

National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

Ex. A. S.O.U.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1934: 22

SOCIALDEPARTEMENTET

BETÄNKANDE

ANGÅENDE

DEN SLUTNA KROPPSSJUKVÅRDEN I RIKET

JÄMTE VISSA DÄRMED SAMMANHÄNGANDE SPÖRSMÅL

AVGIVET AV

STATENS SJUKVÅRDSKOMMITTÉ

STOCKHOLM

1934

Statens offentliga utredningar 1934

Kronologisk förteckning

1. Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Bilagor, band 2. Finanspolitikens ekonomiska verkningar. Av G. Myrdal. Norstedt. xij, 279 s. **S.**
2. Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Bilagor, band 3. Löneutvecklingen och arbetslösheten. Av A. Johansson. Norstedt. vj, 162 s. 1 bil. **S.**
3. 1933 års teaterutrednings betänkande. Del 1. De fasta statsunderstödda teatrarna. Norstedt. 164 s. **E.**
4. Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av försöksverksamheten på växt- och trädgårdsodlingens område. Kihlström. 198 s. **Jo.**
5. Betänkande med förslag angående frågan om lämpliga åtgärder till skydd för sjömän vid besök i utländska hamnar. Idun. 208 s. **H.**
6. Utredning med förslag om åtgärder för åstadkommande av billiga egnahemsbyggnader. Lindström. 56 s. **Jo.**
7. Betänkande i fråga om inrättande av ett institut för medellång och långfristig kreditgivning åt företag inom näringslivet. Marcus. 54 s. **Fi.**
8. Betänkande med förslag till sjöarbetstidslag. Norstedt. 130 s. **H.**
9. Medicinalstyrelsens förslag till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m. Marcus. 66 s. **S.**
10. Utlåtanden över utredningen angående tredje mans rätt till neutralitet i arbetskonflikter m. m. Norstedt. 214 s. **S.**
11. Utredning angående åtgärder för bekämpande av ungdomsarbetslösheten. Beckman. (2), 176 s. **S.**
12. Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Bilagor, band 4. Penningpolitik, offentliga arbeten, subventioner och tullar som medel mot arbetslöshet. Av B. Ohlin. Norstedt. viij, 176 s. **S.**
13. Stadshypotekssakkunnigas betänkande med förslag till förordningar angående konungariket Sveriges stadshypotekskassa samt angående grunderna för stadshypoteksföreningars bildande och verksamhet m. m. Marcus. 102 s. **Fi.**
14. Undersökningar angående det sociala hjälpklientelet. Av T. Jacobsson. Norstedt. 228 s. **S.**
15. Betänkande med förslag till bestämmelser angående upphandling av lantbruksprodukter m. m. för statens och kommunala inrättningars behov. Marcus. 88 s. **Fi.**
16. Betänkande med förslag till lag angående vissa ekonomiska stridsåtgärder m. m. Norstedt. 106 s. **S.**
17. Statliga cement- och betongbestämmelser av år 1934. Norstedt. 56 s. **K.**
18. 1928 års pensionsförsäkringskommitté. Betänkande med förslag rörande revision av den allmänna pensionsförsäkringen. Beckman. vij, 362 s. **S.**
19. Pensionsförsäkringsreformen. Kortfattad framställning av 1928 års pensionsförsäkringskommittés förslag rörande revision av den allmänna pensionsförsäkringen. Beckman. 26 s. **S.**
20. Betänkande med förslag till bestämmelser angående upphandling av inhemskt bränsle för statens stationära anläggningar m. m. Marcus. 54 s. **Fi.**
21. 1933 års teaterutrednings betänkande. Del 2. Utredning rörande teaterförhållandena i riket. Norstedt. 139 s. 8 pl. **E.**
22. Betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket jämte vissa därmed sammanhängande spörsmål. Norstedt. (2), 753 s. **S.**

Anm. Om särskild tryckort ej angives, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. **E.** = ecklesiastikdepartementet, **Jo.** = jordbruksdepartementet. Enligt kungörelsen den 3 febr. 1922 ang. statens offentliga utredningars yttre anordning (nr 98) utgivas utredningarna i omslag med enhetlig färg för varje departement.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1934 : 22
SOCIALDEPARTEMENTET

BETÄNKANDE

ANGÅENDE

DEN SLUTNA KROPPSSJUKVÅRDEN I RIKET

JÄMTE VISSA DÄRMED SAMMANHÄNGANDE SPÖRSMÅL

AVGIVET AV

STATENS SJUKVÅRDSKOMMITTÉ

STOCKHOLM 1934
KUNGL. BOKTRYCKERIET. P. A. NORSTEDT & SÖNER
331541

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

Innehållsförteckning.

Sid.

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet 3
Inledning 9

Avd. I. Allmänna översikter.

Kap. 1. Summarisk översikt över den allmänna hälso- och sjukvårdens yttre organisation 12
A. Den slutna sjukvården 12
B. Hälsovården och den öppna sjukvården 15
Kap. 2. Översikt över den slutna kroppssjukvårdens nuvarande ställning 18
A. Lasarett och sjukstugor 20
B. Specialsjukhus 31
C. Kompletterande anstalter 33

Avd. II. Den slutna kroppssjukvårdens olika grenar och riktlinjer för deras utbyggande.

Kap. 3. Lasarett med specialavdelningar (s. k. delade lasarett) 35
a) Återblick på lasarettens uppdelning i specialavdelningar och den därtill anslutna diskussionen 35
b) Kommitténs allmänna synpunkter på lasarettens uppdelning i specialavdelningar 50
c) Medicinska avdelningar 59
1. Avdelningar för medicinska sjukdomar i allmänhet 59
2. Speciella vårdanordningar för rheumatiska sjukdomar och psykoneuroser 67
d) Kirurgiska avdelningar 79
e) Avdelningar för ögonsjukdomar 89
f) Avdelningar för öron-, näs- och hals-(svalg-)sjukdomar 109
g) Avdelningar och anstalter för barnsbörd och kvinnosjukdomar . . 118
h) Avdelningar och anstalter för barnsjukdomar 143
i) Avdelningar för köns- och hudsjukdomar 152
k) Radiologiska avdelningar 162
l) Patologiska avdelningar 172
Kap. 4. Odelade lasarett — sjukstugor 175
Kap. 5. Samarbete mellan civil och militär sjukvård 195
Kap. 6. Vårdanstalter för lungtuberkulos 202
Kap. 7. Vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos 223
Kap. 8. Vårdanstalter för vanföra 233
Kap. 9. Vårdanstalter för epidemiska sjukdomar 247
Kap. 10. Vårdanstalter för barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis (s. k. Welanderhem) 280

Sid.

Kap. 11. Vårdanordningar för lupussjuka 287
Kap. 12. Vårdanordningar för spetälskesjuka 293
Kap. 13. Hem för kroniskt sjuka 297
Kap. 14. Anstalter för konvalescentvård 310
Kap. 15. Social kuratorsverksamhet vid sjukhus 316
Kap. 16. Sjuktransportväsendet 320
Kap. 17. Samverkan mellan sluten och öppen sjukvård 332

Avd. III. Huvudmannaskap, finansiering och samarbete.

Kap. 18. Nuvarande kostnader för den allmänna hälso- och sjukvården 345
Kap. 19. Allmänna riktlinjer beträffande huvudmannaskapet för och bidrag till hälso- och sjukvården 355
Kap. 20. Överflyttning av sjukvårdsuppgifter eller utgifter för dem från en huvudman till en annan 366
A. Överflyttningar inom den slutna sjukvården 366
B. Överflyttningar inom den öppna sjukvården 390
Sammanfattning 391
Kap. 21. Statsbidrag till den slutna sjukvården 392
A. Förslag till nya eller ändrade grunder för byggnadsbidrag och återbetalning av sådant bidrag 399
B. Förslag till nya eller ändrade driftbidrag och andra liknande bidrag 412
C. Förslag till nya eller ändrade resebidrag 437
Sammanfattning 450
Kap. 22. Landstingens ersättningar till primärkommunerna för viss sluten sjukvård 451
Kap. 23. Samverkan mellan olika landsting och med andra huvudmän 498
Kap. 24. Den slutna sjukvårdens förhållande till socialförsäkringen . . 516
A. Förhållandet till sjukförsäkringen 516
B. Förhållandet till olycksfallsförsäkringen 520
C. Förhållandet till pensionsförsäkringen 522

Avd. IV. Allmän sjukvårdsplan.

