

BETÆNKNING

vedrørende

Koordinering og udbygning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser

Afgivet af det af
indenrigsministeren under 29. november 1965
nedsatte udvalg



BETÆNKNING NR. 564

KØBENHAVN 1970

ISBN 87 503 0941 2

S. L. MØLLERS BOGTRYKKERI, KØBENHAVN

Indholdsfortegnelse

<i>Forord</i>	5
<i>Kapitel I. Indledning</i>	7
<i>Kapitel II. Klientelet</i>	9
Generelt (9). Åndssvaghed (10). Karakterafvigelse (10). Neuroser (11). Psykoser (12). Tale- og sprogforstyrrelser (13). Hjerneskade (13).	
<i>Kapitel III. Institutioner til undersøgelse og behandling af psykisk afvigende børn</i> ...	14
Det skolepsykologiske arbejde	14
Svagt begavede (15). Læsesvage (15). Adfærdsvanskelige og psykisk afvigende børn (16).	
Børne- og ungdomsforsorgens institutioner	16
Rådgivningscentre (16). Observationshjem (16). Behandlingshjem (17). Skolehjem (17). Ventetidshjem (17).	
Statens åndssvageforsorg	17
Sundhedsvæsen	18
Praktiserende læger (18). Profylaktiske børneundersøgelser (18). Børnerekreationshjem og lign. (18). Pædiatriske afdelinger (19). Psykiatriske afdelinger (19).	
Særforsorg	20
Mødrehjælpen	21
Institut for Klinisk Psykologi, afdeling for børn	21
<i>Kapitel IV. Institutioner til undersøgelse og behandling af psykisk afvigende unge</i>	22
Børne- og ungdomsforsorgen	22
Ungdomshjem (22). Rådgivningscentret (23).	
Mødrehjælpen	23
Kriminalforsorg	23
Fængselsvæsenet (23). Dansk Forsorgsselskab (24).	
Sundhedsvæsenet	24
Det psykiatriske hospitalsvæsen (24). Nervesanatorier (25).	
Revalideringscentrene	25
De multihandicappede unge	25
<i>Kapitel V. Grønland</i>	27
1. Psykisk afvigende børn og unge	27
2. Børne- og ungdomsforsorg	30
<i>Kapitel VI. Udvalgets undersøgelser</i>	33
1. Sundhedsvæsenet	33
2. Børne- og ungdomsforsorgen	39
3. Åndssvageforsorgen	41
4. Særforsorgen	45
5. Undervisningsvæsenet	45
6. Mødrehjælpsinstitutioner	47
7. Fængselsvæsenet	47
8. Sammendrag	48
<i>Kapitel VII. Udvalgets forslag til koordinering og udbygning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser</i>	51

Koordinering	51
Udbygning	52
Sundhedsvæsenet	53
Børne- og ungdomsforsorgen	56
Åndssvageforsorgen	57
Den øvrige særforborg	60
Skolevæsenet	60
<i>Bilag. Udkast til lov om samordning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser.</i>	<i>63</i>

Forord.

Udvalget er nedsat ved indenrigsministeriets skrivelse af 29. november 1965 med den opgave at foretage en samlet planlægning af de foranstaltninger, som bør tilvejebringes for børn og unge, der har behov for psykiatrisk og psykologisk bistand, med specielt henblik på at koordinere de bestræbelser, som allerede nu udøves fra forskellig side på det omhandlede område, og således at udvalgets forslag kan danne grundlag for den praktiske tilrettelæggelse af det fremtidige arbejde inden for det børne- og ungdomspsykiatriske felt.

I udvalgets arbejde har deltaget:

Overlæge, dr. med. Kaj Arentsen (indtil marts 1969), udpeget af indenrigsministeriet.

Læge Ulla Boesen, lægelig sekretær for udvalget.

Overlæge, dr. med. Gudrun Brun, udpeget af Københavns kommune.

Overlæge, dr. med. P. W. Bræstrup, udpeget af sundhedsstyrelsen.

Overlæge Aage Gjersøe, udpeget af sundhedsstyrelsen (t december 1969).

Direktør for børne- og ungdomsforsorgen Holger Horsten, udpeget af socialministeriet.

Kontorchef i direktoratet for statshospitalerne Carsten Jess, juridisk sekretær for udvalget og tillige medlem (fra november 1967), udpeget af indenrigsministeriet.

Direktør for Københavns børne- og ungdomsværn Th. Langeløkke (indtil december 1968), udpeget af Københavns kommune.

Direktør for Københavns børne- og ungdomsværn Ernst H. Larsen (fra december 1968), udpeget af Københavns kommune.

Stiftamtmand Ove Larsen, formand for udvalget.

Overlæge Jørgen Lenstrup, udpeget af socialministeriet.

Overlæge Niels Pape (fra marts 1969), udpeget af indenrigsministeriet.

Konsulent i direktoratet for børne- og ungdomsforsorgen, cand. psych. Poul W. Perch.

Inspektør for specialundervisningen I. Skov Jørgensen, udpeget af undervisningsministeriet.

Overlæge, dr. med. Kai Tolstrup, udpeget af undervisningsministeriet.

Kontorchef i direktoratet for statshospitalerne I. Unsgaard, udpeget af indenrigsministeriet (t juli 1967).

Professor, dr. phil. Lise Østergaard.

Udvalgets overvejelser, undersøgelser og forslag er fremstillet i den i det følgende aftrykte betænkning.

KAPITEL I

Indledning.

Behovet for undersøgelse og behandling af psykisk afvigende børn og unge er alvorligt presserende, og mulighederne for at imødekomme behovet er sparsomme, såvel inden for sundhedsvæsenet som i folkeskolen og de forskellige forsorgsområder. Dette medfører overalt urimeligt lange ventetider, og et ukendt antal psykisk afvigende børn og unge får ikke den bistand, de bør have for at kunne udvikle sig så gunstigt som muligt. Dette medfører for den enkelte en yderligere og unødigt forværring af tilstanden, samtidig med at der påføres samfundet unødigt forøgede omkostninger.

Der sker en kostbar udsættelse af undersøgelse, behandling og revalidering, og man forskertser de positive muligheder, som selve barnets og den unges vækst medfører i behandlingsmæssig henseende.

Om der i vor tid er forholdsvis flere psykisk afvigende børn og unge end tidligere, er usikkert, men i hvert fald erkendes sådanne tilstande i stadig større udstrækning. Disse børn og unge udgør en af de minoriteter, som samfundet på baggrund af økonomisk-sociale fremskridt viser en tiltagende opmærksomhed, sideløbende med den medicinske, pædagogiske og psykologiske udvikling, og sideløbende med forældres og værgers øgede kendskab til den hjælp, der kan fås, eller den hjælp, som burde kunne stilles til rådighed, alene i henhold til gældende lovgivning.

En politisk og bevillingsmæssig hindring for udbygning af hjælpemuligheder er, at de berørte individer og deres nærmeste slægtninge jævnligt er så fastlåst i deres personlige problematik, at de ikke formår at gøre deres berettigede krav gældende. Af og til er disse familiers personlige vanskeligheder så belastende for dem, at de end ikke evner eller orker at opsøge og udnytte de eksisterende muligheder for hjælp. Det kan medføre, at enkelte psykisk afvigende børn og unge og deres familier ikke kan nås med de

hidtil praktiserede arbejdsmetoder, selv om de kan have et oprigtigt ønske om hjælp og et stort behov herfor. I den angelsaksiske verden taler man om »The Unreachables« - de, der ikke kan nås.

Behovets størrelse er ikke med sikkerhed kendt, men det overstiger som nævnt i høj grad den nuværende kapacitet. På den anden side er der ikke tale om noget meget stort, endsize samfundsøkonomisk uoverkommeligt behov. I områder, der har en tilfredsstillende udviklet skolepsykologisk service, viser det sig, at henved 30 % af folkeskolens elever på et eller andet tidspunkt i løbet af skoletiden får behov for skolepsykologisk bistand. Kun en mindre del af disse børn er egentlig psykisk afvigende.

Behovsundersøgelser i de senere år i Finland, Danmark, Sverige og England tyder på, at omkring 15 % af alle børn på et eller andet tidspunkt under opvæksten til 15-års alderen får behov for mere indgående børnepsykiatrisk og/eller -psykologisk undersøgelse, og at cirka 3 % i løbet af den nævnte opvæksttid får behov for indlæggelse til observation og behandling i børnepsykiatrisk sygehusafdeling (Karl Grunewald: Child Psychiatry in Sweden, Acta Paedopsychiatria 1963, vol. 30, fascicule 5, p. 190-193. Gustav Johnsson & Anna-Lisa Kälvesten: 222 Stockholms Pojkar, 64-67, Almquist & Wiksell, Uppsala 1964). Ved behovsanalyse i Holbæk amt fandtes, at 0,8 % af den samlede børnepopulation ønskedes børnepsykiatrisk-psykologisk undersøgt og evt. behandlet (Dinesen, J. Ugeskrift for Læger 1968: 130, 1413-1414).

Det hertil påkrævede antal pladser i børnepsykiatriske sygehusafdelinger og i observations- og behandlingshjem afhænger af klientellets art og af den gennemsnitlige varighed af indlæggelser. Indlæggelsers varighed og den bedst mulige udnyttelse af børnepsykiatriske sengeafdelinger hænger nøje sammen med tilfredsstillende funktion af de enkelte afdelingers

ambulante service, inclusive daghospitalsvirksomhed. I lige så høj grad er der sammenhæng med funktionen af en række specialundervisnings- og forsorgsområder, som modtager, underviser og behandler børn og unge med psykisk betingede vanskeligheder. I alle de nævnte områder er der pladsmangel.

Behovet for sengepladser i sygehusafdelinger er imidlertid af beskeden størrelse. For den fjerdedel af befolkningen, som er under 15 år, antages det, at der (under de ovenfor nævnte forudsætninger) er behov for 1½-2 senge pr. 10.000 indbyggere - for hele landet 8-900 senge, imod de eksisterende i alt 171 pladser. Til behandling af voksne psykiatriske patienter forefindes ca. 10.000 senge eller godt 20 senge pr. 10.000 indbyggere. Psykiatrisk sagkyndige anser behovet for at være mindst 25 senge pr. 10.000 indbyggere, og der er således også for voksne (og unge) psykiatriske patienter en trykkende pladsmangel. Til behandling af legemlige sygdomme forefindes ca. 50 hospitalssenge pr. 10.000 indbyggere.

Antallet af registrerede børn og unge under Statens Åndssvageforsorg var i 1965 knapt 8.000, men en opdeling i »interne« og »eksterne« forefindes ikke, og således kan antallet af senge og behovet herfor ikke oplyses.

Såfremt man antager, at cirka 3 % af alle børn under opvæksten indtil 15 år får behov for indlæggelse til observation og behandling i børnepsykiatrisk sygehusafdeling, er dette et beskedent antal.

Til sammenligning kan tjene, at antallet af indlæggelser i danske sygehuse *for et enkelt år* svarer til 10-12% af befolkningen, således at antallet af indlæggelser for en 15-års-periode langt vil overstige det samlede befolkningstal.

Det samlede antal pladser i børne- og ungdomshjem er ca. 8.000, hvilket svarer til, at ca. ½% af børn og unge under 21 år kan modtages i børne- og ungdomsforsorgens institutioner.

Af disse er ca. 2.700 pladser på hjem, der foruden det pædagogiske personale har psykiatrisk og/eller psykologisk konsulent.

Efterhånden som en mere intensiv behandling præger målsætningen, vil der være et voksende behov for en indsats over for denne elevgruppe. Hertil kommer, at elevernes psykiske vanskeligheder i stigende grad præger klientellet, og at de traditionelle »sociale tilfælde« synes at spille en mindre rolle.

Børne- og ungdomsforsorgen har især et udækket behov for institutionspladser i behandlingshjem for børn og unge og i skolehjem for aldersgruppen fra omkring 12 år og opefter.

En udbygning i samme takt af børne- og ungdomspsykiatriske institutioner og af pædagogiske institutioner under børne- og ungdomsforsorgen må anses for påkrævet, da behandlingsforløbet i den enkelte sag meget ofte vil være præget af en indledende psykiatrisk-psykologisk undersøgelse og behandling samt en fortsat stabilisering i et pædagogisk miljø.

KAPITEL II.

Klientelet.

Barnets og den unges normale udvikling i forbindelse med krav om social tilpasning og indlæring af færdigheder medfører under opvæksten en række uundgåelige konflikter - så at sige normale. Forældre og andre opdragere kan opfatte sådanne udviklingsbetingede konflikter som foruroligende, og gennem uhensigtsmæssige og upædagogiske reaktioner fra de voksnes side kan disse konflikter forstørres eller bibeholdes unødigt længe. Man taler da om miljøreaktioner, som i det hele meget ofte ses, hvor der for en tid eller mere konstant består et mindre alvorligt misforhold mellem barnets anlæg, evner og hele personlighed på den ene side og miljøet (hjemmet, skolen, kammeraterne etc.) på den anden side. Miljøreaktioner vil ofte kunne opfattes som et sundt barns protest imod visse for barnet utålelige forhold i omgivelserne, og de klinger som oftest af uden særlig behandling - eventuelt med den støtte enhver vel fungerende familie har i kredsen af slægt og venner, familiens læge og barnets lærere m. fl.

Det er kun enkelte børn og unge med sådanne længerevarende lettere konflikter, der undersøges af skolepsykologer, børnepsykiatere, psykiatere og hospitals- eller institutionsansatte psykologer. Et fælles træk for de børn og unge, som (med i øvrigt højst forskellige tilstandsbilleder) søges undersøgt og behandlet på grund af psykisk afvigelse er, at de i længere tidsrum har haft invaliderende symptomer. De er bremse- eller hæmmede i deres udvikling og livsudfoldelse. De er jævnligt socialt invaliderede - blandt andet ved i forhold til evner at være langt tilbage, f.eks. med hensyn til sproglig udvikling, almene færdigheder og skolestandpunkt. Ofte er de samtidig dårligt tilpassede og umodne i følelsesmæssig og social henseende, kan ikke begå sig blandt andre børn, er ufredelige, impulsive, aggressive, ødelæggende, strejfende, rapsende og skulkende. Eller de er pas-

sive, modløse og opgivende, kontakthæmmede, eventuelt plagede af angst og overdreven frygt-somhed eller af nervøst betingede legemlige symptomer såsom urenlighed med urin og afføring, mavepine og hovedsmerter, søvnvan-skeligheder m.m.

Det enkelte symptom er udtryk for, at noget er galt. Men kun sjældent er det enkelte symptom i sig selv vejledende med hensyn til, hvad der er galt. Eksempelvis kan årsagerne til, at et barn »trøstespiser« og derved bliver overvægtigt, meget vel være af samme art, som de årsager, der er den egentlige baggrund for, at et andet barn rapser, skulker eller ødelægger.

For de fleste psykisk afvigende børn og unge indgår en særlig vanskelig og konfliktpreg- get opvækst i reglen i årsagsforholdene. Spørgs- mål om arv og miljø skal ikke nøjere berøres her - som ved legemlige sygdomme er der også ved psykiske lidelser altid tale om et både - og. Robuste børn kan tåle betydelige miljøbelast- ninger uden iagttagelig skade, medens omvendt sarte børn kan blive psykisk afvigende under tilsyneladende ret beskedne misforhold i miljø- et. Men det er indlysende, at man i behandlin- gen af psykisk afvigende børn og unge især må lægge vægt på miljømæssige forbedringer.

Endnu et fælles træk ved undersøgelse og behandling af psykisk afvigende børn og unge er, at der forudsættes et effektivt samarbejde mellem på den ene side barnet eller den unge selv og forældrene og på den anden side børne- psykiater eller psykiater, psykolog, socialrådgiver og pædagog. Ethvert behandlingsprogram i barndom og ungdom må have et pædagogisk indhold og sigte imod den for det enkelte indi- vid bedst opnåelige funktion. Barndommen og den tidlige ungdom er fremfor alt en læretid, og indlæring af kundskaber og færdigheder er afgørende for den almene udvikling af person- ligheden og for den senere tilpasning til familie, arbejdsplads og samfund. Derfor er en udbyg-

ning af folkeskolens og særforborgens specialundervisning af den allerstørste betydning for revalidering af psykisk handicappede børn og unge.

De alvorligste psykiske afvigelser i barndommen vil i reglen blive erkendt i barnets tidligste leveår. Det drejer sig om egentlig sindssygdom (psykose), om følgetilstande efter visse tilfælde af medfødt eller tidligt erhvervet hjerneskade, om åndssvaghed og om en del tilfælde af de tidlige karakterafvigelser. Disse grupper af børn stiller store krav til kompetent undersøgelse og til hensigtsmæssig behandling og oplæring. Samtidig ved man nu til dags, at selv blandt disse alvorligste psykiske afvigelser vil praktisk taget ethvert individ have gunstigt udbytte af hensigtsmæssig behandling. Udbyttet vil være større eller mindre for den enkelte, men ikke sjældent betydeligt større, end man umiddelbart forestiller sig ved første undersøgelse.

De nævnte alvorligste psykiske lidelser i barndommen kan som anført erkendes på et tidligt tidspunkt, og en tidlig og korrekt diagnose er afgørende for behandlingens art og for behandlingsresultatet. Diagnosen kan være vanskelig at stille - blandt andet fordi disse særlig alvorlige psykiske afvigelser indbyrdes kan forveksles. Desuden kan visse medfødte eller tidligt erhvervede legemlige og sansemæssige handicap ledsages af svære nervøse symptomer, eventuelt minde om sindssygdom. Eksempelvis kan børn, som er født døve eller blinde eller født med defekt evne til at forstå og tilegne sig tale og sprog (dysfasi), have sindssygelignende symptomer, som svinder under hensigtsmæssig pædagogisk og lægelig behandling. Omvendt kan de ubehandlede livet igennem forblive invaliderede og i en psykisk svært afvigende, eventuelt sindssygelig tilstand, samtidig med at forstandsudviklingen bremses.

De omtalte grupper af psykisk afvigende børn udgør tilsammen kun en mindre del af de børn og unge, der har behov for psykiatrisk og/eller psykologisk bistand. Langt den største del af klientellet udviser svære »nervøse« adfærdsforstyrrelser på grundlag af neurose eller karakterafvigelse, der hos de større ofte medfører sociale komplikationer eller svære nervøst betingede indlæringshæmninger.

Mens miljøreaktioner allerede er beskrevet, og nervøst betingede indlæringshæmninger og lettere intelligensnedsættelser vil blive beskrevet under den skolepsykologiske undersøgelse i kapitel III, følger en kort beskrivelse af de øvrige

vigtige sygdomsbilleder nedenfor. Som illustration anføres nogle sygehistorier.

Åndssvaghed eller formodningen derom giver hyppigt anledning til undersøgelse af børn. Åndssvaghed kan være anlægset, eventuelt på arvelig basis, eller erhvervet på grund af sygdom hos moderen under graviditeten, vanskeligheder i forbindelse med fødslen eller senere alvorlige sygdomme, der har angrebet hjernen. I de sværeste tilfælde, og især når åndssvagheden er forbundet med synlige legemlige symptomer, vil den blive erkendt i løbet af det første leveår, måske allerede i tilslutning til fødslen. I lettere tilfælde vil forsinket motorisk og sproglig udvikling give mistanke om intelligensnedsættelse. I nogle tilfælde drejer det sig om en varig nedsættelse af præstationsniveauet i forhold til alderstrinet, i enkelte tilfælde om fremadskridende sygdomme, der medfører stadig dårligere funktion, medens man i andre tilfælde kan se en gradvis bedring. En tidlig undersøgelse er nødvendig for at afgøre, om der er tale om egentlig åndssvaghed eller en dårlig intellektuel funktion på grund af sansedefekter, specielle sproglige lidelser eller psykose. Tidlig behandling er ligeledes ønskelig for at bedre præstationsniveauet mest muligt gennem stimulation og opøvelse i Åndssvageforborgens særlige børnehaver, skoler og andre daginstitutioner eller i interne institutioner, hvis barnet ikke kan bo hjemme.

Karakterafvigelse vil ofte først føre til undersøgelse af børnene, efter at de er begyndt at gå i skole. Det er da også ofte skolen, der henstiller til forældrene at lade barnet undersøge. Dette skyldes blandt andet, at børnene er så rastløse og ukoncentrerede, at de ikke kan profitere af undervisningen i en stor klasse, og samtidig forstyrrer kammeraterne, med hvem de ofte er i slagsmål. Disse børn kan være meget krævende, rasper undertiden i hjemmet og på skolen, og samtidig er de lidet ydende og derfor ikke i stand til at slutte fastere venskab. De er et bytte for egne impulser, hvad enten det gælder opfyldelse af ønsker eller trang til at få afløb for aggressioner. Dette sidste kan give sig udslag i brutal og destruktiv adfærd, som de nok kan angre en kort stund, men de har svært ved at lære af egne erfaringer.

Årsagen til en sådan fejludvikling kan være, at børnene i de første leveår ikke har haft prak-

tisk mulighed for at udvikle normal tilknytning til enkelte voksne, eller at de har oplevet gentagne skuffelser i forhold til disse. Børn med en tidligt erhvervet let hjerneskade kan frembyde tilsvarende symptomer, men i mange tilfælde kan en ganske sikker årsag ikke udpeges, flere faktorer kan have virket i samme retning, måske også medfødte anlæg. Behandlingen er først og fremmest social-pædagogisk, hvorved her forstås, at man tilstræber at give børnene mere hensigtsmæssige arbejds- og adfærdsvaner gennem en konsekvent holdning og ved at tilbyde børnene undervisning og beskæftigelse i mindre grupper. Dette kan ske enten i samarbejde med forældrene, mens barnet forbliver i hjemmet, eller i kombination med barnets anbringelse i en institution under børne- og ungdomsforsorgen.

Erfaringsmæssigt synes en del at bedres væsentligt, hvis denne behandling iværksættes tidligt.

Sygehistorie:

7-årig karakterafvigende dreng.

Som spæd skrigende dag og nat. Fra 1½-års alderen urolig og rastløs, aggressiv og ødelæggende, meget uligevægtig med raserianfald og udtalte trodsreaktioner, hvor han kaster sig skrigende på gulvet eller på jorden. Har svære sømnavanskeligheder. Viser så stærk destruktionsstrang, at han flår sengetøjet, banker huller i vægge og ødelægger sin og moderens seng og slår sit legetøj itu. Han leger med ild, tænder bål og onanerer åbenlyst, tiltrækkende sig omgivelsernes kritik.

I børnehaven viser han sig som en »førematur«, godt begavet, men rethaverisk, opfarende, fabulerende og splittet. Han rapser. Er dog også følsom, trængende til omsorg.

I skolen kvik og interesseret, udholdende og tilsyneladende velbegavet, men der er fra første lærd vanskeligheder med kammeraterne, og efter 3 måneders forløb må skolen opgive at undervise ham.

Børnepsykiatrisk undersøgelse: Forvirret, meget snakkende og forstyrret, motorisk urolig med pillen, kravlen og løben omkring i undersøgelsesstuen. Han fabulerer og virker angst og usikker. Kan vanskeligt beroliges og dæmpes ned, og kan kun i beskedent omfang fastholdes ved opgaver, idet han ustandseligt taler om endefulde, ulykker og andre voldsomme tildragelser.

Placeres i et af børneforsorgens skolehjem, hvor der påbegyndes pædagogisk behandling i en meget lille gruppe af børn.

En tilfredsstillende anbringelse af et sådant barn vil som regel være uhyre vanskelig. Der findes langt fra det fornødne antal institutionspladser, og selv om man må opgive at få det enkelte barn på den for dette barn bedste institution, vil der være måneders ventetid til den

subsidiære institution. Jo ældre barnet er, jo længere vil ventetiden være. Nogle børn må forblive i de børnepsykiatriske afdelinger i væsentlig længere tid, end undersøgelsen nødvendiggør, og blokerer dermed muligheden for indlæggelse af andre patienter. Andre må tilbringe ventetiden i hjemmet, også i tilfælde hvor de frembyder mindst lige så alvorlige symptomer som denne dreng.

Neuroser er psykiske lidelser, der kan vise sig ved såvel psykiske symptomer som ved legemlige symptomer uden organisk grundlag. Bag dette skjuler sig sjælelige konflikter, der kan vedvare, således at patienten som voksen fortsat vil lide under neurotiske symptomer med indskrænkninger i livsudfoldelse. Hyppige legemlige symptomer hos neurotiske børn er ufrivillige trækninger, især i ansigtsmuskulaturen, ufrivillig vandladning og afføring, mavepine og hovedpine (psykosomatiske sygdomme). Nogle børn kan ligesom voksne neurotikere lide af en svær angst, føle sig usikre og underlegne i forhold til kammerater og trække sig tilbage fra disse. De kan have mindreværdsfølelse og manglende tillid til egne evner, så at de skolemæssigt fungerer ringere, end deres intellektuelle evner betinger, eller de kan i deres ængstelse for ikke at slå til, læse lektier i overdreven grad, og i skolen fremtræde som stiltfærdige, eksemplariske elever, der dog aldrig er glade. I modsætning til voksne reagerer nogle børn på deres angst med aggressiv adfærd i forhold til såvel kammerater som forældre og kan i adfærd minde om karakterafvigende børn, men de vil under en indlæggelse gradvis falde til ro og kan da være ikke blot modtagende, men også aktivt ydende i kontaktforhold og blive i stand til at give udtryk for den tristhed og angst, der ligger bag den aggressive adfærd.

Mange af de børn under skolealderen, som er inde i en neurotisk udvikling, vil kunne hjælpes gennem forældrevejledning, måske suppleret med en kortvarig behandling af barnets psykiske symptomer gennem individuelle samtaler eller leg. Også de fleste ældre neurotiske børn vil kunne have udbytte af en behandlingsform, hvor de bagved liggende konflikter forsøges løst, hvadenten behandlingen sker individuelt eller i gruppe.

I visse tilfælde kan det vise sig ønskeligt, at barnet i en periode behandles uden for hjemmet, f.eks. på et af børneforsorgens behandlingshjem.

Sygehistorie:

12-årig neurotisk dreng.

Meget vanskelige hjemlige forhold.

Skolen anser fortsat almindelig skolegang for udelukket, idet han ikke kan følge med og ikke kan klare sig blandt andre børn. Er nærtagende og eksplosiv, tavs, tillukket og »sær«. Anses af moderen for dårligt begavet, idet han fra spæd alder har været sent udviklet. Desuden altid sygelig følsom, sky og forsagt, frygtssom og let grædende, kronisk ængstelig for at gøre noget forkert, udtalt selvusikker og umoden, plaget af hovedpine og nervøse ansigstrækninger.

Børnepsykiatrisk og psykologisk undersøgelse viser, at han er velbegavet, men hæmmet af svær angst og følelsesmæssig umodenhed. Han udnytter derfor sine foranstevner dårligt og er tilbage i alle skolefag.

Under 9 måneders behandling og undervisning i børnepsykiatrisk afdeling retter han sig, bliver betydeligt mere aktiv og levende og får efterhånden en fri og naturlig kontakt med såvel børn som voksne. Efter udskrivelsen fortsætter han i ambulant behandling, placeres af skolen i læseklasse. Efter 2 år klarer han sig i normalskolen, er da anbragt i børnehjem og i god udvikling.

Sygehistorie:

11-årig neurotisk pige.

Henvises til børnepsykiatrisk afdeling på grund af angstanfald med hjertebanken, hvilket har medført, at hun den sidste måned ikke har kunnet gå i skole. Tidligere har hun ikke frembudt tegn på psykisk lidelse. Symptomerne er muligvis opstået i tilslutning til morfaderens pludselige død godt 1 år tidligere.

I skolen har der hverken været adfærdsmæssige eller faglige problemer, og fra skolens side er man så positivt indstillet, at man har tilbudt hurtigt at instituere hjemmeundervisning.

Ved første undersøgelse 3 uger efter henvisningen er hun en trist, sammensunken, bleg, lille pige, som gerne vil, men ikke tror på, at hun kan klare at komme i skole igen. Forældrene er præget af usikkerhed, bekymring og utryghed for pigens fremtid, hvis skolegangen ikke kan genoptages.

Gennem støttende samtaler med forældrene og et vist pres over for pigen samtidig med, at man støtter hende, lykkes det i løbet af ganske kort tid at få hende i skole igen. Da forældrene ser, at det er en lettelse for hende, er de ikke længere bange for at afvise hendes ønske om at blive hjemme. Ved de følgende konsultationer er hun tydeligt gladere med friskere farver, men såvel hun som forældrene er klar over, at ambulant støtte gennem længere tid er nødvendig.

