hospitalshjælp, har det været klart, at sindssygehospitalerne med deres nuværende kapacitet, bygningsmæssige og personalemæssige forudsætninger kun i meget begrænset omfang kunne udvide deres virkeområde i denne retning, i hvert fald bortset fra ambulant arbejde. Under hensyn til, at der dog utvivlsomt forelå et behov for mere udstrakt og mere sagkyndig behandling af neurotikerne og psykopaterne, nedsatte såvel Den almindelige danske lægeforening som Indenrigsministeriet for få år siden udvalg, der skulle beskæftige sig med disse spørgsmål; allerede af ordlyden af sidstnævnte udvalgs kommissorium fremgik, at der principielt ikke skulle være noget til hinder for, at den lægelige omsorg for neurotikere og psykopater i et vist omfang kunne overtages af sindssygehospitalerne. Udvalget indsamlede en del statistisk materiale, der kunne tjene til at belyse problemernes udstrækning. I det følgende skal nogle af de herved indvundne resultater meddeles, ligesom der vil blive redegjort for en række supplerende undersøgelser.

1. *Hyppigheden af neurose- og psykopatidiagnoser blandt personer, som er udskrevet fra sindssygehospitalerne i årene 1940—50*

På grundlag af årsberetninger fra sindssygehospitalerne er der foretaget en opgørelse (tab. 1) over, hvor stor en procentdel neurose- og psykopatidiagnoserne har udgjort blandt hoveddiagnoserne for samtlige udskrevne patienter i årene 1940—50, d. v. s. alle de år, for hvilke der foreligger beretninger, udarbejdet efter den af Dansk psykiatrisk selskab approberede diagnosetavle. Når man har anvendt udskrivningsdiagnoserne i stedet for de til statistiske undersøgelser egent-

lig mere adækvate indlæggelsesdiagnoser, ligger det i, at ikke alle hospitaler har angivet diagnoserne for de indlagte. Den fejl, der herved kan opstå, bliver, når det drejer sig om tilstande som neuroser og psykopatier, der i almindelighed medfører relativt korte hospitalsophold, meget lille.

Opgørelsen er foretaget særskilt for hvert hospital, for hvert år og for hvert køn. Som venteligt er der så store forskelle mellem tallene fra de forskellige hospitaler, at anvendelsen af neurose- og psykopatidiagnoserne snarere må tydes som udslag af en speciel afgrænsning af disse tilstande end af forskelle i tilstandenes reelle hyppighed. Forskellene er dog alt ialt ikke væsentlige og vist i hvert fald mindre, end man havde kunnet befrygte. Materialet omfatter ialt 14.366 mænd og 16.808 kvinder, tilsammen 31.174 udskrevne.

Fordelingen med hensyn til neurose- og psykopatifrekvensen fremgår af tabel 1. Det ses, at den samlede frekvens har varieret fra 10,8 til 23,8 %. Som venteligt fandtes de laveste tal i de første krigsår, idet det jo var en almindelig erfaring, at befolkningen i dette tidsrum så vidt muligt undgik hospitalsindlæggelser, hvilket først og fremmest kom til at berøre de lettere tilfælde. Denne konjunkturprægede sænkning gjorde sig særlig gældende for neurosernes vedkommende, mindre for psykopatiernes. Siden 1943 har procenttallet ligget ret konstant for psykopatierne, men alt i alt vist nogen stigning for neurosernes vedkommende.

Skønt det således er en meget betydelig del af de indlagte patienter, der henhører til disse diagnosegrupper, præges *belægningen* på hospitalerne kun i ringe grad af dem (jfr. »tværsnitsopgørelsen« fra sindssygehospitalet ved Århus. Neuroserne udgjorde her kun 1,9% og psykopatierne 4,3 % af de på hospitalet henliggende patienter), hvilket selvfølgelig skyldes den korte liggetid. Dennes korthed er formentlig for en del forårsaget af, at hospitalsmilieuet ikke er beregnet for disse patienter, som derfor vil have ret vanskeligt ved at finde sig til rette der. Endvidere vil pladsmanglen til enhver tid friste til udskrivning af de patienter, som ikke nødvendigvis (på grund af farlighed eller lignende) må forblive på hospitalerne. Såfremt der forefandtes tilstrækkelig mange pladser på dertil egnede afdelinger, ville antallet af patienter inden for disse grupper utvivlsomt stige stærkt, en tendens, der formentlig bedst ville kunne imødegås af forbedrede muligheder for ambulant behandling (hvilket ganske vist ikke kan ændre noget ved det forhold, at neuroserne i langt højere grad end andre sygdomsgrupper lægger beslag på lægernes *tid).*

2. *Psykopater anbragt på sindssygehospital, på plejehjem eller i familiepleje*

Hvad specielt psykopaterne angår, foreligger en på foranledning af det nævnte indenrigsministerielle udvalg foretagen undersøgelse vedrørende de pr. 1. marts 1950 på sindssygehospitalerne henliggende patienter, hvis hoveddiagnose var psykopati. Det drejer sig om ialt 154 patienter, heraf 72 mænd og 82 kvinder. Af disse befandt 135 sig på selve hospitalerne, 2 var på plejehjem og 17 i familiepleje.

Hospitalerne var blevet spurgt, hvorvidt de pågældende patienter var egnede til ophold på sindssygehospital, hvilket spørgsmål besvaredes bekræftende for 80 patienters vedkommende, direkte negativt for 63 patienters vedkommende. Der synes således at foreligge et vist behov for pladser til psykopater på sindssygehospitalerne, uanset om der måtte kunne skaffes plads på eventuelle andre institutioner (f. eks. særlige psykopatafdelinger,

anstalter for narkomane etc.); det drejede sig her åbenbart fortrinsvis om psykopater, hvis tilstand var kompliceret med neuroser eller lejlighedsvis optrædende psykoser, 66 af samtlige psykopater havde udvist kriminalitet.

3. *Neuroser og psykopatier i sindssygehospitalernes ambulante konsultationer*

En af ovennævnte udvalg foranlediget diagnosestatistik vedrørende de i finansåret 1948/49 modtagne patienter på de af sindssygehospitalerne drevne psykiatriske konsultationer (tab. 2) viste, at blandt 1.144 voksne patienter (404 mænd og 740 kvinder) udgjorde neuroserne 442 (153 mænd og 289 kvinder), psykopatierne 79 (34 mænd og 45 kvinder), d. v. s., at neurotikerne udgjorde 38 % af mændene og 39 % af kvinderne, psykopatierne 8 % af mændene og 6 % af kvinderne.

4. *Psykiatriske patienter på medicinske sygehusafdelinger*

a. Dr. H. C. Helsborgs undersøgelse af 500 patienter indlagt på Århus amtssygehus' medicinske afdeling

En undersøgelse vedrørende »den psykiatriske andel i sygdomme, der forekommer på en medicinsk afdeling« er foretaget af dr. H. C. Helsborg, der har været knyttet til sindssygehospitalet ved Århus og til Århus amtssygehus' medicinske afdeling. Undersøgelsen er foretaget på sidstnævnte afdeling i samråd med dennes overlæge, professor, dr. med. Aage Th. B. Jacobsen, og med professor, dr. med. Erik Strömgren. Undersøgelsen havde til hensigt at bestemme hyppigheden og arten af de helt eller delvis psykisk betingede lidelser, der kan føre til indlæggelse på en medicinsk sygehusafdeling.

Undersøgelsen omfatter 500 patienter, der udvalgtes på den måde, at alle patienter over 15 år, der indlagdes på bestemte ugedage, gjordes til genstand for en psykiatrisk undersøgelse. I det pågældende tidsrum indlagdes ialt ca. 2.100 patienter. De undersøgte patienter må antages at udgøre et neutralt udvalg af alle de indlagte.

De forskellige diagnoser er sammenfattet under 5 hovedgrupper: 1) Psykoser (egentlige sindssygdomme), psykopatier og intelligensdefekter. 2) Neuroser, d. v. s. erhvervede (som oftest lettere) sindslidelser uden personlighedsforandring; disse kan deles i 2 grupper, nemlig a) nervosismusformer, ved hvilke symptomerne er skiftende med hensyn til art og lokalisation, og b) organneuroser, hvor symptomerne samler sig om et enkelt organ eller organsystem. 3) Psyko-somatiske lidelser, d. v. s. sjæleligt forårsagede tilstande, som har medført sygelige legemlige forandringer. 4) Legemlige lidelser med psykisk komponent, hvorved sigtes

Inddelingen af de 500 tilfælde giver følgende resultat:

	Kvinder:	Mænd:	Talt:
1) Psykoser, psykopatier, intelligensdefekter ...	27	5	32
2) Neuroser a. nervosismusformer	19	4	23
b. organneuroser	17	5	22
3) Psyko-somatiske lidelser	22	10	32
4) Legemlige lidelser med psykisk komponent	68	27	95
5) Rent legemlige lidelser	157	132	289
6) Usikre	3	4	7
	313	**187**	500

til, at der foruden den legemlige lidelse, der bevirker indlæggelsen, findes en psykisk lidelse, der tilsyneladende er uafhængig af den legemlige, eller at den legemlige lidelse er præget af en række tilstødende sjælelige symptomer. 5) Rent legemlige lidelser.

Det fremgår heraf, at der findes psykiske og psykosomatiske lidelser hos 85 kvinder og 24 mænd, ialt 109 personer, hvilket svarer til 22 % af materialet. Betragtes de to køn hver for sig, ses det, at kun ca. 50 % af kvinderne havde rent legemlige lidelser; 23 % havde legemlige lidelser med psykisk komponent, og 27 % havde psykiske eller psykosomatiske sygdomme. De tilsvarende tal for mænd er: 73 % rent legemlige sygdomme, 14 % legemlige sygdomme med psykisk komponent og 13 % psykiske eller psykosomatiske lidelser. *Man må altså regne med, at ca. hver 3. eller 4. kvinde og hver 7. mand, der indlægges på denne medicinske afdeling, har en psykisk eller psykosomatisk lidelse.*

Gøres materialet op efter alder, viser det sig, at det først og fremmest er hos kvinder i 25—45 års alderen, at de psykiske og psykosomatiske lidelser dominerer.