Kap. 25. Allmän sjukvårdsplan 534
Inledning 534
Förslag till allmän sjukvårdsplan 542

Tillägg.

Vårdanordningar för de s. k. allergiska sjukdomarna (astma) 568

Bilagor.

Tabeller 573
Textbilagor 691

Till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet.

Genom beslut den 12 mars 1929 bemyndigade Kungl. Maj:t dåvarande chefen för socialdepartementet att tillkalla högst fem sakkunniga att i de hänseenden, som angivits i statsrådsprotokollet över socialärenden för nämnda dag, inom departementet biträda med utredning rörande den slutna kroppssjukvården i riket. På grund av detta bemyndigande tillkallades samma dag såsom sakkunniga dåvarande riksgäldsfullmäktigen *C. G. Ekman* samt undertecknade generaldirektören och chefen för medicinalstyrelsen *N. E. Hellström*, f. d. förste aktuarien i statistiska centralbyrån, sekreteraren hos svenska landstingsförbundet *S. A. Odén*, ledamoten av riksdagens första kammare, hemmansägaren *N. J. M. Svensson* och dåvarande ledamoten av riksdagens andra kammare, kamreraren *E. I. Lindley*. Därjämte uppdrogs åt riksgäldsfullmäktigen Ekman att såsom ordförande leda de sakkunnigas förhandlingar. Till sekreterare hos de sakkunniga utsågs sekreteraren hos medicinalstyrelsen *I. O. Flygare*.

På därom gjord framställning entledigade chefen för socialdepartementet den 26 juni 1930 dåvarande statsministern C. G. Ekman från ovannämnda uppdrag samt tillkallade undertecknad landshövding *S. Lübeck* att i Ekmans ställe biträda med ifrågavarande utredning och därvid såsom ordförande leda de sakkunnigas förhandlingar.

För överläggningar i frågor rörande tuberkulossjukvården och för utarbetande av förslag till betänkande i denna del hava de sakkunniga, vilka antagit benämningen statens sjukvårdskommitté, med stöd av dem den 20 september 1930 lämnat bemyndigande tillkallat sekreteraren hos svenska nationalföreningen mot tuberkulos, föredraganden av tuberkulosärenden i medicinalstyrelsen, medicine doktorn *G. Neander*. Vidare hava de sakkunniga, jämlikt Kungl. Maj:ts medgivande den 4 mars 1932, uppdragit åt amanuensen i socialdepartementet *E. G. A. Björkquist* att tjänstgöra såsom biträdande sekreterare hos kommittén.

På anmodan har kommittén avgivit särskilda utlåtanden i följande ärenden, nämligen

den 17 juni 1929 angående separat genomförande av ordnad folktandvård m. m.,
den 22 november 1929 angående ett av särskilda sakkunniga den 24 oktober 1928 framlagt betänkande med förslag rörande uppförande av ett nytt kliniskt sjukhus i Stockholm m. m.,

den 19 december 1930 angående ett av medicinalstyrelsen uppgjort förslag till grunder för och anslag till anordnande av försöksverksamhet för för- och eftervård vid barnsbörd,

den 23 februari 1931 angående framställning av styrelsen för Konung Gustaf V:s jubileumsfond om godkännande av plan för fördelning av driftkostnaderna vid blivande centralanstalter för radioterapi vid kräfta,

den 30 april 1931 angående vid samma års riksdag väckt fråga om ändrad lydelse av 17 § i lagen den 22 juni 1928 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus,

den 10 december 1931 angående anordnande vid garnisonssjukhuset i Boden av en paviljong för vård av rheumatiskt sjuka m. fl.,

den 17 mars 1933 angående av 1929 års sjukhusstadgesakkunniga framlagda förslag till stadgar för vissa kustsanatorier m. m.,

den 16 oktober 1933 angående framställning om upplåtande för annat ändamål av epidemisjukhuset i Vetlanda,

den 24 januari 1934 angående framställning om upplåtande av epidemisjukhusen i Växjö och Ljungby för vård av vissa andra epidemiskt eller infektiöst sjuka än de i 2 § 1 mom. epidemilagen angivna samt

den 21 april 1934 angående uppförande av nytt sinnessjukhus i Linköping som beredskapsarbete.

Genom särskilda beslut har åt kommittén uppdragits

dels den 4 december 1931 att verkställa utredning och avgiva förslag i fråga om befrielse från skyldighet att återbära uppburet statsbidrag vid användande av epidemisjukhus för annat allmännyttigt ändamål än såsom anstalt, för vars uppförande eller inrättande statsbidrag kan utgå,

dels ock den 16 september 1932 att fullfölja av medicinalstyrelsen påbörjad utredning angående ifrågasatt statsbidrag till resor för ambulatorisk kvävgasbehandling av tuberkulösa samt inkomma med det yttrande eller förslag, vartill utredningen kunde föranleda.

Tillika hava för att tagas under övervägande vid fullgörandet av kommitténs uppdrag överlämnats följande framställningar med däröver avgivna yttranden:

1) genom remiss den 25 juni 1929 framställning av Jämtlands läns landsting angående ändring i lagen om fattigvården m. m.,

2) genom remiss den 21 januari 1930 framställning av Sveriges redareförening m. fl. den 31 juli 1929 angående åtgärder för underlättande av sjukhusvård för sjömän,

3) genom resolution 26 april 1930 dels framställning av svenska landstingsförbundets styrelse den 13 december 1923 angående ändrad lydelse av 40—42 m. fl. paragrafer i lagen om fattigvården, dels ock framställning av dåvarande Lidingö köpings fattigvårdsstyrelse den 10 januari 1924 i samma ämne,

4) med skrivelse den 3 juli 1931 framställning av medicinalstyrelsen den 18 februari 1929 angående meddelande av vissa föreskrifter för anställande av läkare vid polikliniker för könssjuka m. m.,

5) med skrivelse den 10 maj 1932 framställning av svenska vanföreanstalternas centralkommitté den 4 december 1931 angående ändrade bestämmelser för statsbidrag till resor av vanföra,

6) med skrivelse den 12 augusti 1932 skrift av sysslomannen vid S:t Olofshemmet i Halmstad R. Wallgren den 14 maj 1932 angående avvisande från barnsjukhuset i Göteborg av ett där intaget barn,

7) genom remiss den 29 december 1932 skrift av Alfred Karlsson, Bredåkra, den 10 oktober 1932 angående behov av »bröst- och lungklinik» i varje stad m. m. samt

8) genom remiss den 18 december 1933 framställning av Jämtlands läns lands-

ting den 31 oktober 1931 om förläggande till Östersund av en anstalt för kirurgisk tuberkulos.

Slutligen hava till kommittén för kännedom överlämnats:

9) med skrivelse den 14 maj 1929 ett av riksdagens andra kammare samma år godkänt utskottsutlåtande angående åtgärder för rheumatismens bekämpande och

10) med ovanberörda skrivelse den 10 maj 1932 ett av Kungl. Maj:t i 1932 års statsverksproposition under femte huvudtiteln, punkten 63, framlagt förslag till ändrade grunder för användning av anslagen till resor för vissa patienter vid kustsanatorierna m. fl. anstalter ävensom riksdagens skrivelse i ämnet.

Den under 4) härovan omförmälda framställningen, vilken av kommittén vid närmare prövning befunnits ligga vid sidan om dess egentliga arbetsuppgift, har icke föranlett något kommitténs yttrande.

Rörande kommitténs arbete och verksamhet i övrigt må erinras följande.

I underdånig skrivelse den 25 november 1930 har kommittén gjort framställning om visst förtydligande av § 1 i kungörelserna den 27 juni 1927 angående statsbidrag till uppförande, inrättande eller drift av hem för kroniskt sjuka (nr 245 och 246). Denna framställning har av Kungl. Maj:t bifallits genom särskilda kungörelser den 15 maj 1931 (nr 102 och 103).

