

BETÆNKNING I
VEDRØRENDE
STATENS HOSPITALSVÆSEN
FOR SINDSLIDENDE

AFGIVET AF DET AF
INDENRIGSMINISTEREN UNDER DEN 9. APRIL 1964
NEDSATTE UDVALG



BETÆNKNING NR. 382

1965

Indholdsfortegnelse :

Side

Indledning	5
Kapitel I. De psykiatriske behandlingsformers udvikling	6
Kapitlerne II & III. Den hospitalsmæssige udvikling efter 1952	10
Kapitel IV. Det fremtidige behov for hospitalspladser.....	14
Sammenfatning	23
Resumé.....	24
Bilag	25

INDLEDNING

Ved skrivelse af 29. marts 1952 nedsatte indenrigsministeren en kommission vedrørende statens sindssygevesen, hvis arbejde i henhold til kommissoriet skulle tilrettelægges således, at dens betænkning kunne danne det umiddelbare grundlag for de følgende års reformarbejde. Kommissionen afgav i december 1952 en foreløbig indstilling, som dannede grundlag for loven af 31. marts 1953 om opførelse af forskellige hospitaler og plejehjem. Den endelige betænkning, der fremkom i november 1956, har siden været retningsgivende for direktoratets planlægningsarbejder.

Da der nu er forløbet en årrække siden betænkningens afgivelse, og da der i dette tidsrum er sket en betydelig udvikling inden for psykiatrien såvel her i landet som i udlandet, har indenrigsministeren ved skrivelse af 9. april 1964 nedsat et udvalg med den opgave at udarbejde et tillæg til kommissionsbetænkningen af 1956 indeholdende en à jour-føring af kommissionens forslag under hensyntagen til den stedfundne udvikling inden for de områder af samfundslivet, som har berøring med den moderne psykiatriske behandling.

Direktøren for statshospitalerne Bjørklund Bertelsen beskikkedes til formand for udvalget, der i øvrigt består af overlæge Kaj Arentsen, statshospitalet i Glostrup, overlæge Otto Jacobsen, statshospitalet i Nykøbing Sj., professor, dr. med. Villars Lunn, rigshospitalet, og professor, dr. med. Erik Strömberg, statshospitalet ved Århus. Som udvalgets sekretær har fuldmægtig, fru B. Enevold Sørensen, direktoratet for statshospitalerne, fungeret.

Udvalget har holdt 10 møder, og arbejdet har været tilrettelagt således, at man har foretaget en gennemgang af hvert enkelt kapitel i betænkningen af 1956 med henblik på en undersøgelse af, hvilke ændringer og tilføjelser den stedfundne udvikling måtte give anledning til.

Nærværende betænkning indeholder udvalgets à jour-føring af kapitlerne I til IV i kommissionsbetænkningen af 1956.

Da en nøjere behandling af de problemer, som er omhandlet i kommissionsbetænkningens

øvrige kapitler, forudsætter yderligere overvejelser og undersøgelser, og da udvalget lægger vægt på, at dets virksomhed ikke på nogen måde skal forsinke direktoratet i det fremtidige planlægningsarbejde, har man fundet det hensigtsmæssigt allerede nu at afgive betænkning om det fremtidige pladsbehov og nye hospitalers placering, men udvalget vil fortsætte sit arbejde for senere at udarbejde en 2. del af nærværende betænkning indeholdende udvalgets kommentarer til kapitlerne V til VII, dog at spørgsmålene om specialuddannelse af statshospitalernes sygeplejersker og om uddannelse af plejere og plejersker ikke vil blive medtaget, idet disse spørgsmål behandles i særlige udvalg.

Endvidere har udvalget i en indstilling af 11. januar 1965 henstillet til indenrigsministeren at nedsætte et specialudvalg med repræsentanter for socialministeriet, undervisningsministeriet, sundhedsstyrelsen og Københavns kommune samt direktoratet for statshospitalerne med den opgave at foretage en samlet planlægning og koordinering af det fremtidige børne- og ungdomspsykiatriske arbejde i hele landet.

Til brug ved udvalgets arbejde har man indhentet oplysninger fra de øvrige nordiske lande, hvis sundhedsmyndigheder beredvilligt har stillet materiale til rådighed vedrørende opbygningen og indretningen af disse landes psykiatriske institutioner og ambulante virksomhed m. v.

Endvidere har udvalget orienteret sig om de af landsplanlægningsudvalgets sekretariat udarbejdede prognoser for den befolkningsmæssige, bymæssige og transportmæssige udvikling i årene indtil 1980, ligesom den af det økonomiske sekretariat i juni 1964 offentliggjorte pjece om den fremtidige befolkningsudvikling har været taget i betragtning under udvalgsarbejdet.

De befolkningsprognoser, der har dannet det umiddelbare grundlag for forslagene i nærværende betænkning, og som i det store og hele er sammenfaldende med fornævnte pjeces befolkningsprognose, er bearbejdet af en medarbejder i det statistiske departements befolkningsstatistiske kontor direkte til brug for udvalget.

KAPITEL I.

De psykiatriske behandlingsformers udvikling.

I kommissionsbetænkningen af 1956 er givet en redegørelse for de psykiatriske behandlingsformers udvikling og deres daværende stade. Siden da er udviklingen imidlertid gået frem med stormskridt, og billedet tegner sig derfor i dag anderledes end i 1956. Det er især udvidede erfaringer med hensyn til den medikamentelle behandling, der har præget udviklingen. En række ældre behandlingsformer har dog stadig stor betydning, omend deres anvendelsesområde er ændret og deres teknik modificeret.

Som et karakteristisk træk ved psykiatrisk behandling må nævnes, at det i de fleste tilfælde er nødvendigt at anvende flere forskellige virkemidler, samtidig eller i rækkefølge. Psykoterapi, miljøterapi, beskæftigelses- og arbejds terapi indgår således praktisk talt altid i et vist mål i behandlingen af psykiske abnormtilstande.

Beskæftigelsesterapiens andel i behandlingen er stadig betydelig, men fremskridtene inden for dette område har på flere af statshospitalerne været hæmmet af mangel på egnede lokaler og tilstrækkeligt personale. Dette gælder i endnu højere grad udviklingen af en rationel arbejds terapi med resocialiserende og revaliderende formål. Til dette formål mangler statshospitalerne såvel fornødne værksteder som kvalificeret personale. For flere af de ældre hospitalers vedkommende vil også den isolerede beliggenhed vanskeliggøre iværksættelsen af arbejds terapeutiske foranstaltninger.

Insulincomabehandlingen, der for 30 år siden indledte den nye æra i den psykiatriske behandling, anvendes i stadig ringere udstrækning, idet andre - lempeligere og hurtigere behandlingsmetoder — i vidtgående grad har fortrængt den. De fleste af statshospitalerne har helt opgivet insulincomabehandlingen, medens enkelte endnu anvender den i begrænset udstrækning.

Elektrostimulationsbehandlingen anvendes sta-

dig i en vis udstrækning på alle statshospitaler. Behandlingsteknikken er ændret. I modsætning til tidligere gives nu altid narcose, hvorved patienternes angst undgås, ligesom en anden ulempe, de kraftige muskelkramper, forhindres ved indgift af et muskelafslappende medikament. Anvendelsesområdet er indsnævret, idet man hos mange depressive patienter er i stand til at opnå terapeutisk effekt ved hjælp af de nedenfor under b) nævnte antidepressive medikamenter.

Med anvendelse af psykokirurgiske metoder (»leukotomi«, »det hvide snit«) er alle psykiatere nu meget tilbageholdende. En sikrere og mere dybtgående virkning på de ondartet forløbende tilfælde af skizofreni, der tidligere var hovedindikationsområdet, opnås nu næsten altid med de nedenfor under a) nævnte medikamenter.

Det væsentligste terapeutiske fremskridt inden for det sidste 10-år har som anført fundet sted inden for den medikamentelle behandling. Da kommissionsbetænkningen i 1956 blev afgivet, var erfaringerne med disse behandlingsformer endnu begrænsede, og deres værdi på længere sigt var vanskelig at vurdere. Nu tegner billedet sig mere klart.

Det drejer sig især om følgende medikamina:

a) Chlorpromazin (largactil, prozil), serpasil (reserpin) og stoffer af lignende kemisk sammensætning. Hovedindikationsområdet for disse stoffers anvendelse er skizofrenierne. Deres virkning er ikke kausal, de fjerner ikke selve sygdomsprocessen; men i det store flertal af tilfældene dæmpes de mere iøjnefaldende symptomer, især hallucinationer, vrangforestillinger og katatone symptomer (bevægelses- og holdningsforstyrrelser). Patienterne bliver mere tilgængelige for andre virkemidler, særlig miljøbehandling, beskæftigelses- og arbejds terapi samt psykoterapi. Bivirkningerne er oftest uden

afgørende betydning. Forudsætningen for et i social henseende gunstigt behandlingsresultat er imidlertid, at den medikamentelle behandling fortsættes over en længere årrække og følges op af andre virkemidler, derunder især revalideringsforanstaltninger.

De nævnte stoffer opnåede almindelig anvendelse i 1953—55. I disse år ændredes de psykiatriske hospitalsafdelinger på afgørende måde. Den uro, der tidligere prægede en del afdelinger, forsvandt næsten helt. Adskillige afdelinger kunne åbnes, og en almindelig liberalisering fandt sted. Medens åbne afdelinger for 10 år siden hørte til undtagelserne, er i dag flertallet af afdelingerne på statshospitalerne åbne. En sikker virkning på udskrivningerne kunne ikke påvises de første år. To tværsnitsundersøgelser, der blev foretaget på samtlige psykiatriske hospitaler i henholdsvis 1957 og 1962, har imidlertid vist, at antallet af skizofrene hospitaliserede patienter er faldet betragteligt, hvilket med overvejende sandsynlighed må tilskrives den medikamentelle behandling. Der var således 800 færre skizofrene patienter på statshospitalerne i 1962 end i 1957. Det kan imidlertid ikke anses for at være klarlagt, om denne radikale udskrivningspolitik i alle tilfælde har været en ubetinget fordel for patienterne. En del af de udskrevne patienter befinder sig på private plejehjem, og adskillige af dem opholder sig i deres hjem. Hvis udskrivningen skal være af menneskelig og samfundsmæssig værdi, skal de skizofrene patienter være i ambulant behandling i en lang årrække og samtidig underkastes intensive revalideringsbestræbelser. Dette har kun i beskednen udstrækning kunnet være tilfældet. For statshospitalernes pladsforhold har udviklingen ikke haft betydning, idet de ledigblevne sengepladser straks er blevet optaget af andre patient-kategorier, specielt af patienter med senile psykoser.

b) Imipramin (tofranil), amitriptylin (saroten) og lithium. Disse medikamenter har først og fremmest virkning på den manio-depressive psykose. Effekten er af samme størrelsesorden som ved elektrostimulationsbehandling, der nu delvist er erstattet af medikamentel behandling. I lighed med forholdene ved elektrostimulationsbehandling afkortes sygdomsforløbet. Den medikamentelle behandling kan ofte gives ambulant, og i mange tilfælde vil patienterne kunne passe deres arbejde under behandlingen.

Dette behandlingsmæssige fremskridt har ikke kunnet spores på belægningsens størrelse, over-

vejende fordi flere patienter med lettere tilfælde af manio-depressiv psykose nu i modsætning til tidligere søger behandling.

De psykoterapeutiske metoder er ikke i de senere år afgørende ændret. Kendskabet til disse metoder og kyndighed i at anvende dem er imidlertid blevet mere almindelig, især blandt yngre psykiatere. Oprettelsen af stillinger som psykoterapeuter og etableringen af en neurosestation ved statshospitalet ved Århus har været det synligste udtryk for dette positive træk i udviklingen. Det er af væsentlig betydning for hospitalernes fremtidige virke, at stillinger som psykoterapeuter også oprettes ved de øvrige statshospitaler.