Med hensyn til varigheden af de psykisk betingede lidelser viser det sig, at hos kvinderne havde sygdommen gennemsnitlig varet 8,5 år før indlæggelsen, hos mændene gennemsnitlig 3 år. Herved tænkes endda kun på varigheden af netop de symptomer, der har bevirket den aktuelle indlæggelse. Næsten alle patienter med psykogene lidelser er efterundersøgt, mindst 1½ år efter udskrivningen. Halvdelen af de 500 patienter har enten været genindlagt eller efterundersøgt. Der forelå ingen tilfælde af overset organisk lidelse.

b. Undersøgelser på Frederiksborg amts centralsygehus, Hillerød og Aalborg amtssygehus

Til supplement af dr. H. C. Helsborgs undersøgelser måtte det forekomme ønskeligt at fremskaffe resultater også fra andre medicinske afdelinger. I forbindelse med overlægerne, dr. med. Torben Andersen og dr. med. E. Schiødt foretog det statistiske underudvalgs formand en gennemgang af ca. 1 måneds udskrivninger fra hver af de to medicinske afdelinger. Fremgangsmåden var den, at afdelingens overlæge fandt frem til en måned, der måtte antages at være repræsentativ (f. eks. ikke præget af særlige epidemier eller andre konjunkturforhold); samtlige journaler fra den pågældende måned blev derefter gennemgået af psykiateren og rubriceret med hensyn til følgende kriterier:

Visitations forhold:

A: Burde ikke have været indlagt, men henvist til ambulant psykiatrisk behandling eller undersøgelse.

B: Burde primært have været indlagt på psykiatrisk afdeling.

G: Burde efter medicinsk undersøgelse overflyttes til psykiatrisk afdeling.

D: Burde efter medicinsk undersøgelse udskrives til ambulant psykiatrisk behandling.

E: Burde forblive på medicinsk afdeling og behandles af psykiater.

F: Burde forblive på psykiatrisk afdeling og undersøges af psykiater

G: Ingen psykiatriske problemer.

Diagnoser:

1: Psykose.
2: Neurose eller psykopati.
3: Intelligensdefekt.

Bedømmelsen blev derefter forelagt afdelingens overlæge til revision, i tilfælde af meningsforskel med efterfølgende forhandling med psykiateren. Det viste sig, at der kun i et ringe antal tilfælde forelå

divergenser, og ved den nærmere forhandling opnåedes uden undtagelse fuldstændig enighed. Divergenserne var oftest foranlediget af, at overlægerne sad inde med en speciel viden om patienternes psyke, en viden, som - - ofte af diskretionsmæssige hensyn — ikke var kommet til udtryk i journalen. Særlig var det påfaldende, at der ikke viste sig nogen tendens til, at psykiateren fandt flere psykiatrisk påfaldende eller mistænkelige tilfælde end internisten. Modsætningsvis skete det ikke sjældent, at sidstnævnte ønskede en psykiatrisk undersøgelse i tilfælde, hvor psykiateren ikke skønnede dette påkrævet.

Hillerød-undersøgelsen fandt sted i august 1952. Overlæge Torben Andersen fremhævede, at hans afdeling meget muligt ikke var repræsentativ med hensyn til de herhenhørende spørgsmål; overlægen havde bl. a. til stadighed indtaget det standpunkt, at han ikke anså afdelingen for kompetent til at foretage psykiatriske behandlinger eller undersøgelser, hvorfor patienter af psykiatrisk art ville møde en vis modstand ved visitationen; overlægen mente også, at denne hans holdning var bekendt blandt de indlæggende læger, således at en forhåndsfrasortering af psykiatriske tilfælde var sandsynlig. Det måtte derfor forekomme indiceret at foretage en lignende undersøgelse på en medicinsk afdeling andetsteds i landet og gerne et sted, hvor overlægen havde røbet særlig interesse for neurosespørgsmålet. Blandt andet ud fra disse synspunkter foretoges henvendelse til overlæge Schiødt, der erklærede sig villig til at medvirke ved en parallelundersøgelse. Denne fandt sted i marts 1953. Undersøgelsen foretoges på ganske samme måde som i Hillerød, og for nemheds skyld bearbejdedes det samme antal journaler som i Hillerød (264), hvilket også her svarede til ca. en måneds udskrivninger.

I betragtning af, at man netop havde udvalgt to afdelinger, der kunne antages at have forskellig visitation med hensyn til psykiatriske tilfælde, er resultaterne af de to optællinger påfaldende ensartede (tab. 3). Blandt patienterne i Hillerød fandtes 35 % at være psykisk abnorme, blandt Aalborg-patienterne 31 %. Forskellen mellem tallene viste sig at skyldes en forskellig frekvens blandt børnene; blandt personer over 15 år var frekvensen 34 % i Hillerød og i Aalborg.

Med hensyn til de fundne indikationer for tilkaldelse af psykiatrisk assistance var der derimod forskel mellem de to materialer. I Hillerød skønnedes assistance påkrævet i 31 % af alle tilfælde, i Aalborg kun i 22 %, d. v. s. henholdsvis 91 og 67 % af de psykisk abnorme. Dette afspejler formentlig det forhold, at man i Aalborg gennem længere tid specielt har været indstillet på neuroseproblemet og derfor i et noget større antal tilfælde har ment sig kompetent til at klare psykiatriske tilfælde uden psykiatrisk specialisthjælp, mens man i Hillerød kun sjældent har turdet gøre dette. Når konstateret tilstedeværelse af psykisk abnormitet ikke altid har medført psykiatrisk assistance, skyldes dette, bortset fra det just nævnte forhold, også den omstændighed, at en del af patienterne under tidligere indlæggelser er blevet tilstrækkeligt psykiatrisk undersøgt (f. eks. er en patient med mongoloid idioti, indlagt for 6. gang på grund af bronchitis, blevet betegnet som psykisk abnorm, men ikke som trængende til psykiatrisk assistance under nuværende ophold).

De her fundne frekvenstal for psykisk abnormitet ligger langt over den tilsvarende frekvens i totalbefolkningen. I denne kan der som bekendt regnes med en sygdomsrisiko på 10—12 % for psykiske abnormiteter, hvorved altså forstås risikoen for på et eller andet tidspunkt af livet at få en psykisk abnormitet; den *aktuelle* faktiske frekvens i befolkningen udgør i hvert fald mindre end halvdelen af sidstnævnte tal. Man kan således slutte, at psykisk abnormitet medfører

forøget sandsynlighed for indlæggelse på medicinsk sygehusafdeling, og i betragtning af det store patientskifte på medicinske afdelinger er det givet, at en meget stor del af lægelig assistance til psykisk abnorme sker på medicinske afdelinger.

I denne forbindelse må nævnes en af afdøde overlæge H. J. Schou foretagen undersøgelse: »Samfundet og neuroserne. 1. Hospitals- og invaliderenteudgifter samt tabt arbejdsfortjeneste«, Ugeskrift for Læger 1950.

For 1946 har Schou søgt at beregne antallet af neuroser behandlet på hospital. I samarbejde med Medicinalstatistisk kontor er årsberetningerne fra landets hospitaler gennemgået, og man kommer til det resultat, at 2 % af patienterne har hoveddiagnosen neurose, og at disses gennemsnitlige liggetid er 20 dage. Tilfælde med bidiagnosen neurose skønnes at forøge det samlede antal sygedage for neuroser med 20 %.

Udgifterne til de 192.000 sygedage på hospitalerne beregner Schou til 3,8 mill. kroner; de 3 private kuranstalters — Montebello, Skodsborg sanatorium og kolonien »Filadelfia«'s nerveafdelinger — udgifter sætter beløbet op til 4,3 mill. kroner. — Hertil føjes invaliderettens beregnede udgifter på 1,1 mill. kroner. Endelig skønnes den samlede tabte arbejdsfortjeneste at ligge på 10,7 mill. kroner. Schou konkluderer, at neuroserne i 1946 gennem de omtalte udgiftsposter kostede samfundet 16 mill. kroner.

De ovenfor refererede undersøgelser fra Århus, Ålborg og Hillerød tyder imidler tid på, at neuroserne forårsager langt flere sygedage på medicinske afdelinger end af Schou formodet, således at udgifterne formentlig er flere gange større end det af Schou beregnede beløb.

5. *Psykiatriske lidelsers betydning i almen praksis (redegørelse fra 27 praktiserende læger).*

Forskellige undersøgelser over det psykiatriske islæt i den praktiserende læges arbejde har i en række lande givet resultater, der skulle tyde på, at 20—50 % af de patienter, der henvender sig til praktiserende læger, gør dette overvejende af psykiatriske grunde. Såfremt det skulle være rigtigt, at det psykiatriske islæt er af denne størrelsesorden, er det på forhånd indlysende, at man ganske må opgive den tanke at tilstræbe alle psykiatriske patienter undersøgt, endsige behandlet af specialister. Spørgsmålet er af den allerstørste praktiske betydning. Såfremt de psykiske lidelser medfører så store krav om lægelig hjælp, vil selv en betydelig udbygning af det psykiatriske hospitalsvæsen ikke kunne klare de herhenhørende opgaver, og stor vægt må derfor allerede af denne grund lægges på de praktiserende lægers indsats, hvilket atter nødvendiggør en stærk intensivering af den psykiatriske del af lægeuddannelsen.

Under hensyn til spørgsmålets praktiske konsekvenser synes det særlig vigtigt at fremskaffe dansk statistisk materiale til belysning af disse problemer.