På inbjudan av medicinalstyrelsen hava kommitténs samtliga ledamöter övervarit en i Stockholm den 3—4 februari 1930 anordnad konferens mellan läkare från hela landet för överläggning angående fortsatta åtgärder för tuberkulosens bekämpande, varvid många beaktansvärda synpunkter framkommo. Vid svenska landstingsförbundets tredje ordinarie möte i Stockholm den 21—22 november 1930 hade kommittén tillfälle att med förbundet överlägga i vissa landstingen nära berörande sjukvårdsfrågor, vilka då voro föremål för behandling inom kommittén, närmast ögonsjukvården, förlossningsvården, vården å hem för kroniskt sjuka ävensom samarbete mellan landsting och städer utanför landsting rörande lasarettsvården. För kommitténs arbete hava dessa överläggningar varit till stort gagn. Vid nämnda förbunds fjärde ordinarie möte i Stockholm den 24—25 november 1933 lämnades för landstingens information tvenne översikter av kommitténs då i huvudsak utarbetade betänkande, avseende den ena förslagets allmänna och ekonomiska innebörd samt den andra vissa frågor av särskild betydelse för landstingen.

Med stöd av vederbörligt bemyndigande hava vidare kommitténs ledamöter ävensom sekreteraren den 18—22 januari 1931 företagit en resa till Östergötland och Skåne för att dels bese sjukvårdsanläggningar med specialavdelningar samt hem för kroniskt sjuka, dels ock studera frågan om samarbete i sjukvårdshänseende mellan landsting å ena sidan och stad utanför landsting å andra sidan. Under resan besågos lasaretten i Norrköping, Söderköping, Lund, Malmö, Simrishamn och Kristianstad, Broby sanatorium, epidemisjukhuset i Simrishamn, fyra hem för kroniskt sjuka ävensom en del andra anstalter. Vid besöken i Lund och Malmö överlade kommittén med ledamöter av Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott och lasarettets direktion resp. ett antal ledande personer inom Malmö stads förvaltning angående bl. a. lämpligaste sättet för underlättande av utomlänspatienters intagande på sjukhus, särskilt dessas specialavdelningar.

Härjämte må nämnas, att kommittén i åtskilliga frågor konfererat med — förutom sakkunniga för ordnandet av tandläkarutbildningen — representanter för pensionsförsäkrings- och skatteutjämningskommittéerna samt för medicinalstyrelsen, pensionsstyrelsen och arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse ävensom under arbetets fortgång berett styrelser för läkarföreningar, representerande olika specialiteter, tillfälle att taga del av kommitténs preliminära förslag på olika punkter. Kommittén har därjämte haft förmånen att få överlägga med eller höra följande fackmän på sjukvårdens och denna närstående områden, nämligen

ordföranden i direktionen över allmänna barnhuset i Stockholm, landshövdingen *B. Hasselrot*,

statens inspektör för fattigvård och barnavård, kansliråd *R. G. H. von Koch*,

dåvarande överinspektören för sinnessjukvården i riket *E. Göransson*,

dåvarande inspektören för sinnesslövården i riket, medicinalrådet *R. Stenbeck*,

professorerna vid karolinska institutet, överläkarna *I. Holmgren*, *P. Haglund*, *G. Forssell*, *H. C. Jacobæus*, *V. Wigert* och *N. R. E. Antoni*,

docenterna vid karolinska institutet, föreståndaren för statens bakteriologiska laboratorium professor *C. A. Kling* samt överläkarna *J. H. Waldenström*, *K. J. Marcus*, *J. N. Schaumann*, *E. O. Lindbom* och *E. G. S. Perman* ävensom *E. B. Salén*,

kontrollanten över tillverkningen av sera m. m., professor *J. L. Reenstierna*,

dåvarande överläraren vid barnmorskeläroanstalten i Stockholm, professor *K. E. Bovin* och läraren vid samma anstalt, docenten *J. P. Nœslund*,

generalfältläkaren *F. J. Bauer*,

dåvarande förste provinsialläkaren i Norrbottens län, numera medicinalrådet *J. T. Byttner*, förste provinsialläkarna *Ch. Lundberg*, Stockholm, *K. O. Andersson*, Gävle, och *G. A. L. Halldén*, Vänersborg, ävensom provinsialläkaren *E. Wallquist*, Arjeplog, och extra provinsialläkaren *G. Gibson*, Sandviken,

överläkaren vid barnsjukhuset Simon och Mathilda Sachs minne, livmedikus *J. H. Ernberg*, lasarettsläkarna *S. Lindquist*, Stocksund, *T. Frieberg* och *S. Berggren*, Malmö, *H. T. F. Larsén*, Örebro, *M. Ljungdahl*, Malmö, och *J. A. Bjure*, Västerås, samt sjukstuguläkaren *A. Sjölander*, Sunne,

överläkaren vid sjukhuset S:t Görans avdelning för lungtuberkulos *E. Lindhagen*, sanatorieläkaren *A. V. Malmström*, Högbo, ledamöterna i svenska sanatorieläkarföreningens styrelse *S. Berg*, Kullsveden, *N. G. E. Vallentin*, Göteborg, och *A. H. E. Forsheim*, Sundsvall, ävensom sanatorieläkaren vid kustsanatoriet vid Apelviken *E. R. Hanson*,

dåvarande överläkaren vid Stockholms epidemisjukhus, numera professorn *A. Lichtenstein*, överläkaren vid vanföreanstalten i Hälsingborg *C. N. Holmdahl*, läkaren vid Radiumhemmet i Stockholm *E. G. E. Berven* samt medicine doktorn *J. Billström*, Stockholm,

läkaren vid Göteborgs Welanderhem *C. G. Åhman*, framlidne läkaren vid Welanderhemmet i Malmö *C. Cronqvist* och f. d. läkaren vid tvångsarbetsanstalten å Svartsjö *F. E. Berglund*,

arkitekten *E. C. Westman*, Stockholm,

landstingsdirektörerna *E. E. H. Eriksson*, Vänersborg, *G. Beijbom*, Nyköping, *N. V. Torstenson*, Göteborg, *A. H. Piscator*, Stockholm, *F. S. H. Lagerkwist*, Härnösand, och *S. E. C. von Hofsten*, Mariestad, samt landstingskamreraren *A. W. Berglund*, Kristianstad,

yrkesinspektrisen *Kerstin Hesselgren*, föreståndarinnan vid vanföreanstalten i Stockholm *Sigrid Höjer*, sociala kuratorn för Stockholms stads sjukhus *Jane Norén* och kuratorn vid Serafimerlasarettet *Inger Sundström* ävensom distriktsbarnmorskorna *Lina Ekelund*, Gnesta, och *Anna Eugenia Isberg*, Kiruna.

Återställande de ovan under 1—10 omförmälda handlingarna får statens sjukvårdskommitté härmed vördsamt överlämna »Betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket jämte vissa därmed sammanhängande spörsmål». Till grund för betänkandets olika delar med undantag av tuberkuloskapitlen, till vilka förslag avgivits av doktor Neander, ligga av undertecknade Hellström och Odén med biträde av sekreterarna upprättade promemorior, varvid Hellström företrädesvis behandlat de medicinska spörsmålen och Odén de ekonomiska. Vid utarbetandet av sina förslag har kommittén, i enlighet med direktiven, främst sökt taga sikte på vad som ur sjukvårdssynpunkt befunnits önskligt, att sedermera genomföras i mån som det allmänna kan påtaga sig ökade bördor för sjukvården. Kommittén har icke ansett lämpligt att, innan statsmakterna tagit ståndpunkt i princip till betänkandets olika delar, framlägga detaljerade förslag till erforderliga författningsbestämmelser utan som regel åtnöjt sig med att, där så synts påkallat, angiva dessas reella innebörd.

Med överlämnandet av detta betänkande torde de kommittén meddelade uppdragen få anses fullgjorda utom vad angår folktandvårdens ordnande, i vilken del kommittén har för avsikt att senare inkomma med betänkande.

Stockholm den 17 maj 1934.

SVEN LÜBECK.

NILS HELLSTRÖM. SVEN ODÉN.

M. SVENSSON. ERNST LINDLEY.

I. Flygare. *Erik Björkquist.*

Inledning.

Översikt av direktiven.