Allerede af den her givne beskrivelse af de enkelte behandlingsformer fremgår det, hvor vigtigt det er, at de forskellige former koordineres. Kun undtagelsesvis kan behandlingen af en patient ske ved hjælp af en enkelt metode; i langt de fleste tilfælde må der ske en *integration* af en række metoder. Også på anden måde bliver der tale om integration: det er nødvendigt, at der er fuldstændig sammenhæng mellem de forskellige faser af en patients behandling, hvadenten denne sker ambulant eller under indlæggelse. Der må en sammenhængende planlægning til, dækkende både en eventuel indledende ambulant fase og tiden under og efter indlæggelsen. For at dette kan ske på formålstjenlig måde, er det af afgørende betydning, at i hvert fald nogle af de i behandlingen deltagende funktionærer forbliver knyttet til patienten i alle de forskellige faser. Det må for enhver pris undgås, at patienten bliver kastebold mellem forskellige institutioner, respektive personalegrupper; det bør være en enkelt sådan gruppe, der gennem hele behandlingsperioden har ansvaret for den enkelte patient. Ganske særligt for psykiatriske patienter gælder det, at de kommer til at føle sig usikre og mister tilliden til behandlingen, såfremt de ikke ved, hvilke institutioner, respektive personer, det egentlig er, de først og fremmest skal holde sig til.

Det er i fuld overensstemmelse med sådanne tankegange, når man på en række hospitaler ikke blot har udbygget den ambulante behandling i betydelig grad, således at især efterbehandlingen kan varetages på tilfredsstillende måde, men derudover også har etableret dag-, respektive natbehandling. I mange tilfælde har det vist sig at være af stor betydning for en patients revalidering, at vedkommende efter ud-

skrivelsen har kunnet fortsætte et stykke tid i daghospitalsbehandling, respektive allerede under indlæggelsen har kunnet optage lønnet arbejde uden for hospitalet. Det arbejde, patienten herved udfører, vil, alt efter omstændighederne, kunne have karakter af egentligt revalideringsarbejde eller arbejde under beskyttede former af mere varig karakter. Hospitalet bør have let adgang til at benytte sig af enhver af disse varianter, og i de tilfælde, hvor f. eks. et beskyttet værksted sorterer under en anden institution, må det sikres, at patienten efter overførelsen til denne kan bevare den personlige kontakt med de hospitalsfunktionærer, som har tilrettelagt planen for patientens behandling. Det vil selvsagt også kunne forekomme, at en patient, uden på noget tidspunkt at have været indlagt under almindelige former, kan gå direkte fra ambulant behandling til daghospitalsbehandling.

Hele den her skitserede udvikling er af så ny dato, at det er umuligt at forudse, hvilke former der vil blive de dominerende i fremtiden. England er formentlig det land, i hvilket man tidligst er kommet i gang med at samle erfaringer i større udstrækning. Man har her på en række steder etableret daghospitalet, tildels i forbindelse med såkaldt »community mental health service«. Det har fortrinsvis drejet sig om, at et psykiatrisk hospital intensiverer sin udadgående virksomhed, bl. a. ved at undersøge alle patienter inden eventuel indlæggelse, og derved ofte opnår mulighed for at forebygge indlæggelse; der er mange steder et udtrakt samarbejde med praktiserende læger, hjemmesygeplejersker og andre, som er af betydning for de psykisk syges behandling, og det er en almindelig foreteelse, at hospitalernes læger de pågældende steder foretager hjemmebesøg hos patienterne. Resultaterne af hele denne virksomhedsform synes i mange henseender at være særdeles gode, og der forudses da også en betydelig udvidelse af den i England. I Holland har man endda på et tidligere tidspunkt været inde på lignende tanker, specielt i form af det såkaldte Amsterdam-system: der findes her et specielt psykiatrisk team, som kan præstere udrykningsservice til akutte psykiatriske tilfælde, og som tager stilling til, hvorvidt den pågældende patient skal indlægges eller kan behandles ambulant. Virksomheden har utvivlsomt været af stor værdi, men det er dog efterhånden blevet tydeligt, at den lider af en væsentlig mangel, bestående i, at der ikke er kon-

tinuitet mellem ambulant behandling og behandling under indlæggelse, idet det omtalte team ikke har noget direkte med hospitalsvæsenet at gøre.

I Danmark er erfaringerne med den integrerede »community service« endnu beskedne. På statshospitalet i Glostrup har man i den senere tid haft megen glæde af at etablere efterbehandling af udskrevne patienter i samarbejde med de stedlige hjemmesygeplejersker under overvågelse af en erfaren sygeplejerske fra hospitalet. Fra statshospitalet ved Århus har man især gjort erfaringer i forbindelse med et forskningsprojekt på Samsø, hvor hospitalets læger varetager psykiatrisk undersøgelse og behandling i samarbejde med de lokale læger. Det er bl. a. her blevet klart, at en række sygdomsformer, som normalt fører til indlæggelse, i det store og hele kan behandles ambulant; dette gælder ikke mindst psykiske lidelser hos ældre.

Det vil i de kommende år være en af dansk psykiatris vigtigste opgaver at finde frem til den bedst mulige organisation af en sådan kombineret ambulant og hospitalsmæssig integreret »distriktskykiatri«. Det forekommer indlysende, at kun en psykiatrisk enhed af en vis størrelse kan have ressourcer til at yde alle de meget varierede behandlingsformer, der bliver tale om, ikke mindst i revalideringsmæssig henseende.

Også i vore nabolande har de her skitserede tanker selvsagt i høj grad været fremme. I det følgende afsnit skal der bl. a. gøres rede for, hvorledes man i Norge og Sverige — i forbindelse med stedfindende reorganisation af det psykiatriske hospitalsvæsen — tænker sig problemerne grebet an i de kommende år.

Udbygningen af de psykiatriske institutioner i Norge og Sverige i de senere år.

I årene 1945-61 foregik der i Norge en jævn udbygning af de psykiatriske institutioner, således at det normerede sengetal i psykiatriske hospitaler steg fra 6013 til 7689. Antallet af patienter holdt sig i denne periode ret konstant på en værdi af ca. 2,3 pr. 1000 indbyggere. Plejehjemspladserne øgedes hurtigere, nemlig fra 0,1 til 0,9 ‰

I 1961 vedtoges en »lov om psykisk helsevern«, ifølge hvilken landet inddeltes i 15 regioner (bestående af et eller to fylker), der hver for sig skulle udgøre en administrativ en-

hed med hensyn til det psykiske helsevern, med det psykiatriske hospital som centrum for virksomheden. Nyordningen medførte overdragelse af en række statssygehuse til regionerne, og der lovfæstedes i øvrigt en »forceret« udbygning af institutionerne i perioden 1961-65, hvilket vil kræve en investering på 112 millioner kr. Hvad pladsantal angår, stiles der mod følgende værdier:

Psykiatriske sygehuse	ca. 2,4 ‰
» plejehjem	» 1,0 ‰
» klinikker	» 0,3 ‰

Igangværende byggearbejder vil ved udgangen af 1966 have bragt sygehuspladserne op på 2,3 ‰ og plejehjemspladserne op på 0,9 ‰. Helsedirektoratets psykiatriske overlæge, C. Lohne Knudsen, fremhæver, at tendensen går bort fra de meget store psykiatriske sygehuse og i favør af sygehuse med ikke over 350—500 pladser for aktiv terapi foruden pladser for patienter, som trænger til »kvalificeret pleje«.

Der lægges megen vægt på hospitalernes udadgående funktioner, på for- og efterværn og på udbygning af dag- og natvirksomhed. — For Oslo kommune foreligger en »regionalplan« af 10. januar 1963 vedrørende integrationen af de forskellige psykiatriske institutions virksomhed, med Dikemark Sykehus som »kjernen i omsorgen for de sinnslidende«. Af særlig interesse er »Oslo Helseråds afdeling for psykiatri«, der har fungeret siden 1958, og som bl. a. yder udrykningstjeneste til akutte psykiatriske tilfælde og i øvrigt formidler kontakt mellem patienterne og de forskellige psykiatriske og sociale institutioner, ligesom den i mange tilfælde varetager for- og efterværn. Personalet består af 3 psykiatere, 5 sygeplejere, 4 socialrådgivere og 3 kontorister. I 1963 tilsås 1058 patienter.

En hurtig udbygning af institutioner for børne- og ungdomspsykiatri er planlagt.

I *Sverige* rådedes i 1964 over 3,7 ‰ pladser på psykiatrisk hospital, 0,7 ‰ på plejehjem, 0,2 ‰ på klinikker og 0,3 ‰ i private plejehjem og familiepleje. I årene 1950—62 anvendtes i alt 375 mill. sv. kr. til udbygning

af de psykiatriske hospitaler; i perioden 1962-65 skal anvendes 200 mill. kr., i 1966—68 over 200 mill.

Planerne har i efterkrigsårene efterhånden i nogen grad ændret karakter. I begyndelsen af denne periode regnedes der med bygning af såvel et antal nye, selvstændige, relativt store hospitaler (6-800 senge) som en del små klinikker ved sygehusene, og adskillige institutioner af begge typer er allerede færdige eller under opførelse. I de sidste år er der imidlertid ved at ske en kursændring, idet man tilstræber en fuldstændig integration af det somatiske og det psykiatriske hospitalsvæsen, dels ved at knytte psykiatriske afdelinger på 2-400 senge til sygehusene dels ved at bygge somatiske sygehuse i forbindelse med eksisterende mentalhospitaler, idet man samtidig søger at reducere disses sengetal til 3—400. En af Sveriges läkarförbund nedsat »mentalsjukvårdskommitté« udtrykker det således: »Et naturligt syn på psykisk sygdom er heldigvis slået igennem i vide kredse, hvorved det svenske folk i stigende grad er blevet klar over, at »mentalsjukvården« skal sidestilles med anden sygdomsbehandling. Men dette mål kan dog ikke realiseres, før størstedelen af »mentalsjukvården« er blevet overført til sygehusene.« Der henvises herefter udtrykkeligt til Danmark som det første sted, hvor realisationen af disse tanker er påbegyndt, hvorved tydeligvis sigtes til Glostrup-enheden.

De nye synspunkter kommer klart til udtryk i planerne for en ny sygehusenhed i Enskededalen (ved Stockholm). Sygehuset skal betjene en befolkning på ca. 130.000, og det påregnes at skulle have 1400 senge, hvoraf 360 psykiatriske. Den psykiatriske afdeling, der vil få en række lokaler fælles med de somatiske afdelinger, tænkes at skulle få en omfattende udadgående virksomhed, herunder også »hjemvård« med hjemmebesøg etc. Hvad dag- og natvirksomhederne angår, erkendes det, at det på nuværende tidspunkt er vanskeligt at afgøre, hvilket omfang de vil få; det er derfor et grundlæggende princip, at en stor del af afsnittene i arkitektonisk henseende udformes således, at de uden vanskelighed kan konverteres fra sengeafdelinger til dag- og natenheder.

KAPITLERNE II og III.

Den hospitalsmæssige udvikling efter 1952.

Siden afgivelsen af den foreløbige indstilling af december 1952 om opførelse af forskellige hospitaler og plejehjem har den samlede investering i bygge- og anlægsarbejder inden for

statshospitalsvæsenet udgjort i alt 168,6 millioner kroner, således fordelt på de enkelte finansår:

	52-53	53-54	54-55	55-56	56-57	57-58	58-59	59-60	60-61	61-62	62-63	63-64	Ialt
Anlægsbudget	0,6	1,3	6,0	11,6	19,6	20,8	17,7	17,4	13,3	12,0	13,5	13,3	147,1
Bygningsudgifter på driftsbudget	1,6	1,4	1,7	1,3	1,4	1,4	1,8	1,6	1,7	2,2	2,2	3,2	21,5
Ialt													168,6

Vedrørende beløbenes fordeling på de enkelte hospitaler og plejehjem henvises til bilagene 1 og 2.