En gruppe praktiserende læger (fortrinsvis fra Århus og omegn), med hvilke sindssygehospitalet ved Århus havde opnået kontakt gennem et fortsættelseskursus i psykoterapi for praktiserende læger, erklærede sig villige til at udarbejde en statistik over størrelsen af den psykiatriske andel i deres lægegerning. Statistikken, som foretoges i 1950, skulle strække sig over 30 dage og omfatte alle former for lægegerning (med undtagelse af profylaktisk virksomhed), altså både konsultationer, telefonkonsultationer og sygebesøg. Efter deres art inddeltes ydelserne i 3 grupper:

Gruppe a: Rent psykisk betingede tilfælde.

Gruppe b: Delvis psykisk betingede tilfælde.

Gruppe c: Rent legemligt betingede tilfælde.

Med hensyn til gruppe b gaves den kommentar, at det skulle dreje sig om tilfælde, hvor der vel er en legemlig sygdom til stede, men hvor psykopatologiske træk tillige i væsentlig grad gør sig gældende, således at en psykiatrisk betonet indsats fra lægens side bliver nødvendig.

Ialt 27 læger deltog i undersøgelsen. I 5 tilfælde forelå der kompagniskab mellem to læger, således at statistikken omfatter ialt 22 lægepraksis'er. Blandt disse drejede det sig i 11 tilfælde om ren bypraksis, i 4 tilfælde om ren landpraksis, og i 7 tilfælde om blandet praksis. I 1 tilfælde drejede det sig om en dermatovenerologisk specialpraksis i en by. Materialet omfatter ialt 17.784 konsultationer og besøg.

Resultaterne fremgår af tab. 4. Det ses, at procenten af rent psykisk betingede ydelser — i procent af samtlige ydelser —• varierer fra 0,2 (dette tal stammer fra den omtalte specialpraksis; næstmindste værdi 2 %) til 32, gennemsnitlig 9 %; for de blandede ydelsers vedkommende varierer tallene fra 2 % til 40 %, gennemsnit 13 %. Sammenfattes begge grupper, fås et gennemsnit på 22 %, varierende fra 7 % til 44 %. (Til sammenligning kan anføres, at en lignende undersøgelse foretaget i 1948 og omfattende 9 lægepraksis'er gav en gennemsnitsprocent på 19 for grupperne a og b's vedkommende).

De fleste af de i enqueten deltagende læger har fremhævet, at de psykisk betingede ydelsers andel i den anvendte arbejdstid er langt større end andelen i ydelsernes antal, idet disse ydelser gennemsnitlig tager væsentlig længere tid end de øvrige. Man kan derfor gå ud fra, at de psykisk betonede ydelser har lagt beslag på mindst 30 % af lægernes tid, sandsynligvis mellem 40 og 50 %.

Der ses ikke at være holdepunkt for, at der med hensyn til disse forhold er væsentlig forskel på by og land.

Sammenfatning

Neuroserne og psykopatierne spiller allerede nu en stor rolle på sindssygehospitalerne. I de ambulante konsultationer omfatter de 40—50 % af patienterne, blandt indlæggelserne ca. 20 %. Den korte indlæggelsestid for disse patienter bevirker imidlertid, at de kun beslaglægger ca. 5 % af sengepladserne.

Undersøgelser foretagne i forskellige landsdele tyder på, at 20—30% af de patienter, der indlægges på medicinske sygehusafdelinger, har behandlingskrævende psykiske lidelser.

I almenpraksis er antagelig 15—30 % af de lægelige ydelser overvejende betingede af psykiske symptomer hos patienterne; disse tilfælde beslaglægger antagelig 25—50 % af lægernes tid.

Såfremt de psykiatriske hospitaler i højere grad end hidtil skal behandle neurotikere og psykopater, vil dette ikke kræve nogen større forøgelse af sengeantallet, men derimod en væsentlig udvidelse af lægestaben.

Ved et nærmere samarbejde mellem psykiatriske og medicinske afdelinger vil formentlig 5—10 % af indlæggelserne på sidstnævnte kunne undgås, og et lignende antal indlæggelser vil kunne forkortes væsentligt. På en medicinsk afdeling med 3000 årlige indlæggelser vil behovet for psykiatrisk assistance antagelig svare til mindst to heltidsansatte lægers arbejdskraft.

Omfanget af psykiatrisk betonet arbejde i almenpraksis er så stort, at det må skønnes udelukket at overlade en større del af det til speciallæger. En kvalitativ forbedring af dette arbejde kan da først og fremmest opnås ved forbedring af lægernes psykiatriske uddannelse og ved udvidelse af samarbejdet mellem praktiserende læger og specialister.

Tabel 1.

Hyppigheden af neurose- og psykopatidiagnoser blandt hoveddiagnoser for patienter udskrevne fra statens sindssygehospitaler i årene 1940—50.

	Antal udskrevne			Neuroser			Psykopatier			Neuroser og psykopatier
	M.	K.	Ialt	M. %	K. %	M.+K. %	M. %	K. %	M.+K. %	M.+K. %
1940	995	1078	2073	1,9	3,1	2,5	11,4	5,5	8,3	10,8
1941	964	1220	2184	2,6	4,6	3,7	10,3	8,2	9,1	12,8
1942	969	1101	2070	3,0	5,0	4,1	14,6	8,8	11,5	15,5
1943	1074	1262	2336	3,7	10,4	7,1	13,6	11,4	12,4	19,4
1944	1186	1477	2663	2,9	8,9	6,2	15,5	12,3	13,3	19,5
1945	1301	1559	2860	3,2	8,5	6,1	14,7	10,4	12,3	18,5
1946	1542	1708	3250	4,5	9,7	7,3	14,5	10,5	12,4	19,7
1947	1437	1553	2990	4,9	10,4	7,8	13,2	11,4	12,3	20,1
1948	1493	1726	3219	3,7	11,9	8,1	12,7	10,6	11,6	19,7
1949	1657	1984	3641	7,1	17,5	12,8	13,4	9,0	11,0	23,8
1950	1748	2140	3888	7,4	14,2	11,1	14,0	9,2	11,3	22,4
Ialt	14.366	16.808	31.174							

I 1940 udgjorde neurotikere og psykopater kun $^1/_{10}$ af de udskrevne; i 1950 var deres andel vokset til $^1/_5$. I løbet af samme tidsrum var det samlede årlige antal udskrivelser blevet fordoblet; der behandledes således i 1950 4 gange så mange neurotikere og psykopater som i 1940.

Tabel 2.

Diagnosestatistik

vedrørende de i finansåret 1948/49 modtagne patienter på de af statens sindssyge-hospitaler drevne psykiatriske konsultationer.

	M.	K.	Ialt
Psykoser			
Forgiftninger			
Forgiftninger med alkohol	14	1	15
Alkoholiske psykoser	1		1
Narkomani	3	1	4
Forgiftninger med andre kemiske kendte stoffer	2		2
Toksiske tilstande ved legemlige sygdomme	2	3	5
Betændelser i hjerne og hjernehinder		1	1
Dem. paralytica	1		1
Andre syfilitiske centralnervesystemssygdomme	1	1	2
Encephalitis epidemica	6	2	8
Andre betændelsesagtige hjernesygdomme	3	1	4
Traumatiske hjernelidelser	5	3	8
Tumores, intrakranielle	1	3	4
Involutionspsykoser		2	2
Arteriosklerotiske og senile psykoser	10	11	21
Epileptiske sindssygdomme	4	4	8
Manio-depressiv psykose	47	75	122
Skizofreni	31	27	58
Psykogen sindssygdom	36	182	218
Depressio mentis	8	10	18
Sindssygdomme uden sikker diagnose	16	29	45
Neuroser	153	289	442
Psykopati	34	45	79
Oligofreni (intelligensdefekt)	11	30	11
Uden psykisk lidelse	15	20	35
	404	740	1144

Tabel 3.

Hyppigheden af psykiatriske problemer hos patienter indlagt på medicinske sygehusafdelinger.

Visitationsforhold:	Hillerød						Aalborg					
	Voksne	%	Børn	%	V.+B.	%	Voksne	%	Børn	%	V.+B.	%
A: Burde ikke have været indlagt, men henvist til ambulant psykiatrisk behandl. el. unders.	0		0		0		0		0		0	
B: Burde primært have været indlagt på psykiatrisk afdeling	23		0		23	9	9		1		10	4
C: Burde efter medicinsk undersøgelse overflyttes til psykiatrisk afdeling	6	30	2	32	8	3	0	23	0	15	0	0
D: Burde efter medicinsk undersøgelse udskrives til ambulant psykiatrisk behandling	14		9		23	9	8		2		10	4
E: Burde forblive på medicinsk afdeling og behandles af psykiater	1		1		2	1	3		0		3	1
F: Burde forblive på medicinsk afdeling og undersøges af psykiater	21		4		25	9	31		3		34	13
G: Ingen psykiatriske problemer	149	70	34	68	183	69	174	77	33	85	207	78
Ialt	214	100	50	100	264	100	225	100	39	100	264	100
Diagnoser:	Voksne	%	Børn	%	V.+B.	%	Voksne	%	Børn	%	V.+B.	%
1: Psykose	12	6	0	0	12	5	15	7	1		16	6
2: Neurose eller psykopati	59	28	14	28	73	28	56	25	5		61	23
3: Intelligensdefekt	2	1	5	10	7	3	6	3	0		6	2
Ialt	73	34	19	38	92	35	77	34	6	15	83	31

Tabel 4.

Oversigt over angivelser fra 22 lægepraksis'er vedrørende den psykiatriske andel i arbejdet.