I samband med sin hemställan om tillsättande av nu ifrågavarande sakkunnigutredning lämnade föredragande departementschefen i uttalande till statsrådsprotokollet den 12 mars 1929 i åtskilliga hänseenden utförliga direktiv för utredningens omfattning och bedrivande. Det väsentligaste innehållet i dessa direktiv torde kunna sammanfattas sålunda:

Kommitténs uppdrag avser närmast den *slutna,* d. v. s. å anstalter eller vårdhem bedrivna allmänna sjukvården, dock med den begränsningen, att såväl sinnessjukvården, för vilkens ordnande en allmän plan nyligen uppgjorts och är under genomförande, som även sinnesslö- och epileptikervården, vilka sjukvårdsgrenar i vissa delar innefattas i planen beträffande sinnessjukvården och i andra viktiga hänseenden äro föremål för särskilda utredningar, i det stora hela falla utom ramen för kommitténs uppdrag. Utredningen omfattar m. a. o. huvudsakligen *anstaltsvård för kroppssjukdomar, skador eller kroppsfel,* i den mån denna utövas på offentliga eller av allmänna medel understödda vårdanstalter. Syftet med utredningen är att söka åstadkomma en *riksplan* för ett rationellt ordnande av nämnda sjukvård, i vad angår framtida åtgärder, så att den ej blott ur enskilda landsdelars eller enstaka vårduppgifters utan även ur hela rikets synpunkt och i sjukvårdens intresse över huvud efter hand kommer att motsvara vad som för överskådlig tid rimligen bör krävas, samtidigt som detta resultat vinnes för minsta möjliga kostnad, fördelad på rättvisaste sätt.

Gången av utredningen bör enligt departementschefen i stora drag vara följande:

I. Såsom utgångspunkt för utredningen verkställes en allmän inventering av det nu förefintliga anstaltsväsendet på kroppssjukvårdens område. Denna undersökning bör främst avse den allmänna lasarettsvården med dess specialavdelningar, men hänsyn bör ock tagas till andra vårdgrenar av större betydelse, såsom epidemivård, tuberkulossjukvård, behandling av kräftsjukdomar, vanförevård och kronisk sjukvård, eventuellt även vård vid barnsbörd och vård av rheumatiska sjukdomar. I samband härmed bör göras en utredning angående eller sammanställning av befintliga uppgifter rörande de kostnader, som för närvarande äro förenade med den allmänna sjukvården. Utredningen bör omfatta såväl nedlagda engångskostnader som löpande driftkostnader samt jämväl avse kostnadernas fördelning på staten, landsting, primärkommuner och enskilda.

II. Nästa led i utredningen bör gå ut på en undersökning av vilka anordningar, som kunna anses behövliga för en tillfredsställande ordning inom de olika ifrågavarande grenarna av sjukvård. Undersökningen bör ske i ganska stora drag och i första hand taga hänsyn till behovet ur rikssynpunkt. Genom en jämförelse med den verkställda inventeringen kommer därefter att framgå vad som återstår att göra. Yppas behov av ökade vårdmöjligheter, bör man främst söka täcka detta genom effektivare utnyttjande av redan befintliga anstalter under särskilt beaktande av möjligheterna till samorganisation mellan olika sjukvårdsområden och mellan olika vårdgrenar ävensom de förbättrade kommunikationernas betydelse för sjuktransporter. Även bör övervägas, i vad mån vårdplatser, närmast avsedda för mera tillfälliga sjukvårdsbehov, lämpligen kunna användas för mera beständiga sådana. Är åter en utökning av antalet totala vårdplatser ofrånkomlig, bör noga

tillses, att icke dyrbarare sådana planeras, än tillgodoseendet av det avsedda sjukvårdsbehovet kräver.

III. Efter dessa s. a. s. mera tekniska undersökningar bör utredningsarbetet främst inriktas på att söka åstadkomma en i möjligaste mån klar avgränsning mellan å ena sidan vad staten i fråga om den slutna kroppssjukvården bör för framtiden åtaga sig och å andra sidan vad som därutinnan bör åligga landstingen, respektive primärkommunerna, eller eventuellt kan lämnas åt enskilda sammanslutningars initiativ och omsorg. Väsentligast härvid är att undersöka, huruvida icke en bättre och mera enhetlig ordning än den nuvarande kan vinnas utan ökade totalkostnader för *det allmänna,* d. v. s. för staten, landstingen och primärkommunerna tagna såsom helhet. För främjande av nämnda syfte bör noga tagas under övervägande en sådan omläggning av statens ställning till olika sjukvårdsgrenar, att staten helt övertager någon eller några av de grenar, där nu i en eller annan form staten bidrager, under det att andra grenar, till vilka statsbidrag nu utgår, helt och hållet komma att vila på landstingen, vart för sig eller i samverkan med varandra.

IV. Härmed är man inne på utredningens kärnpunkt eller spörsmålet om ett rationellt ordnande, på sätt ovan antytts, av ifrågavarande sjukvård. Utredningen bör härvid söka finna lämpliga former för den samverkan mellan de administrativa enheterna på sjukvårdens område, som i detta hänseende erfordras. Övervägas bör ock, huruvida icke de spärrar mellan olika sjukvårdsområden, som nu existera i form av olika legosängsavgifter för sjuka, boende inom respektive utanför sjukvårdsområdet, kunna helt slopas eller deras hämmande verkningar på annat sätt övervinnas. Möjligen böra även fattigvårdslagens bestämmelser angående landstingens bidragsskyldighet till vissa av primärkommunernas sjukvårdskostnader revideras i den riktning, att en del av ifrågavarande kostnader alltid stanna på primärkommunerna mot det att landstingsbidrag erhålles i ett större antal fall än nu. Slutligen böra prövas möjligheten och lämpligheten av att åstadkomma mera enhetliga bestämmelser rörande statsbidragen än de nu gällande, därvid hänsyn bör tagas jämväl till möjligheten att på denna väg vinna skatteutjämning mellan de olika sjukvårdsområdena.

Betänkandets uppställning och innehåll.

Såsom av ovanstående framgår, har den kommittén förelagda uppgiften två sidor, dels en rent sjukvårdsorganisatorisk, dels en ekonomisk. Dessa båda sidor av det föreliggande problemet stå i intimaste samband med varandra och kunna icke lösas var för sig. För vinnande av erforderlig överskådlighet över sin arbetsuppgift har kommittén emellertid, jämlikt direktiven, först på grundval av de vårdtillgångar, varöver vårt land för närvarande förfogar, sökt bygga upp en stomme under hänsynstagande såvitt möjligt till de krav och önskemål i sjukvårdsorganisatoriskt hänseende, som framförts från de speciella fackmännen på området, lasarettsläkarna och specialisterna. Därefter har kommittén under beaktande av skäliga krav på återhållsamhet beträffande kostnaderna och rättvisa vid dessas fördelning gjort sina beräkningar och upprättat sina förslag.

I betänkandet redogöres i enlighet härmed först för det resultat, vartill kommitténs utredning angående sjukhusväsendets nuvarande ställning och behov av ytterligare vårdanordningar lett (Avd. I och II). Därefter upptager kommittén till behandling frågorna om sjukhusvårdens ändamålsenliga handhavande och finansiering med de överväganden rörande kostnadsfördelning och samarbete mellan stat, landsting, primärkommuner och enskilda, som befunnits påkallade (Avd. III). Betänkandet avslutas med en sammanfattande

framställning, inrymmande en allmän sjukvårdsplan för såväl sjukvårdsbehovens tillgodoseende som de därmed förenade kostnadernas fördelning (Avd. IV). Det kan icke undvikas, att en dylik uppläggning av betänkandet medför vissa upprepningar, varemot dock svarar fördelen av bättre överskådlighet. Gränsen mellan betänkandets olika delar har emellertid icke alltid strängt upprätthållits, utan ha stundom, då sammanhanget eller andra omständigheter så ansetts påfordra, ekonomiska uppgifter influtit i de sjukvårdsorganisatoriska avsnitten och omvänt. För vinnande av önskvärd överskådlighet beträffande vissa större avsnitt har kommittén till sin framställning i resp. ämne fogat en kort sammanfattning av kommitténs i ämnet framlagda synpunkter.

Kommitténs uppdrag ligger väsentligen vid sidan om frågor, som beröra sjukvårdsanstalternas ställning till huvudmännen och deras inre organisation. Dessa förhållanden regleras i lagen den 22 juni 1928 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus samt i sjukhusstadgan av samma dag, såvitt angår lasarett, sjukstugor, sanatorier och tuberkulossjukstugor, sådana dessa sjukvårdsinrättningar definieras i berörda lags 2 §, ävensom, på grund av särskild kungörelse nämnda dag, beträffande sådana för tuberkulossjuka avsedda anstalter, för vilkas uppförande eller inrättande statsbidrag åtnjutits eller till vilkas drift statsbidrag utgår utan att anstalten drives av landsting eller kommun; i övrigt gälla särbestämmelser, i den mån sådana äro utfärdade. Endast då särskilda skäl därtill föranlett, har kommittén upptagit spörsmål av ifrågavarande art till behandling.