Den tidligt påbegyndte behandling må anses for afgørende for det gunstige forløb. Såfremt patienten igennem mange måneder havde måttet stå på venteliste, ville hun ikke blot have mistet skoleundervisning i denne tid, men behandlingen ville være blevet vanskeligere, ville have taget væsentlig længere tid og ville ikke have kunnet gennemføres ambulant.

Psykos (sindssygdomme) er sygdomme, der angriber hele personligheden og karakteriseres ved svigtende realitetsvurdering og mangelfuld

kontakt med andre mennesker. Årsagen til disse sygdomme er kun i ringe grad kendt, selv om man ved, at arvelige forhold har en vis betydning. De hyppigst forekommende psykos hos voksne er skizofreni, manio-depressiv psykose, reaktive psykos og organisk betingede psykos, f.eks. i forbindelse med hjernelidelse eller forgiftning. Disse sygdomme kan i deres typiske form ses fra 10-års alderen, men de er sjældne før puberteten.

At psykos opstået i den tidlige barndom viser sig anderledes end hos voksne er forståeligt, da det har betydning, om en psykisk sygdom angriber et barn, som udviklingsmæssigt langt fra er modent, eller en voksen. Derudover må det nævnes, at det er uafklaret, om psykos opstået i den tidlige barndom er samme sygdomme som de senere i livet opståede.

Sindssygdomme opstået hos børn under 6-7 år benævnes enten infantile psykos eller såkaldte infantile grænsepsykos. Symptomerne begynder ikke sjældent allerede i 1. eller 2. leveår. Det dominerende symptom er kontaktforstyrrelsen, der kan medføre en så total åndelig isolation, at barnet opfattes som døvt, fordi det hverken taler eller reagerer på tiltale eller lyde. Andre psykotiske børn har et sprog, som består i eftersigelsen af hørt tale og monologer, men uden at det benyttes som kommunikationsmiddel, og heller ikke gennem smil eller blikket har de kontakt med andre mennesker. Den intellektuelle udvikling vil oftest forsinkes eller for de knapt så alvorligt syge kun på nogle områder svare til alderen. Adfærden er bizar, f.eks. med tilbøjelighed til tåspidsgang, rokken, andre rytmiske bevægelser, gåen i rundkreds eller iagttagelse af egne fingres bevægelser foran øjnene. Beskæftigelsen er ensidig og stereotyp, f.eks. benyttes legetøjet kun til at stille på række, eller de er udelukkende optaget af søm, skruer eller elektriske installationer. De viser ikke forståelse for reelle farer, f.eks. i trafikken eller undlader ikke at stikke fingrene i stikkontakter, selv om de tidligere har fået stød. Reaktionen på sanseindtryk er afvigende fra det normale, f.eks. manglende reaktion på smerte, kulde og varme, eller benyttelse af lugtesans fremfor synet til at finde genstande. Det kan være umuligt at få børnene til at spise og sove på familiens normale tidspunkter. En del er præget af panikagtig angst, som kan udløses af ganske små ændringer i omgivelserne eller opstå uden iagttagelig årsag, muligvis hos nogle på grund af hallucinationer.

En del af de såkaldte grænsepsykotiske børn fungerer intellektuelt godt, især inden for specielle områder, der har deres interesse, men også de har følelsesmæssige og især kontaktmæssigt udtalte vanskeligheder.

Som det fremgår af ovennævnte, drejer det sig om alvorligt syge børn, og deres symptomer aftager under medikamentel behandling ikke i nær samme grad, som det er tilfældet for voksne psykotiske patienter. Den medikamentelle behandling af psykotiske voksne patienter har været medvirkende til den meget store ændring, der de sidste 15-20 år er sket for disse patienters muligheder. I modsætning til tidligere kan langt de fleste skizofrene patienter udskrives fra statshospitalerne og nøjes med en ambulant behandling suppleret med kortere varende indlæggelser. De manio-depressive patienters muligheder er ligeledes bedret væsentlig, idet man med medikamenter dels kan afkorte deres sygdomsperiode, dels nedsætte symptomernes styrke. I modsætning hertil ses kun virkning af medicin hos nogle af de psykotiske børn, og der er da kun tale om en vis bedring af symptomerne. Mange må behandles i et miljø, der er specielt indrettet med henblik på behandling af psykotiske patienter, og selv om de udvikler sig tilstrækkeligt til, at skolemæssig undervisning kan gennemføres, må de fleste have speciell undervisning for at udnytte deres evner bedst muligt.

Sygehistorie:

9-årig sindssyg (psykotisk) dreng.

Fra spæd alder afvigende. Det første halve år skrigende dag og nat. Fra ca. 2 år aparte bevægelser, gik på tæerne, baskede med armene, talte ind imellem med skingrende stemme, var drømmende, svært kontakthæmmet. Fra 5-6 års alderen svære kammeratvanskeligheder, aggressiv over for andre børn, slog sig med knyttnæve i hovedet, havde svære angsttilfælde, hvor han græd ubehersket uden kendt årsag, panikslagen over for biler, hunde m. m., optaget af religiøse fantasier.

I skolen hidtil klaret sig nogenlunde, men i år kniber det meget trods god begavelse og store anstrengelser fra skolens side. Han er urolig, arbejder meget langsomt, er i frikvarteret aggressiv over for svagere børn. Både hjem og skole presser stærkt på for indlæggelse, som på grund af pladsmangel ikke kan realiseres.

En længere tids indlæggelse og påfølgende behandlingshjemsophold må antages at kunne stabilisere patienten væsentligt.

Tale- og sprogforstyrrelser behandles dels gennem specialundervisning i folkeskolen, dels på statens institutter for talelidende. Adskillige

af disse børn, især børn med sprogforstyrrelser, undersøges psykologisk og psykiatrisk, dels på grund af psykiske komplikationer, dels på grund af differentialdiagnostiske vanskeligheder. Taleforstyrrelser viser sig ved udtalevanskeligheder, der kan skyldes mangelfuldt udviklet taleapparat eller forkert brug af dette. Sprogforstyrrelser er sygdomme, der skyldes manglende mulighed for i tilstrækkelig grad at forstå eller benytte sprog. Medens det for dysfasi drejer sig om det talte sprog, vedrører det for dyslexi det skrevne sprog. I de mest udtalte tilfælde mangler en dysfatis patient ikke kun evnen til at forstå sproglige symboler, men mangler også forståelsen af lyde. Det er dog kun hos de forreste patienter, sygdommen vil være så udtalt. Foruden den talepædagogiske behandling er psykoterapi i nogle tilfælde nødvendig, fordi patienten i forbindelse med sin talelidelse har fået neurotiske eller psykoseliggende symptomer.

Hjerneskade kan skyldes arvelige sygdomme eller beskadigelse af hjernen opstået under graviditeten, i tilslutning til fødslen eller senere. Årsagen kan være infektionssygdomme, kranie-læsioner f.eks. under en vanskelig fødsel eller ved trafikuheld, eller årsagen kan være almene sygdomme, hvorunder patienten har været stærkt medtaget, og måske har haft nedsat iltforsyning til hjernen. En hjerneskade kan vise sig ved legemlige symptomer som spasticitet eller epilepsi. Det overvejende i sygdomsbilledet kan være nedsat intellektuel funktion, som nævnt under åndssvaghed, eller en sprogforstyrrelse kan være det væsentlige. I nogle tilfælde kan hjerneskadens udelukkende vise sig ved adfærdsforstyrrelse, i andre tilfælde kan barnet fremtræde som psykotisk. Meget ofte har hjerneskadede børn behov for en særlig undervisningsform.

Sygehistorie:

12-årig hjerneskadet dreng.

Mangeårige adfærdsvanskeligheder (uro, rastløshed, ængstelighed) og indlæringsproblemer (svigtene sprogopfattelse, let 03 ujævnt reducerede forstandsevner).

Efter børnepsykiatrisk og psykologisk undersøgelse supplerede skolen undervisningen med specialundervisning i form af enetimer og under anvendelse af særlige pædagogiske hjælpemidler samt fysioterapi. Der blev arbejdet med sproglig optræning, retskrivning, regning, formning, musik og lek-tieforberedelse, hvorunder adfærdsvanskelighederne svandt i løbet af 1 år, og drengen kunne fortsætte i normalskolen.

KAPITEL III.

Institutioner til undersøgelse og behandling af psykisk afvigende børn.

Initiativet til psykiatrisk og psykologisk undersøgelse af børn tages i en del tilfælde af forældrene, ikke sjældent efter skolens opfordring. I andre og vel de fleste tilfælde tages initiativet til undersøgelsen af en institution, barnet er anbragt på eller har forbindelse med. Årsagen til forældrenes ønske om undersøgelse kan være, at barnet ikke er i balance, ikke har det godt med sig selv, eventuelt frembyder så store adfærdsvanskeligheder, at forældrene ikke længere tør tage ansvaret for, hvilke ulykker barnet kan forvolde. I de tilfælde, hvor det ikke er forældrene, men andre, der tager initiativet, vil nogle forældre være helt indforstået med, at der foretages en undersøgelse, mens andre forældre kun indvilliger heri efter overtalelse eller pres, f.eks. derved at institutionen, det være sig børnehave, skole eller fritidshjem, ikke kan have barnet, medmindre en undersøgelse resp. behandling finder sted og medfører en bedring af tilstanden.

Undersøgelse kan ligesom behandling finde sted inden for forskellige institutioner, såvel kommunale som statslige, henhørende under forskellige ministerier og direktorater (sundhedsvæsen, særforborg, børne- og ungdomsforborg, Mødrehjælpen, undervisningsvæsenet, justitsministerium og retsvæsen). Hvortil henvendelsen vedrørende den enkelte sker, vil bl.a. afhænge af problemernes art og den undersøgtes alder.

Det skolepsykologiske arbejde.

De første skolepsykologiske kontorer oprettedes i første halvdel af 1930'erne. Hovedopgaven var at undersøge børn, der havde vanskeligt ved at følge folkeskolens normale undervisning og at sørge for etablering af en for disse børn egnet speciel undervisningsform. Første gang det skolepsykologiske arbejde omtales i en lov (lov om folkeskolens styrelse og tilsyn af 12. april 1949), indføres da også betegnelsen »kon-

sulenter for særundervisningen» for de personer, der skulle have ansvaret for dette arbejde.

Der er i dag 116 rådgivningskontorer knyttet til enten amternes eller de enkelte byers skolevæsen. Antallet af ansatte ved de forskellige kontorer er varierende, og arbejdsformen afhængig af, om de ansatte er psykologer, evt. med forskellige specialer, eller lærere med videregående uddannelse i psykologi og specialpædagogik.

Det skolepsykologiske arbejde er altid blevet udført som et samarbejde mellem skole, hjem og specialist. Derfor kan initiativet til at søge skolepsykologen udgå fra både forældrene og skolen. Når barnet har vanskeligt ved at klare sit skolearbejde, vil det ofte skyldes flere årsager. Der kan f.eks. være tale om svigtende helbred, der kan være tale om manglende evner eller særlige defekter som ordblindhed (dyslexi) eller nedsat syn eller hørelse, og der kan være tale om manglende lyst til skolearbejdet som led i mere almene psykiske vanskeligheder. I mange tilfælde er det dog muligt at finde frem til én eller nogle enkelte særligt betydende årsagsfaktorer, hvis virkninger man kan afbøde helt eller delvis.

Når barnet indstilles til undersøgelse hos skolepsykologen, får denne en beskrivelse af barnet fra skolen, hvori der redegøres for dets arbejdsmåde og resultater og dets almene væremåde over for kammerater og lærere. Der gives samtidig en udtalelse fra skolelægen vedrørende barnets syn og hørelse og forhold angående dets helbred, som der kan være grund til at mærke sig.

Dernæst forsøger psykologen gennem samtaler med forældrene at få et billede af barnets væremåde i hjemmet, der jo ikke behøver at svare til dets måde at være på i skolen.

På grundlag af disse oplysninger går så skolepsykologen i gang med sin egen undersøgelse af barnet. Denne omfatter i næsten alle tilfælde

intelligensundersøgelser. Hertil kommer standpunktsprøver i regning, læsning og stavning, der viser, hvordan barnet står i disse færdigheder i forhold til gennemsnittet af aldersgruppen. I mange tilfælde vil disse prøver blive suppleret med helt andre typer af prøver, der kan give indblik i barnets følelsesliv og i opbygningen af dets personlighed.

Selv om det naturligvis er umuligt at opdele de børn, skolepsykologen får med at gøre, i skarpt afgrænsede grupper, kan der dog være grund til at omtale to grupper, som traditionelt er trådt særligt stærkt frem i det skolepsykologiske arbejde. Inddelingsgrundlaget er ikke så meget børnenes psykiske struktur eller deres specielle vanskeligheder, som det er de hjælpeforanstaltninger, der iværksættes.

Svagtbegavede: Den ene gruppe omfatter de svagtbegavede børn, hvis evner ikke tillader dem at følge den almindelige undervisning, og som derfor overflyttes til specialundervisning. I de større byer foregår denne som regel i særlige hjælpeklasser, medens den i småbyer og på landet hidtil fortrinsvis er foregået på små undervisningshold uden for de egentlige skoletimer. Den 30. oktober 1966 opgjordes tallet af elever i hjælpeklasser i hele landet til ca. 8.000. Når tallet ikke er større, kan det skyldes, at hjælpe-skoleundervisningen ikke er tilstrækkeligt udbygget, men også andre forhold gør sig gældende.

Drejer det sig om børn, der intellektuelt fungerer under normalskolens eller hjælpeskolens virkeområde, overgår de til undervisning i åndssvageforsorgens debilskoler og træningsskoler (se Statens Åndssvageforsorg - side 17).

Der vil naturligvis altid være overgangstilfælde. Ingen tænker på at placere et barn udelukkende efter det tal, der findes ved intelligensprøven. Der vil være en stor gruppe af svagtbegavede, der på grund af deres flid og veltilpassede væremåde kan klare at fortsætte i en normalklasse. Omvendt vil der være børn, der i og for sig begavelsesmæssigt ligger i den nederste del af normalområdet, men som på grund af deres sinkeprægede væremåde og deres skolestandpunkt er bedst tjent med at blive undervist i en hjælpeklasse. Hertil kommer, at vi meget ofte hos de børn, der har særlig støttebehov, finder virkningen af ugunstige miljøpåvirkninger eller af organiske forhold, der ved siden af den jævne eller svage begavelse yderligere hæmmer børnenes arbejdsmulighe-

der. Det antages, at folkeskolens hjælpeklasser rummer et antal ikke klart erkendte tilfælde af hjerneskadede børn.

Læsesvage: Den anden gruppe omfatter de læsesvage børn. Det er den gruppe, der så ofte betegnes med det misbrugte ord »ordblinde«. Det er børn, der trods normal begavelse og normalt syn og hørelse ikke er i stand til at lære at læse eller stave til normal tid og ved hjælp af de almindelige undervisningsmetoder.

Disse børn undersøges med særlige diagnostiske læseprøver, der kan afsløre både graden og arten af deres læseforstyrrelse, f.eks. om vanskelighederne fortrinsvis viser sig i opfattelsen af det trykte ordbillede, eller om de fortrinsvis viser sig i den skriftlige gengivelse af det hørte ord.

I løbet af de sidste 30 år er der inden for folkeskolens opbygget særlige læseklasser (højst 16 elever) eller små læsehold (indtil 4 elever), hvor disse børn får en særligt tilrettelagt undervisning.

Den 30. oktober 1966 opgjordes tallet af elever i læseklasser i hele landet til 4.600.

Det er klart, at det kan være lidt af et chok for et ellers kvikt barn, der måske har glædet sig til at komme i skole, at det pludselig opdager, at det ikke kan klare skolens vigtigste fag. Ofte ser man, at de reagerer med at blive uvorne og hævde sig på denne måde eller omvendt ved at indtage en opgivende holdning - også over for de fag, som de godt kunne klare.

At der så efterhånden i læseklasserne sidder en del *uegentlige læsesvage* elever, er en anden sag. Det er i mange tilfælde børn, der ikke var modne til at lære at læse, da de kom i skole, og som derfor er kommet bagefter, eller det er børn, hvis almene nervøse vanskeligheder skolemæssigt især viser sig ved det dårlige standpunkt i skolens vigtigste fag. I mange af de sidste tilfælde har skolepsykologen vel nok haft sine tvivl ved overflytningen, men har alligevel skønnet, at overflytningen til en lille klasse med højst 16 elever og en særligt interesseret lærer ville være en fordel for barnet på mange måder.

Udover de ovenfor omtalte to grupper er udviklingen gået i retning af at udvide det skolepsykologiske arbejde og den dermed sammenhængende specialundervisning til også at omfatte børn med andre skolehæmninger: tung-hørhed, svagtseende og adfærdsvanskelige børn og børn med bevægelseshandicap.

En oversigt over folkeskolens specialklasser viser, at disse pr. 30. september 1966 i alt omfattede 13.911 elever. Foruden de ovenfor nævnte tal for elever i hjælpeklasser og læseklasser drejede det sig om:

274 elever i individualklasser
415 » i observationsklasser
150 » i klasser for bevægelseshæmmede
273 » i høreklasser
177 » i taleklasser
99 » i synsklasser

Forsøgsordninger for undervisning af hjerne-skadede børn er foreløbig etableret enkelte steder. 34,2 % af det samlede elevtal i specialklasser er piger. Udover de nævnte klasser blev der ydet supplerende undervisning på hold eller som enkeltmandsundervisning til 35.288 elever.

Adfærdsvanskelige og psykisk afvigende børn: Undersøgelse af børn med almene personlighedsvanskeligheder stiller større krav, end de skolepsykologiske kontorer i den traditionelle udformning har kunnet leve op til. Flere sider af barnets personlighed end de, der i snævrere forstand har med indlæringsfunktionen at gøre, må beskrives, og man må gå tilbage i tiden og forsøge at finde frem til det stadium i barnets udvikling, hvor vanskelighederne har deres udspring. For at en sådan kortlægning af barnets aktuelle situation og dets udviklingsforløb kan gennemføres, må fagfolk af forskellig specialuddannelse arbejde sammen.

»Team«et i den børnepsykiatriske eller børnepsykologiske klinik udgøres i første række af børnepsykiatere, kliniske børnepsykologer og socialrådgivere. Vi finder dette team i funktion på de børnepsykiatriske hospitalsafdelinger og børneforsorgens rådgivningscentre.

Efterhånden er de skolepsykologiske kontorer ved at udbygge deres virksomhed. Der søges tilknyttet kliniske psykologer, socialrådgivere, psykiatriske konsulenter med henblik på undersøgelse af børn, der udviser almene tilpasningsvanskeligheder. Der søges etableret observationsskoler, der giver en mulighed for at supplere den ambulante undersøgelse med en iagttagelse af barnet uden for dets hjemmemiljø og i alle døgnets timer.

I en del tilfælde vil en sådan mere omfattende undersøgelse og iagttagelse resultere i fortsat undersøgelse og behandling af barnet i en hospitalsafdeling eller i en af børne- og ungdomsforsorgens institutioner.

Under skolevæsenet i København henhører, foruden en ved hjælpeskolerne ansat børnepsykiater, en skolepsykiatrisk konsultation, ved hvilken der er ansat en overlæge, 2 reservelæger og 2 assisterende læger. Konsultationens funktion svarer ret nøje til virksomheden ved et børnepsykiatrisk sygehus-ambulatorium.

Børne- og ungdomsforsorgens institutioner.

De institutioner, der i første række modtager et klientel, der har psykiatrisk og/eller psykologisk bistand behov, er: rådgivningscentre, observationshjem, behandlingshjem, skolehjem og ungdomshjem.

Rådgivningscentre: der rådes i dag over 6 centre for børn i København, Nykøbing F, Odense, Esbjerg, Ålborg og Århus samt et center for unge i København. Nye centre er under forberedelse i Ringkøbing amt (Herning), i hovedstadsområdet, i Sønderjylland og i Frederiksborg amt.

Centrenes opgave er at indgå som led i det almindelige familiestøttende arbejde. Deres virksomhed omfatter ifølge børne- og ungdomsforsorgslovens § 62 ambulant undersøgelse og kortere varende behandling af børn med opdragelses- og adfærdsvanskeligheder. Henvisning finder i første række sted fra børne- og ungdomsværnene og anerkendte børneforsorgsinstitutioner. Formålet med centrene er den forebyggende virksomhed, idet de søger at behandle begyndende vanskeligheder, inden disse er blevet svært behandlingskrævende.

Det praktiske behov for støtte og behandling har dog bevirket, at rådgivningscentrene i et ikke ringe omfang må modtage et vanskeligere klientel, end loven forudså.

Til centrene er knyttet psykiatere, psykologer og socialrådgivere.

Observationshjem: er hjem til en tidsbegrænset iagttagelse af børn, om hvem man ved en placering uden for hjemmet ikke ved tilstrækkeligt, blandt andet fordi anbringelsen af praktiske grunde må ske hurtigt.

En grund til anbringelse i observationshjem kan også være ønsket om at iagttage, hvordan barnet fungerer i et pædagogisk miljø, inden man bestemmer den endelige anbringelsesform.

Observationshjem for spæde børn har dels den særlige opgave at vurdere det spæde barns egnethed for adoption, dels at behandle børn med tidlige psykiske vanskeligheder.

Behandlingshjem for børn: modtager børn indtil ca. 12 år efter en grundig undersøgelse som oftest i en børnepsykiatrisk hospitalsafdeling.

Formålet er en behandling, der muliggør tilbagevenden til forældremiljøet, så snart dette er muligt. Det forudsætter en intensiv støtte til forældrene, der oftest ydes af de til hjemmene knyttede socialrådgivere. To af behandlingshjemmene har særligt specialiseret sig i behandlingen af psykotiske og grænsepsykotiske børn. To andre modtager alvorligere tilfælde af tidligt karakterskadede børn, medens de øvrige fortrinsvis modtager neurotiske børn.

Flertallet af disse hjem ledes af psykologer, og der er i det enkelte hjem yderligere en eller to psykologer. Til hvert af hjemmene er desuden knyttet en psykiatrisk konsulent, der alt efter hjemmets behov er til rådighed for 2, 3 eller 4 månedlige besøg.

Som noget nyt er man ved at komme ind på dagbehandlingshjem. Der findes en dagskole for psykotiske børn. Et af de ældre behandlingshjem har i en større købstad i ca. 20 km's afstand fra moderinstitutionen åbnet en særlig afdeling, der dels skal fungere som efterbehandlingshjem for børn, der er så vidt stabiliserede, at de kan frekventere den normale skole i byen, og dels være et dagbehandlingshjem, der kan yde en fortsat støtte til børn, der er hjemgivet eller til børn, der ikke behøver en egentlig institutionsanbringelse.

Skolehjem: modtager børn i skolealderen, hvis vanskeligheder er af en sådan art, at de har behov for en særligt tilrettelagt pædagogik såvel i skolesituationen som uden for denne. Det vil ofte dreje sig om tidligt karakterskadede børn, især børn med en udadvendt aggressiv adfærd. Opgaven over for disse børn består som regel i en langvarig socialpædagogisk behandling, en disciplinerende træning eller en særligt tilrettelagt social læreproces. Den pædagogiske indsats er derfor afgørende i disse institutioner. Der er dog til de fleste skolehjem knyttet psykiatriske konsulenter og i enkelte tilfælde tillige psykologiske konsulenter.

Børnehjem: er oprindeligt beregnet til modtagelse af børn i og under skolealderen, der ikke frembyder specielle vanskeligheder, men hvis opdragelse af sociale eller familiære grunde må foregå uden for forældrehjemmet i en kortere eller længere tid. Der er dog en tendens til, at

et stigende antal af disse hjems pladser belægges med adfærdsvanskelige børn, der har behov for særligt sagkyndig støtte. Dette skyldes bl.a., at en sådan anbringelse i det givne tilfælde er den eneste gennemførlige anbringelsesmulighed, fordi der mangler pladser i behandlings- eller skolehjem.

Ventetidshjem: 9 hjem, der oprindeligt var beregnet til at modtage sunde børn, er i løbet af de seneste år blevet indrettet til en opgave, der snarere hører under særforplejning.

Disse hjem modtager erkendt åndssvage børn - fortrinsvis børn, der har været anbragt i spædbørnehjem, indtil det forsorgscenter, hvorunder de hører, har plads til at modtage dem i en af sine behandlingsinstitutioner.

Statens Åndssvageforsorg.

Behandling, oplæring og omsorg for åndssvage varetages af Statens Åndssvageforsorg. Begrebet åndssvaghed lader sig ikke skarpt afgrænse. Man regner her i landet med, at udgangspunktet for en vurdering af åndssvaghed er en intelligenskvotient under 75, men der er naturligvis en flydende overgang mellem de bedst udrustede åndssvage og småt begavede i underkanten af normalområdet (sinkerne, IK omkring 75-90). I grænseområdet kan ingen psykologisk test entydigt angive en placering, der derfor må bero på et sagkyndigt skøn i det enkelte tilfælde. Åndssvaghed rummer altså hele skalaen af intellektuelle funktionsniveauer mellem debilitet med gode muligheder for en helt normal tilpasning i samfundet og næsten udslukt hjernefunktion med en vegeterende tilværelse til følge.

Statens Åndssvageforsorg omfatter såvel institutioner for kortere eller længere heltidsanbringelse (centralinstitutioner eller mindre hjem) som dag-institutioner såsom debilskoler, træningsskoler, børnehaver o.a. Alle disse aktiviteter er principielt et tilbud om hjælpeforanstaltninger, som forældrene kan modtage eller afvise — kun under hensyn til den almindelige undervisningspligt. Åndssvageforplejningen administreres af en bestyrelse under socialministeriet og udøves i 11 forsorgscentre. I erkendelse af, at klientellets problematik omfatter såvel psykiatrisk-psykologiske synspunkter som undervisningsmæssige, sociale og økonomiske aspekter, er forsorgscentrene ledet af et fællesskab af inspektør, læge, pædagog og socialrådgiver. Et forsorgscenter er et geografisk område rum-

mende de til enhver tid nødvendige institutioner til udførelse af virket i de nævnte omsorgssektorer.

Karakteristisk for åndssvageforsorgens arbejdsmåde er, at alle børn følges fra henvisningen og opvæksten igennem. Der indhentes indledningsvis oplysninger, foretages undersøgelser og vurdering - og der etableres straks en kontakt med hjemmet ved socialrådgivere, der følger det enkelte tilfælde fremover og refererer til specialisterne ved løbende konferencer i forsorgscentrene. Både den indledende undersøgelse og den videre kontakt med børn og hjem stiller store krav til staben af børnepsykiatere og psykologer.

De dårligst udrustede børn behandles ofte i institutioner - de er hjemme som spæde og op i småbørnsalderen af hensyn til den primære kontakt med moderen, der er uhyre vigtig for ethvert barns og vel især for et åndssvagt barns harmoniske udvikling, men på et tidspunkt, hvor vanskelighederne er store og en anbringelse rimelig, modtages et sådant barn i institution, om pladsforholdene muliggør det. Det barn, der er noget bedre udrustet med hensyn til åndsevner, vil forblive hjemme, men både pædagogisk, medicinsk og psykiatrisk hjælpes det af forsorgen hjemme eller i børnehaver, debilskoler og træningsskoler - og kun i et begrænset antal tilfælde, hvor en flytning fra hjemmet er tilrådelig, tages sådanne børn ind i en institution, der i så fald har karakter af kostskole eller skolehjem. I åndssvageforsorgens arbejde er der således en stadig vekselvirkning mellem hjemmebehandling og omsorg i institutioner af forskellig art. Der skal i denne forbindelse også peges på, at åndssvageforsorgen - ligesom børneforsorgen - i disse år udbygger sit behandlingsprogram med et stigende antal mindre behandlingshjem, hvor børn med neurotiske tilstande og særligt med kontaktforstyrrelser af psykotisk art, der hæmmer udnyttelsen af potentielle evner, tages i terapi.

Sundhedsvæsen.

Praktiserende læger: Når forældrene selv tager initiativet til undersøgelse, vil de ikke sjældent henvende sig til den praktiserende læge, som afgør, om der er grundlag for henvisning til særlig undersøgelse, eller om symptomerne er så lette, og eventuelt kun udtryk for forældrenes ængstelse, så han selv gennem undersøgelse og vejledning kan afhjælpe problemerne.

I de tilfælde, hvor den psykiske lidelse først og fremmest giver sig udtryk i legemlige sygdomme, som f.eks. hovedpine og mavepine, kan den praktiserende læge efter ved undersøgelse at have fundet, at der ikke er nogen legemlig sygdom, ikke sjældent gennem beroligelse af forældrene, ændre den hjemlige situation, så symptomerne aftager. Det samme er tilfældet, når forældrene ubegrundet bekymrer sig over barnets udvikling, f.eks. at det ikke tidligt er blevet renligt.