Praksis nr.	Praksis' art	Konsultationer			Telf. konsult.			Besøg			Ialt		
		a %	b %	c %	a %	b %	c %	a %	b %	c %	a %	b %	c %
1.....	By	20	10	70	3	11	86	5	7	88	13	10	77
2.....	Land	8	15	77	18	17	65	10	12	77	11	15	74
3.....	By	4	18	78	4	15	81	2	6	92	4	16	81
4.....	By og land	2	42	57		54	46	4	34	62	2	40	58
5.....	Land	8	18	74	15	33	52	12	18	70	11	20	69
6.....	By	4	15	80		9	91	2	8	90	3	13	84
7.....	By og land	9	25	56	17	46	38	3	35	62	8	36	56
8.....	By og land	20	5	75	25	25	50	18	3	80	19	5	76
9.....	By og land	8	10	82	6	22	72	5	13	83	7	13	80
10.....	By	4	9	87	3	27	70	2	14	84	4	13	84
11.....	By	4	6	90					0,9	99	4	5	92
12.....	By og land	4	31	65	6	26	69	4	15	82	4	26	70
13.....	Land	46	5	49	36	7	58	13	3	84	32	5	64
14.....	Land	5	6	89	14	20	66	4	8	89	6	8	86
15.....	By og land	13	26	61	10	21	69	0,9	4	95	9	18	73
16.....	By	4	5	90	1	14	85	2		98	4	5	91
17.....	By	12	12	76		11	89	12	34	54	12	24	64
18.....	By	6	8	85	6	13	81	10	23	67	7	10	84
19.....	By	6	8	87	5		95	4	10	85	5	8	87
20.....	By	21	10	69	19	5	76	11	6	83	19	9	73
21.....	By	5	2	93	9	0,8	90	4	2	94	6	2	93
22.....	By (hud-specialist)	0,2	17	83		41	59			100	0,2	19	81
Gennemsnit:.....		9	13	78	10	16	74	6	12	82	9	13	78

a: rent psykisk betingede tilfælde
b: delvis » » »
c: rent legemligt » »

Tallene angiver, hvor stor en %-del af konsultationerne (resp. telf. konsultationer og besøg) der falder ind under henholdsvis gruppe a, gruppe b og gruppe c.

Bilag N.

KOMMISSIONEN af 29. marts 1952
vedrørende statens sindssygevajsen.

Indenfor det af socialministeriet nedsatte udvalg vedrørende forsorgen for børn og unge, der har særlige tilpasningsvanskeligheder, er man inde på den tanke, at der bør oprettes en ny institution for særligt vanskelige piger over skolealderen, således at det nuværende Vejstrup statsungdomshjem overgår til anden anvendelse, og man har tænkt sig, at den foreslåede institution bør ledes i nært samarbejde mellem børneforsorgens pædagogiske og sindssygevæsenets psykiatriske sagkundskab.

Den første betingelse for et sådant samarbejde må efter udvalgets opfattelse være, at et ungdomshjem placeres i nærheden af et sindssygehospital, der samtidig særlig udrustes til at tage opgaven op; man finder endvidere, at det må kræves, at den psykiatriske og den pædagogiske ledelse kommer til at virke som en enhed, der i tilfælde af omflytninger mellem hospital og børneforsorgshjem kan dække det samlede ophold. Man forudsætter udfra de nævnte betragtninger, at ordningen praktiseres således, at der i vedkommende sindssygehospital indrettes en afdeling for psykopatiske unge piger, eventuelt delt i en lukket og en halvåben afdeling, og at børneforsorgens ungdomshjem indrettes i nærheden af hospitalet som et helt åbent hjem. Pigerne må som regel begynde med ophold på den lukkede eller halvåbne afdeling, indtil deres undvigelsestendenser er aftaget, ligesom de i urofaser må kunne flyttes tilbage fra det åbne ungdomshjem til de nævnte hospitalsafdelinger.

Udvalget har nu overfor den af indenrigsministeriet nedsatte kommission vedrørende statens sindssygevæsen rejst spørgsmål om, hvorvidt kommissionen for sit vedkommende vil kunne tiltræde, at et samarbejde efter nævnte retningslinier søges realiseret.

Under kommissionens drøftelser af det således rejste spørgsmål har der været enighed om, at der indenfor det omhandlede grænseområde mellem børne- og sindssygeforsorg ligger et problem, hvis hurtige løsning er påtrængende nødvendig, og det erkendes ligeledes, at sindssygevæsenet ikke kan afvise opgaven som sig uvedkommende. Man har med dette som baggrund drøftet, om løsningen bør tænkes tilvejebragt efter de af udvalget antydede retningslinier, eller om andre udveje må forekomme mere nærliggende.

Det af udvalget foreslåede samarbejde mellem børneforsorg og sindssygevæsen frembyder adskillige utvivlsomme fordele, hvoraf nogle vanskeligt kan tænkes opnåede ad anden vej. Det er således navnlig givet, at flertallet af de unge, der kunne tænkes anbragt på en institution som den omhandlede, ikke til stadighed frembyder sådanne behandlingsmæssige vanskeligheder, at de naturligt kan eller bør henvises til et egentligt sindssygehospital; men de kan i perioder kun behandles på lukkede afdelinger, og behandlingen må navnlig i så fald, men også iøvrigt, være undergivet psykiatrisk ledelse eller tilsyn. Den foreslåede ordning har derfor stærke argumenter på sin side.

Når kommissionen alligevel for sit vedkommende vil mene, at en anden opbygning må foretrækkes, er det fordi man betvivler, at fuldtud tilfredsstillende be-

handlingsmuligheder kan skabes indenfor en institution, der således er opdelt imellem sindssygevæsenet og børneforsorgen. Set fra hjemmets standpunkt mener man, at det må være af betydning, at de forskellige afdelinger udgør et samlet hele, således at der bliver kontinuitet i såvel behandling som beskæftigelse, uanset om anbringelsesformen fra tid til anden må ændres på grund af de pågældendes skiftende tilstand. Denne kontinuitet lader sig næppe i praksis sikre under omflytninger mellem hjemmets åbne og hospitalets lukkede afdelinger, selvom man i et vist omfang turde anse det for muligt at tilvejebringe et personalemæssigt fællesskab, der kunne opretholde kontakten. Samtidig må det, set fra hospitalets synspunkt, også fremtræde som mindre tilfredsstillende, om anbringelse på dets afdelinger skulle anvendes som et restriktionsmiddel overfor personer, der ikke iøvrigt betragtes som hospitalets patienter, og det er ubestrideligt, at den belastning, patienter af den heromhand-1ede type altid vil frembyde for en hospitalsafdeling, må øges, når hospitalet kun anvendes i særlige perioder, hvor en anden institution har opgivet sin behandling.

Udfra disse betragtninger må det forekomme nok så hensigtsmæssigt, om man kunne tilstræbe oprettelsen af en samlet psykiatrisk behandlingsinstitution, indbefattende de forskellige afdelingstyper, for dem, der skønnes at have særligt behov for behandling på et sådant sted, såvel blandt børne- og ungdomsforsorgens klientel som blandt andre unge af samme kategori. Kommissionen vil ikke finde det unaturligt, om en sådan institution, i kraft af sit psykiatriske tilsnit, betragtedes som en gren af sindssygevæsenet, omend institutionsmæssigt under særskilt psykiatrisk ledelse, uanset at man vil være indforstået med, at denne særbehandling ikke skal være forbeholdt personer, der direkte er egnede til behandling på et egentligt sindssygehospital. Det måtte i så fald gøres til genstand for nærmere overvejelser, om et sådant behandlingshjem skulle anbringes indenfor et sindssygehospitals område, eller om det ikke snarere skulle tænkes lagt i hospitalets nærhed, således at det derved kunne understreges, at det ikke drejer sig om hospitalsbehandling i snævrere forstand, og at de pågældende altså ikke betragtes som sindssyge; også for hospitalet ville denne sidste løsning sikkert være den mest fordelagtige.

Skulle man indenfor børneforsorgen nære betænkeligheder ved den her foreslåede ordning, måtte man formentlig falde tilbage på den løsning, at et ungdomshjem blev anbragt i nærheden af et sindssygehospital, således at der herfra kunne føres et psykiatrisk tilsyn, og således at indlæggelse på hospitalet kunne finde sted, når de almindelige betingelser for sådan hospitalisering er tilstede. Hospitalet påtager sig altså i så fald kun de opgaver, der traditionelt henhører under dets områder, og samarbejdet begrænses til de former for samarbejde, man i forvejen kender, dog begunstiget gennem hjemmets særlige placering.

Idet kommissionen for **sit** vedkommende alene tager principiel afstand fra tanken om den imellem sindssygevæsenet og børneforsorgen delte institution, består naturligvis også den mulighed, at den nævnte fuldt udbyggede behandlingsinstitution blev henlagt under børneforsorgen. Forsåvidt er det kun et ressortspørgsmål, om man vil lade sindssygevæsenet påtage sig en videregående psykiatrisk behandlingsopgave, eller om man omvendt vil lade børneforsorgen gå ind i et psykiatrisk arbejde af nævnte karakter. Det kan til støtte for denne sidstnævnte løsning anføres, at det udfra tilvante forestillinger kan anses for mindre ønskeligt at anbringe unge på sindssygehospital, når de alligevel ikke har behov for den gængse hospitalsbehandling. Mere tungtvejende synes dog hensynet til, at de psykiatriske opgaver samles, så-

ledes at de kan løses så rationelt som **muligt,** hvad enten de falder indenfor eller udenfor rammerne af den egentlige sindssygebehandling; dette kan formentlig bedst realiseres indenfor den administration, hvortil et flertal af psykiatriske opgaver i forvejen er henlagt.

Sammenfattende er det altså kommissionens synspunkt, at det foreliggende problem løses mest hensigtsmæssigt, såfremt der søges oprettet en psykiatrisk behandlingsinstitution med tilknytning til sindssygevæsenet og henlagt under dettes ledelse. Man er enig i, at en sådan institution foreløbig kun skal tage sigte på behandlingen af piger, idet drengenes problemer efter det foreliggende næppe er helt så akute, omend de utvivlsomt også trænger sig stærkt på. Den antydede begrænsning af opgaven skønnes iøvrigt også anbefalelsesværdig i sig selv, fordi det hele i nogen grad har eksperimentets karakter; hvis den påtænkte institution ikke direkte sammenbygges med et sindssygehospital, vil det også senere være muligt at ændre dens ressortmæssige status eller at lade den overgå til anden anvendelse. Iøvrigt vil det formentlig også indtil videre være rettest, at institutionen får et stærkt begrænset patientantal, dels på grund af ordningens nævnte forsøgsmæssige karakter, dels fordi man vanskeligt vil kunne opnå behandlingsmæssige resultater på en for stor institution.