Jämväl spörsmål, som röra anstaltsläkares kompetens och tillsättning, hava av kommittén i regel lämnats åsido. En mycket viktig del av den kommittén anförtrodda utredningen omfattar visserligen specialvårdens tillgodoseende. Fullföljandet av utredningsarbetet härutinnan har emellertid i det stora hela kunnat ske utan ingående på kompetensfordringar och tillsättningsregler för läkare. I enstaka fall, såsom t. ex. beträffande sjukstuguläkarna, har dock kommittén ansett sig böra närmare ingå på frågor av hithörande art.

Kommitténs förslag bygga i stort sett på väl kända sjukhustyper. Planläggningen av de viktigaste anstalterna, lasaretten, har nyligen varit föremål för utredning av särskilda sakkunniga, bestående av medicinalrådet E. Edén, förste aktuarien S. Odén, intendenten i byggnadsstyrelsen M. O. E. L. Hökerberg, arkitekten G. M. Birch-Lindgren, inspektrisen över sjuksköterskeväsendet K. M. Nordendahl och beträffande viss del av utredningen kaptenen E. G. Wersäll. På grund härav och då sjukvårdskommitténs utredning enligt direktiven borde ske i tämligen stora drag, har kommittén så gott som undantagslöst även lämnat frågor om själva anstalternas planläggning oberörda.

Slutligen vill kommittén förutskicka, att enär sinnessjukvården och denna närliggande vårdgrenar i huvudsak falla utanför kommitténs arbetsområde, kommittén i det nedanstående med sjukhus, sjukvårdsanstalter, sjukvårdsinrättningar, sluten sjukvård etc. städse avser vårdanordningar för *kroppssjukdomar* (somatiska sjukdomar), såvitt icke annat särskilt angives eller framgår av sammanhanget.

Avd. I. Allmänna översikter.

Kap. 1. Summarisk översikt över den allmänna hälso- och sjukvårdens yttre organisation.

Inom den allmänna hälso- och sjukvården skiljer man mellan hälsovård och öppen sjukvård, å ena sidan, samt sluten, d. v. s. å anstalter eller vårdhem bedriven sjukvård, å andra sidan. Kommitténs uppdrag avser, som nämnts, närmast den slutna sjukvårdens, enkannerligen den slutna kroppssjukvårdens ändamålsenliga ordnande. Det har likväl synts kommittén lämpligt att såsom en allmän bakgrund till betänkandets olika delar lämna en summarisk översikt över vår allmänna hälso- och sjukvårds yttre organisation i dess helhet, särskilt som densamma i jämförelse med andra sociala verksamhetsområden beträffande såväl målsmanskap som finansiering företer en synnerligen brokig och skiftande bild.

Högsta tillsynen över och ledningen av den allmänna hälso- och sjukvården i vårt land tillkommer medicinalstyrelsen. Under dennas överinseende handhaves och finansieras nämnda vård av staten, landstingen och primärkommunerna ävensom av vissa enskilda sammanslutningar och anstalter av halvofficiell karaktär, allt på sätt nedan framgår.

A. Den slutna sjukvården.

Lasaretts- och därmed jämförlig vård.

Den slutna sjukvården kan numera sägas utgöra stommen i vår allmänna sjukvårdsorganisation. Inom den slutna sjukvården intager i sin tur *lasarettsvården* eller den å lasarett, sjukstugor och därmed jämförliga anstalter bedrivna sjukvården utan tvekan främsta rummet. Denna ankommer enligt gällande sjukhuslag i stort sett på landsting och städer utanför landsting, vilka enligt samma lag även *böra* ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd. Sjukvårdsanstalterna benämnas i regel lasarett, då platsantalet överstiger 30, och sjukstugor, då platsantalet är högst 30. Åtskilliga lasarett hava för ett bättre tillgodoseende av olika vårdbehov uppdelats i specialavdelningar. I Stockholm, Göteborg, Hälsingborg, Linköping och Gävle finnas fristående barnbördshus samt i Stockholm, Göteborg och Malmö dessutom några halvkommunala barnsjukhus. I ett flertal städer finnas därjämte mindre, av primärkommuner eller enskilda drivna anstalter för barnsbörd. Härtill komma vissa huvudsakligen med statsmedel drivna sjukhus, i första hand Akademiska sjukhuset i Uppsala samt Serafimerlasarettet och Allmänna barnbördshuset i Stockholm, vilka hava karaktären av *undervisningssjukhus*. Till Akademiska sjukhuset bidraga Uppsala läns och Stockholms läns landsting, till

Serafimerlasarettet och Allmänna barnbördshuset Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Beslut har fattats om byggande av ett fjärde statligt undervisningssjukhus, nämligen Karolinska sjukhuset å Norrbackaområdet invid Stockholm, med bidrag från Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Lunds lasarett, som även tjänstgör såsom undervisningssjukhus, äges och drives däremot av Malmöhus läns landsting, ehuru staten lämnar bidrag till såväl byggnader som drift. Klinisk undervisning meddelas för närvarande dessutom vid åtskilliga andra sjukhus.

I detta sammanhang må erinras om den av staten bedrivna rent *militära* sjukvården, vilken närmast kan jämställas med den civila lasarettsvården. Särskilt är att märka, att enligt överenskommelser, som träffats mellan militära och civila sjukvårdsmyndigheter, även civila patienter i viss utsträckning mottagas vid en del armén tillhöriga sjukhus. Vidare må observeras den självständiga sjukvårdsverksamhet, som bedrives av *pensionsstyrelsen*. Denna verksamhet, som till allra största delen upprätthålles med överskottsmedel ur pensionsförsäkringsfonden, avser främst att tillförsäkra pensionsstyrelsens klientel sådan vård, som ej kan annorledes erhållas. För ändamålet har pensionsstyrelsen inrättat dels tre fristående kuranstalter, närmast avsedda för psykoneurosfall, dels ock vissa såsom lasarettsavdelningar drivna kuranstalter, huvudsakligen avsedda för rheumatici, varjämte styrelsen disponerar egen avdelning vid vanföreanstalten i Göteborg. Tilläggas kan, att pensionsstyrelsen även lämnar bidrag för beredande av vård å eljest tillgängliga sjukvårdsinrättningar samt för underlättande av yrkesutbildning av vanföra m. fl. ävensom i viss omfattning understödjer mera allmänna åtgärder, ägnade att i pensionsförsäkringens intresse förebygga eller häva arbetsoförmåga eller befordra folkhälsan, såsom anordnande eller utrustande av konvalescent- och barnhem, uppförande av smärre badanläggningar m. m.

Om man bortser från undervisningssjukhusen, militärsjukhusen och pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet ävensom viss sjukvårdsverksamhet i ödemarksområden, bidrager staten icke nämnvärt till den vanliga lasarettsvården eller därmed jämförlig vård. Dock utgår statsbidrag till vissa slag av specialsjukvård, i främsta rummet till den radiologiska sjukvården och lupusvården. Den radiologiska sjukvården, speciellt kräftsjukvården, är för närvarande stadd i en kraftig utveckling genom åtgärder från Konung Gustaf V:s jubileumsfond.

Annan kroppssjukvård.

Vid sidan av ovan nämnda sjukhus utgöra tuberkulosanstalterna, vanföreanstalterna och epidemisjukhusen viktiga anstalter för kroppssjukvård. Bland *tuberkulosanstalterna* må i första hand nämnas dels de i huvudsak av landsting och städer utanför landsting drivna sanatorierna och tuberkulossjukstugorna, dels de under förvaltning av Konung Oscar II:s jubileumsfond stående fyra s. k. folksanatorierna, båda nu nämnda anstaltskategorier avsedda för vård av lungtuberkulos, dels ock de s. k. kustsanatorierna, nedan benämnda vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos, vilka ägas och drivas av särskilda för ändamålet bildade föreningar. Dessutom finnas vid enstaka lasarett särskilda avdelningar för vård av lungtuberkulos eller kirurgisk tuber-

kulos, varjämte även en del primärkommuner inrättat egna lungtuberkulosanstalter, oftast i anslutning till ett ålderdoms- eller försörjningshem. Såväl till lungtuberkulosanstalterna som till kustsanatorierna utgå statliga byggnads- och driftbidrag. Till kustsanatoriernas drift lämna ock landstingen betydande bidrag. *Vanföreanstalterna* ägas och administreras av särskilda för ändamålet bildade föreningar. Dessa åtnjuta emellertid betydande bidrag från det allmänna. Driftbidrag utgå sålunda från såväl staten som landstingen. Genom särskilda riksdagsbeslut har staten därjämte i stor omfattning bidragit till uppförande och utvidgning av byggnader för vanföreanstalter. På förevarande område verkar även Eugeniahemmet, tillhörigt ett enskilt sällskap, som likaledes för driften åtnjuter årliga bidrag från stat och landsting. *Den slutna epidemisjukvården* är numera väsentligen en landstingens och storstädernas angelägenhet. Staten bidrager till såväl byggnads- som driftkostnader.