Af de væsentligste arbejder, der er færdiggjort siden den endelige kommissionsbetænkningens afgivelse i 1956, må for *statshospitalet ved Århus'* vedkommende nævnes, at der er opført 3 boliger for assisterende overlæger og 13 reservelægeboliger. Endvidere er en nyopført træelementbygning med 23 sengepladser taget i brug for at afhjælpe en del af overbelægningen på det gamle hospital. Endelig er opført en ny værkstedsbygning for hospitalets håndværkere.

Betænkningen af 1956 anslog, at udgifterne til opførelse af en behandlingsbygning indeholdende undersøgelsesafdeling i tilslutning hertil ville andrage ca. 8,5 millioner kroner.

Dette projekt, der nu er under realisering, omfatter foruden de nævnte lokaliteter tillige et forskningsinstitut, lokaler til laboratorier og til hjernepatologisk institut m. v., og udgifterne hertil vil efter det senest reviderede overslag pr. 1. april 1963 beløbe sig til ca. 32 millioner, heri indbefattet indretning af sal, auditorier og kantine m. v. Arbejdet er påbegyndt i begyndelsen af 1962 og forventes afsluttet senest 1. april 1967.

Udvalget til planlægning af moderniseringen af det gamle hospital har endnu ikke afsluttet sit arbejde, men det ligger dog allerede nu klart, at der næppe vil kunne påregnes at blive forsvarlige forhold for mere end ca. 370 patienter i det nuværende hospitalskompleks.

Til erstatning for en del af pladstabet vil blive opført 4 afdelinger på Solbakken beregnet for rekonvalescenter. Byggeriet er påbegyndt i begyndelsen af 1964 og forventes færdigt til ibrugtagelse i begyndelsen af 1966. Bevillingen til dette sidstnævnte byggeri udgør 5 $\frac{1}{4}$ mill. kr.

Endelig foreligger der bevilling til opførelse af 96 enkeltværelser og 50 lejligheder på henholdsvis 1, 1 $\frac{1}{2}$ og 2 $\frac{1}{2}$ værelser beregnet som lejeboliger for funktionærer. Byggeriet er projekteret til 5,1 mill. kr., og arbejdet er påbegyndt i efteråret 1964.

I august 1958 blev *psykiatrisk børnehospital* ved statshospitalet ved Århus taget i brug, og udgiften til opførelsen af hospitalet inclusive montering androg 3,8 mill. kr.

Børnehospitalet er allerede nu for lille og kan ikke imødekomme det store indlæggelsespres specielt af psykotiske børn. En indrettet observationsbørnehave har vist sig ikke at kunne udnyttes fuldt ud efter sin oprindelige hensigt,

og der er derfor fremsat forslag om at omdanne lokalerne hertil til en afdeling for psykotiske børn. Arbejdet hermed forventes at komme igang snarest. Endvidere har man påtænkt at indrette en eksisterende bygning ved stranden, der nu rummer funktionærboliger, til en plejeafdeling for børn med længerevarende sindslidelser. Bevilling hertil er søgt på finanslovsforslaget for 1965/66.

Plejhjemmet i Randers, der nu har 128 sengepladser, blev i 1955 lejet af staten på et kortere åremål, men der er senere opnået enighed med centralsygehuset i Randers om, at lejemålet kan fortsætte. I kontrakten er samtidig indsat en 3 års opsigelsesfrist.

I øvrigt er der ved forhandling mellem direktoratet for statshospitalerne og bestyrelsen for centralsygehuset i Randers opnået enighed om, at der ved centralsygehuset oprettes en mindre, psykiatrisk afdeling, som drives af sygehuset, idet det dog er en forudsætning, at afdelingen nedlægges, når der i eller ved Randers etableres en psykiatrisk institution af hospitalsmæssig karakter.

På *statshospitalet i Vordingborg* er siden 1956 anvendt betydelige beløb til hoveddistantsætninger samt til opførelse af 3 boliger for overlæger og inspektør. Endvidere er der bygget 2 etagehuse med små lejligheder for sygeplejersker m. fl.

1 mands- og 1 kvindeafdeling er moderniseret, en tidligere patientbygning er blevet istandsat og indrettet til terapibrug, og en bygning, der ikke længere var i brug, er blevet indrettet til bolig for en overlæge. Endvidere er gartneriet moderniseret ved opførelse af en bygning til folkerum og kontor.

Herudover råder man over en rammebevilling på 6,4 mill. kr. således fordelt:

- 1) Ombygning af hovedbygningen til lægekontorer m. v. 490.000 kr.
- 2) Ombygning af nuværende kontorbygning til behandlingsbygning med tunnelforbindelse til mandsafdeling B 995.000 kr.
- 3) Opførelse af et terapicenter 2.010.000 kr.
- 4) Hoveddistsætelse af 3 kvindeafdelinger og indretning af frisørsalon 559.000 kr.
- 5) Indretning af lægeboliger i tidligere sygeplejerskebygning 460.000 kr.
- 6) Opførelse af yderligere en assisterende overlægebolig 160.000 kr.
- 7) Opførelse af maskinvaskeri til funktionærer 140.000 kr.

- 8) Diverse fællesanlæg, terrænarbejder m. v. ca. 1.560.000 kr.

En del af de nævnte arbejder er igang, og arbejderne under den samlede rammebevilling påregnes tilendebragt i finansåret 1967/68.

Vedrørende den endelige modernisering af det gamle hospital foreligger endnu ikke detaljerede planer, men man kan dog allerede nu påregne, at der vil komme til at ske en væsentlig nedskæring af det patienttal, man regnede med i betænkningen af 1956 som resultat af en gennemgribende modernisering. Formentlig vil man højst kunne forvente et pladsantal på ca. 400 à 500.

Med hensyn til de *amtskommunale plejhjem i Sorø, Stege og Sakskøbing* kan anføres, at der siden kommissionsbetænkningens fremkomst er foretaget visse forbedringer og istandsættelser, ligesom der foreligger planer om forskellige moderniseringer.

I Viborg blev *plejhjemmet Søndermarken* med plads til 250 patienter taget i brug i foråret 1957. Byggeudgifterne androg inclusive montering 8,3 millioner kr.

Moderniseringen af *statshospitalet i Viborg*, der vil blive tilendebragt inden udgangen af finansåret 1965/66, vil beløbe sig til ca. 35 mill. kr. excl. montering. Moderniseringen har foruden en gennemgribende ombygning af eksisterende afdelinger og nyopførelse af 3 patientbygninger omfattet opførelse af en ny patient- og behandlingsbygning, nyt vaskeri, køkken og kedelhus, en festsal med kantine samt boliger til læger og andre funktionærer. Tilbage står kun opførelse af en ny gymnastiksal.

Til planlægning af *statshospitalet i Middelfart's* forsyning med centralvarme er nedsat et udvalg, der forventes at afslutte sit arbejde i den nærmeste fremtid. Udvalgets forslag vil gå ud på, at der i sammenhæng med installation af centralvarme på hele hospitalet etableres tunnelsystem under hospitalet. For at skaffe evakueringsmuligheder til patienterne, medens ovennævnte arbejde står på, er det tanken at begynde med opførelsen af et terapicenter, der da, forinden det tages i brug til terapiformål, kan anvendes til midlertidige patientafdelinger.

Endvidere foreligger der bevilling til detailprojektering af boliger for 2 assisterende overlæger, 4 1. reservelæger og 12 reservelæger samt til ca. 20 mindre lejligheder beregnet som lejeboliger for funktionærer på statshospitalet i Middelfart, og projekteringsarbejdet er igang.

Yderligere må nævnes, at der foreligger en bevilling til deling og modernisering af 8 patientafdelinger. Dette arbejde, der påbegyndtes i 1961, forventes afsluttet i 1969. Endvidere er der sket forbedringer af toiletforholdene i diverse afdelinger, og af andre moderniseringsarbejder kan nævnes, at administrationskontoret er blevet istandgjort, og at vaskeriet i de kommende år vil blive ombygget, så det kan opfylde alle rimelige krav til et moderne institutionsvaskeri.

Ved *statshospitalet i Nykøbing Sj.* er enkelte patientafdelinger blevet moderniseret.

Herudover er opført boliger for 1 overlæge og 1 assisterende overlæge samt 2 blokke med hver 8 lejligheder for yngre læger og andre funktionærer. Endelig er i en eksisterende bygning indrettet en midlertidig behandlingsafdeling indeholdende lokaler til chokbehandlinger m. v.

Med hensyn til planerne for hospitalets fremtid bemærkes, at der er nedsat et udvalg til planlægning af hospitalets modernisering. Udvalget vil afslutte sit arbejde i den nærmeste fremtid. Udvalgets forslag vil gå ud på, at der nyopføres en behandlingsbygning, der tillige skal indeholde lægelokaler, administrationskontorer, laboratorier m. v. og lokaler til ambulatorievirksomhed. Endelig vil udvalget foreslå, at moderniseringen fremskyndes mest muligt. Der skal i øvrigt henvises til bemærkningerne på side 21. Når den endelige modernisering af hele hospitalet er tilendebragt, må pladsantallet forventes at være nedbragt til ca. 460 senge.

På *statshospitalet i Vedsted* er der i de senere år foretaget modernisering af de fleste af hospitalets afdelinger, herunder også en forbedring af lægekontorerne samt etablering af et nyt laboratorium. Samtidig er hospitalet blevet centralopvarmet. De samlede udgifter vil, når arbejdet er tilendebragt, formentlig i finansåret 1965/66, andrage ca. 3 mill. kr.

For så vidt angår spørgsmålet om statshospitalet i Vedsteds fremtidige anvendelse, må det i kommissionsbetænkningen af 1956 anføres fortsat stå ved magt. Hospitalets isolerede beliggenhed og hele struktur må uanset de udførte og igangværende forbedringsarbejder betynde, at det på længere sigt alene kan anses for velegnet som plejehjem, forudsat at det fornødne antal hospitalssenge tilvejebringes andetsteds i det sydlige Jylland.

På *statshospitalet i Augustenborg* er opført

en bolig for en assisterende overlæge. Derved er frigjort lokaler til kontorer m. v. Endvidere råder man over en bevilling på 360 000 kr. til indretning af lægekontorer og laboratorium. Dette arbejde er nu afsluttet, og det er derefter hensigten at påbegynde en modernisering af køkkenets køleanlæg.

Det er endvidere hensigten i løbet af finansåret 1965/66 at påbegynde opførelsen af en mindre, midlertidig behandlingsbygning.

I foråret 1957 blev *plejehjemmet i Ballerup* med plads til 250 patienter taget i brug. Byggeudgifterne androg inclusive grundkøb og montering ca. 11,5 mill. kr.

I oktober 1957 fulgte åbningen af *statshospitalet i Brønderslev* for 307 patienter med længevarende sindslidelser. De samlede udgifter beløb sig for dette hospitals vedkommende til ca. 16,8 mill. kr. inclusive montering.

Endelig fulgte i sommeren 1960 ibrugtagelsen af *statshospitalet i Glostrup* med 394 pladser samt den børnepsykiatriske afdeling for ca. 34 børn. De samlede anlægsudgifter for statshospitalet i Glostrup har beløbet sig til ca. 38 mill. kr. inclusive inventar.