Det skal tilføjes, at kommissionen ikke har fundet anledning til at efterprøve, hvorvidt der juridisk vil være vanskeligheder ved at indpasse en sådan institution i de iøvrigt bestående forsorgsrammer; man regner dog ikke med, at der her skulle være noget problem, idet man betragter anbringelsen, som en hospitalisering, der ikke skulle forrykke det principielle forsorgsgrundlag.

Der er af et af kommissionens medlemmer (overlæge, dr. med. Carl Clemmesen) afgivet følgende særindstilling i tilknytning **til** det foran udviklede:

»Jeg er enig i, at en psykiatrisk behandlingsinstitution under sindssygevæsenet som ovenfor skitseret vil afgive en god løsning af det foreliggende problem.

Når jeg dog er tilbøjelig til at mene, at en »opdelt« institution (hvis åbne del sorterer under børneforsorgen, medens den lukkede del sorterer under sindssygevæsenet —- begge dele dog under samme daglige ledelse) vil være at foretrække, skyldes det alene hensynet til det for institutionen så nødvendige samarbejde med børneforsorgen som helhed. Jeg mener, at dette samarbejde, der både må omfatte udøvelsen af børneforsorgens sædvanlige beføjelser og den meget vanskelige visitering af unge til institutionen, bedst vil kunne formidles igennem det kontaktorgan, som en institution opdelt efter de skitserede linier vil udgøre.

Da bedømmelsen af disse forhold i væsentlig grad må bero på børneforsorgen og dennes ledelse skal jeg henstille, at sagen under den ene eller anden form optages til drøftelse imellem socialministeriet, børneforsorgen, sindssygevæsenet og sundhedsstyrelsen.«

Til denne særindstilling, der er tiltrådt af medlem af folketinget, landsretssagfører, fru Edel Saunte, skal kommissionen for sit vedkommende blot føje, at man selvsagt er enig i, at spørgsmålet vil kunne uddybes gennem yderligere forhandling, hvortil man naturligvis er villig; denne forhandling bør dog for sindssygevæsenets vedkommende ikke føres af direktoratet for statens sindssygehospitaler, men af kommissionen, eventuelt gennem et dertil udpeget underudvalg.

Betænkning fra Den alm. danske Lægeforenings udvalg for udarbejdelse af forslag til etablering af en neurosestation

Dansk psykiatrisk Selskab har i skrivelse af 20. 3. 1953 indstillet til hovedbestyrelsen for Den alm. danske Lægeforening at acceptere et udvalg, bestående af dr. Carl Jørgensen, dr. Jørgen Riising og overlæge Otto Jacobsen, til at udarbejde konkrete forslag til etablering af en neurosestation i overensstemmelse med de principper, som blev vedtaget i resolutionen på lægeforeningens årsmøde i Hornbæk 1949, offentliggjort i Ugeskrift for Læger 17. 11. 1949.

Hovedbestyrelsen har i skrivelse af 14. 4. 1953 meddelt formanden for Dansk psykiatrisk Selskab, at Den alm. danske Lægeforening er gået med til at acceptere det nævnte udvalg på betingelse af, at hovedbestyrelsen får et medlem i udvalget, nemlig overlæge dr. med. Hans Bjerre, hvilken betingelse Dansk psykiatrisk Selskab har tiltrådt.

Neurosestationens opgave.

Udvalget, der således har bestået af Hans Bjerre, Otto Jacobsen, Carl Jørgensen og Jørgen Riising, har i overensstemmelse med det foreliggende haft til opgave at udarbejde en detailleret plan for etablering af en neurosestation i et bestemt landområde.

Institutioner, der har kunnet benyttes som forbilleder under udarbejdelsen af nedenstående plan, findes formentlig ikke.

Tanken om at etablere neurosestationer dukkede op her i landet i 1936 og blev derefter drøftet i nervelægernes neuroseudvalg, der afgav betænkning i 1939 (se U. f. L. 2. 3. 1939). Derefter er spørgsmålet blevet behandlet af Den alm. danske Lægeforenings neuroseudvalg, der afgav betænkning i 1949 (se U. f. L. 26. 5. 1949), hvilken sidste blev drøftet på årsmødet i Hornbæk samme år. Dette møde sluttede med vedtagelse af den ovenfornævnte resolution, der anbefalede oprettelsen af neurosestationer.

Sagen har således på forhånd været grundigt drøftet, og de betragtninger og planer, der er fremsat i det følgende, ligger ganske på linie med de tidligere fremførte overvejelser, betyder stort set kun en konkretisering af det tidligere fremførte, med nøjere redegørelse for visse væsentlige punkter.

Selv om man kan henvise til de allerede foreliggende betænkninger m. h. t. den nærmere motivering for oprettelse af neurosestationer, vil det dog være rimeligt her at anføre enkelte betragtninger desangående. Motiveringen er, at man i løbet af de sidste årtier er blevet klar over neurosernes hyppige forekomst og har fået overblik over den voldsomme belastning, neuroserne forårsager, såvel individuelt som samfundsmæssigt; det drejer sig utvivlsomt om en af de største patientgrupper i de praktiserende lægers klientel og på de medicinske sygehusafdelinger. For det offentlige er neuroserne et økonomisk problem af betydelig størrelsesorden.

I spørgsmålet om hvad der her kan udrettes gennem rationel neurosebehandling, står man næsten på bar bund, skønt det må antages, at disse patienter beslaglægger mellem 25 og 50 % af de praktiserende lægers samlede arbejdstid og mellem 15 og 20 % af de medicinske sygehusafdelingers pladser.

Neurosepatienterne er så talrige, at det alene af denne grund må tilkomme de praktiserende læger at behandle flertallet af dem; men undervisningen i neurosebehandling har stadig været et forsømt område under lægeuddannelsen. Mange læger har i de senere år søgt at indhente det forsømte gennem specialkurser og selvstudium.

Et vist antal neurosepatienter har sygdomme af mere kompliceret art og behøver psykiatrisk speciallægebehandling; men der er ingen praktisk mulighed derfor, fordi der ikke findes økonomisk grundlag for at iværksætte sådanne behandlinger under private former, og fordi der ikke existerer institutioner (neurosestationer), der kan påtage sig behandlingerne.

Som følge heraf har neurosebehandlingen hidtil haft et spredt og tilfældigt præg, og det kan ikke udelukkes, at det er dette, som er årsagen til den håbløshed, der præger situationen idag. På den anden side er det naturligvis ikke muligt på grundlag af de nuværende forhold at forudsige med sikkerhed, hvor meget der kan udrettes, eller hvorvidt der kan udrettes noget væsentligt gennem en rationelt udbygget moderne neuroseterapi. Men neurosernes store udbredelse og deres samfundsmæssige konsekvenser, bl. a. de økonomiske, opfordrer utvivlsomt til at gøre et grundigt forsøg dermed.

Den her omhandlede neurosestation skal have til opgave at virke som forsøgsstation m. h. t. neurosebehandlingen indenfor et begrænset landområde (f. eks. et amt).

Neurosestationen skal være i stand til at tilfredsstille det behov, som landområdets befolkning må antages at have m. h. t. ambulant neurosebehandling, udført under ledelse af psykiatriske speciallæger.

Neurosestationen skal etablere et nært samarbejde med lægerne indenfor landområdet, bl. a. for at de praktiserende læger derigennem kan få mere indsigt i neurosebehandlingen og blive bedre kvalificerede til at udføre deres del af de neuroseterapeutiske opgaver.

Neurosestationen skal anlægge sin virksomhed på en sådan måde, at behandlingsresultaterne så vidt muligt kan opgøres statistisk, så at man på grundlag af stationens materiale kan få en så exakt besvarelse som muligt af spørgsmålet om den ambulante neurosebehandlings individuelle og samfundsmæssige værdi. Stationens arbejde er således først og fremmest tænkt som vejledning for den fremtidige udvikling.

Ifald neurosestationen skal være i stand til at løse ovennævnte opgaver, må den dække et landområde, resp. befolkningsgruppe, af passende størrelse og repræsentativ karakter. Desuden må stationens udstyr og funktionærstab i enhver henseende være kvalificeret. Og endelig må stationens drift være sikret i en passende årrække, mindst 5 år.

Neurosestationens arbejdsprincipper.

En neurosestation efter den her skitserede plan hviler på 3 afgørende principper:

1) princippet om ambulant behandling af neuroserne,

2) princippet om kun at modtage patienter, der er henvist fra læger,

3) princippet om kun at modtage et vist antal henviste patienter fra hver af de praktiserende læger i neurosestationens geografiske virkeområde (i det følgende korteligt betegnet som den praktiserende læges quota).

Ad 1) Hvad først princippet om den ambulante behandling angår, må det erkendes, at dette er relativt nyt i neurosebehandlingen. Endnu i første decennium af århundredet blev en miljøbehandling stillet i centrum af neurosebehandlingen, og patienterne blev i stor udstrækning indlagt på de da existerende privatklinikker og kuranstalter, når de økonomisk-sociale omstændigheder tillod det. Det skal medgives denne behandlingsmåde, at der fortsat vil være en vis gruppe af

neurosepatienterne, som rettelig bør indlægges på sanatorium el. lign. Men hvad det store flertal af neuroser angår, er der sket et omslag i synet på den rette behandling, med en voksende tiltro til effektiviteten af ambulant behandling.