Profylaktiske børneundersøgelser: udføres af familiens egen læge eller på børneplejestationer. Tilsvarende arbejde udføres af læger, der er knyttet til vuggestuer, børnehaver og skoler. Ved disse rutinemæssige undersøgelser har lægerne mulighed for at opdage sygdomssymptomer, som familien selv har overset. Såfremt børnene frembyder symptomer, der nødvendigvis gør undersøgelse hos speciallæge eller under hospitalsindlæggelse, skal henvisningen hertil altid ske gennem familiens egen læge.

Børn, der frembyder tegn på psykisk lidelse, vil af skolelægen i samarbejde med lærerne ofte kunne henvises til skolepsykologisk undersøgelse, og visse børnehaver har en tilsvarende mulighed for henvisning af børn til psykologisk undersøgelse. Foruden hjemmets egen læge har de læger, der er tilknyttet børneværnenes familievejledning, måske størst mulighed for tidligt at finde børn med psykisk lidelse i de dårligst stillede familier.

Børnerekreationshjem og lignende: Såfremt lægen finder, at barnets psykiske symptomer ikke er af alvorligere karakter, men at et ophold blandt andre børn og borte fra hjemmet vil være gavnligt, kan barnet henvises til nogle måneders ophold på julemærkehjem eller kysthospital. Hverken forud for eller under et sådant ophold foretages nogen psykologisk eller psykiatrisk undersøgelse, men personalet noterer, hvorledes de forskellige børns adfærd er, og såfremt man finder tegn på psykisk lidelse, som man mener bør nærmere undersøges og behandles, gøres forældrene opmærksom på dette, ligesom lægen får besked om, at man ville finde en henvisning til undersøgelse berettiget.

Kysthospitalet på Refsnæs var tidligere tilknyttet den social-pædiatriske afdeling på Finseinstitutet. Denne afdeling er nu overflyttet til Rigshospitalet. Forud for anbringelse taler

man med forældrene og barnet ved lægeundersøgelse ambulant på Rigshospitalets social-pædiatriske ambulatorium, og når det findes indiceret, foretages desuden psykologisk testning. Under opholdet følger man børnene gennem besøg på kysthospitalet.

Enkelte børn findes så psykisk afvigende, at de bliver henvist til børnepsykiatrisk undersøgelse.

Pædiatriske afdelinger: Når de praktiserende læger ikke med sikkerhed kan afgøre, om børns legemlige symptomer skyldes en rent legemlig sygdom, en psykisk lidelse eller en kombination af begge, henvises børnene ofte til indlæggelse i en pædiatrisk afdeling (børneafdeling).

Under indlæggelsen vil de blive undersøgt med henblik på psykisk lidelse, såfremt man finder tegn på en sådan, uafhængigt af om man finder en legemlig årsag til symptomerne eller ej. De pædiatriske afdelingers sygeplejersker er øvede i at bedømme adfærden hos børn på forskellige alderstrin og iagttager, om det enkelte indlagte barns adfærd er normal og alderssvarende. Samme spørgsmål er lægerne opmærksomme på. Desuden har de pædiatriske afdelinger ansat pædagoger, som beskæftiger og underviser børnene, samtidig med at de iagttager deres adfærd og færdigheder. Til afdelingerne er knyttet psykologer, som foretager psykologiske undersøgelser med henblik på barnets intelligens, personlighed og konflikter, når en sådan undersøgelse findes af betydning. Psykolog eller socialrådgiver har eventuelt supplerende samtaler med forældrene for at opnå en mere detaljeret udredning af barnets psykiske udvikling. For at få det grundigst mulige indtryk af barnets adfærd før indlæggelsen indhentes oplysninger fra vuggestue, børnehave, skole, fritidshjem og andre institutioner, barnet kan have søgt. En stor del af børneafdelingernes patienter med psykiske lidelser kan på baggrund af undersøgelserne og observationerne opnå endelig behandling gennem forældrevejledning, samtaler med barnet eller rådgivning om skole- eller anden placering, som afdelingen kan iværksætte.

I pædiatriske afdelinger indlægges endvidere en del børn udelukkende på grund af adfærdsforstyrrelser. Undersøgelsesformen er den samme. Enkelte tilrådes skoleflytning eller anbringelse uden for hjemmet, evt. henvisning til børnepsykiatrisk afdeling.

En tredje gruppe børn, der psykologisk un-

dersøges under indlæggelse i pædiatrisk afdeling, er børn, der indlægges på grund af formodning om intelligensdefekt eller tale- sprogforstyrrelse, og for hvem det skal afgøres, om en anmeldelse til og evt. anbringelse under særfor sorgen er ønskelig.

Psykiatriske afdelinger: Patienter med alvorligere psykiske lidelser behandles ambulant eller under indlæggelse i nervesanatorier, psykiatriske afdelinger og statshospitaler samt børnepsykiatriske afdelinger. De børnepsykiatriske afdelinger er beregnet for patienter indtil 14-års alderen, men sygdomsbilledet hos enkelte lidt yngre umuliggør en behandling blandt mindre og sarte børn, medens omvendt enkelte lidt ældre kan have udbytte af en placering blandt børn i stedet for blandt voksne. Ungdomspsykiatriske afdelinger er først ved at blive oprettet, den første åbnedes i København januar 1968. For patienter, der indlægges i en sådan afdeling, vil aldersgrænsen opad antagelig ikke kunne fikseres, idet sygdomsbillederne i denne aldersklasse vil gøre det ønskeligt, at nogle placeres blandt voksne patienter, og en del af de 20-årige vil føles forkert placeret blandt unge, f.eks. kvinder, der har været gift i et par år og har børn.

Nervesanatorier, psykiatriske afdelinger og statshospitaler er yderligere omtalt i kapitel IV.

Den 30. september 1966 fandtes der 4 børnepsykiatriske afdelinger. Medens den kommunale afdeling på Bispebjerg Hospital modtager patienter fra København, dækker statshospitalsafdelingen i Glostrup den øvrige del af landet øst for Storebælt samt Færøerne og Grønland, og afdelingen på Statshospitalet ved Århus den del af landet, der ligger vest for Storebælt. Den fjerde afdeling, der er placeret på Rigshospitalet, kan modtage patienter fra hele landet. I 1968 er der blevet etableret en statshospitalsafdeling i Viborg, og i Herning findes en amtskommunal afdeling, dog endnu uden senge.

Voksne patienter vil ved psykiatrisk undersøgelse oftest selv være i stand til at give oplysninger om sygdommen, og disse oplysninger vil eventuelt senere blive suppleret gennem samtaler med pårørende og andre. I modsætning her til vil børnene og de yngste af de unge ofte være ude af stand til selv at beskrive deres livshistorie og vanskeligheder. Ved den børnepsykiatriske undersøgelse fås disse oplysninger fra de pårørende allerede ved den første ambulante henvendelse eller ved indlæggelsen og suppleres

senere med patientens egne synspunkter, såfremt han er i stand til at give udtryk herfor. Som oftest kan kun de større børn i ord direkte formulere, hvad de føler, og hvilke problemer de har. De mindre kan i den individuelle observation, hvor de er alene med undersøgeren, vise det i deres måde at lege på og legens indhold, selv om de måske i den daglige leg ikke afslører det. Undersøgelse af deres legemlige tilstand foretages, ofte suppleret med specielle undersøgelser som elektroencephalografi, neurologisk undersøgelse, øjen- og øreundersøgelse, og eventuelle legemlige sygdomme behandles. Foruden den lægelige, børnepsykiatriske undersøgelse undersøges børnene i reglen også af en klinisk psykolog, som ud fra prøver, beregnet for børn på forskellige alderstrin, bedømmer deres intelligensmæssige funktionsniveau, deres psykiske struktur og deres psykiske problemer, herunder om de ved en detaljeret undersøgelse frembyder tegn på sindssygdom eller organisk hjerneskade.

Ved de børnepsykiatriske hospitalsafdelinger er foruden sygeplejersker ansat pædagoger med forskellige uddannelser, og skoleundervisning i afdelingerne varetages i reglen af de lokale skolelærere. I det daglige liv i afdelingen iagttages børnene i skolesituationen, under forskellig beskæftigelse og samvær med andre børn, i spise- og sovesituation. Denne side af undersøgelsen kan endnu kun gennemføres for få ambulante patienters vedkommende, men er værdifuld for undersøgelse af de patienter, der er så syge, at indlæggelse er nødvendig. Indlæggelsen må ofte være ret langvarig, da mange børn må vænne sig til miljøet, før deres naturlige adfærd ses, og større børn kan gennem adskillige uger holde en »pæn facade«, som ellers ikke kendetegner dem. Gennem gentagne samtaler med de pårørende og indhentning af oplysninger fra børnenes omgivelser, udvides kendskabet til dem.

Ud fra de fremskaffede oplysninger, iagttagelser og undersøgelser stilles en diagnose, således som det fremgår af foregående kapitel, og behandling institueres. Denne behandling kan strække sig fra kortvarig vejledning til adskillige års behandling under indlæggelse. Anbringelse i børnehave, skoleflytning, evt. til særklasse, eller henvisning til særforsorg kan være indiceret, ligesom man i adskillige tilfælde må tilråde anbringelse på institution under børne- og ungdomsforsorg, evt. i et af de særlige behandlingshjem. Nogle børn og unge må tilrådes

miljøbehandling under nogle måneders indlæggelse i børnepsykiatriske afdeling, i nogle tilfælde kombineret med individuel psykoterapi, hvor man gennem samtaler eller for de mindre vedkommende i legeform hjælper patienterne til at løse en del af deres konflikter. Når det drejer sig om børn, vil man oftest sideløbende hermed have hyppige samtaler med forældrene, således at de kan holdes underrettet om, hvilke ændringer der sker med barnet, og ikke mindst hvis behandlingen fortsætter ambulant efter udskrivningen, er det væsentligt at drøfte med forældrene, hvordan de i hjemmet bedst kan klare problemerne omkring barnet. Behandlingen af neurotiske børn forsøges helst gennemført ambulant, således at barnet er i sit daglige miljø, og dermed i de konfliktsituationer, der har været medvirkende til at skabe dets sygdom. I nogle tilfælde, ikke mindst når det drejer sig om små børn, kan den væsentligste del af behandlingen, måske den eneste, bestå i forældrevejledning, i tilfælde hvor forældrene føler sig usikre over for opdragelsen af barnet. Nogle patienter, først og fremmest de psykotiske, behandles medikamentelt, og især for de unges vedkommende er det en væsentlig del af behandlingen. For mange unge vil revalideringsforanstaltninger desuden være et betydningsfuldt led i behandlingen.

Særforsorg.

Under blinde-, døve-, tale-, epileptiker- og vanføreforsorg findes adskillige børn og unge, der foruden den legemlige sygdom eller defekt har en psykisk lidelse. I nogle tilfælde må denne opfattes som sekundær til det svære legemlige handicap, medens man i andre tilfælde må betragte de to sygdomme som sidestillede. I de senere år er man i tiltagende grad blevet opmærksom på dette problem, og har til de forskellige forsorgsgrene knyttet psykologer, og i nogle tilfælde psykiatriske konsulenter. Disse patienters psykiske lidelse kan være vanskelig at behandle på de institutioner, som behandler psykiske lidelser hos børn uden specielle handicap, idet man kun få steder vil være i stand til at give de legemligt handicappede børn den specielle undervisning, fysiurgiske eller medikamentelle behandling, som er nødvendig for dem. Undersøgelse af deres psykiske lidelse kan på grund af observationens kortere varighed bedre ske i de institutioner, som undersøger

ger andre børn. Undersøgelsesformen er ret nær den sædvanlige og ovenfor beskrevne, når det drejer sig om epileptikere og vanføre, men må modificeres ret væsentligt, når det drejer sig om svært talelidende, døve eller blinde, idet de ikke forstår en mundtlig instruktion, ikke kan udtrykke sig mundtligt eller ikke kan se de materialer, der forelægges dem. Medens den psykiatriske undersøgelse og behandling af unge og voksne døve er centraliseret på Statshospitalet i Glostrup og Statshospitalet i Middelfart, og behandling og undersøgelse af svært epileptiske børn er centraliseret på Filadelfia, har en sådan centralisering ikke fundet sted for de andre særforansområder.

Mødrehjælpen.

Mødrehjælpen arbejder med unge omtales i kapitel IV.

Et andet af Mødrehjælpen arbejdsområder er anonyme adoptioner. De børn, der ønskes bortadopteret, anbringes de første måneder på spædbørnshjem, evt. på et af de særlige observationshjem for spædbørn. I de tilfælde, hvor personalet finder, at barnet ikke udvikler sig naturligt, foretages en psykiatrisk-psykologisk

undersøgelse med henblik på, om barnet frembyder så udtalte symptomer på psykisk lidelse, at man finder det uforsvarligt at anbringe det i privatpleje med henblik på adoption. I nogle tilfælde udskydes afgørelsen, til barnet er blevet ældre, og dets tilstand sikrere kan bedømmes. Gennem samtaler og indhentning af oplysninger danner man sig et indtryk af de vordende adoptivforældre, idet man så vidt muligt ønsker børnene anbragt i hjem med legemligt og psykisk sunde forældre, i hjem med en for børn god og stimulerende atmosfære. For at give såvel adoptivforældre som adoptivbarn de bedste muligheder for, at adoptionen bliver vellykket, finder man det fornødent at undersøge begge parter på forhånd.

Institut for Klinisk Psykologi, afdeling for børn (Københavns universitets børnepsykologiske klinik).

Klinikken foretager udelukkende ambulante undersøgelser og behandlinger, først og fremmest af neurotiske børn. Dens primære opgave er at være uddannelsescenter for psykologer, der ønsker videregående uddannelse i børnepsykologi, og for ældre studerende, der har valgt klinisk psykologi som speciale.

KAPITEL IV.

Institutioner til undersøgelse og behandling af psykisk afvigende unge.

De ungdomspsykiatriske problemer har især meldt sig siden anden verdenskrig, og herhjemme navnlig i de sidste 10-15 år. Såvel den psykiatriske del af hospitalsvæsenet som børne- og ungdomsforsorgen og kriminalforsorgen beskæftiger sig med denne problemkreds.

Børne- og ungdomsforsorgen.

Ungdomshjemmene: Modtager fortrinsvis unge fra 16 år og opefter. Klientelet vil oftest være af samme type som i skolehjemmene og behandlingsprincipperne derfor af samme art som nævnt for skolehjemmene (kap. III), blot med den forskel, at der her lægges stor vægt på den faglige oplæring. Den direkte årsag til anbringelse i disse hjem er for et flertals vedkommende en adfærd, der ikke har kunnet accepteres af forældre, skole eller arbejdsgiver - for de unge mænds vedkommende oftest kriminalitet. En stor gruppe af de anbragte unge er diagnosticeret som tidligt karakterskadede. En del af disse ville for en generation siden være blevet kaldt psykopater eller psykopatisk prægede.

Denne gruppes behandling påregnes fremover at blive en væsentlig opgave for børne- og ungdomsforsorgen.

Der er dog tendens til, at der anbringes et stigende antal unge, der ikke har gjort sig skyldige i åbent asociale handlinger, men hvis vanskeligheder til gengæld kan være af kompliceret, personlighedsmæssig art, uden at der dog er grundlag for en længere behandling i et psykiatrisk hospital.

Denne sidste gruppe anbringes i de 3 hjem for unge, der har status som behandlingshjem, og som er bedre forsynet med psykiatrisk og psykologisk assistance end de øvrige ungdomshjem. Foruden disse 3 hjem er der for tiden 14 institutioner for unge mænd og 15 for unge piger med et samlet pladsantal på 732. 10 af hjemmene er beregnet for svagtbegavede.

Til samtlige hjem for unge er knyttet psykiatriske konsulenter og i en del tilfælde tillige psykologiske konsulenter.

Såvel ved skolehjem som ved ungdomshjem gælder det, at man kun rent undtagelsesvis vil tilbyde en elev individuel psykoterapi. For de personlighedstyper, der anbringes i disse hjem, vil som nævnt den pædagogiske behandling være det afgørende. Specialisternes arbejde vil fortrinsvis bestå i at følge den engang stillede diagnose op og vejlede det pædagogiske personale.

Sygehistorie:

16-årig dreng med alvorlige adfærdsvanskeligheder (fmt. som følge af følelsesmæssigt instabilt barndomsmiljø. Psykiske lidelser i nærmeste familie).

Nr. 3 af 3 helsøskende i økonomisk stabilt arbejderhjem. Moderen, hvis opdragelse af børnene skal have været inkonsekvent, og som betegnes som indolent og småt begavet, dør efter færdselsulykke, da drengen er 2 år. Faderen gifter sig igen 3 år senere. Dårligt forhold mellem drengen og stedmoderen. Ældste bror indlagt i statshospital som 18-årig med skizofren sindslidelse.

Drengen er fundet velbegavet, men skoleresultatet svarer ikke dertil. Udpræget jalousiforhold til yngre halvsøster, vådligger fra 3 til 13 år, rapserier fra 8 års alderen. Har store kontaktvanskeligheder og tager efter skolealderen ukritisk mod kontakt, hvor han kan få den.

Anbringes i ungdomshjem på grund af kriminalitet og arbejdsinstabilitet og findes ved psykiatrisk og psykologisk undersøgelse velbegavet og arbejdsduelig, men man er bekymret for, at der er tale om overfladetilpasning. Kan være beleven overfor voksne, men udnytter kammerater i kraft af sin begavelse og rappe replik. Bagved anses han for umoden, nærtagende og svag over for umiddelbare tilskyndelser. Der findes ikke skizofrene træk.

Efter startvanskeligheder under institutionsophold (dominering af omgivelserne, bortgang ledsaget af kriminalitet) synes en mere positiv udvikling at komme i gang. Har senest klaret sømandsskole med fint resultat og har langfartshyre i et godt rederi.

Sygehistorie:

16-årig karakterskadet pige (fmt. på grund af svigtende forældreopdragelse og hyppigt skiftende anbringelser med deraf følgende kontaktbrud gennem hele barndommen).

Enebarn. Anbringes efter fødslen i spædbørnehjem på grund af begge forældres tuberkulose. Fader nu invalidepensionist. Hjemtages ca. 2 år gammel, men forældrenes ægteskab opløses kort tid efter, og hun sendes til morforældrene i udlandet, hvorfra hun 4 år gammel hjemtages af faderen, som har fået forældremyndigheden. I løbet af få måneder flyttes pigen til moderen efter begge forældres ønske. Der opstår jalousiforhold til samleveren, som forlader moderen, da pigen er 6 år gammel. Moderen forsømmer hende, og i forbindelse med begyndende skolegang griber skole og børneværn ind og anbringer hende på børnehjem, hvor hun opholder sig de følgende 6 år. Forstanderinden, som hun ønsker at knytte sig stærkt til, dør, da pigen har været på hjemmet i 2 år, og hun forsøger at kaste sin kærlighed på den nye forstanderinde. - I denne periode sporadisk kontakt med moderen, men ikke med faderen. -

Bliver vanskelig i præpubertetsperioden, strejfer om, indlægges på børnepsykiatrisk afdeling i 3/4 år, hvor hun igen forsøger at knytte sig stærkt til en enkelt person. Anbringes derfra på skolehjem 14 år gammel, hvor hun bl. a. dyrker sit musikalske talent ved at modtage undervisning i fløjte og klaver. Knytter sig stærkt til forstanderparret, men uden at yde noget følelsesmæssigt selv, og hun reagerer med hysteriforme reaktioner, fordi hendes umættelige kontaktbehov ikke kan tilfredsstilles. Begynder at være trodsig, strejfe om, »sniffe« og indlægges 16 år gammel på statshospital, hvorfra hun efter et par måneders forløb anbringes på behandlingshjem for unge piger. Efter et års ophold der er denne velbegavede, musikalske, kønne, men fra tidligste barndom svært frustrerede pige, stadig ude af stand til at knytte et gensidigt kontaktforhold, og hendes forhold til andre mennesker er af udnyttende art. Man forsøger at gennemføre en musikalsk uddannelse.

Alle flytninger medregnet er behandlingshjemmet hendes 11. opvækstmiljø.

Rådgivningscentret for unge (Ungdomskliniken) i København undersøger fortrinsvis unge henvist fra Københavns børne- og ungdomsværn, men også fra børneværn i omegnskommunerne, samt fra ungdomsklubber, læger, hospitaler, psykologer og andre. Behandlingen består i socialpædagogiske foranstaltninger og psykologisk vejledning og støtte til de unge og deres forældre.

Både det forebyggende og behandlende arbejde inden for ungdomsforsorgen er i de sidste 2 år stillet over for særlige opgaver med hensyn til de nedenfor omtalte unge narkotikabrugere.

Den socialpædagogiske del af opgaven søges løst ved gennemførelse af nye metoder i ungdomshjemmene og ved forsøg med utraditionel-

le behandlingsformer i åbne centre, f.eks. i tilknytning til rådgivningscentret for unge i København.

En forøget psykiatrisk og anden lægelig bistand kræves til dette arbejde. Specielt for ungdomshjemmene vil det være af betydning, at der kan etableres et nært samarbejde med en ungdomspsykiatrisk hospitalsafdeling.

Mødrehjælpen.

En fjerdedel af de kvinder, der første gang søger Mødrehjælpen er under 20 år. Det er Mødrehjælpens erfaring, at der er stort behov for rådgivning og støtte - ikke mindst for de mange unge klienter, der søger institutionerne. Man har i al almindelighed kontakt med klienten allerede under svangerskabet og specielt de unge følger man i de første par år, indtil faderskabssagen er afsluttet, og en eventuel uddannelse er fuldført. Det er endvidere jævnligt nødvendigt at drøfte problemerne med klientens pårørende eller optage forhandlinger med arbejdsplads eller uddannelsessted. Mange af disse unge kvinder er blevet gravide på et tidspunkt, hvor de endnu ikke er kommet ud over de vanskeligheder, som puberteten kan medføre, en del er miljøskaadede, en mindre gruppe karakterneurotiske eller tungt begavede.

Ved en grundigere undersøgelse af 42 unge kvinder, der søgte Mødrehjælpen, fordi de var blevet gravide, før de fyldte 18 år, fandt overlæge Hoffmeyer, at godt halvdelen havde psykiatrisk sygdom. Den psykiatrisk-psykologiske undersøgelse af gravide kvinder, der søger Mødrehjælpen har i almindelighed det formål at være vejledende med hensyn til afgørelse af, på hvilken måde man bedst kan hjælpe til svangerskabets gennemførelse og til mødrenes tilpasning efter fødslen. Den tilrådelige løsning vil i nogle tilfælde være abortus provocatus. Kun i meget få tilfælde kan man instituere en psykiatrisk behandling, men hvor en sådan findes påkrævet, henviser man til de psykiatriske afdelinger eller praktiserende speciallæger.

Kriminalforsorg.

Fængselsvæsenet: De fleste unge, der har begået kriminelle handlinger, får tiltalefrafald eller betinget dom, evt. på vilkår af hjælp fra børne- og ungdomsforsorgen. En del af de 18-20-årige bliver idømt fængselsstraffe, fortrinsvis i form af ungdomsfængsel. Enkelte af disse

unge vil inden domfældelsen have fået foretaget mental observation. En del af ungdomsfangerne vil under opholdet i fængslet blive psykiatrisk undersøgt og behandlet af den psykiatriske overlæge ved statsfængslet i Nyborg. Nogle ungdomsfængsler giver udtryk for, at de finder arbejdsområdet så vanskeligt, at de kunne ønske mulighed for assistance af psykiater og psykolog, socialrådgiver og undervisningsleder.

Dansk Forsorgsselskab: Af de unge, der er undergivet forsorgsselskabets tilsyn, har enkelte fået meddelt pålæg om ambulant psykiatrisk behandling, men ikke kun disse har brug herfor. De fleste steder er der etableret samarbejde med statshospitaler eller andre psykiatriske afdelinger og ambulatorier.

Sundhedsvæsenet.

Det psykiatriske hospitalsvæsen: I betænkning nr. 165 af 1956 om Statens Sindssygevæsen omtales de ungdomspsykiatriske problemer. Overlægerne ved statshospitalerne foreslog i 1963, at der oprettedes en ungdomspsykiatrisk service ved Statshospitalet i Glostrup og ved Statshospitalet i Århus, men ingen af disse forslag er blevet gennemført. Udviklingen har medført, at problemerne nu tegner sig anderledes end i 1956 og 1963, idet antallet af unge indlagte patienter på psykiatriske afdelinger og hospitaler fra 1957 til 1962 er steget fra 231 til 310, et antal, der i de siden 1962 forløbne år er steget i en stejl kurve. Stigningen er mest udtalt i hovedstadsområdet, men er også betydelig fra de større bymæssige områder i provinsen og mærkbar fra landdistrikterne.

Blandt de psykotiske unge er flertallet drenge, idet schizofreni begynder tidligere hos mænd end hos kvinder, og man kan vente et fordelingstal mellem kønnene som 5:2. Blandt de neurotiske og karakterafvigende unge er der imidlertid en overrepræsentation af piger med kønsfordelingen dreng/pige som 2:3.

Af ungdomsklientellet er ca. 1/3 psykotiske, medens ca. 2/3 er neurotiske eller karakterafvigende, og det synes, som om antallet af neurotiske unge er stagnerende resp. aftagende, medens antallet af karakterafvigende unge er i stærk stigning.

Medens behandlingen, også i videre forstand, af det psykotiske ungdomsklientel ikke volder særlig store faglige vanskeligheder, tegner billedet sig ganske anderledes for det personlighedsafvigende klientel blandt unge.

Kronisk forløbende psykoser hos børn blev tidligere ikke altid diagnosticeret som sindssygdomme, men patienterne blev betragtet som åndssvage og allerede som børn anbragt under Statens Åndssvageforsorg, hvor de forblev, når de blev voksne. Nu stilles psykosediagnosen imidlertid tidligt på de børnepsykiatriske afdelinger, hvor børnene behandles, indtil de ved puberteten eller senere overflyttes til voksenpsykiatriske afdelinger, hvor de fortsat i nogen grad er tilgængelige for pædagogisk behandling, milieuterapi, ergoterapi m.v., men mange må forventes at blive kroniske plejepatienter. Det diskuteres, om det er hensigtsmæssigt, at alle disse patienter placeres i den psykiatriske del af sundhedsvæsenet, og mange er af den opfattelse, at en del af disse patienter er bedre tjent med som tidligere at plejes på institutioner under Statens Åndssvageforsorg, eller på hospitalsbehandlingshjem knyttet til børnepsykiatriske afdelinger.

Det karakter- og personlighedsafvigende klientel blandt de unge modtages fra egne hjem eller fra institutioner under Børne- og Ungdomsforsorgen, enten direkte henvist af familielægen eller oftere ved børneværnets mellemkomst (f.eks. familievejledningen), børneværns-konsulenter, revalideringscentre, forsorgsselskaber eller politi.

De unge indlægges oftest til observation og rådgivning med henblik på en videregående og længerevarende social-pædagogisk personlighedsbehandling; men bag dette ønske ligger naturligt et krav om behandling eller forsøg herpå.

Man må forestille sig denne observation gående hånd i hånd med initialterapi sluttende med en rådgivning til børne- og ungdomsværn, behandlende børne/ungdomsinstitutioner, revalideringscentre osv. i form af løbende konferencer og andre kommunikationer samt afgivelse af konkluderende erklæring, opgaver, de psykiatriske hospitaler med en forholdsvis beskedne udvidelse af det normerede personale af læger, psykologer, socialrådgivere, fritidspædagoger, ergoterapeuter, sygeplejersker m.v., kan honorere, såfremt den unge patient i sekvens hermed overflyttedes fra hospitalet til den foreslåede pædagogiske behandlingsinstitution efter en gennemsnitlig observationstid i hospitalet af ca. 3 måneders længde.

Til en vis del af det psykiatriske ungdomsklientel, der ikke kan behandles på børne- og ungdomsforsorgens institutioner, bør der ved

de psykiatriske hospitaler oprettes **ungdoms-**psykiatriske afdelinger. Behovet herfor er mest presserende i hovedstadsområdet og i **Århus-**området.

De psykiatriske hospitalers behandling af ungdomsklientelet er under de nuværende forhold i høj grad vanskeliggjort af, at de stipulerede ca. 3 måneders ophold ofte udstrækkes til 9-12 måneder, og ikke sjældent længere, ikke fordi hospitalerne ikke kan anvise egnet behandling og egnede behandlingssteder, men fordi disses kapacitet, kvantitativt og kvalitativt, er insufficiant på gr.a. ventetid og på gr.a. blokering af disses aktivitet af et såkaldt »for svært klientel«.