På det af regeringen godkendte anlægsbudget for 3 årsperioden 1965/66-1967/68 er opført 4,7 mill. kr. til forbedringer på statshospitalet i Glostrup. Det er tanken inden for den omhandlede beløbsramme at udvide lægekontorerne og revalideringsværkstederne samt at etablere nødvendige lokaler til brug for daghospitalspatienterne.

Som anført i indledningen afgav den i 1952 nedsatte kommission i december s. å. en foreløbig indstilling om opførelse af forskellige hospitaler og plejehjem.

Denne indstilling dannede grundlag for *lov nr. 88 af 31. marts 1953* om opførelse af statshospitaler i Ålborg, Glostrup og Brønderslev samt om opførelse af plejehjem i Ballerup og Viborg. Disse institutioner er nu alle opført bortset fra statshospitalet i Ålborg.

Areal til dette statshospital er erhvervet, og skitseprojekt for hospitalet er godkendt af boligministeriet, ligesom folketingets finansudvalg har tiltrådt en rammebevilling for byggeriet. Efter at igangsættningstilladelse nu er opnået, er arbejdet påbegyndt og forventes tilendebragt senest i finansåret 1969/70.

For i nogen grad at dække det behov for psykiatrisk assistance, som findes i Ålborg-området, har direktoratet for statshospitalerne over for bevillingsmyndighederne stillet forslag om

at etablere en mindre, psykiatrisk enhed, der i årene, indtil statshospitalet kan tages i brug, kan danne basis dels for ambulant behandlingsvirksomhed, dels for psykiatrisk bistand til de stedlige sygehuse i Ålborg.

Ved lov nr. 190 af 3. juni 1959 bemyndigedes indenrigsministeren til at lade opføre statshospitaler til behandling af sindslidende i Hillerød, Hjørring og Odense. De til statshospitalet i Hillerød nødvendige arealer ved centralsygehuset i Hillerød er erhvervet. Der foreligger bevilling til detailprojektering af hospitalet, men det allerede udarbejdede skitseforslag må omarbejdes som følge af supplerende arealerhvervelse, og fordi der har vist sig visse muligheder for at undlade opførelse af et kedelhus til fordel for opvarmning ved fjernvarme.

I Hjørring er de fornødne arealer til opførelse af det egentlige hospitalskompleks sikrede, men bevilling til projektering foreligger endnu ikke.

De nødvendige arealer til opførelse af et statshospital ved Odense amts og bysygehus er for hånden, men er endnu ikke erhvervede, ligesom der endnu ikke foreligger projekteringsbevilling. Der er imidlertid indledt forhandlinger om arealerhvervelse.

Også i Odense-området er der et stort udækket behov for psykiatrisk assistance, og direktoratet har derfor ført forhandlinger med bestyrelsen for amts- og bysygehuset om at etablere en mindre, psykiatrisk enhed i Odense, der, indtil der opføres et statshospital, kan danne basis for ambulant behandlingsvirksomhed samt behandle et mindre antal sengeliggende patienter.

Bestyrelsen for amts- og bysygehuset har givet tilsagn om at stille 25 sengepladser til rådighed for dette formål, og direktoratet agter at søge om bevillingsmyndighedernes tilslutning til oprettelse af en sådan institution.

Endvidere er statshospitalsvæsenet repræsenteret i et byggeudvalg til opførelse af et statshospital i forbindelse med det kommende amts-sygehus i Herlev. Der foreligger ikke lovhjemmel for opførelse af et statshospital i Herlev, og tidspunktet for et sådant statshospitals opførelse er afhængigt af, hvornår Københavns amts sygehusvæsen realiserer planerne om amtssygehuset i Herlev. Der bliver her tale om en nær sammenbygning af amtssygehus og statshospital. Skitseforslag er under udarbejdelse.

Endelig er opførelsen af et statshospital i forbindelse med Dr. Alexandrines hospital i *Tors-havn* påbegyndt i finansåret 1963/64. Hospitalet forventes taget i brug etapevis.

KAPITEL IV.

Statistisk vurdering af det fremtidige behov for psykiatriske hospitalspladser.

I kommissionsbetænkningen af 1956 foretoges i kapitel IV en statistisk vurdering af det fremtidige behov for hospitalspladser, og på basis af denne vurderings konklusioner fremsattes konkrete forslag til imødekomme af behovet.

Ud fra en række præmisser, for hvilke der redegøres nedenfor, nåede kommissionens statistiske underudvalg til det resultat, at der i 1970 ville være brug for 10.800 psykiatriske hospitalspladser (ud over dem, som Københavns kommune havde behov for), medens der - såfremt der ikke foretoges andre udvidelser end de i loven af 31. marts 1953 forudsatte - til den tid kun ville eksistere 7.100 pladser. Et byggeprogram for tiden 1958-1970 burde således efter kommissionens opfattelse tilstræbe at skaffe ca. 3.700 pladser, det vil sige ca. 300 pladser pr. år, svarende til tempoet i den byggeperiode (1953-58), som man på det tidspunkt, da betænkningen blev skrevet, var inde i. Såfremt et sådant byggeprogram blev gennemført, skulle man efter 1970 kunne begrænse sig til at fremskaffe de ca. 100 pladser pr. år, som befolkningstilvæksten ville kræve.

Ud fra den i 1956 foreliggende befolkningsprognose for de forskellige dele af landet foretoges en specifikation af de enkelte amters kommende behov. I kommissionsbetænkningen af 1956, bilag G og H (side 162-65), anskueliggjordes dels den formodede udvikling i amternes og hospitalsområdernes pladsbehov indtil 1970, dels kommissionens konkrete forslag til et byggeprogram. Dette forslag ville i alt væsentligt tilfredsstille behovet, således som det antagelig ville være i 1970; men da kommissionen var nået til det resultat, at det af politisk-økonomiske grunde ikke ville være gørligt at fremme udbygningen i et sådant tempo, at det ønskede antal pladser kunne være til rådighed allerede

i 1970, men derimod foreslog at udstrække byggeperioden til 1975, burde til forslagene i virkeligheden føjes et byggeri, som kunne opfylde de krav, som befolkningstilvæksten i perioden 1970-75 ville nødvendiggøre, det vil sige ca. 500 pladser. I bilag 3 a og 3 b gengives de omtalte bilag G og H i sammentrængt form.

Med hensyn til fordelingen af pladserne på henholdsvis hospital, plejehjem og familiepleje skønnede man, at det var rimeligt at stile imod, at 70 % af patienterne skulle være på hospital og resten på plejehjem eller i familiepleje; da sidstnævnte måtte antages stadig at aftage i omfang, og da størstedelen af de til familiepleje egnede patienter lige så vel kunne være på plejehjem, ville det være rimeligt at kompensere nedgangen i familieplejetallet med en forøgelse af antallet af plejehjemspladser.

Med hensyn til præmisserne for de foretagne beregninger af det fremtidige behov skal anføres, at man gik ud fra, at et pladsantal svarende til 2,5 % af befolkningen (uden for Københavns kommune) indtil videre burde tilstræbes. Det i 1956 eksisterende antal pladser udgjorde kun 2,0 % af befolkningen; den herskende, meget trykkende pladsmangel gjorde det indlysende, at tallet burde være større; meget tydede på, at en forøgelse til ca. 3 % ville være ønskelig ud fra et behovssynspunkt, men sådan forøgelse skønnedes at ville medføre uoverkommelige anlægsudgifter. Man måtte da på forhånd indstille sig på et kompromis mellem det ønskelige og det økonomisk gennemførlige. Når man standsede ved tallet 2,5 %, følte man sig i hvert fald overbevist om, at man derved kun ville fremskaffe et antal pladser, som dækkede det absolut påkrævede. Ikke mindst sammenligningen med lande som Sverige og England, der trods væsentlig højere

promilletal stadig kæmpede med betydelige pladsproblemer, måtte karakterisere det som urealistisk at regne med lavere promilletal end 2,5.

De faktorer, som især påvirker pladsbehovet, kan groft inddeles i følgende 3 hovedgrupper:

1. befolkningsmæssige faktorer,
2. sygdomshyppigheden og
3. hospitalsmæssige faktorer.

Gruppe 1 omfatter fortrinsvis sådanne faktorer som befolkningens antal, aldersfordelingen i befolkningen, fordelingen mellem land- og bybefolkning og lignende. Gruppe 2, sygdomshyppigheden, er et udtryk for sandsynligheden for at få psykiske lidelser og for varigheden af disse, og hvad de hospitalsmæssige faktorer (gruppe 3) angår, drejer det sig om forskellige forhold, der har indflydelse på, hvorvidt et sygdomstilfælde medfører hospitalsindlæggelse eller ej. Eksempelvis vil hospitaler, som er dårlige, eller som er forkert beliggende, have en højere »indlæggelsestærskel« end gode og velplacerede hospitaler; en forbedring af hospitalernes standard og placering vil derfor automatisk medføre en forøget indlæggelsesfrekvens.

I det følgende skal omtales, hvorledes betænkningen af 1956 vurderede disse forskellige faktorer, og hvorledes den faktiske udvikling siden da har svaret til denne vurdering. Ved denne sammenligning er bl. a. benyttet resultater fra de to såkaldte »tværnsnitsundersøgelser« fra henholdsvis 1957 og 1962, ved hvilke der blev foretaget en registrering af alle patienter, der på en given dato var indlagt på psykiatriske hospitaler her i landet; de to patientgrupper blev inddelt efter køn, alder, diagnose, hjemsted m. v. En sammenligning mellem de to materialer giver et klart billede af vigtige sider af psykiatriens udvikling i de mellemliggende fem år.

1. Befolkningsmæssige faktorer.

Den vigtigste herhenhørende faktor - og til lige den, hvis omfang det er lettest at beregne med rimelig sikkerhed - er befolkningstilvæksten. I betænkningen af 1956 antoges det, at Danmarks befolkning ($\div$ København) i de kommende årtier ville tiltage med ca. 35.000 pr. år. Det har vist sig, at disse forudsigelser indtil videre i alt væsentligt har holdt stik; tilvæksten

har været en ubetydelighed større, hvilken afvigelse må ses i forbindelse med, at Københavns kommunes folketal ikke som formodet har været svagt stigende, men tværtimod i nogen grad aftagende. Udviklingen i de senest forløbne år synes at bekræfte den opfattelse, at Statistisk Departement's forudsigelser angående befolkningstilvæksten er et velegnet fundament at bygge på.

De virkninger, som ændringer i totalbefolkningstallet må få på behovet for hospitalspladser, er det forholdsvis let at bedømme. Langt vanskeligere er det at vurdere, hvad ændringerne i aldersfordelingen vil komme til at betyde. Selve omfanget af disse ændringer har i ikke ringe grad kunnet forudsiges, og den siden 1956 indtrufne udvikling har ikke rokket ret meget ved forudsigelserne. De virkninger, som disse ændringer har haft på aldersfordelingen blandt psykiatriske hospitalspatienter, har derimod ikke helt svaret til forudsigelserne. Man regnede i 1956 med en almindelig tendens **til**, at de ældre aldersklasser ville brede sig på bekostning af samtlige yngre aldersklasser. En sammenligning mellem de to »tværnsnitsundersøgelser« af henholdsvis 1957 og 1962 har imidlertid vist, at den forventede tiltagen inden for de ældre aldersklasser væsentligst er sket på bekostning af de mellemste aldersklasser, medens der i de yngste aldersklasser har været en ikke forudset tilvækst. De herhenhørende problemer vil blive diskuteret senere i forbindelse med omtalen af sygdomshyppigheden.

Forskydningen i forholdet mellem land- og bybefolkning har formet sig omtrent som forudset i 1956. Den tiltagende urbanisering må antages at have et væsentligt medansvar for forøgelsen af presset på hospitalerne, ikke mindst med hensyn til indlæggelser af gamle mennesker, som det i et bysamfund er særlig svært at huse uden for institution.