Det drejer sig om en udvikling, hvis begyndelse måske kan dateres til en afhandling af Morton Prince i 1891, hvor det første gang udtales, at det, neurosepatienterne behøver, og det, lægen må yde, er en slags genopdragelse, en reeducation. I den nærmeste snes år derefter fremkom forskellige teorier om, hvori neurosepatientens fejludvikling og grundskade bestod (Janet, Freud, Adler, Jung, Dubois — og nu sidst Karen Hornej[7]). Striden mellem disse forskellige skoler eller retninger er levende den dag i dag — tilsvarende meningsforskelle findes jo også indenfor andre af lægevidenskabens og lægekunstens discipliner. Men eet er fælles for alle forskellige retninger — princippet om den ambulante behandling. At den ambulante behandling også har den fordel for patienten, at han forbliver i sit vante arbejde, samtidig med at han følger sin kur, vil være et argument af stor socialøkonomisk betydning.

Moderne psykiatere og neuroselæger er altså klart nok enige om dette, at den ambulante behandling er den mest rationelle og den mest effektive.

Ad 2) Hvad det andet princip angår, at neurosestationen kun modtager patienter efter henvisning fra læger, skal det understreges, at den almindelige behandling af befolkningens neurosepatienter fortsat skal bero hos den praktiserende læge. Speciallægen, in casu neurosestationen, er kun en hjælpeinstans, en kollega med en vis specialviden, som kan være til nytte i tilfælde, der forekommer den praktiserende læge særlig vanskelige. Denne funktion overfor den praktiserende læge ville ganske sprænges, hvis neurosestationen også modtog patienter eller formentlige patienter, der henvendte sig til den på egen tilskyndelse, eller dirigeredes til stationen af en pårørende, en kammerat el. lign. Man ville ved en sådan udvidelse af klientellet ikke undgå uro og jag, og hensyn til sådanne selvhenviste patienter ville gå ud over hovedopgaven, at behandle de fra lægerne henviste. Det ville helt igennem sænke kvaliteten af neurosestationens arbejde.

Neurosestationen oprettes for at virke som et focus for specialbehandling til assistance for de praktiserende læger, specielt sygekasselæger. Den modtager kun patienter, der henvises til den fra en praktiserende læge, og udskrivning fra neurosestationen sker ved, at patienten tilbagesendes til den praktiserende læges omsorg.

Neurosepatienter eller formentlige neurosepatienter, der henligger på sygehuse, sanatorier el. lign. kan ikke direkte henvises til neurosestationen til undersøgelse eller behandling. Hvis sådanne patienter skønnes at burde frekventere neurosestationen, henstilles det ved patientens udskrivning at opfordre den behandlende læge til at sende patienten til neurosestationen.

Ad 3) Hvad endelig det tredie princip angår, en vis quota for hver læge, der kan henvise til neurosestationen, er dette nødvendigt, for at neurosestationen kan overholde aftalerne med de patienter, der allerede er taget i behandling. Skal neurosestationen drives økonomisk, må man udnytte dens fulde kapacitet i det daglige arbejde. 0g hvis man så skulle putte extra patienter ind mellem de tilsagte, vil det gå ud over begge patientkategorier. At dette quotaprincip under omstændigheder vil kunne føles som en gene for de praktiserende læger, som har andre patienter, de gerne ville have henvist, udover den allerede opbrugte quota, er let at forudse. 0g at overholdelsen af den fastsatte quota til tider vil kræve resignation af den praktiserende læge og stille fordringer til hans konduite overfor de næste aspiranter, skal åbent indrømmes. Men det kan ikke være anderledes. Pa-

tienter, der måtte sendes til neurosestationen uden legitim adgang til denne, kan kun mødes med en høflig afvisning og tilbagesendelse til den praktiserende læge.

Enhver praktiserende læge indenfor neurosestationens virkeområde modtager fra denne meddelelse om, hvilket antal patienter han i løbet af et år kan henvise til undersøgelse og behandling. Neurosestationen fungerer derimod ikke som psykiatrisk skadestue og udsender ikke læger til assistance i acute psykiatriske situationer. I sådanne situationer, hvor der fordres øjeblikkelig lægelig indgriben, må den praktiserende læge handle som hidtil, f. eks. ved indlæggelse på sindssygehospital.

For at undgå den uro, der præger arbejdet på polikliniker af det gængse mønster, og som hidrører fra, at nye og gamle patienter modtages imellem hinanden, vil det formentlig være formålstjenligt, at neurosestationen kun modtager nye patienter een dag om ugen, mens de andre dage forbeholdes undersøgelse og behandling af gamle patienter, der møder efter aftale.

Neurosestationens kapacitet.

Efter disse bemærkninger om principperne for en neurosestations arbejde og funktion skal man vende sig til spørgsmålet om den passende størrelse for en forsøgsmæssig neurosestation.

Man har her taget sit udgangspunkt i et jugement over, hvilke antal af patienter årligt der kan anses for passende. Dette er sat til 1000 patienter, idet et mindre antal patienter vil løbe større risiko for at blive præget af tilfældigheder. Hensigten med en forsøgsmæssig neurosestation skulle jo som nævnt være den, at fremskaffe materiale, der vil kunne benyttes til vurdering af den ambulante neurosebehandlings effektivitet og til videre overvejelse af, hvorledes man i fremtiden bør stille sig overfor neuroseproblemet, hvorvidt man bør oprette flere neurosestationer eller forsøge andre veje. Man vil herunder uundgåeligt komme til at opdele materialet i forskellige grupper, og ved et mindre udgangsmateriale end 1000 patienter vil grupperne hurtigt blive så små, at man ingen betydning kan tillægge de gjorte erfaringer.

I spørgsmålet om en neurosestations mest formålstjenlige kapacitet er der overvejende to hensyn at tage i betragtning. For det første det ovenfor nævnte, som er dikteret af ønsket om en hurtig tilvejebringelse af et tilstrækkeligt stort erfaringsmateriale til bedømmelse af arbejdets værdi. Dernæst hensynet til personalets mest praktiske sammensætning, den kombination af de forskellige funktionærkategorier, den indbyrdes afstemning af de forskellige personalekræfter, der betinger den bedste og mest økonomiske arbejdsindsats i det daglige, og som sikrer neurosestationens sufficiens under ferie og evt. forbigående sygdom blandt personalet. Også sidstnævnte hensyn giver anledning til at fremhæve en neurosestation, der kan betjene 1000 patienter årligt som den mest fordelagtige.

Hvor stort et mandskab behøves der da til at undersøge og behandle 1000 neurosepatienter? Det er her af interesse, at der i beretningen fra lægeforeningens neuroseudvalg, bilag II, er opstillet en liste over personalet ved en »veludbygget neurosestation«. Der er her ansat 4 læger, 2 psykologer, 2 afspændingsterapeuter (massøser), 2 sygeplejersker, 3 socialrådgivere og 3 sekretærer. Med en enkelt ændring — 6 læger i stedet for 4 — vil man mene, at et sådant personale, uden at være for stort, vil kunne betjene en neurosestation af den nævnte kapacitet på forsvarlig måde. Psykologerne vil kunne have halvdagsarbejde på stationen, hvorimod de øvrige nævnte må være engagerede til heldagsarbejde.

Lægestaben må formentlig bestå af 1 overlæge, 1 afdelingslæge, 2 reservelæger og 2 lægekandidater.

Overlægen bør praktisk talt se enhver af de patienter, der frekventerer neurose-

Stationen. Hans arbejde bør først og fremmest bestå i at lede, fordele og følge arbejdet på stationen; kun på denne måde bliver neurosestationen et hele, og kun på denne måde vil de forskellige elementer i undersøgelse og behandling kunne samordnes. I det daglige arbejde vil de enkelte patienter holde sig til en og samme læge, samme socialrådgiver. De 1000 patienter bliver da at fordele på 5 læger, hvilket giver 200 til hver, ikke noget ringe antal, når det drejer sig om neurosepatienter, men dog formentlig overkommeligt, når lægen forskånes for alt ikke-lægeligt arbejde.

Regner man, at hver patient møder til gennemsnitligt 15 konsultationer, giver dette 15.000 konsultationer. Fordeles disse på 5 ugentlige arbejdsdage eller 225 arbejdsdage i året, giver dette 66—67 konsultationer om dagen, eller 13—14 konsultationer for hver af lægerne. Det er indlysende, at dette ikke kan klares med en arbejdstid på 4 timer, idet der næppe gennemsnitligt kan behandles mere end 2 patienter i timen. Lægerne må derfor regne med fuld beskæftigelse, d. v. s. 7—8 timers dagligt arbejde på stationen.

I øvrigt vil det også for at strække modtagelsestiden for patienterne så langt som muligt være ønskeligt, at der er læger på stationen fra kl. 8—9 til kl. 18.

I det ovenfor anførte er det forudsat, at en bestemt dag i ugen er forbeholdt modtagelsen af nye patienter. Dette giver gennemsnitligt 20 patienter om ugen, men vil naturligvis kunne varieres fra f. eks. 11—12 patienter til 28—30 patienter. Måske kunne den ugentlige generalkonference også henlægges til modtagelsesdagen og afkortes på særlig travle dage.

Udgifterne til et personale af den anførte størrelse og sammensætning er af lægeforeningens sekretariat beregnet til kr. 216.000 årligt.

Skønt de diagnostiske og terapeutiske metoder, der anvendes på neurosestationen, naturligvis hverken kan eller bør fastlægges på forhånd, er det dog nødvendigt at pointere forholdet til psykoanalysen. Oprettelsen og driften af en neurosestation hviler på den forudsætning, at det er muligt at gøre et nyttigt og værdifuldt specialarbejde med neuroserne også uden anvendelse af psykoanalyse efter Freudiansk mønster eller lignende krævende metoder. — Ikke desmindre anerkender man den videnskabelige interesse, der knytter sig til psykoanalysen, og det var derfor ønskeligt, om neurosestationen disponerede over et særligt fond, således at overlægen i særlige tilfælde kunne henvise patienten såvel til en prøveanalyse som til en gennemført psykoanalytisk kur hos en anerkendt psykoanalytiker.