Herved kuldcastes de psykiatriske hospitalers arbejdsplan, og en ond cirkel tager sin begyndelse: Det til observation og initial behandling til rådighed værende apparat: Læger, testningspersonale, undervisningsapparatur, terapeuter og hospitalspladser etc. beslaglægges af en utilstgjet kontinuerlig opgave, hvortil man hverken har de personalemæssige og uddannelsesmæssige forudsætninger og ikke råder over de plads- og lokalemæssige ressourcer. Dette forhold belaster hospitalets øvrige funktioner og personalet, men det belaster i højere grad det unge klientel, for hvem det psykologisk rigtige tidspunkt til at modtage egnet behandling forskærses, ofte for ikke på ny at kunne reproducere. Der skabes som følge heraf unødigt uro om hele den unge patientgruppe, der bliver for stor for hospitalernes kapacitet. Den nylig indlagte unge patients kontakt til personalet kan udnyttes til etablering af en terapeutisk planlægning, men kan denne planlægning ikke føres ud i livet på det tilsigtede tidspunkt, afløses patientens forventningsfulde holdning af usikkerhed og forvirring ved at erfare, at man enten ikke vil eller ikke kan modtage ham til behandling på den foreslåede pædagogiske institution.

Den tiltagende ungdomsnarkomani har i de seneste år skabt betydelige problemer for de psykiatriske hospitaler, ikke mindst i hovedstadsområdet. Man finder imidlertid ikke i nærværende betænkning at burde komme ind på denne særlige problemkreds, der behandles i sundhedsstyrelsens kontaktudvalg vedrørende ungdomsnarkomani.

Der henvises i øvrigt herom til den rapport, som i december 1968 er afgivet af arbejdsgruppen vedrørende misbrug af euforiserende stoffer blandt ungdommen, samt til kontaktudval-

ges redegørelse af juli 1969 for omfanget af en række akutte foranstaltninger mod ungdomsnarkomani.

Nervesanatorierne, specielt Montebello, har gennem årene haft en jævn stigning af unge patienter. Erfaringerne ved at anbringe unge og ældre sammen har ikke været gode. De ældre patienter har først været glade ved de unge og er derefter blevet irriteret, hvorfor man gennem bygning af speciel afdeling for unge forsøger at adskille de to grupper. Denne ungdomspsykiatriske afdeling åbnedes i begyndelsen af 1969. Man agter fortsat kun at modtage nogenlunde veldisciplinerede neurotiske unge, og ikke egentlig psykotiske eller adfærdsmæssigt vanskelige.

Revalideringscentrene.

Disse får henvist adskillige unge, en del henvises allerede i skoletiden, fordi det må forventes, at de ikke kan komme erhvervsmæssigt i gang uden revalideringsmæssige hjælpeforanstaltninger. Hvor mange af disse, der udelukkende eller samtidig med legemlig sygdom har en psykisk lidelse, har udvalget ikke oplysnin-

ger om.

De multihandicappede unge.

Som tidligere nævnt er det meget vanskeligt at anbringe multihandicappede tilfredsstillende inden for de bestående institutioner, som gennemgående enten er beregnet til behandling af psykisk syge eller legemligt syge børn eller unge, medens man mangler institutioner med faciliteter til behandling af flere lidelser samtidig, når disse er af tilstrækkelig alvorlig karakter.

Sygehistorie:

19-årig svært tunghør mand.

Som 2-årig havde han en svær meningitis, der foruden tunghørheden medførte, at han blev sat tilbage i udvikling, og siden har frembudt psykiske vanskeligheder i form af uro og senere rapserier og tyverier samt manglende bremsning af seksuelle impulser, der en overgang viste sig ved uterlighedsforsøg over for piger, senere homoseksuel aktivitet.

Efter ophold i hjemmet i Jylland boede han i 3-4 års alderen 1 år hos en døvepædagog, som han fortsat blev undervist hos efter tilbageflytning til hjemmet. Adfærdsvanskelighederne tiltog og 6½ år gammel kom han på døveskole på Fyn, først som intern elev, men senere på grund af dårligt kammeratforhold anbragtes han i privatpleje, hvor man

3 år senere måtte opgive. Han flyttede til et børnehjem, og undervisningen på døveskolen fortsattes i ventetiden til anbringelse på børneforsorgsinstitution på Sjælland. Der fandt man, at han var for kort placeret under børne- og ungdomsforsorg, og knap 1 måned senere flyttedes han til en voksenpsykiatrisk afdeling, hvor han tilbragte 1½ måneds ventetid, indtil han kunne blive indlagt i en børnepsykiatrisk afdeling i Jylland. Da han havde frembudt væsentligt færre problemer blandt de voksne patienter end blandt børn, overflyttedes han 3 måneder senere til den voksenpsykiatriske afdeling på samme hospital. Undervisning på en døveskole etableredes, og fortsattes da han 2 måneder senere flyttedes tilbage til hjemmet. Det gik nogenlunde, indtil børneværnet ½ år senere måtte fjerne ham fra hjemmet på grund af tyverier og uterlighed over for småpiger. Heller ikke på denne børneforsorgsinstitution var han velplaceret, og 12½ år gammel flyttedes han efter et feriekoloniophold for døve til en i en anden del af Jylland beliggende landbrugsejendom, som døveforsorgen ejede, men hvor tilfredsstillende undervisning ikke kunne etableres. Da denne blev nedlagt, blev han 13 år gammel flyttet til et andet statshospital med henblik på underopholdet at få døveundervisning i København. Imidlertid var hans adfærdsvanskeligheder, specielt tyverier, for udtalte til, at han kunne undervises på døveskole, og i stedet måtte han nøjes med ret få ugentlige undervisningstimer. Han beskæftigedes i statshospitalets arbejds terapi og senere på et ungdomshjem. 3 år senere anbragtes han i privatpleje

på Fyn med henblik på senere optagelse på døvehjem der, men på grund af personalemangel overflyttedes han ½ år senere til et døvehjem ved København. Han blev kort efter dagpatient på det statshospital, hvor han sidst havde været indlagt. De sidste 2½ år har han boet på dette hospitals plejehjem og været beskæftiget dels med arbejde på institutionen, dels i forskellige arbejdspladser udenfor. Han har flere gange måttet skifte arbejde på grund af tilpasningsvanskeligheder, men har nu på revalideringsværksted gennemført oplæring som specialarbejder i metalindustrien og har i længere tid været beskæftiget på det normale arbejdsmarked. Han er umoden og har ikke etableret fastere kontaktforhold på nogen af de institutioner, hvor han har været gennem kortere tid.

Årsagen til at denne unge mand gennem sin barndom måtte flytte fra den ene institution til den anden er, at han havde to sygdomme, dels det høremæssige handicap, dels den psykiske lidelse. Behandlingen af forskellige lidelser er delt op mellem forskellige forsgsgrene, der ikke har fælles institutioner for multihandicappede patienter. Denne mand kunne i sin barndom hverken behandles tilfredsstillende under døveforsorgen, børne- eller ungdomsforsorgen eller under den psykiatriske del af hospitalsvæsenet. De mange flytninger med stadigt skiftende kontaktbrud og den manglende undervisning må anses for at have været medvirkende til, at han gennem mange år fungerede utilfredsstillende såvel følelsesmæssigt og intellektuelt som arbejdsmæssigt.

KAPITEL V.

Grønland.

1. Psykisk afvigende børn og unge i Grønland.

Overlæge Jens Egsgaard, børnepsykiatrisk afdeling på statshospitalet i Glostrup har efter anmodning af Ministeriet for Grønland foretaget en orienteringsrejse i Vestgrønland i tiden 8. juli til 9. august 1965. Formålet med rejsen var at søge orientering om de psykisk afvigende børns og unges problemer, om disses art og omfang og om behandlingsmuligheder i Grønland respektive i det sydlige Danmark.

I skrivelse til ministeriet af 27. august 1965, med hvilken udvalget er gjort bekendt, har overlægen meddelt en grundig redegørelse for sine iagttagelser og erfaringer og for sine derpå grundede synspunkter. Overlægen har undersøgt en række børn og unge og har samarbejdet med andre speciallæger vedrørende deres børnepatienter. Undersøgelsen har endvidere omfattet besøg på børneinstitutioner og samtaler med disses ledere og medarbejdere, samt samtaler med landslægen og de lokale distriktslæger, statslige og kommunale myndigheder, pædagoger, børneforsorgsmyndigheder, præster og jordemødre.

Problemstilling.

Af redegørelsen fremgår, at der hidtil har været megen tvivl og usikkerhed om, i hvilket omfang det var rigtigt at modtage psykisk lidende grønlandske børn til behandling i Danmark og dermed rive dem ud af deres naturlige milieu og byde dem et helt fremmedartet. Der-til kommer sprogproblemet og den tid, det tager, inden barnet lærer dansk, som er en forudsætning for den dyberegående undersøgelse og behandling.

Grønlandske børn, der i længere tid har opholdt sig i Danmark, kan have betydelige vanskeligheder ved igen at akklimatisere sig i Grønland og ved selv at blive accepteret af deres grønlandske omgivelser. Især hvis de har glemt hjemmets grønlandske sprog, kan deres foræl-

dre blive skuffede og utilbøjelige til igen at acceptere børnene. Og det skal være forekommet, at børn efter deres tilbagekomst til Grønland er blevet drillet, forfulgt og udstødt af deres grønlandske kammeratskabskreds.

Disse forhold har af og til ført til den opfattelse, at de grønlandske børns problemer bør løses på stedet og ikke i det sydlige Danmark. Man har vel erkendt, at der altid vil være så vanskelige tilfælde, som nødvendigvis måtte behandles i Danmark.

Men spørgsmålet har været, hvor man skulle sætte grænsen mellem de tilfælde, der var bedst tjent med at forblive i Grønland, og tilfælde, som med udbytte kunne sendes ned til Danmark. Og endvidere, hvilke tilfælde man kunne forsvare at sende tilbage til Grønland efter endt behandling, og hvilke børn og unge man måtte beholde i Danmark til varig institutionsbehandling eller til videre uddannelse. I overvejelserne har indgået såvel lægelige som sociale og ideologiske hensyn, og usikkerheden har været øget af ukendskab til grønlandske forhold og svigtende kontakt med sundhedsvæsenet og administrationen i Grønland.

Samfundet.

Som den almindelige samfundsmæssige baggrund også for børnenes og de unges problemer fremhæves, at Grønland under den enorme tekniske udvikling og sociale omvæltning, der er i gang, befinder sig i en gennemgangs- eller overgangstilstand. Det grønlandske menneske kan ikke følge med i denne teknisk-industrielle udvikling, men føler sig i nogen grad rodløst og er ikke i besiddelse af de almindelige kulturelle eller uddannelsesmæssige forudsætninger for på effektiv måde at kunne deltage i løsningen af administrative opgaver. Derfor er skolevæsenet og den videregående uddannelse blandt de områder, hvor der først og fremmest bør sættes ind sideløbende med den tekniske udvik-

ling. Boligproblemet er alle steder fantastisk, og mange problemer må formodes at ville løse sig af sig selv, når boligsituationen bedres.

Man kan imidlertid forudse en stadig stigning i børnenes og de unges problemer under den tiltagende tekniske udvikling, og det må være af største betydning i tide at ofre også de menneskelige og sociale problemer opmærksomhed, hvis man vil forebygge menneskelig og social katastrofe.

Børnene.

Der er mange børn i Grønland. Op mod halvdelen af befolkningen er under 14 år. Og op mod en trediedel af børnene fødes uden for ægteskab. Det er ingen skam for en pige at få et eller flere børn uden for ægteskab. Et barn er en gave, der modtages som en glædelig familieforøgelse. Men når det hidtidige familieliv ændres, og den ugifte moders forældre selv går på arbejde, og der heller ikke er ældre slægtninge til at tage sig af barnet, bliver vanskelighederne mere og mere følelige. Den ugifte moder må da ofte prøve at klare sig selv og sit barn, og det er vanskeligt for hende at få et sted at bo og især at få nogen til at passe barnet, medens hun selv går på arbejde.

Grønlænderne er glade for småbørn, både deres egne og andres. Selv i børnerige familier, hvor de større børn må passe de mindre, må man regne med, at det lille barns følelsesmæssige behov i høj grad tilfredsstilles i dette milieu. Efterhånden som barnet vokser op, aftager interessen gradvis. I alderen indtil 9-10 år overlades børnene mere og mere til sig selv, og særlig når der er boligmangel og fattigdom i hjemmet. I barnets 9-10 års alder vågner forældrenes interesse igen, idet forudsættes, at barnet nu selv deltager aktivt i familiens underhold. Når barnet er 14 år, er det voksent og må klare sig selv.

Når der trods denne børneforsømmelse ikke forekommer flere nervøse lidelser og alvorlige asociale forstyrrelser, end der gør, er dette en bekræftelse på den børnepsykiatriske erfaring, at det er de allerførste barneår, der er af afgørende betydning for sjælelivets trivsel og karakterens udvikling.

Det er meget vanskeligt at få et barn anbragt uden for dets hjem i tilfælde af forsømmelse og vanrøgt, og især hvis barnet lider af adfærdsforstyrrelser. Der er 5 børnesanatorier, oprindeligt bestemt for svagelige og sygelige børn, nu fungerende som rene børnehjem, men

med utilstrækkelig og navnlig utilstrækkelig kvalificeret personale. De modtager en del adfærdsforstyrrede børn.

3 Røde Kors børnehjem for hjemløse børn modtager nødtigt urolige og forstyrrende børn.

Red Barnet driver 14 børnehaver og 3 småbørnestuer, der er velindrettede og under pædagogisk moderne ledelse, men der tiltrænges flere heldagsbørnehaver for arbejdende mødres børn, og der er lange ventelister.

Der findes kun 2 vuggestuer, den ene moderne, den anden yderst primitiv.

Grønlandske børns almindelige sundhedstilstand er ikke den bedste. Katarrhalske lidelser - hosten og nysen, flydende næser og øren - er udbredte og skyldes formentlig forskellige faktorer såsom mangelfuld påklædning, ernæringsfejl og dårlig hygiejne. Følgen er bl.a. et meget stort antal hørenedsættelser, hvilket må antages at virke hæmmende på børnenes psykiske udvikling.

De unge.

Mange steder er der en del vanskeligheder med unge mænd, der ikke kan finde ind i et erhverv eller en uddannelse, og som for længe drysser rundt uden beskæftigelse og vænnes til lediggang, måske spiritusmisbrug, og som af og til henfalder til lettere asocialitet sammen med kammerater i tilsvarende situation. Flere steder er der dog en ungdomsklubvirksomhed i gang til umiskendelig gavn for de unge. Nogen større ungdomskriminalitet klages der ikke over i øjeblikket.

I de fleste byer er der et ret betydeligt havnepige- og barakpigeproblem. Det angår i de enkelte byer en halv snes unge piger, som søger skibene eller håndværkerbarakkerne, men de fleste piger søger kun lejlighedsvis disse steder. Politiets bestræbelser for at dæmme op for havnepigeuvasenet har givet et vist resultat. Men der findes ingen institutioner, der kan tage imod unge piger, så lidt som der findes institutioner for unge mænd. De færreste af disse unge synes at være særlig afvigende, og et milieu-skifte ville have store muligheder for at bringe dem i en sundere levevis.

De afvigende.

I juni 1965 foreligger en summarisk oversigt over 96 vanskelige børn i 8 grønlandske kommuner, og fra yderligere en kommune er oplyst om 3 tilfælde. Af de 99 vanskelige børn er 13 i alderen 14 år og derover. Af de summariske

beskrivelser af enkelttilfældene fremgår, at de næsten udelukkende angår asociale adfærdsforstyrrelser, tyverier, skulken, omstrejfen, hærverk og andet. Børnenes hjemlige forhold er miserable, dårlige boligforhold, drifkældige, brutale, uinteresserede forældre. Nogen nærmere viden om tilfældenes alvor haves ikke, men vanskelighederne står øjensynligt i nær sammenhæng med dårlige miljøforhold. De foreliggende meddelelser oplyser intet om nervøse forstyrrelser eller psykiske lidelser.

De børn og unge, overlægen har haft lejlighed til at undersøge eller kende under sin rejse, indgår i 5 hovedgrupper:

1) Småbørn under skolealderen med svær uro, rastløshed og uligevægt som følge af milieuskader.

2) børn i skolealderen, der skulker, strejfer, ødelægger, også med milieuskader som forklaring,

3) andre skolebørn med angstneurotiske lidelser på grund af milieufejl,

4) børn med grænsepsykotiske lidelser,

5) unge, der er sinker, åndssvage eller anset for sådanne.

Konklusioner.

Hos grønlandske børn og unge træffes de samme arter af psykiske afvigelser som blandt syddanske. Intet tyder på, at psykiske forstyrrelser optræder med væsentlig anden hyppighed i Grønland end i Syddanmark.

Egentlig sindssyge børn bør alle sendes til specialbehandling i Danmark, de har ingen chancer i Grønland. Det samme vil oftest gælde de grænsepsykotiske tilfælde.

De sværeste ikke-psykotiske tilfælde af neurotiske, asociale eller intelligensdefekte børn, der ikke kan klare sig i hjem, skole eller børnehjem, bør ligeledes sendes til Danmark til observation en tid på børnepsykiatrisk afdeling med henblik på enten anbringelse andetsteds eller fortsat børnepsykiatrisk behandling.

Også lettere tilfælde af psykiske afvigelser bør kunne sendes til Danmark, når deres tilstand volder bekymring eller diagnosen er uklar.

Vanskelige børn, hvis psykiske forstyrrelser kan føres tilbage til deres opvækst i dårlige hjem, bør ikke sendes tilbage til Grønland efter deres helbredelse, medmindre der findes udveje for at anbringe dem uden for deres hjem.

Børn, der har måttet behandles så længe i Danmark eller i så ung alder, at de har glemt

deres grønlandske modersmål og kun taler dansk, bør ikke sendes tilbage, men forblive i Danmark. Det samme gælder svært psykisk eller legemligt handicappede børn, der ikke har chance for at klare tilværelsen under de nuværende grønlandske forhold.

Forslag til overvejelse.

Et afsnit med 8-10 senge af den påtænkte psykiatriske afdeling i Landshospitalet i Godthåb med i alt 50 senge forbeholdes børne- og ungdomspsykiatriske patienter og indrettes med egnede lokaler til hobbyvirksomhed og anden beskæftigelse. Afsnittet ledes af en børnepsykiatrisk speciallæge, der tillige fungerer som rejssende konsulent for det øvrige Grønland.

En sådan afdeling kan foretage en første observation og udskille de tilfælde, der bør videresendes til specialbehandling i det sydlige Danmark. Den kan færdigbehandle lettere tilfælde og vil have større grundlag for at finde passende muligheder i Grønland for anbringelse af børn, der ikke kan gå tilbage til deres eget hjem. Et nyttigt samarbejde vil kunne etableres med det nedenfor nævnte behandlingshjem for vanskelige børn og med et påtænkt skole- og oplæringshjem for lettere åndssvage i Godthåb.

Oprettelse i Godthåb af i alt fald et specielt behandlingshjem for problembørn, til hvilket de særligt vanskelige kunne henvises fra hele Grønland.

Modernisering af bestående børnehjemsinstitutioner og oprettelse af nye på steder, hvor befolkningstilvæksten er stor, og børnehjem samt vuggestuer savnes.

Oprettelse af ungdomshjem for henholdsvis unge piger og unge mænd, der bør fjernes fra deres hjemlige miljø og anbringes under sunde pædagogiske forhold.

Oprettelse af et mødrehjem, særligt for unge, svangre før fødslen.

Indtil en egentlig børnepsykiatrisk service kan oprettes i selve Grønland, foreslås at udsendte børnepsykiatere skulle betjene Grønland ved årlige rejser. Sådanne rejser skulle helst foretages på tidspunkter, der er bejlelige under hensyn til ferier og andre udsendte speciallæger, f.eks. i maj måned og omhyggeligt forberedes ved advisering i god tid af læger, børneforsorgsudvalg og skolemyndigheder og ved skematiske oplysninger om det enkelte barns forhold i henseende til hjem, skole, adfærdsklager og henvisningsgrund.

Slutning.

Grønland har passeret den fase, i hvilken et udviklingsland kæmper for sin eksistens og for, at befolkningen og dens børn kan overleve sult og livstruende infektioner. I denne fase har alene den somatiske medicin og ikke børnepsykiatrien sin berettigelse. Befolkningens eksistens er sikret, og man kan begynde at tage sig også af grønlandernes velfærd og interessere sig for befolkningens ernæring, for kønssygdommene såvel som for den psykiske trivsel.

De grønlandske børn er der og i store tal. De har manifesterede problemer og desuden latente problemer, som vil presse sig mere og mere på med stigende industrialisering og urbanisering af befolkningen. Stigende ungdomskriminalitet må imødeses, medmindre man i tide griber ind med passende hjælpeforanstaltninger. Om den gigantiske tekniske indsats skal lykkes, afhænger af, at man også i tide sætter ind for at sikre det grønlandske menneskes sjælelige udvikling og sundhed. Her lønner det sig at tænke på næste generation, og derfor er det ikke for tidligt at planlægge en effektiv børnepsykiatriservice i Grønland.

2. Børne- og ungdomsforsorg i Grønland.

Da udbygningen af det nye Grønland i overensstemmelse med forslagene fra Grønlandskommissionen i dens betænkning fra 1950 blev sat i gang, fik udbygningen af erhvervslivet og boligbyggeriet, af skolevæsenet og sundhedsvæsenet en prioritetsstilling. De sociale opgaver blev overladt til det grønlandske samfund selv at administrere og financiere gennem landsråd og kommuneråd ved midler, som indgik som forbrugsafgifter på visse varer. Hertil kom beløb, der af private foreninger blev ydet særligt til anlæg og drift af børneinstitutioner.

I 1965 blev de sociale spørgsmål af Ministeriet for Grønland taget op til en dybtgående undersøgelse, for børne- og ungdomsforsorgens vedkommende med bistand af direktoratet for børne- og ungdomsforsorgen, der i løbet af sommeren ved et rejsehold foretog en kortlægning af de vigtigste børneforsorgsproblemer i Grønland. Baggrunden var dels den eksplosive befolkningstilvækst og ændring i såvel erhvervs- som samfundsstruktur, dels bestræbelserne for at koncentrere befolkningen på færre pladser. Disse forhold havde medført sociale konsekvenser, som man nu ville prøve at forebygge og afværge.

Rejseholdet har aflagt besøg i alle byer og i nogle udsteder på vestkysten mellem Umanak i nord og Julianehåb i syd. Ved disse besøg har man besøgt børneforsorgsinstitutionerne i de pågældende byer samt, i det omfang det har været muligt, ført forhandlinger med børneforsorgsudvalg, distriktslægen, kærneren, repræsentanter for skolevæsen og politi. Endelig er der ført forhandlinger med de centrale myndigheder i Godthåb.

Rejseholdet har fået et stærkt indtryk af den udvikling, der i disse år er ved at ske i Grønland inden for boligbyggeriet, erhvervslivet, uddannelsen og sundhedsvæsenet. Men man har også fået et stærkt indtryk af det umådelige behov, der er for at udbygge forsorgen for vanskeligligt stillede børn og unge. Man har fået mange vidnesbyrd om, at den stærke industrialisering har bevirket, at selv de allermindste børn i alt for høj grad er overladt til sig selv, medens moderen går på arbejde, og at der i de stærkt voksende byer har vist sig tilpasningsvanskeligheder for børn og unge i et hidtil ukendt omfang, som man imidlertid stod ganske magtesløs overfor.

Man har ved forhandlinger med børneforsorgsudvalgene, dels på grundlag af de i afsnittet vedrørende »De afvigende«, side 28 omhandlede ca. 100 indberetninger til Dansk Røde Kors om tilpasningsvanskelige børn, dels om andre børn og unge, der volder skolen, politiet og børneforsorgsudvalg vanskeligheder, der ikke kan løses ved de på daværende tidspunkt i Grønland til rådighed stående midler, søgt at finde frem til, hvilken udvidelse af kapaciteten på børne- og ungdomshjem i Grønland, der må anses for påkrævet, og hvilke børn og unge der eventuelt må anbringes i danske institutioner.

Det viste sig, at de fleste af disse børn og unge ikke udviste større vanskeligheder, end at de ville kunne klares i gode børnehjem med et pædagogisk støttende miljø. Det blev fremhævet, at det voldte særlige vanskeligheder at placere drenge i 11-13 års alderen og derover og piger i 13-14 års alderen og derover, da børnehjem og børnesanatorier ikke er indstillet på at modtage vanskelige børn i disse aldersklasser, og der slet ikke rådes over pladser i hjem for unge. På samme måde voldte det ofte vanskeligheder at placere unge efter udskrivningen i 12-14 års alderen fra børnehjem og børnesanatorier. Alt for ofte blev resultatet af opdragelsen spildt, når de ikke var i stand til at klare en fortsat uddannelse med ophold i

lærlingehjem eller efterskole og måtte vende tilbage til deres gamle miljø. Endelig var det vanskeligt at placere spæde børn. Ofte måtte de anbringes midlertidigt i sygehus, hvor man vel var i stand til at yde dem den fornødne fysiske pleje, men af personalehensyn ikke en pædagogisk hensigtsmæssig måde tilrettelagt pasning med nær kontakt til en enkelt, som er så nødvendig for det spæde barns udvikling.

Rejseholdet har særlig drøftet, om pladsbehovet bør søges dækket ved etablering af nye institutioner i Grønland eller ved etablering af specielle institutioner for grønlandske børn i Danmark, eller ved anbringelse i danske institutioner sammen med danske børn og unge. Man var enige om, at det rigtigste vil være at sigte imod, at børneforsorgen i Grønland sættes i stand til at klare almindeligt forekommende vanskeligheder, da tilpasning nok kan ske i danske institutioner, men da en gentilpasning til det grønlandske samfund erfaringsmæssigt vil volde store vanskeligheder.

Rejseholdet foreslog, at de bestående børnehjem og børnesanatorier henføres til gruppen almindelige børnehjem til ophold af kortere eller længere varighed, således at disse fortrinsvis står til rådighed for det distrikt, hvori de er beliggende. Samtidig foreslog rejseholdet, at de nødvendige konsekvenser af, at børnesanatorierne nu virker som børnehjem, tages ved nyansettelse af ledere og medarbejdere. På grund af den store mangel på pladser i hjem af denne art bør der imidlertid i 10-års perioden 1966-75 oprettes yderligere 2 hjem til 24 børn, der geografisk bør placeres i Frederikshåb og Holsteinsborg, 1 mindre hjem til 15 småbørn i Angmagssalik og 2 mindre hjem til 10 børn, der bør placeres i Godhavn og Upernavik.

Af hjem for tilpasningsvanskelige børn og unge med mulighed for en vis skoleundervisning og erhvervsuddannelse, noget man her i Danmark ville kalde skole- og ungdomshjem, bør oprettes 3, 1 for piger og 2 for drenge. Ved placering af disse hjem bør der tages hensyn til beskæftigelses- og oplæringsmuligheder i byerne.

Man foreslog endvidere oprettet 4 ungdomspensioner for unge, der har behov for særlig støtte under uddannelse eller erhvervs-mæssig tilpasning, 2 for drenge og 2 for piger. Der bør ved placering af disse hjem tages hensyn dels til en rimelig geografisk fordeling, dels til arbejds- og uddannelsesmulighederne i disse byer.

Ved dette forslag til udbygning af den bestå-

ende børne- og ungdomshjemsorganisation sigtede man på i rimeligt omfang at begrænse antallet af børn og unge, som må sendes til Danmark. Børn og unge, som ikke kan klares inden for disse hjemms rammer, må undtagelsesvis sendes til Danmark til optagelse i danske børne- og ungdomshjem.

Der er et stærkt behov for et sagkyndigt pædagogisk tilsyn med og adgang til pædagogisk/psykologisk konsulentvirksomhed for børne- og ungdomshjem i Grønland.

I de siden denne beretnings afgivelse forløbne år har Grønlands landsråd ved landsrådsvedtægt af 1967, stadfæstet s.a. af Ministeriet for Grønland med virkning fra 1. januar 1968, nedsat en arbejds- og socialdirektion som øverste administrativt organ på social- og arbejdsmarkedsområdet i Grønland. Hermed er administrationen af det grønlandske socialvæsen overdraget til landsrådet.

Direktionen, hvis formand er landsrådets formand, samordner inden for givne bevillingsrammer oprettelsen af sociale institutioner m.v. i Grønland, hvortil der ydes tilskud fra staten og/eller landskassen, og samordner driften af disse institutioner.

Direktionen tilrettelægger endvidere inden for givne bevillingsrammer uddannelsen af personale til varetagelse bl.a. af sociale- og socialpædagogiske opgaver.

