

mangelfuld. De specialiserer sig for tidligt og bryder selv forbindelsen med den interne medicin, af hvilken psykiatrien er en del, ligesom den almindelige lægeuddannelse i altfor ringe grad tager hensyn til psykiatriske kundskaber. Den svenske medicinalstyrelse anbefaler, at der sættes ind på dette punkt, og hertil sluttede jeg mig.

Det er let forståeligt, at de mere aktive behandlingsmetoder, der er opstået i de senere år, har givet psykiatrien håb om at kunne blive jævnbyrdig med den øvrige interne medicin, men jeg fremhævede, at det drejer sig om noget forholdsvis nyt og om noget, som endnu i høj grad er genstand for diskussion indenfor de sagkyndiges kredse. Det er gang på gang sket, at man mente nu at have fundet det sidste ord, når talen var om behandlingen af sindssygdommene, og gang på gang har det vist sig, at håbet glippede. Denne erfaring synes at indeholde en advarsel imod nu at gå til revolutionerende foranstaltninger, hvor man bryder med alt det, der er bygget op gennem mange år.

Det er forståeligt, at sindssygelægerne koncentrerer opmærksomheden på de sygdomstilfælde, der er modtagelige for behandling. Men der er en fare for, at de øvrige ligesom glider mere i baggrunden, og det må ikke ske. Det er et af de punkter, hvori vort sindssygevæsen adskiller sig fra det amerikanske og mange andre landes, hvorfra så meget nyt kommer til os, at alle patienter, friske og kroniske tilfælde, har lige krav på interesse.

Jeg pegede i denne forbindelse på den kontrollerede familiepleje og hvorledes denne, efter i løbet af 25 år ved et enkelt hospital at være vokset fra at omfatte 160 til 463 patienter, i løbet af de følgende 4 à 5 år var dalet til 375, til trods for at der stadig var tilbud om gode plejehjem.

At opføre to hospitaler à 300 patienter samt et sekundærsygehus eller plejehjem ville økonomisk set både med hensyn til anlæg og til driften være langt kostbarere end et hospital med 600 sengepladser.

Et sådant lod sig meget vel dele i to afsnit à 300 senge, såfremt man ønskede en sådan deling, og det er blandt andet hertil den ovenfor citerede udtalelse i betænkningen af 28. november 1947 sigter.

Den ambulatoriske virksomhed er i stadig vækst — i løbet af 8 år fra 207 til 1236 patienter årlig —, men det er en erfaring, at den kun har haft fremgang ved de hospitaler, der udøver konsultativ virksomhed ude i deres opland, og at konsultationerne på selve hospitalerne søges mindre end de udenbys.

Erfaringerne fra det gamle Viborg sindssygehospital taler afgjort imod at oprette sekundærsygehus; at vende tilbage til denne ordning, hvis uheldige sider man kender, ville være et tilbageskridt. Plejehjem må for at bevare karakteren af hjem ikke overstige 100 à 125 senge.

Der er for mig ingen tvivl om, at sindssygeplejen også i fremtiden vil og bør have sin basis i sindssygehospitaler, indrettede for såvel den „lettere“ som den „tungere“ psykiatri. Den vil komme til at omfatte alle former for sindslidelser hos voksne og børn, både egentlige sindssygdomme af alle grader og psykoneuroser og psykopatier.

Medens de egentlige sindssyge og visse psykopater vil blive indlagt direkte på sindssygehospitalerne og undergivet den for disse gældende særlige lovgivning, vil psykoneuroserne kun undtagelsesvis blive hospitaliseret. De vil i første række blive behandlet af de praktiserende læger med vejledning fra de bestående psykiatriske konsultationer. Mellem disse og de almindelige sygehuse må oprettes et samarbejde, gående ud på, på den ene side, at konsultationernes patienter kan undergives undersøgelser af sygehusets specialister, og på den anden side sygehusets patienter undergives psykiatrisk undersøgelse af den ved konsultationen tjenstgørende psykiater og neurolog. For de undtagelsestilfælde, i hvilke en lidt længere varende mental observation bliver nødvendig, må konsultationen kunne belægge nogle få senge på sygehusets medicinske afdeling. Men basis for og øverste leder af den hele virksomhed er og bliver sindssygehospitalet og dets overlæge.

Den 2. februar 1950.

Brøchner-Mortensen.