Nu nämnda anstalter, vilka i motsats till lasaretten och de därmed jämförliga sjukhusen äro helt avsedda för en speciell sjukvårdsuppgift, pläga benämnas »specialsjukhus». Till denna kategori höra likaledes de s. k. *Welanderhemmen*, avsedda för vård av barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis, ävensom *spetälskesjukhuset i Järvsö*. De förra ägas och drivas av särskilda stiftelser, som till hemmens drift i regel erhålla bidrag från det allmänna, det senare bekostas helt av statsverket.

Slutligen må i detta sammanhang ej förbises hemmen för kroniskt sjuka och konvalescenthemmen, båda ofta med hänsyn till deras uppgifter sammanfattade under den gemensamma benämningen »*kompletterande anstalter*». Hemmen för kroniskt sjuka fingo sin egentliga utveckling först efter 1927 års riksdag, då beslut fattades, att statsbidrag skulle utgå till såväl uppförande som drift av sådana hem. Konvalescenthemmen bekostas huvudsakligen med enskilda medel.

Sinnessjuk- och sinnesslövården.

Sinnessjukvården är i stort sett en statens angelägenhet. Flertalet landsting hålla emellertid fortfarande — i enlighet med i äldre bestämmelser stadgad skyldighet — sinnessjukavdelning, antingen vid sina lasarett eller vid statens sinnessjukhus. Vissa landsting hava dessutom för vård av mera lättskötta sinnessjukfall, som icke kunna erhålla plats å de statliga sinnessjukhusen, inrättat särskilda anstalter. Vid Lunds lasarett har, närmast för undervisningsändamål, nyligen inrättats en psykiatrisk klinik, som drives av Malmöhus läns landsting. Staten har ersatt landstinget samtliga byggnadskostnader för ändamålet och bidrager även till klinikens drift. Liksom landstingen hava ock städer utanför landsting egna anstalter för sinnessjukvård. Jämlikt särskilda kontrakt mellan staten, å ena, samt Stockholm, Göteborg och Malmö, å andra sidan, skola dessa städer fr. o. m. år 1934 (Malmö fr. o. m. 1936) i huvudsak ombesörja för dem erforderlig sinnessjukvård mot det att staten efter vissa normer ersätter större delen av kostnaden för vården. På grund av platsbristen vid de statliga sinnessjukhusen och bestämmelserna i gällande fattigvårdslag hålla även ett rätt stort antal andra primärkommuner anstalter för lindrigare fall av sinnessjukdom. Dessa anstalter äro antingen fristående eller ingå som avdelning vid fattigvårdsanstalt.

Å statens sinnessjukhus intagas även sådana *sinnesslöa*, vilka såsom våldsamma eller opålitliga icke kunna annorledes erhålla ändamålsenlig vård. Staten har vidare två uppfostringsanstalter för bildbara sinnesslöa, en för gossar och en för flickor, samt tre anstalter för vuxna vanartade sinnesslöa (asociala imbecilla). Härtill kommer statens vårdanstalt för blinda med komplicerat lyte, avsedd bl. a. för blinda sinnesslöa, ävensom en under uppförande varande anstalt för svårskötta obildbara sinnesslöa (idioter). Samtliga landsting och flertalet städer utanför landsting hava var för sig eller gemensamt anordnat uppfostringsanstalter för bildbara sinnesslöa barn, i vissa fall utbyggda med arbetshem för vuxna. Ett flertal landsting och ickelandstingsstäder hava vidare anordnat asyler för obildbara sinnesslöa i samband med uppfostringsanstalterna eller fristående. Även ett flertal enskilda sinnesslöanstalter finnas, de flesta avsedda för obildbara. Till driften av landstingens och nämnda städers ävensom till enskilda sinnesslöanstalter utgå statliga driftbidrag.

Slutligen må nämnas, att även vissa *epileptiker* kunna intagas å statens sinnessjukhus. Särskilda statliga epileptikeranstalter finnas ej för närvarande, men anordnande av en statens anstalt för fallandesjuka har av sinnesslövårdssakkunniga föreslagits. Däremot finnas en av landsting och sju av föreningar eller enskilda drivna särskilda epileptikeranstalter, samtliga med driftbidrag från staten.

B. Hälsovården och den öppna sjukvården.

De civila tjänsteläkarna.

Inom vår hälsovård och öppna sjukvård möta vi i första hand de s. k. civila tjänsteläkarna. Dessa, som icke äro bundna vid särskilda anstalter, utgöras av *dels* helt statsavlönade läkare, nämligen förste provinsialläkare, en i varje län, biträdande förste provinsialläkare, likaledes en i varje län, samt provinsialläkare, till ett antal av (maj 1933) 313 st., en i varje provinsialläkardistrikt, *dels* av landsting, primärkommuner eller enskilda företag, eventuellt med statsbidrag, avlönade extra provinsialläkare, 37 st., *dels* slutligen vissa av vederbörande städer eller stadsliknande samhällen avlönade läkare, nämligen med förste provinsialläkare jämställda förste stadsläkare 4 st., stads- och stadsdistriktsläkare 177 st. samt köpings- och municipalläkare 21 st. Dessa tjänsteläkare handhava ofta vid sidan av sin ordinarie tjänst befattning såsom läkare vid sjukstuga, tuberkulossjukstuga, epidemisjukhus eller hem för kroniskt sjuka. Inom socialdepartementet tillkallade sakkunniga hava nyligen avgivit betänkande med förslag rörande de civila tjänsteläkarnas ställning i städer och stadsliknande samhällen.

Barnmorskeväsendet

Jämte den civila tjänsteläkarinstitutionen intager sedan gammalt barnmorskeväsendet en framskjuten plats inom vår hälso- och öppna sjukvård. I den mån de före 1919 års barnmorskereglemente primärkommunalt anställda barnmorskorna avgått, har riket indelats i barnmorskedistrikt, vartdera omfattande en eller flera kommuner, i vissa fall del av en kommun. De där tjänstgörande barnmorskorna, vanligen en i varje distrikt, benämnas distriktsbarnmorskor. För närvarande finnas omkring 1 500 sådana barnmorskor, vartill komma en del reservbarnmorskor. Dessutom finnas ännu omkring 250 kom-

munalt anställda barnmorskor. I varje landstingsområde och i varje stad, som ingår i distriktsindelningen men ej deltager i landsting,[1] skall finnas en av landstinget resp. staden tillsatt barnmorskestyrelse med förste provinsialläkaren resp. förste stadsläkaren (stadsläkaren) som ordförande, vilken styrelse bl. a. har att fastställa taxa för distriktsbarnmorskorna och i allmänhet hava överinseende över dessa. Förutom de ersättningar, som jämlikt nämnda taxa utgå för utförda förrättningar eller rådfrågningar, äga distriktsbarnmorskorna uppbära fast lön, vartill bidrag lämnas av staten, landstingen och vederbörande primärkommuner. Till följd av på senare tid tillkomna barnbördshus eller barnbördsavdelningar vid lasaretten samt födelsefrekvensens nedgång pågår för närvarande en reducering av barnmorskedistriktens antal. I ett år 1929 framlagt kommittébetänkande angående moderskapsskydd hava vissa nya bestämmelser angående barnmorskornas ställning föreslagits.