Til etablering og drift ydes der, ligeledes fra 1. januar 1968 at regne, en statsrefusion på 30 %, medens de øvrige udgifter bæres af det grønlandske samfund.

Der rådes pr. 1. oktober 1968 over i alt 253 pladser i eksisterende børnehjem i Grønland, fordelt med 92 i 5 børnehjem, 35 børnepladser i et mødre- og spædbørnehjem og 126 i 5 børnesanatorier, der nu, efter de af rejseholdet foretagne grundige undersøgelser, virker som almindelige børnehjem. Hertil kommer 92 pladser i de 8 børneplejehjem, der drives af sygehusvæsenet.

På den foreløbige investeringsplan for sociale institutioner 1969/72 er optaget etablering af et børnehjem i Upernavik og etablering af ungdomsafdelinger til børnehjemmene i Julianehåb, Godthåb og Egedesminde. Yderligere agtes indrettet i alt 6 ungdomspensioner, henholdsvis i Frederikshåb, Godthåb, Sukkertoppen, Holsteinsborg, Jacobshavn og Christianshåb. Endelig er på planen optaget et hjem for børn med tilpasningsvanskeligheder, der tænkes placeret i Godthåb, og et hjem for unge piger med til-

pasningsvanskeligheder, der tænkes placeret i Holsteinsborg.

I forhold til rejseholdets forslag savnes i planen navnlig 2 nye børnehjem henholdsvis i Frederikshåb og i Holsteinsborg.

Det må håbes, at disse 2 hjem og et yderligere hjem for børn med tilpasningsvanskeligheder kan optages på investeringsplanerne for de nærmeste efter 1972 følgende år for at begrænse antallet af børn fra Grønland, der må

anbringes i danske børne- og ungdomshjem, sandsynligvis med den følge, at det vil blive vanskeligt eller umuligt til sin tid at gentilpasse dem i det grønlandske samfund.

Det bemærkes, at der i 1965, da rejseholdet foretog sine undersøgelser, i danske børne- og ungdomshjem var anbragt ca. 50 børn, deraf ca. 20 på grund af tilpasningsvanskeligheder. Tallene har i de siden da forløbne 4 år været på nogenlunde samme niveau.

KAPITEL VI.

Udvalgets undersøgelser.

For at søge at skaffe sig et overblik over omfanget af det psykiatriske og psykologiske arbejde, der udføres blandt børn og unge, har udvalget i skrivelse af 10. august 1966 gennem de respektive ministerier og styrelser anmodet om oplysninger herom fra institutioner, som måtte formodes at være engageret i arbejder af denne art.

I det følgende er de indkomne oplysninger søgt systematiseret og refereret gruppevis og samlet.

De gruppevise opgørelser forekommer i følgende afsnit:

1. Sundhedsvæsenet.
2. Børne- og ungdomsforsorgen.
3. Åndssvageforsorgen.
4. Særforsorgen.
5. Undervisningsvæsenet.
6. Mødrehjælpsinstitutioner.
7. Fængslsvæsenet.
8. Sammendrag.

1. Sundhedsvæsenet.

Klientel.

De fremkomne oplysninger om antal patienter m.v. hidrører fra 49 sygehuse og afdelinger med tilsammen 9.024 pladser:

	Pladser
4 børnepsykiatriske afdelinger	113
10 statshospitaler, incl. afdelingen i Rønne	5.096
19 andre psykiatriske afdelinger for voksne	2.786
9 afdelinger for børnesygdomme	749
7 julemærkehjem	280

Foruden disse forefandtes på undersøgelsens tidspunkt:

	Pladser
5 psykiatriske afdelinger for voksne	305
6 afdelinger for børnesygdomme	464

Disse afdelinger omfattes ikke af undersøgelsen. Men deres områder omfattes for væsentlige deles vedkommende (Rigshospitalet, København, Københavns amt og Århus) af institutioner, der indgår i undersøgelsen. Det fremgår af denne, at antallet af patienter, der er registreret uden for disse områder - hovedstads- og Århus-området - er forholdsvis beskedne, og undersøgelsens resultater må da kunne anses for tilstrækkeligt repræsentative til bedømmelse af størrelsesforholdene i henseende til antal patienter i aldersgrupperne og i henseende til arbejdet med disse.

Ved undersøgelsen er søgt oplyst dels antal patienter — i behandling eller ventende — pr. en bestemt dato, den 30. september 1966, dels antal modtagne, nye patienter i et år, 1. april 1965 - 31. marts 1966. Fra 3 afdelinger for børnesygdomme er indhentet oplysninger til supplerende af de fra embedslægerne gennem sundhedsstyrelsen modtagne besvarelser, og oplysningerne er for disses vedkommende meddelt pr. andre datoer - 1. juni 1967, 30. september 1967 og 16. december 1967 - og for to's vedkommende for året 1966-67.

De fremkomne oplysninger er ikke lige fuldstændige, idet nogle af de fremkomne besvarelser ikke har belyst eller kunnet belyse dele af de omspurte forhold.

Endvidere er der fra nogle afdelinger for børnesygdomme givet udtryk for, at afdelingernes tildels af lokale- og personaleforhold begrænsede muligheder for behandling af psykiske vanskeligheder i forbindelse med de praktiserende lægers kendskab til disse mangler medfører, at mange patienter ikke kommer frem til sygehusbehandling.

Man må herefter kunne gå ud fra, at de tal, der kan opgøres på grundlag af de modtagne oplysninger, er minimumstal, og at dette særligt gælder patienter i barnealderen.

I det omfang det ifølge de fremkomne oplys-

ninger har været muligt, er patienterne søgt inddelt i aldersgrupper: mindre børn indtil 6 år, større børn indtil 16 år og unge indtil 21 år.

I bilag SU.1 indeholdes et sammendrag af disse oplysninger og de samlede tals fordeling i aldersgrupper.

Ifølge datoopgørelserne var det samlede an-

tal indlagte og ambulante patienter 918, og der var i alt 878 på ventelister, i alt 1.796 patienter.

Ifølge årsopgørelserne var det samlede antal indlagte ambulante patienter 4.604.

Fordelingen af patienter i aldersgrupper er vist i specifikationen i bilaget og kan resumeres således:

	Børn			Ialt børn	Unge	Patienter ialt
	Mindre	Større	Uspec.			
<i>Ifølge datoopgørelser:</i>						
Indlagte	55	201		256	192	448
Ambulante	39	258	3	300	170	470
Ventelister	140	571	71	782	96	878
	234	1.030	74	1.338	458	1.796
<i>Ifølge årsopgørelser:</i>						
Indlagte	170	635	919	1.724	1.178	2.902
Ambulante	124	718	326	1.168	534	1.702
	294	1.353	1.245	2.892	1.712	4.604

Børnegrupperne udgør 74,5 % og 62,8 % af samtlige patienter ifølge henholdsvis dato- og årsopgørelserne.

Af disse børnegrupper udgøres 18,5 % og 17,8 % af mindre børn under 6 år ifølge henholdsvis dato- og årsopgørelsernes oplysninger om antal patienter i grupperne. De børnepatienter, hvis aldre ikke kan specificeres i grupperne, fordeles sig formentlig mellem disse i nogenlunde samme forhold.

Personel.

Oplysninger om personellet's størrelse og sammensætning er meddelt af 44 sygehuse og afdelinger:

4 børnepsykiatriske afdelinger,
10 statshospitaler, incl. afdelingen i Rønne,
14 andre psykiatriske afdelinger for voksne,
9 afdelinger for børnesygdomme,
7 julemærkehjem.

Oplysningerne om de voksenpsykiatriske afdelinger er delvis ufuldstændige. 2 afdelinger har intet oplyst, og de opgivne tal er i nogle tilfælde beregnede som de dele af fagene, der beskæftiges med det børne- og ungdomspsykiatriske arbejde, medens andre er bruttotal, der angiver alle ved afdelingerne ansatte.

Idet de afdelinger, der opgiver bruttotal,

tilsammen har knap så mange patienter ifølge årsopgørelserne som de afdelinger, der opgiver tallene som beregnede dele af fagene, antages beskæftigelsen med børnene og de unge i den førstnævnte gruppe afdelinger at måtte svare nogenlunde til den tilsvarende beskæftigelse i den anden gruppe, og at de effektive tal derfor kan beregnes ens for begge grupper. Herved fremkommer følgende opgørelse af det samlede personel i de sygehuse og afdelinger, om hvilke der er meddelt oplysninger:

	Heltids-ansatte	Deltids-ansatte	I alt
Psykiatere.....	14	1	15
Børnepsykiatere...	15	3	18
Andre læger *)....	53	7	60
Psykologer.....	30	12	42
Socialrådgivere...	19	8	27
Pædagoger.....	82	16	98
Tilsammen.....	213	47	260

*) derunder læger i uddannelsesstillinger; de foreliggende oplysninger gør det ikke muligt at opgøre antallet af disse.

Opgørelsen omfatter de faggrupper, som må anses for umiddelbart beskæftiget med det børne- og ungdomspsykiatriske arbejde, og der

er bortset fra andre faggrupper, som ikke på samme måde efter deres art må anses for umiddelbart bestemt for dette arbejde, derunder plejepersonel, terapeuter og sekretærer.

Personalebehov.

Oplysninger om behov for yderligere medhjælp til dækning af det aktuelle behov er meddelt af:

- 4 børnepsykiatriske afdelinger.
- 10 statshospitaler.
- 8 voksenpsykiatriske afdelinger.
- 5 afdelinger for børnesygdomme.

Endvidere har statshospitalerne og i alt 5 andre afdelinger meddelt beregnede opgørelser af yderligere behov i tilfælde af planlagte eller ønskelige udvidelser.

Oplysningerne kan opgøres således:

	Aktuelt	Ved udvidelser
Psykiatere	4	4
Børnepsykiatere	11	24
Andre læger	7	31
Psykologer	13	26
Socialrådgivere	7	23
Pædagoger	9	61
Tilsammen	51	169

Ud over de opgjorte behov for yderligere fagligt personel er fremsat forskellige, uspecifiserede ønsker om øget børnepsykiatrisk, psykologisk, socialrådgivende, pleje-, terapeutisk- og pædagogisk medhjælp, samt udtalt behov for nye børnepsykiatriske afdelinger fra Vest- (Hobæk) og Sydsjælland (Slagelse), fra Odense og fra Herning, Vejle amt og Esbjerg, i disse to sidstnævnte tilfælde som stærkt og påtrængende behov. Fra Slagelse er udtalt ønske om en ungdomspsykiatrisk afdeling.

De af statshospitalerne opgjorte udvidelsesbehov angår planlagte børnepsykiatriske afdelinger. De af voksenpsykiatriske afdelinger opgjorte udvidelsesbehov omfatter bl.a. foreslåede eller ønskede ungdomspsykiatriske afdelinger på Rigshospitalet og Slagelse sygehus, samt den efter undersøgelsens tidspunkt realiserede ungdomspsykiatriske afdeling på Montebello, Helsingør.

Arbejdets art.

I børne- og voksenpsykiatriske afdelinger udføres såvel diagnostisk arbejde som alle former for psykiatrisk behandling.

I afdelinger for børnesygdomme udføres overvejende diagnostisk arbejde og nogen milieu-, samtale- og beskæftigelsesterapi, men egentlig psykoterapi kun i mindre omfang. I julemærkesanatorierne udføres beskæftigelsesterapi, men hverken diagnostik eller psykoterapi.

Planer.

De meddelte og senere — inden betænkningens afgivelse — fremkomne oplysninger om planer for nyindretning eller udvidelse af afdelinger kan opgøres således:

1. Nyindretning eller udvidelse af børnepsykiatriske afdelinger:

- a. Efter undersøgelsen afsluttede og ibrugtagne: Statshospitalet ved Århus: 8 nye sengepladser og et behandlingshjem med 8 pladser; herefter i alt 56 pladser samt ambulatorium i brug siden august-september 1967.

Statshospitalet i Viborg: ny afdeling med 16 sengepladser samt ambulatorium i brug siden efteråret 1968.

København, Bispebjerg hospital: psykoseafdeling med 12 sengepladser samt plads til indtil 14 dagpatienter; herefter i alt 50 pladser i brug siden februar 1968.

Centralsygehuset i Herning: ambulatorium, overlægestillingen ubesat.

Københavns amtssygehus i Gentofte: Ansættelse af en børnepsykiatrisk overlæge.

Det samlede antal pladser i børnepsykiatriske afdelinger er herefter forøget fra 113 til 171 pladser.

- b. Under opførelse:

Statshospitalet i Ålborg: I forbindelse med hospitalet indrettes en børnepsykiatrisk afdeling med 20 sengepladser og et ambulatorium, der forventes færdigt i finansåret 1971/72.

- c. Under planlægning:

1. Med bevilling:

Statshospitalet ved Århus: Behandlingshjem med 16 sengepladser og plads til 8 dagpatienter, bevilling på finanslov 1969/70, ventes færdigt i 1970/71.

Statshospitalet i Herlev: ca. 48 patienter + ambulatorium og skolelokaler, projekteringsbevilling meddelt, ventes færdigt 1976/77.

Statshospitalet i Hillerød: ca. 48 pladser + ambulatorium og skolelokaler, projekteringsbevilling meddelt, ventes færdigt 1975/76.

Statshospitalet i Odense: som Herlev og Hillerød.

2. Uden bevillinger eller endelig beslutning: Statshospitalet i Glostrup: udvidelse af den børnepsykiatriske afdeling med et behandlingshjem; areal hertil erhvervet, men bevilling endnu ikke givet. Statshospitalet ved Århus: opførelse af en skole for undervisning af indlagte og ambulante børnepsykiatriske patienter. Areal til rådighed, bevilling ikke givet. Rigshospitalet: Oprettelse af et behandlingshjem med 15-20 pladser, samt udvidelse af ambulatorium til 400-500 årligt. Planerne ventes tidligst at kunne realiseres i sidste halvdel af 1970'erne. København, Bispebjerg hospital: Et behandlingshjem til den børnepsykiatriske afdeling.

Centralsygehuset i Herning: 14 pladser.

Vejle amt: Ansættelse af en børnepsykiatrisk overlæge.

Også andre steder arbejdes med planer om amtskommunale børnepsykiatriske afdelinger, men så vidt vides, foreligger der ikke godkendte planer om oprettelse af sådanne afdelinger inden for det kommunale sygehusvæsen.

2. Nye ungdomspsykiatriske afdelinger:

- a. Efter undersøgelsen afsluttede og ibrugtagne: København, Bispebjerg hospital: 18 pladser, i brug siden januar 1968. Montebello, Helsingør: 36 pladser, i brug siden april 1969.
- b. Under projektering: Statshospitalet i Herlev: et ungdomspsykiatrisk afsnit for 8-10 patienter i alderen 12-18 år.
- c. Under planlægning, men ikke godkendt: Rigshospitalets psykiatriske afdeling: 8 dag- og 8 natpladser for unge, årligt 100-150; ambulante 200-300 årligt.

Diagnostiske oplysninger er meddelt af

- 4 børnepsykiatriske afdelinger,
- 10 statshospitaler, incl. afdelingen i Rønne,
- 19 andre voksenpsykiatriske afdelinger,
- 9 afdelinger for børnesygdomme og
- 7 julemærkehjem.

I bilag SU.2 indeholdes en samlet opgørelse af de meddelte oplysninger.

Under »forskellige andre diagnoser« er rubriceret usikre diagnoser og psykiatriske diagnoser, som ikke kan henføres under nogen af de i denne betænkning særligt klassificerede psykiske lidelser: psykoser, neuroser, karakter- og intelligensafvigelser.

Som uspecificeret er opført antal af patienter, om hvem det er oplyst, at de har været behandlet eller tilset i psykiatriske afdelinger, eller som i tilslutning til indlæggelse eller ambulant behandling i Rigshospitalets afdeling for børnesygdomme har været undersøgt af psykologer, uden at der er meddelt nærmere diagnostiske oplysninger.

De fremkomne oplysninger er - særligt om de voksenpsykiatriske afdelinger og om afdelingerne for børnesygdomme - fyldigere ifølge årsopgørelserne end ifølge datoopgørelserne.

Oplysningerne ifølge årsopgørelserne kan resumeres således:

	Indlagte	Ambulante	Ialt
Psykoser	460	215	675
Neuroser	385	508	893
Karakterafvigelser	261	198	459
Neuroser og karakterafvigelser	148	34	182
Intelligensafvigelser ...	86	88	174
Karakter- og intelligensafvigelser	28		28
Forskellige andre diagnoser	1.100	301	1.401
Ingen psykisk lidelse ..	18	50	68
Uspecificerede	416	308	724
Tilsammen	2.902	1.702	4.604

Færøerne.

Overlægen ved Landssygehusets medicinske afdeling har oplyst, at der i hans tid har været ganske få, højst 3 patienter med børnepsykiatriske lidelser. Af disse er 2 indlagt i statshospitalet i Nykøbing Sj.

En forventet ansættelse pr. 1. april 1967 af en psykiatrisk overlæge, der i flere år har afholdt konsultationer på Færøerne, var ved indberetningens tid, februar 1967, uvis, da overlægen ikke havde kunnet frigøres fra sin stilling ved statshospitalet i Nykøbing Sj.

	Antal pladser	Iflg. datoopgørelser			Iflg. ventelister			Ventetid	Iflg. årsopgørelser		
		Interne	Ambul.	Ialt	Interne	Ambul.	Ialt		Interne	Ambul.	Ialt
Børnepsykiatriske afdelinger	113	125	303	428	262	452	714	1-6 mdr., 3-5 år	323	811	1.134
Voksen » »	7.882	242	162	404	16		16	1-2 uger, c. 1 mdr.	1.421	565	1.986
Afdelinger for børnesygdomme	1.029	81	5	86	148		148	2-3-4-6-9 mdr.	1.158	326	1.484
	9.024	448	470	918	426	452	878		2.902	1.702	4.604

Specifikation af aldersgrupper	Ifølge datoopgørelser						Ifølge årsopgørelser						Ifølge ventelister					
	f. 1960	f. 1950/ 59	Uspec. alder	Børn ialt	f. 1946/ 49 unge	Pati- enter ialt	f. 1960	f. 1950/ 59	Uspec. alder	Børn ialt	Unge	Pati- enter ialt	f. 1960	f. 1950/ 59	Uspec. alder	Børn ialt	f. 1946/ 49 unge	Pati- enter ialt

Indlagte patienter:

Børnepsykiatriske afdelinger	25	100		125		125	40	278		318	5	323						
Voksen » »	1	49		50	192	242	44	204		248	1.173	1.421						
Afdelinger for børnesygdomme	29	52		81		81	86	153	919	1.158		1.158						
	55	201		256	192	448	170	635	919	1.724	1.178	2.902						

Ambulante patienter:

Børnepsykiatriske afdelinger	39	243		282	21	303	122	647		769	42	811						
Voksen » »		13		13	149	162	2	71		73	492	565						
Afdelinger for børnesygdomme		2	3	5		5			326	326		326						
Ifølge ventelister	39	258	3	300	170	470	124	718	326	1.168	534	1.702						

Til indlæggelse:

Børnepsykiatriske afdelinger													45	217		262		262
Voksen » »																	16	16
Afdelinger for børnesygdomme													46	31	71	148		148
													91	248	71	410	16	426

Til ambulant behandling:

Børnepsykiatriske afdelinger													49	323		372	80	452
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	-----	--	-----	----	-----

Sammen drag	A. psykos er		B. Neu- roser		C. Karak- ter af- vig elser		B + C. Neur. + karak ter afvig elser.		D. Intelli- gensaf- vig elser		C + D. Karak- ter og intel afv.		M. forsk. andre diagn.		Ingen psyk. lidelse		Uspeci- ficeret		Tilsammen		
	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	Int.	Amb.	I alt
<i>Ifølge datoopgørelser:</i>																					
Børnepsyk. afdelinger	18	38	33	173	19	21			3	14			52	55	2			125	303	428	
Voksenpsyk. afdelinger	111	84	21	31	24	9	19	11	5				34	25		28	2	242	162	404	
Afdelinger for børnesygdomme	4								6				71	5				81	5	86	
	133	122	54	204	43	30	19	11	14	14			157	85	2	28	2	448	470	918	
<i>Ifølge årsopgørelser</i>																					
Børnepsyk. afdelinger	45	72	142	386	91	128			32	78			12	123	1	24		323	811	1134	
Voksenpsyk. afdelinger	405	143	161	122	166	70	148	34	26	10			340	75	14	26	161	85	1421	565	1986
Afdelinger for børnesygdomme	10		82		4				28		28		748	103	3		255	223	1158	326	1484
	460	215	385	508	261	198	148	34	86	88	28		1100	301	18	50	416	308	2902	1702	4604

Grønland.

Hver sommer søges udsendt en psykiater, der ved rejse på kysten i 1 å 2 måneder bistår distriktslægerne med psykiatriske undersøgelser og med rådgivning i psykiatriske spørgsmål. Når længerevarende børnepsykiatriske observationer har været påkrævet, er de pågældende patienter indstillet til indlæggelse i børnepsykiatrisk afdeling i Glostrup.

I andre tilfælde, når indlæggelse i børnepsykiatrisk afdeling ikke har været påkrævet, er adfærdsvanskelige børn gennem børneforsorgsudvalgene indstillet til institutionsanbringelse i Danmark.

Forsorgscentret for Vestsjælland og Grønland sender hvert år en læge til Grønland med formål at udtage børn og unge, der bør anbringes under åndssvageforsorg i Danmark.

Ved Dronning Ingrid's hospitals medicinske afdeling udføres psykiatrisk arbejde i et vist omfang af en reservelæge med bred psykiatrisk uddannelse uden dog at have specialistanerkendelse.

I forbindelse med den fremtidige udbygning af Dronning Ingrid's hospital er planer om opførelse af en psykiatrisk afdeling. Planerne herom er dog meget løse, og der er ikke taget stilling til spørgsmålet om udskillelse af et specielt børnepsykiatrisk afsnit med egen ledelse.

2. Direktoratet for børne- og ungdomsforsorgen. *Klientel.*

Det klientel, der har særligt behov for psykiatrisk-psykologisk bistand, kan med en groft skematiseret, diagnostisk opdeling henføres til 3 grupper, en gruppe, der omfatter en væsentlig del af de børn og unge, der er diagnosticerede som tidligt karakterskadede (jfr. side 10-11), en anden gruppe, der omfatter neurotiske børn (jfr. side 11-12), og en tredje gruppe, der omfatter børn, der er diagnosticerede som psykotiske, grænsepsykiske eller med andre specielle psykiatriske diagnoser (jfr. side 12-13).

Diagnosticeringen af børn under de to sidstnævnte grupper vil i næsten alle tilfælde være foretaget ved en undersøgelse i en børnepsykiatrisk afdeling.

De under børne- og ungdomsforsorgen hørende institutioner er dels hjem af forskellig art til modtagelse af interne, anbragte elever, dels daginstitutioner til modtagelse af ambulante, eksterne elever eller klienter. De drives af staten, af kommuner eller som selvejende in-

stitutioner med godkendelse af og tilskud fra staten efter reglerne i lov af 4. juni 1964 om børne- og ungdomsforsorg.

Visiteringen til de forskellige institutioner sker gennem et centralt anbringelseskontor i direktoratet under ledelse af den pædagogisk-psykologiske konsulent, bistået af socialrådgivere og en psykiatrisk konsulent.

Oplysninger om relevant m.v. i institutioner for elever med særligt behov for psykiatrisk-psykologisk bistand er meddelt om 40 institutioner med 947 pladser:

8 behandlingshjem for børn, hvis adfærdsvanskeligheder kræver en særlig psykologisk-pædagogisk behandling, deraf 2 for neurotiske, 2 for tidligt karakterskadede, 2 for psykotiske og grænsepsykiske børn og 1 opsamlingshjem, dvs. ventehjem for børn, der afventer endelig anbringelse efter arten af deres særlige forhold, med tilsammen 184 pladser;

3 behandlingshjem for unge elever over 16 år med tilsammen 115 pladser;

4 skolehjem for børn op til 16 år med tilsammen 125 pladser, deraf 1 hjem for svagt begavede med 32 pladser;

4 ungdomshjem for unge over 16 år med tilsammen 131 pladser, deraf 1 hjem for svagt begavede med 34 pladser;

3 observationshjem for spæde børn indtil 2 år med tilsammen 65 pladser;

3 observationshjem for større børn med tilsammen 110 pladser;

9 ventetidshjem med tilsammen 201 pladser;

4 rådgivningscentre for børn indtil 16 år;

1 rådgivningscenter for unge over 16 år.

Sofieskolen i Bagsværd med 16 pladser på undersøgelsens tidspunkt.

De senere tilkomne 3 behandlingshjem for børn med tilsammen 88 pladser, 3 observationshjem for små børn med 75 pladser, 2 rådgiv-

	Pladser
14 skolehjem for svagt begavede	433
18 skolehjem for normalt begavede	668
4 ungdomshjem for svagt begavede unge mænd	96
5 ungdomshjem for svagt begavede unge piger	111
7 ungdomshjem for normalt begavede unge mænd	196
9 ungdomshjem for normalt begavede unge piger	198
57 institutioner	1.702

ningscentre for børn, samt Sofieskolens udvidelse i 1968 omfattes ikke af undersøgelsen.

For elever, der uden at indgå i de foran omhandlede kategorier dog trænger til støtte med hensyn til undervisning og opdragelse, forefandt på undersøgelsens tidspunkt de i oversigten side 39 anførte institutioner.

Udover de nævnte behandlings-, skole-, ungdoms- og andre hjem, råder børne- og ungdomsforsorgen nu over yderligere 214 hjem med ca. 5.350 pladser.

De meddelte oplysninger om elevantal i de fornævnte 40 institutioner for børn og unge, der har særligt behov for psykiatrisk-psykologisk bistand, er sammenfattet gengivet i bilag BU.I og kan resumes således:

Elever pr. 30. september 1966:

Født 1960 og senere	154
Født 1950-59	612
Uspecificerede aldre	163
Børn i alt	929
Unge, født 1945-49	254
Tilsammen	1.183

Ifølge ventelister pr. samme dato:

Født 1960 og senere	44
Født 1950-59	179
Uspecificerede aldre	c. 185
Børn i alt	c. 408
Unge, født 1945-49	c. 42
Tilsammen	c. 450

Modtagne elever i 1965-66:

Født 1960 og senere	203
Født 1950-59	750
Uspecificerede aldre	27
Børn i alt	980
Unge, født 1945-49	276
Tilsammen	1.256

Personel.

Ifølge § 87 i lov om børne- og ungdomsforsorg af 4. juni 1964 skal psykiatrisk lægetilsyn etableres ved alle anerkendte skolehjem og ungdomshjem, der er godkendt til modtagelse af svagt begavede og sent udviklede børn og unge, samt ved alle ventetidshjem, observationshjem

og behandlingshjem for børn og unge med særlige tilpasningsvanskeligheder.

Sådan tilsyn kan endvidere etableres ved skole- og ungdomshjem for normalt begavede børn og unge og ved ungdomshjem med særlige opgaver, samt under ganske særlige omstændigheder ved børnehjem og ungdomspensioner.

Psykiatrisk lægetilsyn er etableret i de for nævnte 40 institutioner for elever med særligt behov for psykiatrisk-psykologisk bistand, samt, for så vidt angår de 57 andre institutioner, i alle 25 ungdomshjem, i alle 14 skolehjem for svagt begavede og i 13 skolehjem for normalt begavede, i alt i 92 institutioner.

Om den psykologiske bistand er oplyst, at 7 behandlingshjem ledes af forstandere med embedseksamen i psykologi og med speciale i pædagogik og/eller klinisk psykologi.

Desuden er til hvert af behandlingshjemmene normeret en eller to kliniske psykologer.

Ved observationshjemmene samt ved visse ungdoms- og skolehjem er ansat honorarlønnede psykologer, der er til rådighed en halv dag ugentlig.

/ de nævnte 40 institutioner med i alt 1183 elever pr. 30. september 1966 var beskæftiget:

	Institutioner for		Ialt
	Børn	Unge	
Psykiatere,			
deltidsansatte	11	7	18
Børnepsykiatere,			
heltidsansatte	4		4
deltidsansatte	17		17
Psykologer,			
heltidsansatte	12	8	20
deltidsansatte	9	2	11
Socialrådgivere			
heltidsansatte	14	10	24
deltidsansatte	1		1
Pædagoger			
heltidsansatte	147	99	246
deltidsansatte	14		14
Tilsammen	229	126	355

Hertil kommer psykiatriske deltidsstillinger ved 52 andre skole- og ungdomshjem, samt 2 heltidsansatte psykologer ved menighedsbørnehaver og ungdomsklubber i København.

Personalebehov.