2. Sygdomshyppighed.

I betænkningen af 1956 henvistes til, at foreliggende undersøgelser tydede på, at der med hensyn til risikoen for de vigtigste sindslidelser næppe var store forskelle mellem de forskellige lande, og at der heller ikke var grund til at antage, at risikoen havde ændret sig nævneværdigt i tidens løb eller ville komme til at ændre sig i fremtiden. Den eneste væsentlige undtagelse har gennem de sidste generationer været dementia paralytica, den syfilitiske sindslid-

delse, for dennes vedkommende er forebyggen-
de foranstaltninger efterhånden i Danmark ble-
vet så effektive, at sygdommen er blevet en
sjældenhed. Det var den allerede på tidspunk-
tet for betænkningens affattelse, og den senere
stedfundne udvikling har da heller ikke givet
overraskelser i så henseende.

Netop i det tidsrum, der er forløbet siden
1956, er der blevet foretaget et meget stort an-
tal undersøgelser over sygdomsrisikoen for
sindslidelser, og disse har til fulde bekræftet
det tidligere indtryk af, at de hyppigste sinds-
lidelser optræder med nogenlunde samme fre-
kvens i de forskellige befolkninger. Når i visse
tilfælde forskellige materialer synes at indehol-
de forskellige frekvenstal, viser det sig ved en
nærmere analyse, at forskellene ganske over-
vejende beror på forskellig afgrænsning af de
diagnostiske grupper. Hvor afgrænsningen er
ens, bliver frekvenstallene det også. Der kan i
denne henseende især henvises til en i 1964 ud-
kommet monografi af Tomas Helgason angåen-
de hyppigheden af sindslidelser i Island; i den-
ne er de herhenhørende problemer behandlet
grundigt, og sammenligninger mellem resultater
af undersøgelser i forskellige lande er fore-
taget på særdeles relevant måde.

I betænkningen af 1956 konkluderedes, at der
for de talstærke sygdomsgruppers vedkommen-
de ikke var nogen udsigt til, at behovet for
hospitalspladser ville aftage inden for en over-
skuelig fremtid, selv om behandlingernes effek-
tivitet ville tiltage i det omfang, man med ri-
melighed kunne forvente. Om den største af
grupperne, skizofrenien, der omfattede over
halvdelen af de indlagte, mente man at kunne
sige, at disse patienters overdødelighed var i en
sådan grad aftagende, at gruppen snarere ville
tendere imod at lægge beslag på et stigende an-
tal pladser. Denne sidste forudsigelse har ikke
holdt stik. Den største overraskelse, som sam-
menligningen mellem de to omtalte tværsnits-
undersøgelser i 1957 og 1962 har givet, bestod
i en uforudset, kraftig nedgang i antallet af
hospitaliserede skizofrene, ganske særlig udtalt
for midaldrende kvinders vedkommende. Der
kan næppe være tvivl om, hvorledes denne æn-
dring skal forklares. Det har vist sig, at det
ved hjælp af de nyere psykofarmaka i større
omfang end forudset har været muligt at klare
behandlingen af skizofrene på ambulant basis.
Dette gælder især for den paranoide type af
skizofreni, der er relativt hyppig hos kvinder
og bryder relativt sent frem. De fleste af disse

patienter bliver indlagt på psykiatrisk hospital,
men det er nu om stunder ofte muligt at ud-
skrive dem efter få måneders forløb til fortsat
ambulant medikamentel behandling. Under for-
udsætning af, at der også i fremtiden kan stilles
tilstrækkelig arbejdskraft til rådighed for gen-
nemførelse af ambulant behandling og dermed
sammenhængende revalidering, er det rimeligt
at antage, at den her indtrufne udvikling vil
kunne fortsættes til en vis grad og derigennem
bringe en aflastning af presset på hospitalerne
til fordel for andre behandlingstrængende pa-
tienttyper. Det bliver da ganske vist et andet
spørgsmål, om det i alle tilfælde er en fordel
for patienten eller for samfundet som helhed,
at udskrivelse finder sted, men dette spørgsmål
er mindre aktuelt, så længe pladsmangelen på
hospitalerne er så følelig, som den er i øje-
blikket.

Ved sammenligningen af de to tværsnitsun-
dersøgelser viste det sig, at det samlede antal pa-
tienter anbragt på statshospitaler var praktisk
talt uændret igennem 5-året. Hvilke patienter
var da trådt i stedet for de mange udskrevne
skizofrene? Langt den største tilvækst skete for
aldersbetingede sindslidelsers vedkommende;
blandt kvinderne var der desuden en klar til-
tagen af manio-depressive psykoser, men for de
øvrige diagnostiske grupper var ændringerne
ubetydelige.

Det kan konkluderes, at de tydelige ændrin-
ger, som er indtruffet med hensyn til den dia-
gnostiske fordeling på de psykiatriske hospitaler
(ændringer, som er jævnt fordelt over hele lan-
det), ikke er udtryk for nævneværdige foran-
dringer i sygdomsrisikoen for nogen af de på-
gældende sygdomme, men derimod først og
fremmest for forkortelse af varigheden af ind-
læggelsestiden for visse skizofreniformer med
deraf følgende forøget mulighed for indlæg-
gelse af patienter fra andre diagnosegrupper.
Ændringerne har ikke medført nogen formind-
skelse af presset på hospitalerne, men blot bi-
draget til at manifestere et tidligere delvis la-
tent indlæggelsesbehov for visse patientkate-
gorier.

Det vil i denne forbindelse være naturligt at
omtale erfaringer fra de seneste år vedrørende
hospitaliseringsbehovet for psykiatriske patien-
ter i andre lande. Der er fremkommet talrige
meddelelser om de nyere behandlingsmetoders
effektivitet og deraf flydende forøgede mulig-
heder for udskrivning af psykiatriske patienter.
Det drejer sig her især om de nye former for

farmakoterapi, om forbedret miljø- og beskæftigelsesterapi på hospitalerne, om revalidering på og uden for hospitalerne, samt om udadgående, ambulant aktivitet fra hospitalspersonalets side. Bestræbelser på disse punkter er mange steder rapporteret at have medført nedgang i antallet af indlagte patienter. Ved vurderingen af sådanne meddelelser må selvfølgelig ses bort fra rapporter fra enkelte institutioner, som ikke er ene om at betjene et bestemt landområde; i sådanne tilfælde er det vanskeligt at overse, om nedgangen i belægningen muligt kan være opvejet af en stigning af belægget på andre institutioner i området. Det, der først og fremmest har interesse, er sammenfattende statistiske oplysninger fra større landområder, over hvis psykiatriske institutioner der haves fuld oversigt. I denne henseende har især meddelelser fra England og USA vægt. I sidstnævnte land er der siden 1955 sket en tydelig nedgang i belægningen på psykiatriske hospitaler, og det er sandsynligt, at det ikke blot drejer sig om overflytninger til andre institutioner. Nedgangen, der er noget ujævnt fordelt mellem de forskellige stater, er alt i alt af størrelsesordenen 10 %, noget aftagende i de sidste par år. I de første år inden for den nævnte periode skyldtes nedgangen for en ikke ringe dels vedkommende en forøgelse af dødeligheden, vist nok i forbindelse med A-influenza. For de senere års vedkommende må nedgangen i det væsentlige tilskrives andre faktorer, og da efter al sandsynlighed effektiviseringen af behandlingen. Uanset, at det her drejer sig om en særdeles glædelig udvikling, må det ikke glemmes, at de tal, man er kommet ned på, stadig langt overstiger de danske tal; promillen af hospitaliserede psykiatriske patienter er endnu i dag ca. 3,6 i USA. Når den til stadighed har været så meget højere end i Danmark — til trods for den rigoristiske amerikanske politik med hensyn til udvisning af syge immigranter — må det i ikke ringe grad ses i forbindelse med den uheldige organisation af amerikansk sindssygevesen med dets enorme, helt uhanddelige og ofte særdeles dårligt bemandede hospitaler, hvor mulighederne for miljøbehandling og beskæftigelsesterapi har været minimale. Adskillige patienttyper, som i Danmark ville blive udskrevet, er da tidligere for en stor del blevet hængende på amerikanske hospitaler, og det drejer sig her netop **for en stor del** om patienttyper, som er særdeles tilgængelige for den forholdsvis let administrerbare farmakologiske behandling, som har

vundet indpas i de sidste år. Man kan sige, at der på de amerikanske hospitaler alt i alt til stadighed har været en relativt stor andel af patienter, som besad ikke ringe muligheder for at blive udskrevet, såfremt de fik blot nogen terapeutisk støtte. En sådan gruppe af nævneværdigt omfang har ikke i de sidste generationer eksisteret på danske hospitaler, som ganske overvejende har huset en »hård kerne« af patienter, som ikke på nogen måde kunne opholde sig andetsteds end på psykiatrisk hospital.

Fra England lyder endnu mere radikale toner end fra USA. Her er det simpelthen blevet optaget som et regeringsprogram, at antallet af hospitaliserede psykiatriske patienter skal nedskæres. Man baserer sine forhåbninger om muligheden heraf på en del statistiske beregninger vedrørende udviklingen i de senere år. Det må her straks fremhæves, at den nedgang, på hvilken man baserer beregningerne, er forholdsvis begrænset, og at den specielt strækker sig over et så kort åremål, at det må anses for at være i statistisk henseende overordentlig betænkeligt at drage slutninger fra den ud i den fjernere fremtid. Nogen dokumentation for, at det, således som man officielt tilstræber, vil være muligt at nedskære den hospitaliserede promille til 1,8, foreligger ingenlunde, og der hæver sig fra sagkyndig side i England stadig stærkere røster, der karakteriserer forhåbningerne som urealistiske ønskedrømme. Også for Englands vedkommende må der erindres om, at selv en betragtelig nedgang fra de nugældende promilletal (3,0) ikke vil bringe promillen ned på den størrelse, som tilstræbes i Danmark, 2,5.

3. Hospitalsmæssige faktorer.

I betænkningen af 1956 fremhævedes særligt den betydning, hospitalernes kvalitet og placering kan have på indlæggelsestallene. Det forudsagdes, at en forbedring af hospitalerne med hensyn til pladsantal, pleje og behandling ville medføre en øget tilstrømning af patienter, og i samme retning ville det virke, såfremt man kom ind på at bygge mindre hospitaler spredt ud over landet, således at den gennemsnitlige afstand til hospitalerne formindskedes. Disse forudsigelser er med al ønskelig tydelighed blevet bekræftet af erfaringerne fra statshospitalet i Glostrup, hvor indlæggelsestallet fra hospitalets landområde som tidligere betjentes af statshospitalet i Nykøbing Sjælland, er blevet mangedoblet siden Glostrup-hospitalets åbning i 1960.

Vel har det for de nytilkomne indlæggelses-kategoriers vedkommende fortrinsvis drejet sig om mere kortvarige indlæggelser; men at behovet for hospitalspladser er blevet forøget, er uomtvisteligt.

Det kan således *sammenfattende* siges, at kommissionsbetænkningens forudsigelser om pladsbehovet i det væsentlige er slået til. Men i hvilken udstrækning har da bestræbelserne for at tilfredsstille behovet holdt trit med udviklingen?