Distriktsvården. Den s. k. distriktsvården handhaves närmast av distriktssköterskorna, vilka hava till uppgift att meddela sjukvård i hemmen och att i samband därmed utöva upplysande och rådgivande verksamhet i hälsovårdsfrågor. Statsbidrag utgår till landsting, landskommuner eller sammanslutningar av landskommuner, som inom sitt område ordna distriktsvård av viss natur och i enlighet med av medicinalstyrelsen godkänd plan. Sådan distriktsvård finnes eller är beslutad i samtliga landstingsområden omfattande inalles 469 sjuksköterskor. I fyra landstingsområden handhar landstinget ensamt distriktsvården, utan bidrag från primärkommunerna; i åtta landstingsområden lämna primärkommunerna landstinget bidrag för ändamålet, antingen kontant eller i form av bostad eller andra naturaförmåner; i likaledes åtta landstingsområden handhava primärkommunerna distriktsvården med bidrag från landstingen, och i återstående fem landstingsområden handhaves vården av primärkommunerna utan bidrag från landstingen. I flertalet städer finnas helt kommunalavlönade sjuksköterskor med i viss mån enahanda funktioner som distriktssköterskorna.

Dispensärverksamheten. Dispensärverksamheten utgör det viktigaste ledet i det förebyggande tuberkulosarbetet. Dispensärerna och där anställda s. k. dispensärsköterskor hava att uppsöka fattiga lungsiktiga familjer, föranstalta undersökning av familjemedlemmarna och lämna dem erforderliga råd och upplysningar samt vid behov även understöd i form av livsmedel m. m. I allmänhet organiseras och handhaves numera dispensärarbetet av resp. landsting, och oftast finnes i varje län en för länet gemensam dispensärstyrelse. Förutom landstingen deltaga jämväl staten och primärkommunerna ävensom svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt enskilda personer och företag i kostnaderna för dispensärvården. Antalet dispensärer är statt i rask tillväxt; antalet statsunderstödda dispensärer uppgick vid utgången av år 1932 till omkring 225.

År 1933 har medicinalstyrelsen framlagt förslag till omorganisation av distriktsvården, åsyftande bl. a. att möjliggöra en sammanslagning av distrikts- och dispensärvården.

[1] F. n. endast Norrköping.

I övrigt må anmärkas, att staten gäldar kostnaderna för åtgärder mot könssjukdomar i smittsamt skede och farsoter samt lämnar bidrag till lindring av mindre bemedlade patienters å landsbygden sjukvårdskostnader, skyddskoppympning, förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden ävensom till sjuktransportväsendet, bl. a. till sjuktransporter med flygplan. Bidragen till ödemarkssjukvården (i de tre nordligaste länen) avse uppförande av sjukstugor, förhyrande av lokaler för provisoriska sjukhärbärgen, förhöjning av statsbidraget till distriktssköterskor, anställande av samariter, avlöningstillägg och flyttningskostnadsbidrag åt distrikts- och reservbarnmorskor samt anskaffande, drift och underhåll av för sjuktransport avsedd automobil eller motorbåt. *Övrig hälso- och öppen sjukvård.*

Landstingen hava, framför allt i samband med epidemisjukhusen och lasaretten, vidtagit åtgärder för transporter av de sjuka. Ambulansväsendet i storstäderna handhaves i regel av städernas brandkårer. Dylikt av brandkårerna handhaft ambulansväsende förekommer även i ett rätt stort antal städer, som deltaga i landsting. Vissa landsting handhava och bekosta därjämte särskilt anordnad bostadsinspektion. Inom socialdepartementet tillkallade sakkunniga hava nyligen avgivit förslag beträffande bostadsinspektion på landsbygden, innebärande bl. a. att distriktssköterskorna skola taga befattning med denna verksamhet.

Kap. 2. Översikt över den slutna kroppssjukvårdens nuvarande ställning.

I detta kapitel med tillhörande tabeller (nr 1—22) framlägger kommittén resultatet av den anbefallda inventeringen beträffande anstaltsväsendet inom den allmänna kroppssjukvården. Enär vid tidpunkten för inventeringen det huvudsakliga materialet för denna — årsberättelserna från vederbörande sjukvårdsinrättningar — i allmänhet icke förelegat för senare år än 1929, har inventeringen i det stora hela avseende på ställningen vid utgången av nämnda år. Där annorlunda är fallet, angives detta särskilt. I den mån så utan avsevärd omgång eller olägenhet kunnat ske, hava till inventeringsuppgifterna fogats kompletterande upplysningar om mera anmärkningsvärda förändringar, som inträffat efter inventeringens verkställande intill utgången av år 1931. Vissa senare inträffade förändringar eller beslut därom hava anmärkts i särskilda noter.

I inventeringsöversikten redovisas som regel icke andra sjukvårdsinrättningar än dem, för vilkas driftkostnader stat, landsting, stad utanför landsting eller primärkommun helt eller i sista hand svarar. Från denna regel har avvikelse skett i två hänseenden. Å ena sidan hava nämligen för ernående av önskvärd fullständighet medtagits tuberkulossjukvårdsanstalter, för vilkas driftkostnader det allmänna visserligen icke svarat men vilka dock åtnjutit statsbidrag till driften, ävensom de enskilda vanföreanstalterna och de s. k. Welanderhemmen. Å andra sidan hava av barnbördsanstalterna redovisats endast sådana, som ägas av stat, landsting eller stad utanför landsting. I de fåtal fall, då primärkommuner ägt dylika anstalter, har nämligen platsantalet å dessa mestadels varit mycket ringa. De fristående barnbördsanstalterna och barnsjukhusen, vilka samtliga praktiskt taget äro att räkna till det allmänna sjukhusväsendet, hava sammanfattats under benämningen »med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar». I den mån eljest i enstaka fall förekomma fristående anstalter, representerande viss eller vissa grenar av lasarettsvården, hava dessa nedan hänförts till gruppen »lasarett» och ingå bland resp. specialavdelningar vid lasarett.

Med avseende å den lokala fördelningen av anstalterna har vid redovisningen iakttagits gällande indelning i landstingsområden och städer utanför landsting, dock att Hälsingborgs stad och Malmöhus läns landstingsområde resp. Gävle stad och Gävleborgs läns landstingsområde på grund av den intima samverkan i sjukvårdshänseende, som äger rum mellan dessa sjukvårdsområden, vanligen sammanförts till vardera ett sjukvårdsområde. Vad lasaretten an-

går har därjämte beaktats, att av vårdplatserna å Serafimerlasarettet vardera av Stockholms stad och Stockholms läns landsting enligt avtal disponerar visst antal, under det att återstoden är avsedd för patienter från hela riket, samt att nämnda landsting jämväl förfogar över visst antal vårdplatser å såväl sjukhuset Eira i Stockholm som Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Däremot har vid inventeringen hänsyn icke tagits till vården av civila sjuka å de militära sjukhusen. Vid de militära sjukhus, som upplåtits för vård av civila, emottagas nämligen i allmänhet sådana patienter endast i den mån, som det militära sjukvårdsbehovet så medgiver, eller ock har någon fördelning av patienterna å skilda vårdkategorier ej verkställts. Närmare upplysningar angående ifrågavarande vård lämnas i kap. 5.

Resultatet av inventeringen redovisas i följande grupper:

A. Lasarett och sjukstugor:

1. Lasarett, med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar samt sjukstugor.
2. Avdelningar för invärtes medicin.
3. Avdelningar för kirurgi.
4. Avdelningar för ögonsjukdomar.
5. Avdelningar för öron-, näs- och hals-(svalg-)sjukdomar.
6. Avdelningar och anstalter för barnsbörd och kvinnosjukdomar.
7. Avdelningar och anstalter för barnsjukdomar.
8. Avdelningar för köns- och hudsjukdomar.
9. Avdelningar för ortopedi.
10. Avdelningar för radiologi.
11. Avdelningar för rheumatiska sjukdomar.
12. Avdelningar för neuroser.

B. Specialsjukhus:

13. Vårdanstalter för lungtuberkulos.
14. Vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos.
15. Vårdanstalter för vanföra.
16. Vårdanstalter för epidemiskt sjuka.
17. Vårdanstalter för barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis (s. k. Welanderhem).
18. Spetälskesjukhuset i Järvsö.

C. Kompletterande anstalter:

19. Hem för kroniskt sjuka.
20. Anstalter för konvalescentvård.

Som specialavdelning vid lasarett redovisas i regel endast *vård*avdelning, som förestås av egen läkare. Undantag härifrån har endast gjorts beträffande vissa avdelningar för barnsbörd samt för vård av rheumatiska sjukdomar och neuroser.