De af institutionerne opgjorte behov for yderligere bistand udgjorde med tillæg af ubesatte, normerede stillinger:

	Institutioner for				Ialt
	Børn		Unge		
	Aktuelt	Ubesat	Aktuelt	Ubesat	
Psykiatere, deltidsansatte ..				1	1
Børnepsykiatere, heltidsansatte ..	2				2
Psykologer, heltidsansatte ..	13	3	4		20
deltidsansatte ..	2	2		1	5
Socialrådgivere, heltidsansatte ..	9	2	4		15
Pædagoger, heltidsansatte ..	18	5	5		28
deltidsansatte ..	1				1
Tilsammen	45	12	13	2	72

Endvidere har 2 skolehjem og 1 ventetids-hjem udtrykt ønske om øget psykiatrisk læge-tilsyn, 1 observationshjem har ønsket øget psykologisk bistand, og 1 ungdomshjem og 1 ventetidshjem har ønsket flere pædagoger.

Arbejdets art.

Det psykiatrisk-psykologiske arbejdes art betegnes af 2 institutioner, 1 ventetids- og 1 observationshjem, som udelukkende diagnostisk.

I alle andre oplyste tilfælde omfatter arbejdet foruden diagnostik tillige behandling i forskellige former. I visse tilfælde er behandling den overvejende del af arbejdet, nemlig når eleverne er diagnosticerede inden modtagelsen. I sådanne tilfælde vil det diagnostiske arbejde gå ud på at følge indlæggelsesdiagnosen op efter behandlingsforløbet.

Som behandlings- og arbejdsopgaver nævnes: individuel psykoterapi, samtale-, gruppe- og milieuterapi, ordination af medicin, rådgivning til og supervision af medarbejdere, konferencer med disse, forældre og andre, samt testning.

Diagnostiske oplysninger om eleverne er meddelt pr. 30. september 1966: af 5 behandlingshjem, 1 skolehjem, 2 observationshjem, 3 ventetidshjem og 1 ungdomsrådgivningscenter, omfattende 260 elever af i alt 1183, for året 1965-66: af 2 behandlingshjem, 1 skolehjem, 1 ventetidshjem og 1 rådgivningscenter for børn, omfattende 225 elever af i alt 1256,

altså henholdsvis 1/4 og 1/5 af samtlige elever. I bilag BU2 er vist en samlet opgørelse af de meddelte oplysninger, der er grupperede som ifølge den tilsvarende opgørelse for sundhedsvæsenet (bilag SU 2).

Oplysningerne kan resumeres således:

	Ifølge datoopgørelser			Ifølge årsopgørelser		
	Interne	Ambu-lante	Ialt	Interne	Ambu-lante	Ialt
Psykososer	41		41	34	4	38
Neuroser	46	10	56	6	84	90
Karakter- afvigelses ..	52	14	66	3	8	11
Intelligens- afvigelses ..	53		53	10	6	16
Andre psyk. lidelser	22	18	40	7	63	70
Ingen akt. psyk. vanskelighed	1	3	4			
Tilsammen ...	215	45	260	60	165	225

3. Åndssvageforsorgen.

I Statens Åndssvageforsorg råder man ikke over en registrering, der tillader en nærmere uddifferentiering af de forskellige tilstande og diagnoser. Der planlægges en registrering ved databehandling, men den er ikke afsluttet under udarbejdelsen af denne betænkning. Der kan derfor kun gives samlede tal for de børn og unge, der er registreret i åndssvageforsorgen, uanset om de opholder sig hjemme eller i skolehjem, behandlingshjem eller centralinstitutioner. Det vides, at et antal børn og unge, der intellektuelt fungerer relativt godt, men dog under sinke-niveauet og altså inden for det område, åndssvageforsorgen kan tage sig af, ikke er registrerede dels som følge af åndssvageforsorgens begrænsede muligheder, dels af andre grunde, men dette klientel figurerer i denne betænkning under de børnehjem og hjælpeskoler, der varetager deres undervisning.

Pr. 31. marts 1965 var i Statens Åndssvageforsorg registreret følgende antal patienter og elever med fødselsår 1946-64:

Drenge 4.452, piger 3.197, i alt 7.649.

Ventelisterne var ikke uddifferentieret i aldersgrupper. Der var pr. 30. september 1966 på venteliste opført:

632 patienter til interne institutioner,

364 patienter til eksterne institutioner.

For begge tals vedkommende drejer det sig fortrinsvis om børn.

A. Elever med særligt behov for psykiatrisk-psykologisk bistand :	Antal institu- tioner	Norm. antal pladser	Ifølge datoopgørelser			Ifølge ventelister			Ventetider	Ifølge årsopgørelser		
			Int.	Ambul.	Ialt	Int.	Ambul.	Ialt		Int.	Ambul.	Ialt
1. Samlede antal elever												
1. a. Behandlingshjem for børn	8	184	185	3	188	c. 100		c. 100	1-2 år	141	3	144
b. for unge	3	115	105	15	120	12		12	1-2-6 mdr.	120		120
2. Skolehjem	4	125	110		110	c. 40		c. 40	c. 6 mdr.	70		70
3. Ungdomshjem	4	131	116		116	c. 30		c. 30	6-12 mdr.	112		112
4. Observationshjem												
a. for spæde børn	3	65	55		55					85		85
b. - større -	3	110	102	3	105	7		7		136		136
5. Ventetidshjem	9	201	196	20	216	c. 30		c. 30	mindst 1 år	45		45
6. Rådgivningscentre	5			257	257		221	221	$\frac{1}{2}$ -11 mdr.		544	544
7. Sofieskolen	1	16		16	16		11	11				
	40	947	869	314	1183	c. 219	232	c. 451		709	547	1256

	Ifølge datoopgørelser					Ifølge ventelister					Ifølge årsopgørelser				
	f. 1960	født 1950/59	Usp.	Børn i alt	Unge	f. 1960	født 1950/59	Usp.	Børn i alt	Unge	f. 1960	født 1950/59	Usp.	Børn i alt	Unge
<i>II. Aldersvis gruppering</i>															
1. a. Behandlingshjem for børn	9	149	23	181	7	10	29	c. 60	c. 100		7	120	12	139	5
b. for unge		13		13	107					12		16		16	104
2. Skolehjem		75	15	90	20			c. 40	c. 40			57		57	13
3. Ungdomshjem		19		19	97					c. 30		6		6	106
4. Observationshjem															
a. for spæde børn	55			55							85			85	
b. - større -	12	92		104	1	1	6		7		26	107		133	3
5. Ventetidshjem	39	52	125	216				c. 30	c. 30		21	9	15	45	
6. Rådgivningscentre	37	199		236	21	33	144	44	221		64	435		499	45
7. Sofieskolen	2	13		15	1			11	11						
	154	612	163	929	254	44	179	c. 185	409	c. 42	203	750	27	980	276

B. Andre institutioner:

Skolehjem	14	for svagt begavede	med 433 pladser, alle med psykiatrisk bistand
-	18	for normalt begavede	- 668 - 13 - -
Ungdomshjem	4	for svagt begavede unge mænd	... - 96 - alle - -
-	5	- - - piger	 - 111 - - - -
-	7	- normalt - mænd	... - 196 - - - -
-	9	- - - piger	 - 198 - - - -
57 institutioner		med 1702 pladser, 52 institutioner med psykiatrisk bistand	

	Antal elever	Psykosor			Neuroser			Karakter-afvigelser			Intelligens-afvigelser			Andre psyk. lidelser			Ingen aktuel psykisk lidelse			Tilsammen		
		Int.	Amb.	Ialt	Int.	Amb.	Ialt	Int.	Amb.	Ialt	Int.	Amb.	Ialt	Int.	Amb.	Ialt	Int.	Amb.	Ialt	Int.	Amb.	Ialt
Ifølge datoopgørelser:																						
Behandlingshjem	106	27		27	36		36	36		36				7		7				106		106
Skolehjem	27	6		6	4		4	11		11				5		5	1		1	27		27
Observationshjem	21	2		2	6	3	9	5		5				5		5				18	3	21
Ventetidshjem	64	6		6							53		53	5		5				64		64
Rådgivningscentre	42					7	7			14	14				18	18		3	3		42	42
	260	41		41	46	10	56	52	14	66	53		53	22	18	40	1	3	4	215	45	260
Ifølge årsopgørelser:																						
Behandlingshjem	39	30		30	6		6	1		1				2		2				39		39
Skolehjem	5	1		1				2		2				2		2				5		5
Ventetidshjem	16	3		3							10		10	3		3				16		16
Rådgivningscentre	165		4	4		84	84		8	8		6	6		63	63				165		165
	225	34	4	38	6	84	90	3	8	11	10	6	16	7	63	70				60	165	225

4. Særforsorgen.

Oplysninger om elevtal m.m. er meddelt af:

2 institutioner for blinde og svagsynede

- » døve
- » talediende
- » ordblinde
- » andre handicaps
- » epileptikere.

Af disse har 18 institutioner meddelt oplysninger om samlede antal elever ifølge datoopgørelser — i 3 tilfælde pr. andre datoer i 1966 og 1967 end 30. september 1966 - med i alt 3.272 elever, og 6 institutioner har meddelt oplysninger om elever i 1965-66 med i alt 1.184 elever.

4 institutioner med tilsammen 601 elever ifølge datoopgørelser har meddelt oplysninger om i alt 126 psykisk afvigende, og 3 af dem med tilsammen 399 elever ifølge årsopgørelser opgjort antallet af psykisk afvigende til 125.

De diagnostiske oplysninger om disse grupperes således:

	Ifølge datoopgørelser	Ifølge årsopgørelser
Psykosor.	3	3
Neuroser.	3	2!
Neuroser og karakter- afvigelser.	6	6
Intelligensafvigelser ..	46	56
Andre psykiske lidelser	27	39
Uspecificeret	41	
Tilsammen	126	125

Oplysningerne om institutionernes grupper af medarbejdere kan resumeres således, idet der ved »andre« betegnes bistand, hovedsagelig lejlighedsvis, eller tilsyn af andre medarbejdere eller andre afdelinger eller institutioner:

Psykiatere, deltidsansatte	2
- andre	3
Børnepsykiatere, deltidsansatte	3
- andre	5
Andre læger, heltidsansatte	5
- - deltidsansatte	8
Psykologer, heltidsansatte	5
- deltidsansatte	6
- andre	7

Socialrådgivere, heltidsansatte	2
- deltidsansatte	3
- andre	1
Pædagoger, heltidsansatte	191
- deltidsansatte	14

Det psykiatrisk-psykologiske arbejde er ganske overvejende diagnosticerende og undersøgende.

Oplysningerne om behov for yderligere psykiatrisk-psykologisk bistand kan opgøres således:

Psykiatere	4	+ ubesat stilling	1
Børnepsykiatere	1		
Psykologer	8	+ ubesat stilling	1
Socialrådgiver	1		

Derudover har 1 institution udtalt et stærkt behov for psykiatrisk bistand, og denne og 2 andre har udtalt behov, respektive stærkt behov for psykologisk bistand. Endvidere har 3 institutioner for døve udtalt ønsker om behandlingshjem for døve børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Af udtalelserne fra flere institutioner for døve fremgår, at der inden for dette område er et behov udover, hvad der fremgår af de fremkomne talmæssige oplysninger. Man fremhæver i denne forbindelse, at høretabet medfører særlige vanskeligheder for den personlige, sproglige kontakt med omgivelserne. Heraf følger vanskeligheder for oplæringen og personlighedsudviklingen såvel i barneårene som under puberteten og ved overgangen fra en ca. 10-11 års beskyttet skolegang til et normalt erhvervsliv. Dette begrundet et behov for psykologer til at behandle de psykiske vanskeligheder, der opstår for eleverne, og »som for de psykisk mest truede klienter giver sygdomsbil leder helt ind i det psykiatriske område.«

5. Undervisningsvæsenet.

a. Folkeskolen uden for København.

Folkeskolens foranstaltninger for socialt og psykisk afvigende elever er ikke fastlagt i generelle bestemmelser. Aktiviteten på dette område er så ny, at den ikke i alle tilfælde er beskrevet, og forholdene ændres så hurtigt, at oplysninger herom hurtigt forældes.

Psykologisk rådgivning udføres af 116 psykologisk-pædagogiske rådgivningskontorer. Af disse er 25 knyttet til amtsråds kredse og 91 i købstæder. De etableres på kommunalt initia-

tiv og er af meget varierende størrelse og bemanding. De skolepsykologiske kontorer registrerer hvert år ca. 20.000 nye tilfælde af børn med skoleproblemer og har til stadighed kontakt med ca. 60.000 af folkeskolens elever, som på grundlag af psykologisk undersøgelse er henvist til særlige foranstaltninger.

Fortsat skolepsykologisk observation og undersøgelse udføres på i alt 8 observationskolonier, ligeledes oprettet på kommunalt initiativ. Virksomheden i disse er en pædagogisk påvirkning sideløbende og sammenfaldende med en systematisk iagttagelse med det formål at finde frem til en mere sikker vurdering af barnets evner og hele personlighed end den, der kan opnås på grundlag af en ambulant skolepsykologisk undersøgelse. Hermed skulle det være muligt at give en sikrere rådgivning om en ændret skolemæssig behandling, f.eks. klasse- eller skoleflytning, eller henvisning til behandlingsinstitution, eventuelt kostskole.

Der er indledt et værdifuldt samarbejde mellem børneforsorgen og de skolepsykologiske kontorer.

På kostskoler optages et ukendt antal elever med henblik på den enkelte skoles specielle milieu og interesse for at yde konkret hjælp efter anvisning fra skolepsykologisk rådgivning.

De meddelte oplysninger om medarbejdere ved 5 (af i alt 8) observationskolonier med tilsammen 88 elever pr. 1. december 1966, og 319 elever i 1965-66, og ved 116 psykologisk-pædagogiske rådgivningskontorer kan opgøres således:

Børnepsykiatere, deltidsansatte, ganske få	
Psykologer, heltidsansatte	243
- deltidsansatte	25
Socialrådgivere, heltidsansatte .	12
- deltidsansatte	1
Pædagoger, heltidsansatte	128

Oplysningerne om behov for yderligere personel kan opgøres således:

Børnepsykiatere	ca. 50
Psykologer . . .	- 210
Socialrådgivere	80
Pædagoger . . .	- 140

b. Københavns kommunes skolevæsen.

Det psykiatrisk-psykologiske arbejde udføres af:

Skolepsykologisk kontor,
skolepsykiatrisk konsultation og
psykiateren ved hjælpeskolerne.

Den skolepsykiatriske konsultations patienttal var pr. 30. september 1966 ambulante 62, på ventelister 335, ventetid ca. 2 år. I 1965-66 159 ambulante, og antallet hos psykiateren ved hjælpeskolerne i 1965-66 197.

Patienterne i 1965-66 grupperes diagnostisk således:

	Skole- psykiatr. kons.	Psyki- ater	Ialt
Psykosel. obs. herfor	2		2
Psykosel. og neurosel. obs.		79	79
Neurosel. og milieu- reaktioner	114		114
Karakterafvigelser	21	2	23
Intelligensafvigelser	8	54	62
Andre psyk. lidelser	13	62	75
Intet sikkert psyk. abnormt	1		1
Tilsammen	159	197	356

Personellet ved de 3 institutioner kan opgøres således:

	Heltids- ansatte	Deltids- ansatte	Ialt
Børnepsykiatere	3	1	4
Andre læger		3	3
Psykologer	20		20
Tilsammen	23	4	27
og personalebehovet:			
Psykologer	11		11
Socialrådgivere	1		1
Tilsammen	12		12

Arbejdet er overvejende diagnosticerende og vejledende.

c. Københavns universitets børnepsykologiske klinik. (Institut for Klinisk Psykologi, afdeling for børn).

Klinikken er undervisningscenter for cand. psych.'er, der ønsker videregående uddannelse i børnepsykologi, og for ældre studerende, der har valgt klinisk psykologi som speciale i det psykologiske studium.

Der udføres både diagnosticering og behandling. Denne omfatter iagttagelse og psykoterapi af børn, forælderrådgivning samt gruppearbejde med børn og forældre.

Antal patienter pr. 30. september 1966 kan ikke oplyses, men der var pr. denne dato 75 drenge og 25 piger, i alt 100 børn i alderen fra 3 til 12 år på venteliste. Ventetiden var ca. 1 år.

I 1965-66 behandledes - derunder kontrolleredes 121 drenge og 64 piger, i alt 185 børn og unge i alderen fra 3 til 20 år.

Diagnostisk gruppering har ikke kunnet meddeles. Patienterne var hovedsagelig neurotiske børn.

Personellet udgjordes af:

- 1 heltidsansat børnepsykiater,
- 1 heltidsansat børnelæge,
- 4 heltidsansatte psykologer,
- 1 heltidsansat socialrådgiver,
- 2 heltidsansatte pædagoger.

6. Mødrehjælpinstitutioner.

Mødrehjælpens hovedformål er at give personlig, social og juridisk bistand, råd og vejledning vedrørende de problemer, der kan opstå under graviditet eller efter fødsel.

Mødrehjælpen skaffer svangre kvinder ophold på svangrehjem eller anviser pladser og drager, om fornødent, omsorg for anbringelse af børnene på børnehjem. I tilfælde af adoption formidles denne gennem mødrehjælpen, der udfører fornødne undersøgelser og andragender. Den yder juridisk bistand i faderskabssager og yder forskud på forventede underholdsbidrag, samt i trangstilfælde hjælp til spædbørnsudstyr og i ganske særlige tilfælde yderligere økonomisk støtte til afhjælpning af vanskeligheder under graviditet eller efter fødsel.

Det påhviler mødrehjælpen at undersøge, om betingelser for svangerskabsafbrydelser er til stede, hvorefter afgørelser heraf træffes af de i svangerskabsloven af 23. juni 1956, § 6 A, stk. 1, omhandlede samråd.

Egentlig psykiatrisk og psykologisk behandling udføres ikke. Men det er anført, at mange af de unge kvinder, der søger svangerskabsafbrydelse, er blevet gravide på et tidspunkt, da de endnu ikke er kommet ud over pubertetsvanskeligheder, at en del er milieuskadede og en mindre gruppe karakterneurotiske eller tungt begavede.

I finansåret 1965/66 søgtes mødrehjælpinstitutionerne landet over af i alt 20.780 nyan søgere, deraf 5.771 kvinder under 20 år. Af disse søgte 1.439 svangerskabsafbrydelse eller sterilisation. Indikation herfor fandtes i 469 af disse tilfælde, medens andre 970 fik afslag eller frafaldt deres ønsker. 4.332 henvendte sig om anden bistand, der alt overvejende ikke forudsatte psykiatrisk eller psykologisk bistand.

Om det ved institutionerne ansatte personale er oplyst følgende sammensætning:

	Heltids-ansatte	Ubesatte normerede	Deltids-ansatte
Psykiatere	7	2	7
Børnepsykiatere . . .			1
Andre læger	3		8
Psykologer	1	1	
Socialrådgivere . . .	97	15	25

Desuden foretages psykiatriske undersøgelser ved 10 institutioner eller filialer af stedlige psykiatriske speciallæger.

7. Fængselsvæsenet.

a. Oplysning om antal personer er meddelt af 4 institutioner, *Københavns fængsler* og 3 *ungdomsfængsler*, deraf et på Fyn og to i Jylland.

Ifølge disse var der pr. 30. september 1966 indsat 302 unge (f. 1946-50), deraf 299 unge mænd og 3 unge kvinder. I 1965-66 var indsat i alt 1669 unge (f. 1945-49), deraf 1450 unge mænd og 219 unge kvinder.

Udover at ca. 20 af ca. 70 indsatte i Kærshovedgård i 1965-66 har været i psykiatrisk behandling i Statsfængslet i Nyborg, er intet oplyst om, hvor mange af de indsatte der er undersøgt, diagnosticeret eller behandlet psykiatrisk eller psykologisk eller om diagnostiske grupperinger.

De meddelte oplysninger om ansatte kan opgøres således:

- 1 heltidsansat psykiater,
- 1 deltidsansat psykiater,
- 1 deltidsansat anden læge,
- 1 heltidsansat psykolog og 1 normeret, ubesat stilling,
- 11 heltidsansatte socialrådgivere,
- 3 deltidsansatte socialrådgivere,
- 15 heltidsansatte pædagoger.

Virksomheden er koncentreret hos overlægen i psykiatri og omfatter diagnostik og forskellige former for behandling.

Ungdomsfængslet i Møgelkær anser det for ønskeligt, at der knyttes yderligere en heltidsansat psykiater til ungdomsfængslerne, da det nuværende arbejdsområde er for stort, og har derhos behov på stedet for 1 socialrådgiver, 1 psykolog og 1 undervisningsleder. Ifølge de øvrige erklæringer anses personalet for tilstrækkeligt til løsning af de forhåndenværende opgaver.

b. Dansk Forsorgsselskab.

I 1965 var i alt 953 personer under 21 år undergivet tilsyn. Af disse har i alt 192 fået meddelt pålæg af forskellig art, deraf 28 om ambulant psykiatrisk behandling.

Af de meddelte oplysninger om ansatte fremgår, at der til selskabet var knyttet i alt 6 deltidsansatte psykiatere, 3 andre læger og 39 heltidsansatte socialrådgivere.

Desuden er der for samtlige afdelinger landet over etableret bistand af eller samarbejde med stedlige statshospitaler eller andre psykiatriske afdelinger og ambulatorier.

8. Sammendrag.

Samlede opgørelser af de meddelte oplysninger om afvigende børn og unge er vist i samlebilag 1 og 2.

De opgjorte samlede antal børn og unge ifølge dato- og årsopgørelser, henholdsvis 2.289 og 6.574, grupperes diagnostisk således:

	Ifølge datoopgørelser	Ifølge årsopgørelser
Psykosor.	299	718
Neuroser.	317	1.189
Psykosor og neuroser		79
Karakterafvigelser . .	139	493
Neuroser og karakter- afvigelser.	36	302
Intelligensafvigelser ..	127	300
Karakter- og intelli- gensafvigelser. . . .		28
Forskellige andre psy- kiske lidelser.	309	1.593
Intet psykisk abnormt	6	69
Uspecificeret, incl. uoplyste diagnoser . .	1.056	1.803
Tilsammen	2.289	6.574

Psykosor og neuroser tilsammen udgør henholdsvis ca. 27 % og ca. 30 % af samtlige registrerede tilfælde ifølge henholdsvis dato- og årsopgørelser, men henholdsvis ca. 50 % og ca. 41 % af de specificerede diagnoser.

Tilsvarende udgør karakter- og intelligensafvigelser henholdsvis ca. 13 % og 17 % af samtlige tilfælde, men henholdsvis ca. 24 % og ca. 23 % af de diagnosticerede.

Det samlede antal ifølge ventelister var 1826, og der var ventetider fra 14 dage op til 5 år.

Personellet er søgt opgjort i 2 grupper: gruppe A, der omfatter det personel, der behandler børn og unge, og gruppe B, der omfatter personel, der behandler også andre aldersgrupper. I den udstrækning, hvori de i 1966 indkomne besvarelser indeholder oplysninger om personalespørgsmålet, kan fordelingen i grupper og fag samt behovet for yderligere personel resumeres således:

	Gruppe A	Gruppe B	Yderligere behov
Psykiatere,			
heltidsansatte	14	8	9
deltidsansatte	21	14	1
Børnepsykiatere,			
heltidsansatte	23		35
deltidsansatte	25		54
Andre læger,			
heltidsansatte	59	3	7
deltidsansatte	18	12	
Psykologer,			
heltidsansatte	322	2	303
deltidsansatte	54		7
Socialrådgivere,			
heltidsansatte	58	147	104
deltidsansatte	13	28	
Pædagoger,			
heltidsansatte	649	23	175
deltidsansatte	50		3

Antal patienter/elever	Ifølge datoopgørelser					Ifølge årsopgørelser		
	Interne	Ambulante	Ialt	Ventelister	Ventetid	Interne	Ambulante	Ialt
Sundhedsvæsen	448	470	918	878	1-2 uger, 3-5 år	2.902	1.702	4.604
Børne- og ungdomsforsorg	869	314	1.183	c. 450	6 mdr.-2 år	709	547	1.256
Særforsorgen	126		126			125		125
Københavns kommunes skolevæsen		62	62	398	14 dage-c. 2 år		356	356
Københavns universitets børnepsykologiske klinik				100	c. 1 år		185	185
Fængselsvæsenet						20	28	48
	1.443	846	2.289	1.826	14 dage, 2-3-5 år	3.756	2.818	6.574

Diagnoser	Psykosser	Neuroser	Psykose+ neurose	Karakter- afvigelsesr	Neurose + karakter- afvigelsesr	Intelli- gens- afvigelsesr	Karakter- + intelli- gens- afvigelsesr	Forskellige andre psykiske lidelser	Intet psykisk abnormt	Uspeci- ficeret	Ialt
<i>Ifølge datoopgørelser:</i>											
Sundhedsvæsen	255	258		73	30	28		242	2	30	918
Børne- og ungdomsforsorg	41	56		66		53		40	4	923	1.183
Særforsorgen	3	3			6	46		27		41	126
Københavns kommunes skolevæsen										62	62
	299	317		139	36	127		309	6	1.056	2.289

<i>Ifølge årsopgørelser:</i>											
Sundhedsvæsen	675	893		459	182	174	28	1.401	68	724	4.604
Børne- og ungdomsforsorg	38	90		11		16		70		1.031	1.256
Særforsorgen	3	21			6	56		39			125
Københavns kommunes skolevæsen	2		79	23	114	54		83	1		356
Københavns universitets børnepsykologiske klinik		185									185
Fængselsvæsenet										48	48
	718	1.189	79	493	302	300	28	1.593	69	1.803	6.574

Det bemærkes, at skemaet ikke omfatter 7.649 patienter og elever registreret i Statens Åndsvageforsorg, da der ikke findes differentieret diagnostisk opgørelse over dette klientel (jfr. foran side 41).

	Psykiatere		Børne- psykiatere		Andre læger		Psykologer		Social- rådgivere	
	Helt.	Delt.	Helt.	Delt.	Helt.	Delt.	Helt.	Delt.	Helt.	Delt.
<i>A. Personel, der behandler børn og unge:</i>										
Sundhedsvæsen.....	14	1	15	3	53	7	30	12	19	8
Børne- og ungdomsforsorg ..		18	4	17			20	11	24	1
Særforsorg		2		3	5	8	5	6	2	3
Mødrehjælpen				1						
Folkeskolen							243	25	12	1
Københavns kom.s skolevæsen			3	1		3	20			
Københavns universitets børne- psykologiske klinik			1		1		4		1	
	14	21	23	25	59	18	322	54	58	13
<i>B. Personel, der også behandler andre aldersgrupper:</i>										
Mødrehjælpen	7	7			3	8	1		97	25
Fængselsvæsenet	1	7				4	1		50	3
	8	14			3	12	2		147	28
<i>Behov:</i>										
Sundhedsvæsen.....	4		7	4	7		13	2	7	
Børne- og ungdomsforsorg ...		1	2				20	5	15	
Særforsorg	5		1				9		1	
Åndsvageforsorgen			25				40			
Folkeskolen				50			210		80	
Københavns skolevæsen							11		1	
	9	1	35	54	7		303	7	104	

KAPITEL VII.

Udvalgets forslag til koordinering og udbygning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser.

Som det fremgår af de foregående kapitler, foretages undersøgelse og behandling af børn og unge med psykiske lidelser inden for forskellige institutioner, underlagt forskellige ministerier. Den første undersøgelse kan f.eks. ske hos skolepsykolog under skolevæsenet, på rådgivningsklinik under børne- og ungdomsforsorgen eller på en pædiatrisk afdeling under sundhedsvæsenet. Der findes intet mere fast etableret samarbejde mellem disse institutioner indbyrdes eller mellem disse, de børnepsykiatriske og psykiatriske afdelinger og åndssvageforsorgen. Der findes ingen koordinering af det enkelte barns behandling, når flere institutioners medvirken er påkrævet. Børnene og de unge må vente, når de skal fra den ene instans til den anden. Der findes ingen samlet planlægning og koordinering af udbygningen inden for disse områder, og en prioritering af opgaverne har derfor heller ikke kunnet foretages. Det skorter endvidere på samordning af særuddannelse af det nødvendige personale, ligesom der ikke foreligger samlede planer for, hvordan den for sparsomme specialistgruppe bedst kan udnyttes. Under disse forhold forsøger hver arbejdsgren at trække så meget veluddannet personale til sig som muligt.

De sygehistorier, der er refereret i betænkningens indledende kapitler, skildrer bl.a. børnenes og de unges trange veje gennem undersøgelse, diagnosticering og forskellige behandlingsformer og institutioner, især inden for sygehusvæsenet og børne- og ungdomsforsorgen.