I betænkningen af 1956 regnede man dels med, at loven af 31. marts 1953 ville blive effektivt i løbet af de nærmeste år, dels med, at bygningen af en række nye institutioner i fem-året 1958-63 i nærmeste fremtid skulle洛夫æstes. Den første forudsætning har i nogen grad holdt stik, idet såvel hospitalerne i Brønderslev og Glostrup som plejehjemmene i Viborg og Ballerup samt det børnespsykiatriske hospital i Risskov og moderniseringen af Viborg-hospitalet er blevet realiseret. Hospitalet i Ålborg er derimod først påbegyndt i 1964. Med den anden forudsætning står det værre til: vel blev der i 1959 vedtaget lov om bygning af statshospitaler i Odense, Hillerød og Hjørring samt oprettelse af et psykiatrisk forskningsinstitut i Risskov, men kun sidstnævnte byggeforetagende er kommet igang. Samtidig med, at tilvæksten af nye pladser således slet ikke er sket i det forudsete tempo, har moderniseringen af gamle hospitaler reduceret det til rådighed stående pladsantal i betragtelig grad. En sammenfatning af udviklingen 1956-63 fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 1.
*Ændringerne i statshospitalernes kapacitet
i tidsrummet 1956-63*

	Normerede pladsantal			
	1956	1963	ændr. 1956-63	1963
		gamle instit.	gamle nye	samlet status
Hospitaler . . .	5202	4409	÷ 793 + 716	5125
Plejehjem . . .	1054	1032	÷ 22 + 500	1532
Holbæk	259	298	+ 39	298
Familiepleje . .	771	414	÷ 357	414
	7286	6153	÷ 1133 + 1216	7369
			nettoforøgelse 83	

Facit af bestræbelserne og investeringerne er en nettoforøgelse af det normerede pladsantal på 83.

I virkeligheden er situationen da den, at man, hvad antallet af disponible pladser angår, ikke er kommet ud af stedet i de forløbne 7 år, og dette til trods for, at man havde regnet med en forøgelse på 300 pladser pr. år; investeringernes resultat har da først og fremmest været en forbedring af hospitalernes kvalitet. Set på baggrund af befolkningstilvæksten i tidsrummet er pladssituationen endog blevet forværret; medens man i 1950 rådede over 2,10 normerede pladser pr. 1000 indbyggere, er tallet nu nede på 1,87, d.v.s. *en forringelse på 11 %*. Overbelægningen var praktisk talt den samme i årene 1950 og 1963.

Tabellerne 2 og 3 viser henholdsvis det gennemsnitlige patienttal i finansåret 1950-51 og i året 1. november 1963 til 31. oktober 1964.

Promilletallene er her de *faktiske* patienttal i relation til folketallene. — Ved sammenligning af tallene for de forskellige hospitaler bør betænkes, at pladserne i Brønderslev, der ikke har eget landområde, bør godskrives Århus og - fortrinsvis - Viborg. Det vil ses, at Nykøbing S.'s område er det eneste, hvis pladsforhold er blevet forbedret, dog udelukkende på grund af områdets formindskelse; Glostrups område, som tidligere udgjorde en del af Nykøbing-området, har dårligere forhold end noget andet område.

Ved *planlægningen* af det psykiatriske hospitalsvæsens sanering må først fastslås, hvor langt ud i fremtiden man vil disponere. Det vil formentlig være rimeligt at koncentrere sig om *tiden indtil 1980*. Tidsrummet bliver da tilstrækkelig langt til, at de årlige investeringer kan holdes nede på et overkommeligt niveau, og tilstrækkelig kort til, at man med nogen sandsynlighed kan overse såvel psykiatriens som befolkningstallenes udvikling inden for perioden.

Fra Statistisk Departement foreligger prognoser for befolkningsudviklingen indtil 1980 for indbyggere over 15 år. Tabel 4 viser tallene fordelt på statshospitalernes landområder.

Ved beregningen af det antal pladser, som bør stå til rådighed i 1980, vil det - under hensyn til den tidligere fremførte argumentation - være rimeligt at regne med promilletallet 2,5. Da de ovenfor omtalte befolkningsprognosetal kun foreligger for befolkningen over 15 år, er

Tabel 2.

Det daglige gennemsnitlige patienttal i finansåret 1950-51.

	Folketal i landområdet pr. 7/11 1950	Hospitaller			Plejhjem			Familiepleje		Ialt	
		Nor- meret	Faktisk	°/°	Nor- meret	Faktisk	°/°	Faktisk	°/°	Faktisk	°/°
Århus	732.182	710	829	1,13	254	250	0,34	370	0,51	1449	1,98
Vordingborg	551.303	845	857	1,56	450	447	0,81	117	0,21	1421	2,58
Viborg	600.235	973	1032	1,72	204	202*)	0,34	124	0,21	1358	2,26
Middelfart	567.445	1047	1046	1,84	124	123	0,22	99	0,17	1268	2,23
Nykøbing	657.187	891	971	1,48	220	220	0,33	117	0,18	1308	1,99
Vedsted	149.752	262	244	1,63	0	0	0	51	0,34	295	1,97
Augustenborg ...	255.066	480	482	1,89	0	0	0	39	0,15	521	2,04
Tilsammen	3.513.170	5208	5461	1,55	1252	1242	0,35	917	0,26	7620	2,17

*) Incl. plejehjemmet i Nikolajgade.

Tabel 3.

Det daglige gennemsnitlige patienttal i perioden fra 1-11 1963 til 31-10 1964 incl.

	Folketal i landområdet pr. 26/9 1960	Hospitaller			Plejhjem			Familiepleje		Ialt	
		Nor- meret	Faktisk	°/°	Nor- meret	Faktisk	°/°	Faktisk	°/°	Faktisk	°/°
Århus	775.461	721	795	1,03	389	394	0,51	144	0,19	1333	1,73
Vordingborg	545.913	673	634	1,16	424	440	0,81	66	0,12	1140	2,09
Viborg	629.737	632	583*)	0,93	362	359	0,57	26	0,04	968	1,54
Middelfart	592.512	986	1004	1,69	118	115	0,19	46	0,08	1165	1,96
Nykøbing	393.318	658	677	1,72	298	285	0,72	33	0,09	995	2,53
Vedsted	162.548	262	230	1,42	0	0	—	62	0,38	292	1,80
Augustenborg ...	278.247	479	459	1,65	0	0	—	29	0,10	488	1,75
Brønderslev	—	307	303	—	0	0	—	0	—	303	—
Glostrup	486.139	394	398	0,82	250	264	0,54	0	—	662	1,36
Tilsammen	3.863.875	5112	5083	1,32	1841	1857	0,48	406	0,10	7346	1,90

*) Heri medregnet plejehjemmet i Nicolajgade.

Tabel 4.

Befolkningsudviklingen 1940-50 (indbyggere over 15 år) inden for statshospitalernes landområder

	1950	1960	1970	1980	1970	1980
					Procentvis stigning fra 1960	
Glostrup	231.300	355.900	492.900	599.100	38,5	68,3
Nykøbing Sj.	252.000	290.600	325.900	355.800	12,1	22,4
Vordingborg	415.900	417.300	432.500	450.100	3,6	7,9
Middelfart	416.400	445.000	469.100	482.600	5,4	8,4
Århus	529.500	575.800	632.800	670.800	9,9	16,5
Viborg	421.400	451.100	484.900	504.700	7,5	11,9
Vedsted	105.200	113.700	125.500	133.500	10,4	17,4
Augustenborg	184.100	200.800	216.200	225.900	7,7	12,5
Ialt	2.555.800	2.850.200	3.179.800	3.422.500	11,6	20,1

Tabel 5. *)
Udviklingen med hensyn til pladser i tiden indtil 1980

Hospitalsområder	a. Beregnet pladsbehov i 1980	b. Eksisterende pladser i 1963 (excl. familiepl.)	c. Pladser, som vil mistes inden 1980	d. Pladsdeficit (a ÷ b + c)	e. Planlagt byggeri	f. Forslag til byggeri
1. Glostrup	2097	<i>Glostrup</i> 394 <i>Ballerup</i> 250 644	0	1453	<i>Herlev</i> 360	<i>Glostrup</i> udv. 20 <i>3. hosp. (Kildebr.)</i> 360 <i>4. hosp. (Amager)</i> 180 <i>3 plejehjem</i> 300 860
2. Nyk. Sj.	1245	<i>Nyk. Sj.</i> 658 <i>Holbæk</i> 298 956	<i>Nyk. mod.</i> 195 <i>Holbæk nedl.</i> 298 493	782	<i>Hillerød</i> 360	<i>Holbæk</i> 250 <i>Hillerød</i> 100 <i>Holbæk</i> 100 <i>Sct. Hans</i> 180 630
3. Vordingborg . . .	1575	<i>Vord.</i> 673 <i>Plejehj.</i> 424 <i>Rønne</i> 15 1112	<i>Vord. mod.</i> 173	636	0	<i>Rønne</i> 120 <i>Slagelse</i> 350 470
4. Middelfart	1689	<i>Midd.</i> 986 <i>Hvedholm</i> 114 1100	<i>Midd. mod.</i> 336	925	<i>Odense</i> 360	<i>Kolding</i> 350 <i>Vejle</i> 100 <i>Odense</i> 200 <i>Svendborg</i> 300 950
5. Århus	2348	<i>Århus</i> 721 <i>Plejehj.</i> 382	<i>Århus mod.</i> 351	2145	<i>Århus</i> . . . 175 <i>Ålborg</i> . . . 250 <i>Hjørring</i> . . 360 785	<i>Ålborg</i> 150 <i>Randers</i> 250 <i>Vejlby</i> 80 <i>Sondermarken</i> 120 <i>Horsens</i> 350 950
6. Viborg	1768 4116	<i>Viborg</i> 992 <i>Brøndersl.</i> 307 2402	<i>Nikolajg. nedl.</i> 80 431			
7. Vedsted	467	<i>Vedsted</i> 262	0	205	0	<i>Esbjerg</i> 350 350
8. Augustenborg . .	791	<i>Augustenborg</i> 479	0	312	0	<i>Haderslev</i> 100 100
Ialt	11980	6955 familiepl. 414 tillammen 7369	1433	6458	1865	4310 6175

*) I tabellen er de egentlige behandlingshospitalsers navne fremhævede, medens de ikke-fremhævede stednavne angiver placeringen af plejehjem.

i stedet anvendt faktoren 3,5, idet dette med tilstrækkelig nøjagtighed ækvivalerer med anvendelsen af 2,5 ‰ på totalbefolkningen.

I tabel 5 vises herefter for de enkelte hospitalsområder, hvor stort behovet vil være i 1980. Tillige anføres de forskellige talstørrelser, som er nødvendige for planlægningen af den mest formålstjenlige imødekommelse af behovet.

I november 1964 er ved forhandling mellem indenrigsministeren, Københavns kommune og Københavns amt i princippet vedtaget at etablere en ny hospitalsenhed på Amager, i hvilken skal indgå et psykiatrisk afsnit på 360 senge. Efter den foreløbige aftale mellem de tre nævnte myndigheder skulle der være mulighed for, at også patienter fra Københavns kommune kan indlægges der, mod at et antal patienter fra Roskilde amtsråds-kreds i stedet modtages på Sct Hans hospital ved Roskilde, der tilhører Københavns kommune. I tabel 5 er derfor halvdelen af Amager-hospitalets senge, 180, opført under det landområde, der nu er tillagt statshospitalet i Glostrup, medens de resterende 180 pladser er anført under statshospitalet i Nykøbing Sjs landområde.

Gennemføres forslagene i tabel 5, vil det medføre en forøgelse af pladsantallet med 6175 senge, men altså ikke en fuldstændig udligning af det beregnede deficit på 6458 senge.

Herved må imidlertid bemærkes, at kolonien Filadelfia har en afdeling for ca. 100 sindslidende, men da der er tale om en privat institution, vil dens patienter komme fra hele landet, herunder også Københavns kommune.

Skitse til program for modernisering og udbygning af statshospitalerne for sindslidende i tiden indtil 1980.

Foran i tabel 5 er angivet, på hvilke steder det må forekomme hensigtsmæssigt at placere nye psykiatriske institutioner.