Den forsøgsmæssige neurosestation bør formentlig drives for statens midler og sortere under direktoratet for statens sindsygehospitaler.

Det må dog anses for rimeligt, at patientens sygekasse betaler neurosestationen et vist beløb een gang for alle for hver patient, der henvises til den.

Ligeledes bør enhver patient, der modtages på neurosestationen, betale et vist beløb een gang for alle, idet det må skønnes, at mulige lunefulde og efterladende patienter herved vil få et lille motiv mere til at passe deres kur og deres mødedage.

Neurosestationens placering.

Udvalget har derefter drøftet, hvor i landet en sådan forsøgsmæssig neurosestation passende kunne anbringes.

Det ligger nærmest at gå ud fra, at neurosestationens virkeområde afgrænses på den måde, at det bliver de i et amt boende patienter, der kan henvises til neurosestationen, og ingen andre.

En gennemgang af befolkningstal og antallet af læger i Danmarks forskellige amter viser som bekendt store variationer, fra 42.000 personer i Tønder amt til 245.000 i Odense amt; lægetallet er i Tønder amt 24, Odense amt har 145 læ-

ger (og Århus amt 159). En neurosestation med en kapacitet på 1000 patienter vil følgelig give en højst forskellig quota for de praktiserende læger. Den vil eksempelvis i Tønder amt give en quota på 42, i Thisted amt 22, i Sorø amt 13, i Frederiksborg amt 8, i Århus amt 6 og i Odense og Svendborg amter tilsammen (hele Fyn) en quota på 4. Det er ganske åbenbart, at en quota på f. eks. 42 patienter årligt er urimeligt stor. På den anden side vil en meget ringe quota medføre,, at det bliver en samling meget dårlige patienter, der henvises, en gruppe, hvor de uhelbredelige vil dominere alt for stærkt, så neurosestationens ydeevne dårligt kan komme frem. Det må skønnes, at en quota på mellem 10 og 15 er det mindste, man tør foreslå, når den praktiserende læge virkelig skal føle tilbudet som en hjælp, og når neurosestationen skal kunne gøre regning på et klientel, der omfatter alle grupper af neuroser.

Da al behandling og undersøgelse skal foregå ambulant, og da et stort antal mennesker således adskillige gange og gennem længere tid må befordre sig til og fra neurosestationen, må denne først og fremmest placeres efter trafikale hensyn. Som forbilledlig placering af en lignende institution kan nævnes tuberculosestationen i Ingerslevgade i København, i umiddelbar nærhed af hovedbanegården, med 7 sporvognslinier og 2 buslinier.

Det skal ikke overses, at samarbejdet med andre specialafdelinger som øjen-, øre- og medicinske afdelinger er af vital betydning for en neurosestation. Selv om undersøgelse på en af disse afdelinger undertiden vil kræve særlige dage, hvor patienten ikke kan møde på neurosestationen, vil centralsygehusets placering i det pågældende landområde være meget vigtig for neurosestationens funktion.

Ud fra disse betragtninger skal udvalget derfor foreslå, at den forsøgsmæssige neurosestation oprettes i Sorø amt, som har en befolkning af passende størrelse (126.000) med 77 praktiserende læger, hvilket som nævnt giver en quota på 13. Neurosestationen foreslås placeret i Slagelse, som er velegnet i trafikal henseende, og som har centralsygehuset.

April 1954.

Hans Bjerre. *Otto Jacobsen.* *Carl Jørgensen.* *Jørgen Riising.*

Dansk Psykiatrisk Selskabs redegørelse vedrørende »Psykiatrisk rehabilitation«

Den 24. oktober 1953 nedsatte Dansk Psykiatrisk Selskab et udvalg med den opgave at redegøre for behovet for rehabilitationsforanstaltninger for patienter, der udskrives fra sindssygehospitaler og psykiatriske afdelinger. Til medlemmer af udvalget udpegedes sociallæge *Helge Kjems,* overlæge *Otto Lund,* overlæge, dr. med. *Gudmund Magnussen* (formand), afdelingslæge *Knud Nørgaard* (sekretær), professor, dr. med. *Erik Strömgren* og universitetsadjunkt, dr. med. *Karl Teilmann.*

Udvalget udarbejdede en redegørelse, der tiltrådtes af selskabet i dettes møde den 2. oktober 1955 og derefter fremsendtes bl. a. til kommissionen vedrørende statens sindssygevæsen. Af den meget omfattende redegørelse skal nedenfor citeres dens *konklusion* og *fremsendelsesbemærkninger:*

I denne redegørelse er omtalt en række af de områder, som skønnes af størst betydning for udviklingen af en systematisk psykiatrisk rehabilitationsvirksomhed i Danmark. Man har tilstræbt at give en foreløbig, relativt kortfattet oversigt over disse områder, for at vække opmærksomhed for de vidtrækkende social-psykiatriske problemer, de rummer.

Ved psykiatrisk rehabilitation forstås i denne redegørelse: den side af den psykiatriske behandling og efterbehandling, som har til formål at ophjælpe patientens samfundsmæssige tilpasning.

En udbygning af rehabilitations virksomheden ved danske sindssygehospitaler og psykiatriske afdelinger vil kræve følgende foranstaltninger:

1. Inden for hospitalerne:

En mere systematisk og indgående socialpsykiatrisk undersøgelse af patienterne med henblik på en udvælgelse af patienter, som har et socialt behov for rehabilitation, og som i psykiatrisk henseende frembyder mulighed herfor.

For sådanne patienter må den individuelle rehabilitation tidligst muligt planlægges af et team, der, foruden patienten selv, omfatter den eller de behandlende læger, en socialrådgiver, evt. en socialpsykiatrisk uddannet læge, samt en repræsentant fra arbejdsanvisningen.

Den psykiatriske behandling, der skal indgå som led i rehabilitation, må kunne intensificeres i tilstrækkeligt omfang. Der må være mulighed for mere indgående personlighedsbehandling og forskellige former af gruppeterapi, såvel inden for hospitalet som i ambulant efterbehandling, og der må oprettes patientklubber.

Der vil hertil kræves en forøgelse af det kvalificerede personale ved hospitalerne, ligesom der bør oprettes faste stillinger for læger med socialpsykiatrisk uddannelse.

Beskæftigelsesterapien på hospitalerne må udvides og i en vis udstrækning omlægges i mere erhvervsbetonet retning.

Erhvervsmæssig optræning, respektive omskoling, må påbegyndes under hospitalsopholdet, dels ved hospitalets normalt arbejdende tekniske funktioner, dels i

erhvervsvirksomheder uden for hospitalet.

Forskellige kursus vil kunne etableres for indlagte patienter bl. a. i samarbejde med kommunale aftenskoler, og i egnede tilfælde må en faglig uddannelse kunne påbegyndes allerede under hospitalsopholdet. Ved enkelte hospitaler kan indrettes specialafdelinger til behandling af normalt begavede, ikke kriminelle psykopater, ligesom det i det hele kan indebære fordele, at særlige rehabilitationsforanstaltninger etableres på forskellige måder ved de forskellige hospitaler.

Inden for hospitalet eller i tilslutning til hospitalet vil — specielt ved større byer — oprettelsen af et daghospital kunne udvide mulighederne for effektiv psykiatrisk behandling, også i rehabiliteringsmæssig henseende.

2. I tilslutning til hospitalerne:

I overensstemmelse med ovenstående må rammerne for den ambulante psykiatriske efterbehandling udvides, såvel hvad angår kvalificeret personale, som i lokalemæssig henseende. Der må i fornødent omfang kunne etableres individuel behandling, gruppeterapi og patientklubber.

I nærheden af sindssygehospitalerne kan oprettes et pensionat for udskrevne patienter af særlige kategorier, fortrinsvis patienter i efterbehandling og optræning.

Der må etableres nærmere kontakt imellem hvert sindssygehospital og de lokale arbejdsanvisningskontorer, boligmyndighederne etc., samt private erhvervsvirksomheder, som kan pålage sig optræning af patienter. De i lovforslaget om samordning af foranstaltninger for erhvervshæmmede omtalte kommunale kontaktudvalg vil forhåbentlig kunne medvirke væsentligt til at fremme sådan kontakt.

I nærheden af et eller flere sindssygehospitaler må oprettes en erhvervsvirksomhed, hvor psykiatriske patienter med tilpasningsvanskeligheder kan opnå erhvervsmæssig optræning jævnsides med psykiatrisk behandling.

Oprettelse af beskyttede industrier for kronisk invaliderede, udskrevne, psykiatriske patienter må også tages op til overvejelse.

Vedrørende psykiatrisk rehabilitation af ikke indlagte patienter henvises til selskabets betænkning om »Socialpsykiatriens fremtidige udvikling i Danmark«, og der omtales yderligere to institutioner, som i udlandet har vist sig af betydelig praktisk værdi, den ambulante psykiatriske service i Amsterdam og »daghospitalet«. Det anbefales, at tilsvarende institutioner oprettes her i landet.

Dansk psykiatrisk selskabs redegørelse for problemerne ved psykiatrisk rehabilitation fremsættes på indeværende tidspunkt under hensyntagen til, at kommissionen vedrørende statens sindssygevæsen er ved at afslutte sit arbejde, og fordi det er fundet hensigtsmæssigt, at Dansk Psykiatrisk Selskab fremsætter sine synspunkter vedrørende behovet for foranstaltninger til fremme af rehabilitation af psykiatriske patienter, inden lovforslaget om samordning af foranstaltninger for erhvervshæmmede er færdigbehandlet i rigsdagen.

Det havde oprindelig været tanken at afvente afslutningen af efterundersøgelsen af patienter udskrevet fra sindssygehospitalet i Risskov, før selskabets redegørelse blev fremsat. Et skøn over efterundersøgelsens foreløbige resultater synes imidlertid at vise, at denne undersøgelse ikke vil give anledning til synspunkter, der er principielt forskellige fra dem, der er fremsatte i nærværende redegørelse. Man har derfor fundet det sagligt berettiget at fremsætte redegørelsen nu. Efterundersøgelsen vil formentlig, når den fremkommer, på en række konkrete punkter kunne supplere nærværende redegørelse.