Af undersøgelsen fremgår, at adgangen til hvert trin på vejen sinkes af det store antal ventende og de lange ventetider. Hertil kommer, at ventelistetallene i sig selv kun er et ufuldstændigt udtryk for de faktiske forhold. Det er nemlig ikke sjældent, at det er de allervanskeligste patienter, der må vente længst, fordi det er begrænset, hvor mange af denne kategori en afdeling kan magte ad gangen.

Dette tidsspilde inden for de kritiske barne- og ungdomsår må i høj grad forringe mulighederne for effektiv behandling og sinke udsigterne for helbredelse og dertil væsentligt øge belastningen såvel af institutionerne og deres personel som af børnenes og de unges — i de fleste tilfælde i forvejen vanskeligt stillede — familier.

Principperne i et forsøg på bedring af disse forhold må da være forøgelse af de eksisterende institutioners antal og mulighederne for behandling. Dette bør ske på grundlag af en planlægning dels til deres tilvejebringelse i områder, hvor savnet er stærkest, dels således at der skabes indbyrdes lettelse såvel af patienternes overgang imellem forskellige institutioner som af behandlingspersonnellets muligheder for indbyrdes nære kontakter. Drøftelse og udveksling af synspunkter og erfaringer både om generelle forhold af fælles interesse og om de enkelte tilfældes diagnostiske og behandlingsmæssige problemer er i denne forbindelse af væsentlig betydning.

Koordinering.

Ved planlægning af det fremtidige arbejde og den nødvendige udbygning må man forsøge at skabe en *koordinering* af arbejdet inden for de forskellige resortområder, ikke kun på landsplan, men også inden for såvel de enkelte nye amtskommuner som inden for primærkommunerne.

Man foreslår derfor, at der på landsplan som rådgivende instans for de implicerede ministerier oprettes et stående udvalg, hvori de forskellige specialister er repræsenteret, med den opgave at behandle spørgsmål af almindelig eller principiel karakter af betydning for behandlingen, undervisningen og opdragelsen af børn og unge med psykiske vanskeligheder, herunder

navnlig spørgsmål om samarbejde mellem bestående institutioner, om oprettelse, udvidelse eller nedlæggelse af institutioner og om uddannelse af personale.

Man foreslår ligeledes, at der i hvert amt etableres et obligatorisk og på forhånd fastlagt samarbejde mellem dem, der inden for amtet leder arbejdet for børn og unge med psykiske vanskeligheder.

Dette udvalg bør holde månedlige møder, og i udvalget bør navnlig de børnepsykiatriske, psykiatriske og pædiatriske overlæger, amtslægen og amtskonsulenten samt børne- og ungdomsforsorgen i amtet og vedkommende forsorgscenter under åndssvageforsorgen være repræsenteret.

For i et vist omfang at lægge samarbejdet på landsplan og på amtskommunalt plan i faste rammer, stiller udvalget forslag om, at der gennemføres en lov om samordning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser, og udkast til en sådan lov er optaget som bilag til nærværende betænkning (side 63 f.).

Ud over dette må der i primærkommunerne etableres fast samarbejde mellem de der repræsenterede organer, dvs. i hvert fald børneværn og skolevæsen, herunder skolepsykolog og skolelæge med mulighed for tilkaldelse af konsulenter for de i kommunen ikke repræsenterede sagkyndige. Særligt vanskelige sager, som ikke kan løses lokalt, skal kunne henvises til amtets sagkyndige, men de fleste sager må forventes at kunne løses lokalt.

Et sådant samarbejde på flere planer skulle overflødigsgøre en på forhånd fastlagt grænsedragning mellem, hvilke børn der bør behandles det ene, hvilke det andet sted. En sådan grænsedragning på principielt plan er meget vanskelig, adskilligt lettere i det enkelte tilfælde, hvor man sidder nærvæd såvel problemerne som de muligheder, der haves. En grænsedragning kan snarest få betydning for, hvilke sager der bør inddrages i samarbejdet, og hvilke der kan løses af den enkelte instans.

På forhånd må fastlægges den kompetence, som konsulenter fra det ene speciale har under arbejde inden for institutioner, der ledes af andre specialister, f.eks. psykiatere og børnepsykiatere som konsulenter inden for psykologisk eller pædagogisk ledede institutioner, psykologer som konsulenter inden for pædagogisk eller lægeligt ledede institutioner, og pædagoger inden for psykologisk eller lægeligt ledede institutioner.

Medens der er tradition for, at den ansvarlige chef på hospitalsmæssige institutioner er læge og på normalskoler pædagog, vil det på visse områder ikke være hensigtsmæssigt på forhånd at fastslå, at kun en enkelt uddannelse kvalificerer til lederstilling. I dette arbejde kan en enkelt af de forskellige uddannelser ikke anses som den eneste fyldestgørende, da langt det meste arbejde med børn og unge med psykiske vanskeligheder ikke kan udføres af en enkelt profession. Næsten altid er et team bestående af psykiater/børnepsykiater, psykolog, socialrådgiver og pædagog nødvendigt. På de institutioner, hvor det ikke ud fra traditionen er fastlagt, hvilken uddannelse lederen skal have, må ved besættelse af lederstilling ikke blot tages hensyn til, om ansøgeren har den ene eller den anden af disse uddannelser, men også til den enkelte ansøgers administrative evner, personlighed og mulighed for at udfylde netop denne stilling.

Gennem det skitserede samarbejde inden for primærkommuner og inden for de enkelte amter vil man kunne få et ret sikkert indtryk af, hvilke institutioner der savnes, hvor mange af disse der bør være inden for området, eller om behovet for pladser er mindre end institutionens ideelle størrelse, således at den bør oprettes af flere amter i samarbejde. Ikke mindst når det drejer sig om landsdelsdækkende eller landsdækkende institutioner må det statslige samarbejdsorgan inddrages. Ligeledes må det inddrages, når det ikke på forhånd er ganske klart, hvilket administrativt område de enkelte institutioner skal tilknyttes.

Udbygning.

For at et samarbejde som det skitserede kan etableres i kommuner og amter, er en væsentlig *udbygning* nødvendig inden for alle felter. Denne udbygnings størrelse vil variere - såvel fra landsdel til landsdel som mellem de forskellige specialområder. Selv om en sådan udbygning må forventes at tage ret lang tid, finder man det imidlertid formålstjenligt allerede nu at opstille den model, man vil stræbe imod, således at udbygningen kan ske med denne for øje, så de institutioner, der oprettes, vil kunne indpasses i modellen, når den endelige udbygning er afsluttet.

I hver region bør der være en *børnepsykiatrisk afdeling* med et ambulatorium, og i hvert fald *et behandlingshjem*, der administrativt hø-

rer under sundhedsvæsenet, *et rådgivningscenter*, der hører ind under børne- og ungdomsforsorgen, og foruden almindelige børnehjem *et behandlingshjem* og *to skolehjem* hørende under børne- og ungdomsforsorgen samt et amtskommunalt system af *skolepsykologisk rådgivning* og *undervisnings foranstaltninger for fysisk, psykisk og socialt handicappede*, derunder undervisningscentre, observationsskoler, specialskoler og undervisningsafdelinger på sygehuse og behandlingsinstitutioner. Visse institutionstyper må dække flere amter eller være landsdels- eller landsdækkende. Det vil glæde visse institutioner til langtidsbehandling af psykotiske børn, specielle behandlingshjem, ungdomshjem og skolehjem under børne- og ungdomsforsorgen, og institutioner til interne elever under særfor sorgen (døve, blinde, vanføre og epileptikere). Med hensyn til *åndssvageforsorgens* udbygning er det endnu uafklaret, om denne vil ske på amtsplan eller fortsætte i den nuværende regionale opdeling. Uafhængigt af, om den ene eller anden opbygning vælges, må et regionalt samarbejde dog etableres med denne særfor sorgsgren. Selv om man således vil forsøge en regional udbygning, må det ved placeringer ikke umuliggøres, at et barn eller en ung placeres i en institution uden for hjem-amtet, hvis en bedre behandling af den enkelte vil kunne opnås herved. Den regionale udbygning må ikke hindre uddifferentiering af behandlingsinstitutionerne, således at man mister muligheden for specialbehandling af visse lidelser.

Sundhedsvæsenet.

I indenrigsministeriets cirkulærskrivelse nr. 179 af 19. august 1965 om sygehusbehandling på fremmede sygehuse påregnes, at centralsygehuse vil blive udbygget med bl.a. psykiatri enten i form af psykiatriske sygehusafdelinger eller gennem tilknytning af et statshospital. Derimod er børnepsykiatrien anført som et af de specialer, der kun behøver landsdels-specialafdelinger. Bedømt ud fra behovsanalyser, som er refereret tidligere i betænkningen, og bedømt ud fra udvalgets egen undersøgelse, findes en sådan placering af de børnepsykiatriske afdelinger at være ganske utilstrækkelig. Kapaciteten både i sengeantal og i ambulatorisk ydeevne må øges betydeligt - så meget, at den nødvendige kapacitetsforøgelse ikke kan ske inden for landsdelsafdelingernes rammer. Desuden kan det nødvendige samarbejde og koordinationen

med andre lægelige specialer (psykiatri, pædiatri, neurologi), skolevæsenet og de forskellige for sorgsgrene kun ske inden for mindre regionale enheder end landsdelene, naturligst amtskommunerne.

Det børnepsykiatriske apparat må udbygges stærkt for at opfylde de krav, som man kender i dag, og planlægningen af denne udbygning må yderligere tage hensyn til det behov, som man kan formode skjult er til stede. Ved planlægningen må man tage hensyn til den ved lov nr. 85 af 24. marts 1969 gennemførte ændring af den amtskommunale inddeling, hvorefter landet - uden for København og Frederiksberg kommuner samt Københavns amtskommune — inddeles i 13 nye amtskommuner, omfattende såvel sognekommuner som købstadskommuner m.v.

Inden for en sådan region skal børne- og ungdomspsykiatrien kunne dække de lokale behov. I den regionale model bør der, afhængigt af amtets størrelse, være mindst *én børnepsykiatrisk hospitalsafdeling* med sengeafdeling, ambulatorium og hospitalsbehandlingshjem. Sengeafdelingen må opbygges af enheder, der hver rummer 7-8 børn. Det forekommer betænkeligt at oprette sengeafdelinger, der er væsentligt større end 30 senge, idet man derved risikerer, at vedkommende hospitalsenhed mister det intime præg, som bl.a. er betinget af, at staben ikke bliver større, end at den daglige kontakt kan opretholdes. Da der skal regnes med mindst en fast speciallæge i børnepsykiatri for hver 10 senge, en stab af yngre læger af omtrent den dobbelte størrelsesorden, og psykologer og socialrådgivere i et antal, som er lig antallet af faste speciallæger, vil man således hurtigt komme op på meget omfangsrige stabe. For det pædagogiske personale og plejepersonalet må man regne med ca. en medarbejder for hver sengeplads. Endvidere kræves der et ret stort areal pr. barn til bl.a. legeplads og specielle undervisnings- og beskæftigelsesrum. Man bør af disse grunde overveje, om en region, der f.eks. behøver 40 sengepladser, ikke snarere bør betjenes af to afdelinger à 20 senge, end af en enkelt stor sengeafdeling. Imidlertid kan samarbejdet med institutioner fra visse for sorgsgrene og med skolevæsenet gøre det mere hensigtsmæssigt i visse regioner at have én større central enhed end to mindre.

Til sengeafdelingen må være knyttet et *børnepsykiatrisk ambulatorium*. Dette skal fungere både som selvstændigt undersøgende og

behandlende ambulant enhed og som forundersøgelsesstation for sengeafdelingen. Hvor det er muligt, bør den børnepsykiatriske afdeling ligge i eller så tæt ved regionens centralsygehus, at ambulatoriet kan varetage den børnepsykiatriske konsulentvirksomhed ved hospitalets andre afdelinger.

Fra den børnepsykiatriske afdeling, muligvis ambulatoriet, kan konsulentvirksomhed ydes til regionens institutioner under særforsoget, børne- og ungdomsforsoget og skolevæsenet. Af hensyn til koordinering af arbejdet og af hensyn til konsulentens stadige kontakt med den faglige basis må det foretrækkes, at konsulenter udgår fra den børnepsykiatriske afdeling fremfor at være heltidsansatte uden for hospitalsvæsenet.

Til hver regions børnepsykiatriske afdeling må være knyttet et eller flere *behandlingshjem*, som henhører under sundhedsvæsenet. Her skal de børn behandles, der trænger til en længerevarende behandling (op til flere år) under lægeligt ansvar, men under friere pædagogiske former, end de, der findes i en hospitalsafdeling. Det vil dreje sig om f.eks. visse psykotiske og grænsepsykotiske børn, om legemligt syge børn, der samtidig er psykisk lidende, og om visse børn med psykosomatiske forstyrrelser. En sådan institution beregnet til 15-20 børn, må ligge i frit terræn, men ikke for langt fra hospitalsafdelingen. Den skal være under hospitalets administration, og en læge fra den børnepsykiatriske afdeling skal være den ansvarlige leder. Sådanne hospitalsbehandlingshjem med børn visiteret af hospitalsafdelingen og under dennes behandlingsansvar vil være et nyttigt supplement til behandlingshjem under børne- og ungdomsforsoget.

Foruden hospitalsbehandlingshjem med regionære forpligtelser må det være ønskeligt at have hospitalsbehandlingshjem, der modtager udvalgte tilfælde fra en hel landsdel eller hele landet. I overensstemmelse med den øvrige udbygning af sundhedsvæsenet med regionære centralsygehuse og landsdelssygehuse må det forventes, at også nogle af de børnepsykiatriske afdelinger vil få funktioner udover den nævnte regionære begrænsning bestemt af amtskommuner. De nuværende og planlagte børnepsykiatriske afdelinger inden for statshospitalsvæsenet kan naturligt få landsdelsfunktioner, hvilket vil tillade en vis udspecialisering. Disse landsdelsenheder kan med fordel være ret store, op til 40-50 sengepladser, idet der derved skabes

mulighed for uddifferentiering, som vil være fordelagtig både for behandling, undervisning og forskning. Endelig må man fortsat regne med, at i hvert fald Rigshospitalets børnepsykiatriske afdeling skal kunne modtage patienter fra hele landet. Den bør ligeledes have en omfattende ambulant service og hospitalsbehandlingshjem.

Hvis der i en region skal træffes valg mellem flere centralsygehuse ved oprettelse af en børnepsykiatriske afdeling, bør muligheden for samarbejde med andre specialer tillægges stor vægt. En børnepsykiatriske afdeling vil arbejde bedst, såfremt det kan ske i tilknytning til en voksenpsykiatriske, eventuelt ungdomspsykiatriske, en pædiatriske og en neurologiske afdeling.

Samarbejdet med en psykiatriske afdeling vil have betydning for gensidige uddannelses- og undervisningsmuligheder og vil kunne øge behandlingseffektiviteten, f.eks. i en familiebehandling. Børnepsykiatriske og pædiatriske afdelinger har brug for hyppig gensidig konsulentvirksomhed. Man må fortsat regne med, at et betydeligt antal børn med psykisk lidelse har symptomer af legemlig art, der medfører, at de primært undersøges i en pædiatriske afdeling, ligesom børn med længerevarende legemlige sygdomme ikke sjældent har psykiske komplikationer. Mange af de lidelser, der behandles i en pædiatriske afdeling, har psykiske og sociale forudsætninger eller komplikationer. En del vil kunne behandles af pædiateren, eventuelt med assistance af psykolog og socialrådgiver. Andre må behandles i samarbejde mellem pædiater og børnepsykiater. Om man kalder dette område socialpædiatri eller socialpsykiatri er underordnet, når blot koordinationen mellem specialerne i behandlingen gøres effektiv. Endelig vil det hyppigt påviselige samspil mellem forstyrrelser i centralnervesystemet og psykiske lidelser gøre det ønskeligt, at også neurologer inddrages i samarbejdet med børnepsykiater og pædiater.

Hvad angår *ungdomspsykiatrien* er det, såvidt man i øjeblikket kan se, næppe sandsynligt, at der skal oprettes ungdomspsykiatriske afdelinger i samme antal som de børnepsykiatriske. Mange af de ungdomspsykiatriske patienter kan behandles ambulant inden for socialpsykiatriens institutioner i samarbejde med forskellige forsoegsgrene. Mange (f.eks. nogle af de psykotiske unge) behandles med fordel i de psykiatriske afdelinger blandt voksne patienter. Derudover vil der utvivlsomt være et behov for ung-

domspsykiatriske afdelinger, der kun modtager unge - afdelinger, som kan opbygge det særlige pædagogiske miljø, som patienter i disse aldersklasser må behandles i. Placeringen af de specielt ungdomspsykiatriske afdelinger må ske under særlig hensyntagen til adgang til frit terræn. Endnu har man ikke tilstrækkelig erfaring her i landet med ungdomspsykiatriske afdelinger til at kunne foreslå den ideelle størrelse, men skal de kunne arbejde hensigtsmæssigt, må det dreje sig om små enheder, i hvert fald ikke større end de børnepsykiatriske regionale afdelinger.

Mens kravene til en børnepsykiatrisk speciallæges uddannelse er fastlagt, er der ikke taget stilling til, hvilken uddannelse de faste læger på en ungdomspsykiatrisk afdeling bør have, om det skal være speciallæger i børnepsykiatri, i psykiatri eller en kombination af disse uddannelser. De psykologer, der arbejder i afdelingerne, vil være kliniske psykologer eller under uddannelse hertil. Kravene for denne specialuddannelse er endnu ikke fastlagt, men under forberedelse. Socialrådgivernes basisuddannelse er ikke tilstrækkelig til deltagelse i behandlingsteamet, hvor også de er uundværlige. Imidlertid arbejder den sociale uddannelseskommission med planer for videregående uddannelse og efteruddannelsesproblemer for socialrådgivere. Både sygeplejerskers og pædagogers grunduddannelse bør suppleres med specialkurser, når de vælger at arbejde inden for børnepsykiatri. Inden for den enkelte region vil man antagelig ikke have mulighed for at give en sådan efteruddannelse; den må antagelig organiseres på landsdels- eller landsplan. For lærernes vedkommende sigtes på speciallæreruddannelse med emotionelt og socialt handicappede børn og unge som speciale. Uddannelsen etableres på Danmarks Lærerhøjskole, og kompetencen knyttes til bestået eksamen.

Hvilke kategorier af børn falder — stort set — inden for de børnepsykiatriske hospitalsafdelingers undersøgelses- og behandlingsområde? Som nævnt andetsteds kan der ikke trækkes skarpe grænser i forhold til andre institutioner og forsorgsgrene. Visse hovedretningslinier kan dog angives i overensstemmelse med hidtidig praksis og med hensyntagen til det sædvanlige lægelige ansvarsområde. Visse diagnostiske grupper, nemlig psykoser og grænsepsykoser, organiske psykosyndromer, psykosomatiske lidelser, svære neuroser og psykiske komplikationer til legemlige handicaps hører naturligt under det lægelige ansvarsområde og bør derfor undersøges og be-

handlingsmæssigt kontrolleres af børnepsykiatrer. For at tage psykoser og grænsepsykotiske tilstande som det mest udprægede eksempel, bør alle børn ved mistanke om sådan lidelse undersøges i børnepsykiatrisk ambulatorium eller sengeafdeling. Den videre behandling af psykotiske/grænsepsykotiske børn kan enten ske på den børnepsykiatriske hospitalsafdeling (eventuelt dennes ambulatorium eller hospitalsbehandlingshjemmet) eller på en institution under skolevæsenet eller en af forsorgsgrenene. I den udstrækning sidstnævnte institutioner ikke er lægeligt ledede, bør der være tilknyttet en børnepsykiatrisk konsulent, hvis kompetence må indbefatte en betydelig indflydelse i spørgsmål om optagelse på og udskrivning fra den pågældende institution.

Hvilken kapacitetsforøgelse vil den ovenfor skitserede oprettelse af regionale afdelinger medføre, og vil den være tilstrækkelig til det anslåede behov? Af de nuværende 171 pladser falder 121 på lands- og landsdelsafdelinger (Rigshospitalet, Statshospitalerne i Århus, Glostrup og Viborg) og 50 på en regional afdeling (Bispebjerg). Hvis man regner med 13 amtskommuner uden for det storkøbenhavnske område, forestår der ifølge omstående plan oprettelse af yderligere 11 regionale amtskommunale afdelinger. Regnes der med minimalt 24 senge pr. afdeling (3 enheder à 8 børn), øges antallet af pladser med 264 til 435. Dertil må lægges kapaciteten ved samtidig eller hurtigt følgende oprettelse af hospitalsbehandlingshjem, minimalt 13 hjem à 16 pladser (2 enheder à 8 børn pr. hospitalsbehandlingshjem), altså 208. Derved kommer den samlede sengekapacitet indbefattet godt 100 ønskelige senge i Storkøbenhavn inden for hospitalsvæsenet op på ca. 750, dvs. knapt en femdobling af den nuværende kapacitet.

Vi har ingen talmæssigt tilstrækkelig dokumenterende prognoser eller behovsanalyser for hele det børnepsykiatriske patientmateriale. Vi ved imidlertid fra *År husopgør elsen* (Høeg Brask 1967), at der for hele landet må påregnes et behov for 200 pladser (på hospitaler og hospitalsbehandlingshjem) alene til de psykotiske børn. Tilbage bliver altså godt 500 senge til alle andre børnepsykiatriske patienter. Selv om man ikke kender det nøjagtige behov for undersøgelse og behandling af disse ikke-psykotiske patienter, kan man allerede ud fra det stærke pres på ventelisterne og ud fra et skøn over det behov, der udtrykkes alene fra de praktiserende

læger (Boesen og Brems, 1969) fastslå, at 500 senge ikke kan forventes at dække behovet. De samme overvejelser gælder den udvidelse af den ambulante aktivitet, der sker parallelt med den øgede sengekapacitet.

Ud fra disse betragtninger må man skønne, at den nævnte femdobling af kapaciteten ingenlunde bliver for stor, snarest et nødvendigt minimum. Hvor stor den sluttelige kapacitet skal være, kan man næppe skønne over, før den regionale minimale udbygning er sket. Der vil givet være forskelle i behovet fra region til region.

Børne- og ungdomsforsorgen.

Mange børn kommer for sent under behandling og på et for behandlingsforløbet mindre gunstigt tidspunkt. For at modvirke dette vil det være af stor værdi, at medarbejdere inden for det forebyggende arbejde i højere grad trænes til at være opmærksomme på de adfærds-træk, der hos børnene kan være tegn på udviklingsvanskeligheder, og som kan indicere nøjere undersøgelse. Der tænkes først og fremmest på medarbejdere inden for familievejledning og daginstitutioner, især vuggestuer og børnehaver.

Ved udbygning af familievejledning bør der tænkes på dette samarbejde med daginstitutioner og folkeskolen, herunder skolepsykologiske kontorer. De til familievejledningen knyttede specialist-teams må fremover kunne hentes fra de regionale børnepsykiatriske afdelinger, børneforsorgens rådgivningscentre og skolepsykologiske kontorer.

Til varetagelse af *observations- og undersøgelsesopgaver* må der ved siden af rådgivningscentre være særlige observationshjem for børn, der under observationsperioden nødvendigvis må være anbragt uden for deres hjem, men som ikke findes egnede til anbringelse i folkeskolens observationsskoler, og for hvem man på den anden side ikke finder det påkrævet at beslaglægge en plads i en børnepsykiatrisk afdeling. De til undersøgelsen nødvendige specialister må kunne hentes fra den i regionen beliggende børnepsykiatriske afdeling og rådgivningscentre. Ved siden af specialundersøgelse vil det blive disse institutioners opgave at observere, hvordan barnet reagerer på et pædagogisk miljø med henblik på vejledning om anbringelse på længere sigt. Herved kan observationshjemmene danne et supplement til en måske tidligere foretaget undersøgelse i hospital eller rådgivningscentre.

Med en udbygning af de børnepsykiatriske hospitalsafdelinger vil rådgivningscentrene i fremtiden i højere grad kunne beskæftige sig med den oprindeligt tiltænkte opgave, nemlig dels en bred forebyggende virksomhed over for opdragelsesvanskeligheder, dels rådgivning af børneværnene og dels visitering til mere specialiserede undersøgelser. Der ligger især et arbejdsfelt over for børn i børnehvealderen.

På denne måde vil der kunne skabes et forebyggende og et tidligt behandlende arbejde inden for børne- og ungdomsforsorgen på regionalt plan ved et integreret samarbejde mellem familievejledning, daginstitutioner og rådgivningscentre.

Når man ved *behandling* ikke blot forstår psykoterapi i dette ords snævre betydning, men også gruppe- og familiecenteret socialpædagogisk behandling, vil de behandlende institutioner inden for børne- og ungdomsforsorgen omfatte behandlingshjem, skolehjem og ungdomshjem. Disse institutioner vil kunne gå ind i det ambulante arbejde ved siden af rådgivningscentre ved at modtage dagelever, der kan bo i deres hjem om natten. Det vil forudsætte tilstrækkeligt personale, men vil på den anden side give en kapacitetsforøgelse uden nævneværdige bygningsmæssige investeringer. En udvidet personalekapacitet vil også være nødvendig til det ambulante arbejde, der har at gøre med efterbetaling og efterværn. En tilstrækkelig udbygning af disse funktioner vil formentlig give mulighed for tidligere udskrivning af disse elever, hvilket både vil være en behandlingsmæssig fordel med hensyn til gentilpasning i et normalt socialt miljø og samtidig medføre en bedre udnyttelse af institutionspladserne.

Man må regne med, at behandlingshjemmene for børn væsentligt skal modtage børn med adfærdsvanskeligheder, der indgår i et neurotisk symptomkompleks, mens skolehjemmene og ungdomshjemmene væsentligt vil komme til at modtage børn og unge, der er tidligt personlighedsskadede og ofte med en udadvendt aggressiv adfærd. Da der kan være tale om tidligt skadede med en neurotisk overbygning, må visse af skolehjemmene have et behandlingshjemms karakter både med hensyn til personaleudrustning og ydre rammer.

Det vil være rimeligt at regne med, at der i hver region skal være *et rådgivningscenter, et observationshjem for børn, et behandlingshjem for børn samt to skolehjem*. En rimelig diffe-

rendering mellem institutionerne taler for, at behandlingshjem og skolehjem i det mindste bliver landsdelsdækkende. Behandlingshjemmene vil som regel specialisere sig i bestemte sygdomstyper. For skolehjemmenes vedkommende gælder hensyn til differentiering efter symptom-billedets sværhedsgrad og opdeling i skoler for normalt begavede og for svagt begavede.

Det i dag dokumenterede behov tyder ikke på, at der er brug for både ungdomshjem for unge piger, unge mænd samt for svagt begavede i hver region. Der kan derfor kun blive tale om landsdelsdækkende institutioner eller måske rigsdækkende, i det mindste for de hjemms vedkommende, der er beregnet til at modtage de sværeste tilfælde. Det vil for ungdomshjemmenes vedkommende være uhensigtsmæssigt at arbejde med for små enheder, da disse kun vil give ringe mulighed for forskellige oplærings-tilbud på de enkelte institutioner.

Hver region bør have et antal pladser i *ungdomspensioner*, der kan benyttes som en overgang mellem den mere lukkede institution og den normale tilværelse på eget ansvar,

I nogle regioner, f.eks. hovedstadsområdet, må der regnes med flere rådgivningscentre og behandlingshjem.

Observationshjem kan etableres ved erstatning af nogle af de nu eksisterende almindelige børnehjem, som der synes at være mindre brug for.

Med henblik på differentiering af elever mellem behandlingshjem, skolehjem og ungdomshjem peger alle erfaringer på betydningen af at opretholde en central visitering for hele landet, idet denne vil give den mest hensigtsmæssige udnyttelse af de forhåndenværende pladser. Systemet udelukker ikke, at der dannes landsdelsmæssige samarbejdende institutionsgrupper. Afgørende for at systemet kan fungere, er naturligvis, at det fornødne antal institutionspladser er til stede.