I tabel 6 er forsøgsvis angivet en prioriteringsorden for nybyggeri og moderniseringer. Det er klart, at en sådan ordning må være behæftet med usikkerhed, idet nybyggeriet må koordineres med planlægningen af det øvrige sygehusvæsens udvikling.

Det må også i denne forbindelse fremhæves, at udvalget ikke ved den foreslåede prioriteringsordning har givet udtryk for den opfattelse, at de pågældende byggearbejder bør ske eet efter eet, tværtimod mener man, at det vil være ønskeligt, om flere arbejder kunne frem-

mes samtidig, således at alene landets almindelige økonomiske stilling og arbejdsmarkedssituationen er afgørende for, i hvilket omfang arbejderne igangsættes; dog at der selvfølgelig må tages fornødent hensyn til, om den nødvendige kvalificerede arbejdskraft til nye hospitalers bemanding er for hånden. For moderniseringen af de gamle hospitaler må man desuden have opmærksomheden henvendt på, at modernisering altid medfører en decimering af sengepladserne, hvorfor nye institutioner til aflastning af de gamle hospitaler må være til rådighed, før moderniseringen kan iværksættes.

Endvidere må det forudses, at det ved moderniseringen af ældre hospitaler, specielt statshospitalet i Nykøbing Sj., kan blive nødvendigt til evakuering af patienter i ombygningsperioden at opføre nogle lette bygninger, der er indrettet med dette særlige formål for øje.

I tabel 6 er ikke medtaget hospitaler i Københavns omegn, idet planer herom er helt afhængige af, hvad Københavns amt og delvis Københavns kommune måtte bestemme sig til; generelt kan kun siges, at der så vidt muligt bør knyttes et statshospital til hvert nyt sygehus, som bygges i dette område.

*Tabel 6.
Tentativ prioriteringsorden for nybyggeri og moderniseringer.*

Hospitaler	Plejehjem	Moderniseringer
Hillerød	Københavns amt	Nykøbing Sj./
Odense	Hillerød	Århus
Esbjerg	Odense	Vordingborg
Slagelse	Vejle	Middelfart
Hjørring	Haderslev	
Randers	Søndermarken	
Kolding	(Viborg)	
Holbæk	Ålborg	
Horsens	Vejlbj	
Svendborg		

Nogle af de her omtalte hospitaler er allerede lovfæstede, nemlig Hillerød, Odense og Hjørring. Når man desuagtet ikke har placeret Hjørring blandt de øverste på listen, skyldes det, at det nordlige Jylland i nogenlunde nær fremtid vil få en aflastning i form af statshospitalet i Ålborg. I Esbjerg, Randers, Kolding og Horsens skulle der stå velegnede arealer til rådighed, og i Slagelse er der for nylig konstateret gode muligheder. Også i Holbæk skulle der kunne skaffes et passende areal, men det er dog endnu usikkert, hvorledes dette vil blive afgrænset, og hvornår det kan komme til at stå

til rådighed. I Svendborg synes der at kunne blive plads til et hospital tæt ved centralsygehuset, dog muligvis af dimensioner lidt mindre end de sædvanlige.

Med hensyn til pladsernes *fordeling mellem hospital, plejehjem og familiepleje* skal først siges, at sidstnævnte kategori utvivlsomt stadig vil skrumpes ind, således at den i løbet af få år vil være uden kvantitativ betydning. Fordelingen er p. t. således, at 70 % af patienterne er på hospital, 25 % på plejehjem og 5 % i familiepleje, altså nøje svarende til, hvad der i betænkningen af 1956 betegnedes som en rimelig fordeling mellem hospitaler på den ene side og plejehjem + familiepleje på den anden side. Det er imidlertid ikke let at sige, hvorledes udviklingen betimeligst bør forme sig i de kommende år, idet en række faktorer, der indbyrdes delvis modvirker hinanden, gør sig gældende. På den ene side vil befolkningens forskydning mod de ældre aldersklasser skabe behov for flere plejehjemspladser; på den anden side går tendensen i retning af, at en stadig tiltagende del af de patienter, der tidligere betragtedes som rene plejetilfælde, nu bliver genstand for mere intensiv behandling, der afgjort bedst lader sig praktisere på hospitaler. Når derudover tages i betragtning, at det psykiatriske hospitalsvæsen allerede længe — sammenlignet med det somatiske hospitalsvæsen — har været relativt velforsynet med plejehjemspladser, må det antages, at den udbygning af plejehjemsmulighederne, som for det almene sygehusvæsen synes så påkrævet i disse år, næppe i samme grad bør finde sted inden for psykiatrien; situationen er faktisk den, at man ikke sjældent på grund af pladsmangelen på statshospitalerne tvinges til at flytte patienter til plejehjem, uanset at de pågældende ville kunne få en mere hensigtsmæssig behandling, såfremt de blev på hospitalet. Nærværende betæknings forslag for udbygningen i årene indtil 1980 regner af disse grunde kun med, at ca. 20 % af de nye pladser skal findes på plejehjem. Disse pladser er først og fremmest tiltænkt senile patienter, for hvem aktivt behandlingsmæssige og revalideringsmæssige hensyn ikke spiller den rolle som for det store flertal af øvrige tilfælde med langvarig sindslidelse.

Plejehjemmene bør ikke ligge for langt fra nærmeste hospital, og de bør tillige være trafikalt bekvemt placerede, således at de pårørende til de overvejende gamle patienter, som

huses i plejehjemmene, uden alt for store anstrengelser kan aflægge besøg. Både af denne og af mange andre grunde er det ønskeligt, at man foretrækker et større antal mindre plejehjem (højest 100 senge) frem for de relativt store enheder, som et par steder i landet er blevet etableret. - Om placeringen af de nødvendige plejehjem i Københavns amt kan endnu intet sikkert siges. I Hillerød har man sikret sig den fornødne grund. Når Haderslev er nævnt som muligt sted for et plejehjem, skal dette ikke forstås således, at man ikke skulle kunne placere det pågældende plejehjem andetsteds i Sønderjylland i nærheden af en større by. I Vejlbj-Risskov kommune rådes over et areal velegnet til et plejehjem med 80 patienter; det er vel ikke ganske sikkert, at plejehjemmet vil blive placeret der, men det er i hvert fald givet, at der er behov for et psykiatrisk plejehjem specielt beregnet for ældre patienter fra Århus og nærmeste omegn.

For moderniseringernes vedkommende bemærkes, at årsagen til den fremskudte placering af Århus-hospitalets modernisering i prioritetsrækken er den, at det vil frembyde meget betydelige praktiske fordele at kunne påbegynde moderniseringen i umiddelbar tilslutning til det igangværende nybyggeri, som forventes afsluttet i løbet af 1967.

Det vil ses, at der i det store og hele er regnet med, at nye hospitaler skal have den såkaldte standardstørrelse på ca. 350 senge. Hermed skal ikke være sagt, at det her drejer sig om et helligt tal. Nogle steder vil pladsforhold umuliggøre, at tallet bliver så stort (f. eks. Ålborg), og det forekommer meget sandsynligt, at en rationelt og økonomisk virkende enhed kan etableres på basis af et sengetal på ca. 250. Skulle det ske, at man efterhånden bestemmer sig til at lade et større antal af de nye hospitaler være af denne størrelsesorden, må der selvsagt tænkes på så mange des flere nye hospitaler, der så fortrinsvis bør placeres på steder, hvor der allerede findes små psykiatriske modtageafdelinger, eller hvor sådanne er planlagt.

Hvis man begrænser sig til at opføre de i tabel 5 anførte nye hospitaler, bør de centralsygehuse, der ligger langt fra nærmeste psykiatriske hospital, forsynes med psykiatriske klinikker. Herved må især byer som Thisted, Næstved og Maribo (eller Nakskov) komme i betragtning.

Sammenfatning.

Det, der først og fremmest har præget psykiatrien i den sidste menneskealder, er den skelsættende forbedring af behandlingsmulighederne. I det sidste tiår har denne udvikling i særlig grad taget fart. Den tilbagestående forfatning, i hvilken de fleste danske psykiatriske hospitaler i mange henseender befinder sig, gør dem lidet egnede til at tjene som basis for den nødvendige behandlingsmæssige og revalideringsmæssige ekspansion; men ved en intensivering af arbejdet og ved elastisk og improviserende udnyttelse af de forhåndenværende muligheder er det dog lykkedes at frembringe noget i retning af en revolution i sindssygebehandlingen: en stadig større del af de indlagte tilbringer kun kort tid på hospitalerne, og en stor del af de patienter, der tidligere måtte betragtes som rene plejetilfælde, bliver nu revalideret og udskrevet.

Visse fundamentale sider af udviklingen kan dog ikke klares alene ved improvisationer og ændringer i arbejdsgangen; udviklingen af den bygningsmæssige basis for arbejdet må planlægges på længere sigt. I betænkningen af 1956 vedrørende statens sindssygevæsen skitseredes et byggeprogram for tiden indtil 1975. En granskning af de præmisser, på hvilke dette program baseredes, viser med al ønskelig tydelighed, at betænkningens forslag snarere har været for moderate end det modsatte, og da disse forslag ikke tilnærmelsesvis er blevet effektueret i det forudsete tempo, er situationen i dag faktisk endnu mere tilbagestående end i 1956. Det byggeprogram, som vedtoges ved lov af 31. marts 1953 og som påregnedes effektueret i løbet af fem år, vil først blive opfyldt i 1970, og de tre hospitaler, hvis bygning lovfæstedes i

1959, er end ikke påbegyndt. Den årlige økonomiske investering, som foresloges i 1956, er blevet langt mindre end planlagt, og dens andel i det danske nationalprodukt har været hurtigt dalende. Den årlige tilgang af nye sengepladser - ca. 100 - er blevet en trediedel af det planlagte; samtidig har det vist sig, at de aller-nødvendigste forbedringer af eksisterende hospitaler har bevirket en sådan nedgang i antallet af sengepladser, at man i 1965 ikke råder over flere pladser, end man gjorde i 1953. Til sammenligning skal nævnes, at Norge og især Sverige er inde i en periode af betydelig oprustning med hensyn til psykiatriske hospitaler, og at der i disse lande rådes over et langt større antal pladser pr. 1000 indbyggere end i Danmark.

Det er udvalgets opfattelse, at der i dag i endnu højere grad end i 1956 er behov for bygning af nye psykiatriske hospitaler. Disse bør fortsat i videst mulige udstrækning bygges i umiddelbar tilknytning til centralsygehuse, således at samarbejdet med de øvrige specialer kan udbygges, og således at de psykiatriske hospitaler kan fungere som centre for en integreret »distriktspsykiatri«, der inkluderer omfattende ambulant virksomhed, dag- og natafdelinger, egne revalideringsværksteder, etc. En helt rationelt fungerende psykiatrisk enhed kan næppe nøjes med mindre end 250 senge og bør ikke overskride et sengetal på 400. Der bør også bygges plejehjem, især for ældre, men hovedvægten bør lægges på egentligt hospitalsbyggeri. Et program, der tilsigter en sanering af forholdene inden 1980, må indbefatte oprettelsen af 400 nye pladser årligt.

Resumé.

I kapitel I er redegjort for de psykiatriske behandlingsformers udvikling i de seneste år. Det fremhæves, at fremskridtene inden for de medicamentelle behandlingsformer har medført en almindelig liberalisering, men samtidig har understreget vigtigheden af, at de til rådighed stående forskellige behandlingsmetoder koordineres, og at i hvert fald nogle af de i behandlingen deltagende funktionærer følger hver enkelt patient i alle behandlingens faser, således i ambulatorierne, under eventuel indlæggelse eller dag- respektive nathospitalsbehandling og under efterbehandlingen.