Dansk Psykiatrisk Selskab fremsender herved denne redegørelse om psykiatrisk

rehabilitation til de administrative myndigheder for Danmarks sindssygehospitaler og psykiatriske afdelinger, idet man henstiller, at de heri omhandlede problemer, som er af den største betydning for udviklingen af helbredelsesforanstaltningerne for patienter med psykiatriske lidelser, tages op til nærmere behandling.

P. S. V.
Jørgen Madsen.
Overlæge, dr. med.

Formand for
Dansk Psykiatrisk Selskab.

Foreløbig meddelelse fra Sindssygehospitalet ved Aarhus om resultaterne af en »Rehabilitationsundersøgelse«

Formålet med undersøgelsen, der er udført af reservelæge *Knud Mosegaard* og cand. psych. *Inger Langer*, har været at foretage en intensiv gennemgang af en patientgruppe med henblik på vurdering af det sociale rehabilitationsbehovs art og omfang.

Materialet består af hver femte af de patienter, der er udskrevet fra Sindssygehospitalet ved Aarhus i 1952, ialt 137 patienter (69 kvinder og 68 mænd).

Materialet fordeler sig i diagnostiske hovedgrupper på følgende måde, registreret efter udskrivningshoveddiagnoser:

Psykoser	61 %
Neuroser	17 %
Karakterafvigelser	13 %
Oligofreni	2 %
Affektreaktioner	7 %

13 patienter (9 %) var på undersøgelsens tidspunkt afgået ved døden.

10 af de mandlige patienter (15 %) var retslige observander.

Fremgangsmåden ved undersøgelsen har været den, at man har opsøgt patienterne i deres hjem. I næsten alle tilfælde er det lykkedes at træffe patienten. De indsamlede oplysninger er for langt størstepartens vedkommende fremkommet ved samtale med patienten, men i mange tilfælde har man fået supplerende oplysninger fra pårørende. Kun i ganske få tilfælde hidrører oplysningerne udelukkende fra de pårørende og i to tilfælde kun fra henholdsvis politiet og et hospital.

Hovedparten af patienterne var på undersøgelsens tidspunkt bosiddende inden for det landområde, hvorfra Sindssygehospitalet ved Aarhus modtager patienter; den resterende del var bosiddende i den øvrige del af Jylland, på Fyn, Sjælland og Falster.

Aldersfordelingen i det samlede patientmateriale er følgende:

		Døde medregnet:
15—19 år	5	5
20—29 år	22	22
30—39 år	39	42
40—49 år	34	37
50—59 år	11	14
60— år	13	17
ialt:	124	ialt: 137

Materialets fordeling efter kommunegrupper:

I købstæder	53 %
I bymæssige bebyggelser	18 %
I landkommuner	25 %
Uden fast bopæl	4 %

Ialt 49 af alle patienterne har været genindlagt i psykiatrisk institution. D.v.s. at den samlede genindlæggelsesfrekvens er 36%.

De undersøgte patienter kan inddeles i 3 grupper:

1) De patienter, der er tilfredsstillende socialt tilpasset. Denne gruppe omfatter 49 patienter, d. v. s. 36 % af det samlede materiale.
2) De patienter, hvis helbredstilstand er for dårlig til, at rehabilitation kan finde sted. Denne gruppe omfatter dels varigt invaliderede patienter, dels patienter, som senere — efter eventuel behandling — vil kunne rehabiliteres.

Gruppen omfatter 47 patienter, d. v. s. 34 % af hele materialet.

3) De patienter, der har behov for rehabilitation, og hvis psykiske og somatiske helbredstilstand er sådan, at rehabilitation må anses for mulig.

Gruppen omfatter 28 patienter, d. v. s. 20 % af det samlede materiale.

Af de 49 patienter, der har klaret sig i social henseende, er 29 kvinder og 20 mænd. D. v. s. at 42 % af kvinderne i undersøgelsesmaterialet og 29 % af mændene hører hjemme i denne gruppe.

Den diagnostiske fordeling i gruppen ser således ud:

Psykoser	51 %
Neuroser	27 %
Karakterafvigelser	12 %
Oligofreni	0 %
Affektreaktioner	10 %

Fordelingen efter kommunegrupper ser således ud:

I købstæder	51 %
I bymæssige bebyggelser	23 %
I landkommuner	25 %
Uden fast bopæl	2 %

Ialt 10 patienter i denne gruppe har været genindlagt i psykiatrisk hospital. D. v. s., at genindlæggelsesfrekvensen for gruppen som helhed er 20 %.

Af de 47 patienter, hvis helbredstilstand er for dårlig til, at rehabilitation kan finde sted, er 27 kvinder og 20 mænd. 39 % af alle kvinderne i materialet og 29 % af mændene hører således hjemme i denne gruppe.

Gruppens diagnostiske fordeling:

Psykoser	72 %
Neuroser	11 %
Karakterafvigelser	11 %
Oligofreni	2 %
Affektreaktioner	4 %

Fordelingen efter kommunegrupper:

I købstæder	51 %
I bymæssige bebyggelser	17 %
I landkommuner	26 %
Uden fast bopæl	6 %

28 patienter i denne gruppe har været genindlagt i psykiatrisk hospital. Gruppens genindlæggelsesfrekvens er således 60 %.

Den tredie gruppe angiver det kvantitative rehabilitationsbehov. Den består — som anført — af 28 patienter, eller 20%. Den omfatter 7 kvinder og 21 mænd, således at 10 % af de undersøgte kvinder og 31 % af de undersøgte mænd repræsenterer behovet for erhvervsmæssig rehabilitation.

Gruppens diagnostiske fordeling:

Psykoser	39 %
Neuroser	25 %
Karakterafvigelser	25 %
Oligofreni	7 %
Affektreaktioner	4 %

I denne gruppe udgør neurosepatienter og karakterafvigende således ialt 50 % mod 30 % i det samlede patientmateriale.

Gruppens aldersfordeling:

15—19 år	1
20—29 år	7
30—39 år	10
40—49 år	7
50—59 år	2
60— år	1
Ialt:	28

Fordelingen efter kommunegrupper:

I købstæder	61 %
I bymæssige bebyggelser	4 %
I landkommuner	32 %
Uden fast bopæl	4 %

Af de 7 kvinder i denne gruppe var 6 ufaglærte og 1 faglært.

Af de 21 mænd var 10 ufaglærte, 8 faglærte og 3 har liberalt erhverv.

Af patienterne i denne gruppe har ialt 11, d. v. s. 39 %, været genindlagt i psykiatrisk hospital. Genindlæggelsesfrekvensen for kvinderne er 43 % og for mændene 38 %.

Opgørelse over det kvalitative rehabilitationsbehov.

Hos de 28 patienter, hos hvem behov er til stede, og hos hvem rehabilitation må forventes at kunne finde sted, foreslås foranstaltninger i det omfang, hvori det fremgår af nedenstående skema.

Optræning gennem foranstaltninger for erhvervshæmmede	11	39%
Optræning i *tidligere* erhverv		11%
Optræning i *nye* erhverv		17%
Erhvervsskifte.		11%
Hjælp til optræning i deltidsbeskæftigelse.		70/
Beskæftigelse i »Sheltered Workshops«		17%
Ophold i patientpensionat . . .		21%
Udvidet § 253-hjælp		17%
Understøttende psykiatrisk terapi.	11	39%

Når der i skemaet anføres: optræning i erhverv, nyt eller tidligere, drejer det sig i alle tilfælde om faglærte arbejdere.

Ved »Erhvervsskifte« er underforstået, at overgangen til det nye erhverv ikke er betinget af nogen egentlig optræning, men nok af økonomisk støtte og ledsagende psykiatrisk terapi.

De ved den stedfundne undersøgelse indvundne erfaringer giver anledning til at henlede opmærksomheden på en række *foranstaltninger,* hvis etablering, resp. udvidelse, vil være *af betydning for de psykiatriske rehabilitationsbestræbelsers fremme:*

1) Nært samarbejde mellem det psykiatriske hospital og det lokale arbejdsanvisningskontor for erhvervshæmmede.
   Hertil et organ, som
   a) opretholder dette samarbejde — og
   b) forestår efterbehandlingen af patienterne.
   Den »sociale enhed« i det psykiatriske hospital foreslås ledet af en psykiater (afdelingslæge) i samarbejde med en eller flere socialrådgivere.
2) Udvidelse af forsorgslovens § 253 (i lighed med nugældende ordning for tuberkulosepatienter).
3) Nogle af de patientværksteder, hospitalet har, bør orienteres erhvervsmæssigt. På den måde kan en overgang til direkte optræning forberedes.
   Hospitalets håndværkere og kontoret bør benyttes i størst mulig udstrækning.
4) Patientpensionat. — Patienterne bor på »åben afdeling« og arbejder ude. Patienterne betaler selv for opholdet. Patientpensionaterne bør i så stor udstrækning som muligt ligne »almindelige« pensionater.
5) Oprettelse af »sheltered workshops«, d. v. s. virksomheder, hvor patienter uden fuld erhversevne beskæftiges *med løn,* som svarer til deres arbejdsindsats, evt. efter et akkordsystem. Problemet her er at finde en beskæftigelse, som er passende enkel, men alligevel lønnende. — Evt. oprettelse af »sheltered workshops« i samarbejde med kommunen.
6) Rehabiliteringscentrum for patienter med personlighedsforstyrrelser

(karakterneuroser og psykopati). Ophold af ca. 1 års varighed (observeringstid på 2—3 måneder før evt. behandling).

7) Kurser af forskellig art, evt. i samarbejde med kommunale aftenskoler.
Brevskole, korrespondancekursus.

Inger Langer. *Knud Mosegaard.*