Da de tilbud om støtte, børneforsorgen giver, principielt må være af psykologisk-pædagogisk art, må hovedgruppen af personalet være pædagoger. Til de specialinstitutioner, der er nævnt ovenfor, må der være knyttet speciallæger både i psykiatri og børnepsykiatri, psykologer og socialrådgivere i hel- eller deltidstillinger. Når en rimelig opdeling af klientellet gennemføres, må man stile mod, at heltidsstillinger inden for børne- og ungdomsforsorgen beklædes af pædagoger, psykologer og socialrådgivere, og at speciallæger indgår i arbejdet på konsulentba-

sis. Det vil betyde, at rådgivningscentrene, efterhånden som børnepsykiatriske afdelinger og ambulatorier udbygges til behandling af det egentlige børnepsykiatriske klientel, går over til at ledes af kliniske psykologer, og at der til hvert center knyttes to teams, bestående af psykiatrisk konsulent, psykolog og socialrådgiver. Behandlingshjemmene ledes af psykologer, og der tilknyttes yderligere en psykolog og en socialrådgiver for hver ca. 10 børn. Den psykiatriske konsulent, der deltager i optagelsen af og følger behandlingen af det enkelte barn, bør normalt have en arbejdstid svarende til et ugentligt besøg på hjemmet. Til observationshjem og ungdomshjem bør der være knyttet både psykiatrisk og psykologisk konsulentbistand. Psykologen skal foretage nødvendige psykologiske undersøgelser og deltage i ugentlige konferencer om det løbende arbejde. Psykiateren, der bør være til rådighed med besøg mindst hver anden uge, skal tage sig særligt af de elever, hvis behandling frembyder psykiatriske aspekter, og som måske kræver midlertidig indlæggelse i psykiatrisk afdeling.

Åndssvageforsorgen.

Den nuværende struktur af åndssvageforsorgen som en statsforsorg, der tilbyder hjælp til alle med et intelligensniveau under sinkestadiet, er beskrevet side 17f. Mens nærværende betænkning er under udarbejdelse, foregår der overvejelser i socialreformkommissionen og andetsteds, og det er muligt, der i fremtiden kommer ændringer i såvel forsorgens struktur som klientelet's afgrænsning. Udvalget må derfor i denne betænkning opstille alternative løsninger, idet man skal gå ud fra den nu fungerende opbygning af forsorgs- og undervisningsorganisationen og derpå nærmere redegøre for mulighederne under ændrede forhold, som de må formodes at kunne komme til at foreligge.

Behovet for specialister til denne gerning er langt fra dækket. Det er svært at opgøre eksakt, men udvalget må på grundlag af hidtidige erfaringer skønne, at følgende normer er tilrådelige.

Børnepsykiatere: Det vil være rimeligt, at to børnepsykiatere i hvert center er beskæftiget med klinisk arbejde - og i Københavns-området med dets større befolkningsgrundlag fem (rimeligvis 2 til ambulant arbejde, 2 til institutionsarbejde og 1 til den observationsafdeling,

der i øvrigt også modtager børn fra andre centre). Dette giver for hele åndssvageforsorgen et behov på 25 børnepsykiatere.

Psykologer: Det må påregnes, at der bliver et stigende behov for psykologisk ekspertise. Man har tidligere arbejdet med mere begrænsede testnings-systemer, der nu ikke opfylder tidens krav, og en række nye og nødvendige undersøgelsesmetoder kan kun administreres af psykologer. Dertil kommer en række opgaver i den stigende behandlingsaktivitet - såvel individuel behandling som familie- og gruppeterapi. Udvalget må skønne, at der bliver brug for 40 psykologer i hele landet, med en rimelig fordeling mellem klinisk og pædagogisk erfaringsområde. Der er her kun regnet med behandlingen af børn og unge, idet voksen-klientelet ligger uden for udvalgets kommissorium.

Det bemærkes, at en del stillinger som centerledere (overlæger og undervisningsledere) forventeligt i fremtiden vil blive besat med børnepsykiatere og psykologer, men disse stillinger er så bebyrdet med administrative opgaver, at deres indehavere ikke vil få tid til klinisk arbejde, hvorfor de ikke indgår i ovenstående beregning.

Socialrådgivere: Der er ikke tvivl om, at den øgede hjemmebehandling nødvendiggør en udvidelse af staben af socialrådgivere. En udvidelse af familiebehandlingen vil både kunne gavne klienter og pårørende og spare institutionspladser. De sociale skoler udbygger i disse år uddannelsen af højt kvalificerede specialister i intensiv familierapi («social-case-workers»), og både disse og traditionelt uddannede socialrådgivere må i et antal, man ikke i dag kan fastslå nærmere, komme til at virke blandt åndssvage børn og deres familier.

Psykiatrisk uddannede sygeplejersker og omsorgsuddannede medarbejdere med speciel efteruddannelse (som søges udbygget i disse år) vil være ønskelige i arbejdet i behandlingshjem, behandlingsafdelinger og observationsafdelinger, men en tal-prognose for fordelingen disse specialistgrupper imellem lader sig ikke opstille på nuværende tidspunkt.

En væsentlig del af observations- og behandlingsopgaverne har sigte på de intellektuelt relativt veludrustede børn, der kan sammenfattes under betegnelsen: underviselige, og som jo som anført udgør en betydelig del af forsorgens klientel. Under åndssvageforsorgens nuværende struktur ligger hele *undervisningsansvaret* for disse børn inden for rammerne af

denne forsorgsgren. Det er usikkert, om denne administration opretholdes fremover, og det er kendt, at man har arrangeret sig anderledes i en række andre lande - f.eks. sorterer særskolerne i Sverige ikke under omsorgsstyrelsen. Imod det danske system taler saglige og især følelsesmæssige synspunkter - trods al oplysning om åndssvageforsorgen som en hjælpeorganisation for hæmmede børn består der en udefinerbar aversion mod, at børn, der efter specialundervisning senere vil kunne klare sig i livet, skal undervises i specialskoler, der drives af en organisation med dette navn. Selv om skolerne ikke skilter med deres forsorgsmæssige tilhørsforhold, kan dette være en emotionel belastning for forældre og søskende. Det kan også anføres som gavnligt for normaliseringsprocessen omkring de psykisk hæmmede børn, at de frekventerer skoler inden for det almindelige skolevæsen - særskoler eller særklasser. Imidlertid rummer den nuværende opbygning af debilskolerne under åndssvageforsorgen også iøjnefaldende fordele. Skolerne betjenes af hele åndssvageforsorgens multidisciplinære team. Socialrådgivere, psykologer, pædiatere og børnepsykiatere arbejder nært sammen med lærerstaben og deltager i lærermøder, således at specialister kan tage stilling til enkelttilfælde og medvirke i hele den terapeutiske indstilling. Ved fælles journaler for de nævnte specialister tilsigtes en alsidig bedømmelse og behandling af eleverne, og i påkommende tilfælde står åndssvageforsorgens behandlingshjem og øvrige institutioner umiddelbart til disposition. De psykisk udviklingshæmmede børn er her ikke blot et særligt svært underviseligt klientel i et skolevæsen, men udgør inden for omsorgsvæsenet en gruppe, der appellerer ved de bedste udviklingsmuligheder. Fra forsorgsside er det anført, at man ved at bevare debilskolen under åndssvageforsorgen medvirker til at fastholde denne forsorgs alsidighed, tilsikrer den tilgang af kvalificerede medarbejdere af alle faggrupper og derved - og det må ordentligvis også tages i betragtning - også gavner behandlingen af alle børn med svigtende åndsevner, de skoleegnede såvel som de sværere skadede.

På grund af den indledningsvis nævnte usikkerhed med hensyn til den fremtidige struktur af undervisningen og omsorgen for den intellektuelt relativt veludrustede gruppe af åndssvage børn skal i det følgende gengives udvalgets overvejelser om den børnepsykiatriske og psykologiske betjening af åndssvage børn ud

fra den forudsætning, at debilgruppen (med en usikker afgrænsning over for mindre skoleegnede eller træningsskole-børn) overgår til folkeskolens regi. Bliver dette tilfældet, må de pågældende særskoler (eller særklasser) betjenes af 1) åndssvageforsorgens medarbejdere eller 2) kommende børnepsykiatriske, amtskommunale centre og hospitalsafdelinger eller 3) konsulenter (skole-psykiatere og såvel kliniske som pædagogiske psykologer under skolevæsenet).

1) Hvis forsorgscentrenes rådgivningsvirksomhed og observations- og behandlingsservice videreføres efter nuværende retningslinier (med den nødvendige udvidelse af de endnu mangelfulde behandlingstilbud og den endnu langtfra tilstrækkelige medarbejderstab), må man tænke sig, at psykiatere og psykologer fra centrene kommer til folkeskolens særskoler og særklasser som konsulenter som en del af disse medarbejders gerning (altså inden for arbejdstiden og lønnede af forsorgen som et led i forsorgens forpligtelse til at yde hjælp). Denne konsultative virksomhed må i så fald formes således, at der ydes særskolerne ikke blot en begrænset støtte, men en virkelig sufficient hjælp gennem tilstrækkelig arbejdsindsats og et effektivt medansvar for skolens virke. Man har ment, at det kunne være en svaghed, at den psykiatriske sagkundskab ikke som nu er direkte med i særskolernes opbygning og drift. Imidlertid rummer ordningen den værdi, at de pågældende medarbejdere fremdeles har deres virke i omsorgen for åndssvage og derfor et erfaringsgrundlag omkring problemerne med evnesvaghed: de deltager i fællesskabet omkring forsorgens service og kan formidle kontakt hertil, de vil kunne føre journaler over de pågældende børn til brug for forsorgen ved videre dispositioner, og de handicappede elever vil umiddelbart kunne drage nytte af såvel den mangesidede ekspertise, der i forsorgen kan opretholdes ved bevarelsen af en stor og alsidig medarbejderstab, som den pædagogisk-psykologiske sagkundskab, der er knyttet til folkeskolens specialundervisning.

2) Hvis debilskolerne udskilles så fuldstændigt fra åndssvageforsorgen, at de helt frigøres fra åndssvageforsorgens børnepsykiatriske og psykologiske medvirken, vil den nødvendige assistance i dette fagområde kunne ydes af de af udvalget foreslåede amtskommunale børnepsykiatriske klinikker og hospitalsafdelinger. Det vil sige, at børnepsykiatere og kliniske psykologer fra disse afdelinger kommer til sær-

skoler og særklasser som konsulenter og deltager i såvel konferencer som i individuel observation og behandling. De pågældende vil altså have dette som deltidsopgave, og det kan enten være en embedspligt inden for deres ansættelse ved børnepsykiatrisk service, eller de kan være ansat halvtids ved børnepsykiatrisk afdeling, halvtids ved skolevæsenet (deres tjenestetid og arbejdsbyrder må altså være klart opdelt, så de pågældende ikke bliver opslugt af opgaver i den ene af arbejdspladserne). Arrangementet kan medføre, at de pågældende vil savne tilstrækkelig erfaring i netop problemerne om evnefejl og dertil hørende andre handicap — og det vides, at nok møder medarbejderne på børnepsykiatriske afdelinger mange problemer om evnemæssig funktion, men det er i disse afdelinger mindre i focus end problematikken omkring neurotiske og psykotiske funktioner, og staben vil aldrig kunne opnå samme erfaring som de fagfolk, der daglig arbejder med åndssvages vanskeligheder, og medarbejderne vil ikke have referens til åndssvageforsorgens andre specialister på tilgrænsende områder. Fordelen for debilskolen ved helt eller delvis at hente den psykiatriske ekspertise fra børnepsykiatriske afdelinger ligger i det nære samarbejde med den børnepsykiatriske afdeling, fælles journalførelse, mulighed for at tage egnede problemer op til drøftelse ved konferencer med det øvrige psykiatrisk-psykologiske team.

3) Endelig kunne man tænke sig særskoler og særklasser under folkeskolen betjent ved konsulenter, der ikke nødvendigvis har tilknytning til centre eller afdelinger, og som altså må aflønnes efter ydelse. En sådan ordning vil rumme svære mangler. De pågældende vil ofte være sådanne, som har en række spredte konsulentstillinger uden rygdækning i et centers eller en afdelings multidisciplinære fællesskab, eller det vil være yngre medarbejdere ved forskellige klinikker, og disse medarbejdere vil af uddannelseshensyn jævnlige skifte stilling i deres faste arbejdssted og derfor ikke kunne knyttes mere blivende til gerningen blandt særskolebørnene. Det vil ofte være folk i uddannelse med begrænset erfaring, og de vil ikke have en ansvarlig, specialuddannet leder, der kan supervisere dem og støtte dem i deres virke. Fordele ved en sådan ordning kan man ikke pege på.

Det er udvalgets opfattelse, at der er to farbare veje at anføre. Den ene er debilskolernes forbliven under åndssvageforsorgen, hvorved klientelet af undervisningsmulige, åndssvage

børn fremdeles vil have fuldt udbytte af åndssvageforsorgens mangesidede program for undervisning, psykiatrisk behandling og anden hjælp. Den anden er en overførelse af den nævnte del af åndssvageforsorgens skolevæsen til folkeskolen med bevarelse af den relativt nære tilknytning til åndssvageforsorgens specialister, der består ved en fortsat betjening af debilskolerne og de tilsvarende særklasser ved åndssvageforsorgens (udvidede) stab af børnepsykiatere og psykologer - og den dermed forbundne kontakt til en omfattende **specialist**-stab. Som en tredje mulighed skal nævnes tilknytningen til kommende børnepsykiatriske afdelinger og amtskommunale klinikker, og det skal anføres, at fornødent samarbejde med disse virksomheder også vil tilsikres ved de to fremhævede løsninger, hvis tanken om nært samarbejde og fælles konferencer mellem de nævnte specialservice realiseres.

I det foregående har man beskæftiget sig med koordineringen af den børnepsykiatriske og -psykologiske betjening af de intellektuelt relativt godt udrustede åndssvage børn. Med hensyn til behovet for børnepsykiatere og psykologer giver overvejelserne ikke anledning til særlige bemærkninger. Det er under skildringen af den nuværende forsorgsopbygning anført, hvilket behov man må skønne rimeligt for medarbejdere til hele åndssvageområdet, og det må forekomme rimeligt at regne med det samme behov for personer, hvilken af de nævnte administrationsformer der end måtte komme på tale.

De anførte overvejelser kan sammenfattes på følgende måde:

På grund af usikkerheden omkring åndssvageforsorgens fremtidige struktur og specielt debil-skolevæsenets opbygning er i det foregående opstillet synspunkter om den børnepsykiatriske og psykologiske betjening under de mulige administrationsformer.

Åndssvageforsorgens debilskoler har en velindarbejdet arbejdsform, der giver mulighed for betjening ved alle specialister. Undervisningen af åndssvage i specialskoler og specialklasser i folkeskolen forudsætter etablering af lige så intensiv psykiatrisk-psykologisk støtte. Den kan tilsikres ved en effektiv medvirken af åndssvageforsorgens børnepsykiatere og psykologer på konsultativ basis eller ved betjening fra regionale børnepsykiatriske afdelinger og klinikker. En betjening ved løst ansatte konsulenter må frarådes. Der skønnes at ville være behov for

25 børnepsykiatere og 40 psykologer i det kliniske arbejde med børn og unge.

Den øvrige særforborg.

Det må tilrådes, at den igangværende udvikling fortsættes, således at blinde, døve, legemligt handicappede, talelidende og epileptiske børn i tiltagende grad vil kunne undervises regionalt, således at de kan blive boende hos forældrene i de tilfælde, hvor intet andet taler for en institutionsanbringelse. Hvert amt eller et par amter i fællesskab må have ansvaret for, at en tilfredsstillende undervisning kan tilbydes. Da det må formodes, at det vil dreje sig om et ret lille antal børn, der vil frembyde for store vanskeligheder til at kunne undervises i det hjemlige amt, eller som af anden grund må anbringes på døgninstitution, må det tilrådes, at disse bliver landsdels- eller landsdækkende.

Desuden må det tilrådes, at der oprettes specielle behandlingshjem for børn under særforborg, som foruden dette handicap har en psykisk lidelse - behandlingshjem, hvor man er i stand til at undervise døve eller blinde eller børn med tale- og sprogforstyrrelser eller give den nødvendige fysiurgiske eller anden behandling, samtidig med at behandling af deres psykiske lidelse kan gennemføres.

Skolevæsenet.

Planer for skolepsykologisk virksomhed er tidligere omtalt i:

1. Betænkning om handicappede unges deltagelse i fortsat undervisning i og ud over folkeskolen 1968/494.
2. Betænkning om undervisningspligtens udvidelse 1968/473.
3. Betænkning vedrørende forholdsregler til oprettelse af god orden i skolen 1966/407.
4. Betænkning vedrørende fritidsundervisning for voksne 1965/396 og
5. den af foreningen af skolepsykologer og konsulenter for specialundervisning i Danmark 1967 udsendte betænkning vedrørende dansk skolepsykologi.

Disse betænkninger ligger til grund for væsentlige afsnit i undervisningsministeriets bemærkninger til det i folketingssamlingen 1968/69 forelagte forslag til folketingsbeslutning om en reform af den grundlæggende skoleuddan-

neise. Fra dette forslag kan citeres: § 5 »Undervisningen af handicappede elever skal søges udbygget på en sådan måde, at børnene kan undervises i et almindeligt skolemiljø, såfremt forældrene ønsker det og kan påtage sig omsorgen i hjemmet, og institutionsophold ikke er et nødvendigt led i behandlingen.« § 6 »Skolemes muligheder for at hjælpe elever med adfærdsproblemer og psykiske afvigelser skal forbedres gennem en udbygning af observationsundervisningen og den skolepsykologiske rådgivning og et udvidet praktisk samarbejde med børne- og ungdomsforsorgen. Planerne for en samlet indsats på det børne- og ungdomspsykiatriske område, herunder for udbygning af behandlingshjem og hospitalsafdelinger bør fremmes mest muligt.«

De skolepsykologiske kontorer tilrådes udbygget i primærkommuner eller forbund af primærkommuner med mindst 35.000 indbyggere eller svarende til ikke under 5.000 skole-søgende børn. For at opnå dette må mindre rådgivningskontorer søges sammenlagt. Det pædagogisk-psykologiske rådgivningskontor stilles foruden til det kommunale skolevæsens rådighed til rådighed for private skoler, den frivillige voksenundervisning og erhvervsuddannelser. Ligeledes kan kontoret stilles til rådighed for børne- og ungdomsforsorg og for statens og amternes børne- og ungdomsinstitutioner.

Disse kontorers personale forventes at omfatte skolepsykologer, der foruden embedseksamen fra København eller Århus universitet (cand. psych, eller mag. art.) eller fra Danmarks lærerhøjskole (cand. pæd.) har lærer-eksamen og lærerpraksis, psykologer, der foruden embedseksamen i psykologi har gennemgået fornøden praktisk uddannelse i klinisk psykologi, og konsulenter fra specialundervisningsområdet med et eller flere handicapområder som speciale, og som foruden lærereksamen har gennemgået Danmarks Lærerhøjskoles 1½-årige uddannelse til speciallærer og bestået den afsluttende eksamen. Disse konsulenter kan samtidig fungere som pædagogiske ledere (eventuelt skoleinspektører) for undervisningscentre for svært handicappede, på observationsskoler, hjælpeskoler eller for specialklasseafdelinger på almindelige skoler. Desuden tilknyttes kuratorer, der foruden lærer-eksamen og uddannelse som speciallærere har gennemgået kortere kurser på Danmarks Lærerhøjskole med henblik på støtte til handicap-

pede - især intelligensrettede - ved overgang fra skolen til arbejdslivet. Socialrådgivere skal bl.a. knytte kontakt mellem skolepsykologisk kontor og den sociale sektor, især familierådgivningen. Endelig ønskes børnepsykiatrisk konsulent, der bl.a. kan knytte kontakt mellem skolepsykologisk kontor og børnepsykiatriske hospitalsafdelinger og ambulatorier. Der tilstræbes nært samarbejde mellem det skolepsykologiske kontor og skolelægeinstitutionen. Det skolepsykologiske kontor tænkes ledet af chef-skolepsykolog.

De pædagogiske behandlingsmuligheder, som det skolepsykologiske kontor kan gøre brug af, er påvirkning af skolemiljøet og vejledning af forældre, henvisning til specialklasser, etablering af undervisning for syge og invaliderede i hjem eller på institution. Desuden bør man overalt have mulighed for optagelse af emotionelt og socialt handicappede på observationsklinik, observationsskole og observationsklasse. Observationsklinik er betegnelse for hold eller enkeltmandsundervisning i lighed med anden supplerende specialundervisning. I dette tilfælde drejer det sig om »social indlæring«, og opholdet må normalt ikke overstige nogle uger. En observationskole er en kostskole med særligt kvalificeret personale, hvis opgave foruden undervisning er at medvirke til at klarlægge årsagerne til elevens vanskeligheder. Opholdet må normalt ikke overstige 6 måneder. Den er et led i den skolepsykologiske virksomhed og forudsættes ledet af en skoleinspektør. Observationsklasser er specialklasser for emotionelt og socialt handicappede, der ikke har kunnet tilpasse sig almindeligt skolemiljø. Opholdet bør søges tidsmæssigt begrænset, men kan i visse tilfælde udstrækkes til hele skoletiden.

Det er hensigten til amtsrådene at knytte en *amt's skole psykolog* med medarbejdere med samme faglige forudsætninger som personalet på primærkommunernes skolepsykologiske kontorer. Hans opgave vil være at koordinere primærkommunernes undervisningsforanstaltninger for handicappede, sørge for hensigtsmæssig og tilstrækkeligt antal pædagogiske behandlingsmuligheder for handicappede og etablere de undervisningsforanstaltninger, der kun er mulige for en større region, ikke inden for en primærkommune. Som led heri skal han etablere vandrelærerordninger og sørge for, at ekstraordinært dyre hjælpemidler stilles til rådighed for handicappede elever uden udgift for barnets

hjemkommune. Han skal tilrettelægge transportordninger, forestå materialelaboratorium til fremstilling af individuelt undervisningsmateriale. Han skal være det koordinerende organ for skolepsykologisk virksomhed og specialundervisning i amtet og samtidig fremme samarbejdet med andre institutioner, såvel lægelige, sociale som pædagogiske, der arbejder med tilsvarende problemer.

I øjeblikket findes 110 skolepsykologiske kontorer. Gennem den skitserede planlægning vil dette antal kunne formindskes væsentligt, samtidig med at der sker en udbygning af det enkelte kontor.

I det omfang, der inden for skolevæsenet etableres fyldestgørende foranstaltninger til løsning af emotionelt og socialt handicappede elevers problemer, vil disse blive stillet til rådighed for andre samfundssektorer, der har brug for tilsvarende psykologisk-pædagogiske rådgivnings- og behandlingsmuligheder. Et sådant samarbejde findes imellem folkeskolen og børne- og ungdomsforsorgen, men vil kunne udvides til andre områder, bl.a. under sundhedsvæsenet. I undervisningsministeriets cirkulære nr. 19 af 4. februar 1965 om folkeskolens undervisning af syge og invaliderede børn anføres, at for så vidt der ikke på anden måde sørges for

fyldestgørende undervisning af de børn, der er indlagt på sygehus, eller som er anbragt på sanatorier, ortopædiske eller fysiurgiske hospitaler eller andre behandlingsinstitutioner, påhviler det den kommune, i hvilken institutionen er beliggende, at drage omsorg for den fornødne undervisning. Dette er bl.a. gennemført på enkelte børnepsykiatriske afdelinger, hvor man foruden de indlagte børn underviser externe elever, der har frembudt for store psykiske problemer til at kunne undervises i den almindelige skole.

Udvalget henstiller, at skoleafdelinger på hospitaler, sygehuse og behandlingsinstitutioner, der til stadighed har elever til undervisning, får pædagogisk leder. Normering og pligtigt timetal afpasses efter elevtal og elevernes handicap.

I et vist omfang kunne man tænke sig personalefællesskab mellem de skolepsykologiske kontorer, børne- og ungdomsforsorg og sundhedsvæsen, f.eks. kunne en klinisk psykolog ansættes såvel ved den børnepsykiatriske afdeling som på det skolepsykologiske kontor eller en socialrådgiver kunne samtidig være tilknyttet det skolepsykologiske kontor, familievejledning eller rådgivningscenter. Samarbejds mæssigt kunne dette indebære visse fordele.

København, den 24. februar 1970.

Ulla Boesen
Sekretær

Gudrun Brun

P. W. Bræstrup

H. Horsten

C. Jess
Sekretær

I. Skov Jørgensen

Ernst H. Larsen

Ove Larsen
Formand

J. Lenstrup

Kai Tolstrup

Niels Pape

Poul W. Perch

Lise Østergaard

Udkast til lov om samordning af foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser.

Kapitel I.

Samordningsudvalget.

§ 1. Der nedsættes et samordningsudvalg til bistand for indenrigsministeren, socialministeren, undervisningsministeren og andre myndigheder ved gennemførelsen af de i lovgivningen omhandlede foranstaltninger for børn og unge med psykiske afvigelser.

Stk. 2. Udvalget, der nedsættes af indenrigsministeren, består foruden formanden af:

- a. 1 medlem, udpeget af amtsrådsforeningen i Danmark og Københavns og Frederiksberg kommuner i fællesskab,
- b. 3 medlemmer som repræsentanter for henholdsvis børnepsykiatriske, psykiatriske og pædiatriske hospitalsafdelinger, udpeget af indenrigsministeren,
- c. 2 medlemmer som repræsentanter for henholdsvis børne- og ungdomsforsorgen og åndssvageforsorgen, udpeget af socialministeren,
- d. 2 medlemmer som repræsentanter for henholdsvis folkeskolens specialundervisning og skolepsykologisk rådgivning, udpeget af undervisningsministeren,
- e. 1 medlem, udpeget af finansministeren.

Stk. 3. Efter forhandling med socialministeren og undervisningsministeren udpeger indenrigsministeren udvalgets formand og fastsætter regler for udvalgets virksomhed og funktionsperiode samt for samarbejdet med sygehusrådet.

Stk. 4. Udvalget kan i fornødent omfang indkalde andre sagkyndige til at deltage i udvalgets forhandlinger.

Stk. 5. Udgifterne i forbindelse med udvalgets virksomhed afholdes af statskassen.

§ 2. Udvalget skal følge udviklingen på alle områder, der har betydning for behandlingen,

undervisningen og opdragelsen af børn og unge med psykiske afvigelser, og er rådgivende for vedkommende minister og andre myndigheder i spørgsmål af almindelig eller principiel karakter inden for disse områder, herunder spørgsmål om samarbejde mellem bestående institutioner, om oprettelse, udvidelse eller nedlæggelse af institutioner og om uddannelse af personale.

Stk. 2. Udvalget skal til vedkommende minister afgive indstilling om sådanne foranstaltninger, som udviklingen gør påkrævet.

Kapitel II.

Amtskommunale udvalg for børn og unge med psykiske afvigelser.

§ 3. For hver amtskommune nedsættes ved amtsrådets foranstaltning og for dettes funktionsperiode et udvalg til at formidle samarbejdet om behandling, undervisning og opdragelse af børn og unge med psykiske afvigelser.

Stk. 2. Udvalget består af:

- a. 2 medlemmer, udpeget af amtsrådet,
- b. 1 medlem, udpeget af de børnepsykiatriske overlæger i amtet,
- c. 1 medlem, udpeget af de psykiatriske overlæger i amtet,
- d. 1 medlem, udpeget af de pædiatriske overlæger i amtet,
- e. amtslægen,
- f. amtskonsulenten for specialundervisning,
- g. amtsbørneværnskonsulenten eller anden sagkyndig repræsentant for børne- og ungdomsforsorgen,
- h. 1 medlem, udpeget af forsorgscentret.

Stk. 3. Udvalget vælger selv af sin midte en formand og fastsætter sin forretningsorden.

Stk. 4. Udvalget kan i fornødent omfang indkalde andre sagkyndige til at deltage i udvalgets forhandlinger.

Stk. 5. Udgifterne i forbindelse med udvalgets virksomhed afholdes af amtskommunen.

8 4. Udvalget skal virke for, at der fastlægges retningslinier for samarbejdet mellem de i amtet eksisterende kommunale, statslige og private institutioner og foranstaltninger til behandling, undervisning og opdragelse af børn og unge med psykiske afvigelser, og skal herom afgive indstilling til vedkommende myndigheder eller til samordningsudvalget.

Stk. 2. Udvalget skal bistå ved udarbejdelsen af forslag om oprettelse, udvidelse eller nedlæggelse af institutioner af den i stk. 1 omhandlede art.

Stk. 3. I undtagelsestilfælde kan udvalget formidle samarbejde om enkelte patient- og familiesager.

§ 5. For Københavns og Frederiksberg kommuner fastsætter indenrigsministeren med tilslutning fra socialministeren og undervisningsministeren nærmere regler for ordningen af de i §§ 3 og 4 omhandlede forhold efter forhandling med kommunalbestyrelserne.

Kapitel III.

Ikrafttrædelsesbestemmelser.

§ 6. Denne lov træder i kraft den

§ 7. Loven gælder ikke for Grønland og Færøerne, men kan ved kongelig anordning sættes i kraft for Grønland og - efter forhandling med det færøske hjemmestyre - for Færøerne med de lempelser, som efter de særlige stedlige forhold findes hensigtsmæssige.