Det påpeges tillige, at kun en psykiatrisk enhed af en vis størrelse og beliggenhed kan påtage sig alle de varierede former, der er påkrævet i den moderne psykiatriske behandling.

Endvidere er redegjort for, at man i Sverige og Norge arbejder efter samme retningslinier som i Danmark både for så vidt angår et nærmere samarbejde mellem somatiske og psykiatriske institutioner og med hensyn til udbygningen af de psykiatriske enheders udadgående virksomhed.

Kapitel II og III indeholder en omtale af de bygge- og anlægsarbejder, der har fundet sted i finansårene 1952/53 til 1963/64, og af de større arbejder, der ved betænkningens afgivelse er under udførelse samt en kortfattet redegørelse for, på hvilke stadier forarbejderne til de nye hospitaler, hvortil der foreligger lovhjemmel, befinder sig.

I kapitel IV redegøres for det fremtidige behov for psykiatriske hospitalspladser indtil 1980. Kapitlet, der indledes med et statistisk afsnit, indeholder udvalgets forslag til et program for de kommende års udbygning af statshospitalsvæsenets institutioner.

København, den 27. januar 1965.

Kaj Arentsen Bjørklund Bertelsen

Otto Jacobsen Villars Lunn

Erik Strömgren

I B. Enevold Sørensen

Bilag 1

Regnskabsoversigt over kontiene 127 (anlægsudgifter) og rjo (formue og kapital) i finansårene fra 1952-53 til 1962-63.

	1952-53	1953-54	1954-55	1955-56	1956-57	1957-58
Århus	166.835	130.387	265.394		105.776	13.607 ¹⁾ 82.756
Børnepssyk.		23.605	34.025		499.989	2.230.028
Råmosegård		66.058				
Dalstrup			119.103	140.099		
Vordingborg		49.071	474.804	322.007		193.719
Viborg			978.767	780.206	1.800.440	3.327.430
Søndermarken ..		195.063	212.076	2.805.280	3.917.927	610.092
Visborggård					27.422	
Middelfart	100.000	149.966	828.004	352.407		
Hvedholm						34.073
Nykøbing Sj. ...	184.000		587.213	247.407		10.000 ¹⁾
Vedsted	80.752					
Augustenborg ...					179	144.641
Brønderslev	9.727	213.793	721.405	2.720.992	6.300.619	6.226.389
Glostrup		417.090	839.067	58.669	1.390.210	6.460.389
Ballerup		36.308	900.608	4.119.533	4.800.012	1.467.535
Thorshavn						
Ålborg						
Hillerød					800.000 ¹⁾	1.046
Hjørring						
	541.314	1.281.341	5.960.466	11.546.600	19.642.574	20 801.705

	1958-59	1959-60	1960-61	1961-62	1962-63	1963-64	Ialt 1952-64
Århus	21.536	194.285	862.348	1.927.918	5.632.853	5.926.605	15.330.300
Børnepssyk.	974.669						3.762.316
Råmosegård							66.058
Dalstrup	67.020			50.129	42.568		418.919
Vordingborg	91.675	225.668	162.242	933.443	1.094.729	1.104.871	4.652.229
Viborg	5.774.996 ¹⁾ 40.364	7.234.022	4.942.002	4.359.719	3.864.780	2.770.532	35.873.258
Søndermarken ...	215.096						7.955.534
Visborggård							27.422
Middelfart					25.534	45.985	1.501.896
Hvedholm	28.824						62.897
Nykøbing Sj. ...	80.989	124.354	255.683	812.201	606.356	121.963	3.030.166
Vedsted				200.025	700.032	699.688	1.680.497
Augustenborg ...			13.066 ¹⁾ 62.647	164.074	19.511	124.901	529.019
Brønderslev	639.799						16.832.724
Glostrup	9.540.439	9.074.943	6.538.084 ¹⁾ ÷ 2.483	2.739.004	758.499	52.779 ¹⁾ ÷ 5.783	37.860.907
Ballerup	170.564				÷ 81.481 ¹⁾		11.413.079
Thorshavn	35.321	65.105	138.062	135.118	290.310	2.100.308	2.764.224
Ålborg		1.040	24.953 ¹⁾ 307.225	20.024 ¹⁾ 608.131	89.506 ¹⁾ 102.809	362.517 ¹⁾ 41.635	1.557.840
Hillerød	11.034 ¹⁾		20.047	18.538	21.233 ¹⁾ 349.531	1.200 ¹⁾ 4.185	1.226.814
Hjørring		448.288 ¹⁾		106.435 ¹⁾			554.723
	17.692.326	17.367.705	13.323.876	12.074.759	13.516.770	13.351.386	147.100.822

1) Konto 130 i fornævnte finansår: 2.976.086 ÷ 89.747 = 2.886.339. De med 1) betegnede beløb, ialt kr. 2.976.086, er anvendt alene til grundkøb, og beløbet kr. 89.747 udgør erstatning for jord, der er afstået af statshospitalsvæsenet til vej-udvidelser m. v.

Bilag 2.

Regnskabsoversigt over konto 32 (overordentlige bygningsudgifter) i finansårene fra 1952-53 til 1962-63

	1952-53	1953-54	1954-55	1955-56	1956-57	1957-58	
Århus	225.740	197.713	215.576	249.316	306.758	195.351	
Børnepsyk.							
Råmosegård	17.000	26.690	68.610	55.528	6.514	14.672	
Dalstrup	4.800	11.339	28.900		50.351	54.837	
Vordingborg	305.700	185.313	167.014	116.840	249.230	344.619	
Viborg	280.000	136.446	98.128	31.974	13.226		
Søndermarken...							
Visborggård	5.299	36.600	52.516	30.709		6.858	
Middelfart	399.702	493.044	498.435	356.883	296.639	263.630	
Hvedholm	12.188	22.978	30.105	31.023	68.710		
Nykøbing Sj. ...	280.510	209.764	333.300	188.971	152.285	310.476	
Vedsted	14.980	59.521	92.556	124.112	136.848	92.084	
Augustenborg ..	85.453	79.642	114.299	104.464	96.198	92.344	
Brønderslev							
Glostrup							
Børnepsyk.							
Ballerup							
	1.631.372	1.459.050	1.699.439	1.289.820	1.376.759	1.374.871	

	1958-59	1959-60	1960-61	1961-62	1962-63	1963-64	Ialt
Århus	290.813	318.598	316.516	417.167	203.269	430.556	3.367.373
Børnepsyk.		6.219			10.073	11.436	27.728
Råmosegård	10.480		36.595		59.583	30.006	325.678
Dalstrup	53.775			230	56.397	37.821	298.450
Vordingborg	148.810	301.066	126.037	301.660	378.659	711.526	3.336.474
Viborg		35.362	19.770	50.435		10.200	675.541
Søndermarken...							
Visborggård	4.977		40.871		30.577	103.365	311.772
Middelfart	448.022	335.936	321.384	461.114	430.427	783.302	5.088.518
Hvedholm	90.363	14.947	6.724	34.844	35.181	83.674	430.737
Nykøbing Sj. ...	272.076	315.315	351.684	344.193	272.602	435.899	3.467.075
Vedsted	279.124	151.435	276.854	388.728	238.158	225.646	2.080.046
Augustenborg ...	157.295	185.503	207.338	206.839	296.958	222.818	1.849.151
Brønderslev				11.923	10.710	29.780	52.413
Glostrup					155.767		155.767
Børnepsyk.							
Ballerup						53.651	53.651
	1.755.735	1.664.381	1.703.773	2.217.133	2.178.361	3.169.680	21.520.374

Svarer til bilag G i 1956-betænkningen.

Øst for Storebælt

De enkelte amters og områders pladsbehov			Hospital	Pladser til rådighed, når loven af ^{31/3} 1953 er effektueret og modernisering foretaget	Herefter mangler i 1970 ca.	Forslag for perioden 1957/58-1975/76
1950 amt	1950 ca.	1970 område ca.				
København 789	1950	2750	Nykøbing S. 650 Holbæk 232	1528	1200	Hospital i Københavns amt til 350 patienter Plejehjem i Gladsaxe til 250 patienter Hospital og plejehjem i Hillerød til 350 og 100 patienter Hospital i Københavns amt til 350 patienter Modernisering af statshospitalet i Nykøbing S.
+ Frederiksberg						
Frederiksberg 298						
Frederiksborg 369						
Roskilde 192						
Holbæk 298						
Sorø 315	960	1100	Vordingborg 650 Sorø 128 Saxk. + Stege . . . 316	1094	250	Deling m. v. statshospitalet i Vordingborg Modernisering af statshospitalet i Vordingborg
Præstø 308						
Maribo 338						
Bornholm 120	120	150				
Færøerne 79	80	100				
3106	3100	4100		2622	1450	

Bilag 3b.

Svarer til bilag H i 1956-betænkningen.

Vest for Storebælt

De enkelte amters og områders pladsbehov			Hospital	Pladser til rådighed, når loven af 31/3 1953 er effektueret og modernisering foretaget	Herefter mangler i 1970 ca.	Forslag for perioden 1957/58-1975/76
1950 amt	1950 område ca.	1970 ca.				
Thisted 220	1080	1200	Viborg	1128	70	
Viborg 390						
Ringkøbing 468						
Hjørring 425	1000	1150	{ Brønderslev Ålborg }	556	600	Hospital i Hjørring til 350 patienter Plejhjem i Ålborg til 150 patienter
Ålborg 563						
Randers 418	1270	1500	Århus	1202	300	Modernisering af statshospitalet ved Århus I. Modernisering af statshospitalet ved Århus II Psykiatrisk institution i Horsens Plejhjem i Risskov til 80 patienter
Århus + Samsø 513						
Skanderborg 335						
Vejle 503	1500	1750	Middelfart	923	830	Hospital i Kolding til 350 patienter Plejhjem i Vejle til 100 patienter Hospital i Odense til 350 patienter Plejhjem i Odense til 200 patienter Modernisering af statshospitalet i Middelfart
Svendborg 375						
Odense 615						
Haderslev 173	520	600	Augustenborg	420	180	Modernisering af statshospitalet i Augustenborg
Åbenrå-Sønderborg . . . 235						
Tønder 105						
Ribe 428	430	500	Vedsted	222	280	Hospital i Esbjerg til 350 patienter Ombygning af statshospitalet i Vedsted
5766	5800	6700		4451	2250	

*Befolkningens fordeling efter alder (over eller under 15 år) og bopæl (by, bymæssig bebyggelse, land).
Den siden 1950 stedfundne udvikling og den sandsynlige fremtidige udvikling.*

	1950	1960	1970	1980
Københavns kommune under 15 år.....	170.300	136.800	102.900	101.300
15 år og derover	597.800	584.600	570.000	543.300
Ialt.....	768.100	721.400	672.900	644.600
Frederiksberg kommune og Københavns amts- råds-kreds under 15 år	103.500	148.800	197.700	263.900
15 år og derover	329.100	451.600	585.000	682.100
Ialt.....	432.600	600.400	782.700	946.000
Provinsbyer med over 2500 indb. og kom. m. først. og bym. bebyg. m. over 2500 indb. under 15 år.	345.500	383.000	423.400	502.500
15 år og derover	976.500	1.141.000	1.297.400	1.407.900
Ialt.....	1.322.000	1.524.000	1.720.800	1.910.400
Hele landet undt. ovenstående dele under 15 år..	508.400	481.800	445.600	465.200
15 år og derover	1.250.200	1.257.600	1.297.400	1.332.500
Ialt.....	1.758.600	1.739.400	1.743.000	1.797.700
Hele landet under 15 år.....	1.127.700	1.150.400	1.169.600	1.332.900
15 år og derover	3.153.600	3.434.800	3.749.800	3.965.800
Ialt.....	4.281.300	4.585.200	4.919.400	5.298.700