A. Lasarett och sjukstugor.

1. **Lasarett, med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar samt sjukstugor.** Ifrågavarande sjukvårdsanstalter redovisas i tabellerna 1—5. Tabell 1 innehåller totaluppgifter för hela riket angående antalet anstalter av berörda slag, antalet vårdplatser, intagna och underhållsdagar, medeltalet vårdade per dag samt medelvårdtiden. Tabell 2 angiver för varje sjukvårdsområde antalet vårdplatser, i och för sig och per 10 000 invånare, samt medeltalet vårdade per dag, i och för sig och i förhållande till antalet vårdplatser. Tabellerna 3 och 4 angiva för lasaretten resp. sjukstugorna, förutom antalet vårdplatser, antalet anstalter, intagna och underhållsdagar, likaledes fördelade å de olika sjukvårdsområdena. Tabell 5 slutligen innehåller motsvarande uppgifter för lasaretten *jämte* sjukstugorna.

Största intresset torde knyta sig till de i tabell 2 lämnade uppgifterna om antalet vårdplatser i förhållande till befolkningstalet (kolumnerna 9—13) och medeltalet vårdade per dag i förhållande till antalet vårdplatser (kolumnerna 23—27). Ur dessa uppgifter torde i stora drag kunna utläsas, i vad mån den befintliga vårdplatsstocken är jämnt fördelad å de skilda sjukvårdsområdena med hänsyn till befolkningstätheten samt i vad mån lasaretts- och sjukstuguväsendet nått en sådan utveckling, att vårdbehovet kan anses täckt.

Vad först beträffar förhållandet mellan antalet befintliga vårdplatser och befolkningstalet framgår av tabell 2, kolumn 11, att i fråga om lasarett och därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar de fyra största städerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping samt Uppsala och Malmöhus läns landstingsområden (det sistnämnda inkl. Hälsingborgs stad) hava ett avsevärt försteg framför övriga delar av riket med ett antal vårdplatser per 10 000 invånare av i jämna tal resp. 70, 46, 48, 48, 39 och 37 mot 27·3 för hela riket. Frånräknas vårdplatserna å sjukhuset S:t Eriks i Stockholm medicinska och kirurgiska avdelningar, där i stor utsträckning lämnas vård, som har karaktär av vård utav kroniskt sjuka, blir motsvarande tal för Stockholms stad 49. Förklaringen till dessa relativt höga tal ligger nära till hands: de stora städernas bättre ekonomiska resurser, de lätta sjuktransporterna och trångboddheten verka alla i angiven riktning. Beträffande Uppsala och Malmöhus läns landstingsområden inverkar i hög grad den omständigheten, att de stora kliniska sjukhusen, Akademiska sjukhuset i Uppsala resp. lasarettet i Lund, äro där belägna. Å såväl de båda sistnämnda som övriga här berörda sjukhus föreligger ock en relativt stor belastning av patienter från främmande sjukvårdsområden. Av återstående sjukvårdsområden ligga endast Västmanlands, Västernorrlands och Stockholms läns landstingsområden över medeltalet för riket med talen 32, 29 och 28. Bortser man från de fyra största städerna samt Uppsala och Malmöhus läns landstingsområden, erhålles för återstoden av riket ett medeltal av 20 vårdplatser per 10 000 invånare. Detta tal överskrides eller uppnås av, förutom Västmanlands, Västernorrlands och Stockholms läns landstingsområden, ytterligare fem, nämligen Östergötlands, Gävleborgs (inkl. Gävle stad), Södermanlands, Blekinge och Värmlands läns landstings-

områden i nu nämnd ordning. Femton landstingsområden underskrida alltså medeltalet 20. Mindre än 15 platser per 10 000 invånare hava dock endast fem, nämligen Kronobergs, Älvsborgs, Kalmar läns norra, Norrbottens och Örebro läns landstingsområden, där talen utgöra resp. 14·7, 14·0, 14·5, 12·3 och 8·3. Beträffande sistnämnda landstingsområde är dock att märka dels att antalet vårdplatser å länets lasarett år 1931 mer än fördubblats (numera 400), dels ock att länet har ett väl utvecklat sjukstuguväsende.

I fråga om sjukstuguväsendet utvisar tabell 2, kolumn 12, att detsamma, förutom i Örebro län, uppnått en relativt stor omfattning i Värmlands, Kopparbergs och framför allt Västerbottens län. Vid undersökning, huru förhållandet mellan vårdplatserna och befolkningstalet ställer sig, om jämväl sjukstugorna medräknas, finner man av kolumn 13 i nyssnämnda tabell, att även för sådant fall medeltalet vårdplatser per 10 000 invånare för hela riket — här 29·4 — avsevärt överskrides av Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping ävensom Uppsala och Malmöhus läns landstingsområden. Talen för dessa sjukvårdsområden äro desamma som i kolumn 11 utom beträffande Uppsala läns landstingsområde, som här uppvisar en något högre siffra (42·5). I övrigt överskrides medeltalet för riket endast av Västmanlands läns landstingsområde (33·2). Närmast under medeltalet komma Västernorrlands, Västerbottens och Stockholms läns landstingsområden med resp. 29·3, 28·0 och 27·8 vårdplatser per 10 000 invånare. Därest nyssnämnda städer samt Uppsala och Malmöhus läns landstingsområden frånräknas, erhålles för återstoden av riket ett medeltal av 22·7 vårdplatser per 10 000 invånare, vilket överskrides eller uppnås av — förutom Västmanlands, Västernorrlands, Västerbottens och Stockholms läns landstingsområden — ytterligare fem, nämligen Östergötlands, Södermanlands, Värmlands, Kopparbergs och Gävleborgs läns landstingsområden i nu nämnd ordning. Här underskrides alltså det lägre medeltalet av fjorton landstingsområden, av vilka Örebro läns, Kalmar läns norra, Gotlands och Norrbottens läns landstingsområden intaga den ogynnsammaste ställningen. För förstnämnda landstingsområde har dock, som nämnts, sedermera inträtt en avsevärd förbättring.

Vad härefter angår förhållandet mellan medeltalet vårdade per dag och antalet vårdplatser vill kommittén till en början erinra, att varje vårdplats icke lämpligen kan vara belagd utan avbrott året runt. Varje sjukrum bör för vädring och reparation vara obelagt viss tid per år. Behovet av vårdplatser är vidare något olika under olika tider av året. Det är tillika i hög grad önskvärt, att åtminstone på större vårdavdelning å respektive mans- och kvinnoavdelningar minst en sjuksäng hålles reserverad för hastigt påkommande sjukdoms- eller olycksfall. Någon mera allmänt vedertagen siffra för betecknande av den tid, en vårdplats normalt bör kunna beläggas per år, finnes kommittén veterligt icke. Med 14 dagar reserverade för vädring och reparation av sjukrum beräknar kommittén denna tid till högst 330 dagar. Efter denna beräkningsgrund skulle en medelbeläggning av 90·5 eller i runt tal 90 vårdade per 100 vårdplatser året om, nedan benämnd *normal beläggningskapacitet*, angiva, att vederbörande anstalt vore mycket väl belagd.

Med denna utgångspunkt finner man av kolumnerna 23—27 i tabell 2, att den *faktiska* medelbeläggningen för riket i dess helhet år 1929 var för hög beträffande såväl lasaretten som sjukstugorna (resp. 95 och 97). Medräknas de med lasaretten jämförliga sjukvårdsinrättningarna, blir rikets medelbeläggningssiffra i allt fall för hög (för alla tre anstaltskategorierna tillsammans 95). Kolumn 25, avseende lasarett och därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar, utvisar en beläggning, som understiger den normala beläggningskapaciteten endast för Stockholm, Göteborg och Malmö (resp. 84, 89 och 87) samt för Göteborgs och Bohus läns landstingsområde (88). Det låga talet för Stockholm torde närmast bero därpå, att vårdplatserna å S:t Eriks sjukhus varit till omkring en femtedel obelagda. Att märka är jämväl, att siffran för Göteborgs stad ökas till 98, om hänsyn tages endast till lasaretten (kolumn 23). För övriga sjukvårdsområden ligger det faktiska beläggningstalet för högt. Bortser man från Örebro läns landstingsområde, där vårdplatsantalet numera ökats högst betydligt, återfinnas de högsta talen i Kopparbergs, Norrbottens, Kalmar läns södra, Västerbottens, Kristianstads, Hallands, Skaraborgs och Västernorrlands läns landstingsområden, varierande mellan 117 och 100 vårdade per 100 vårdplatser.

Beträffande sjukstugorna (kolumn 26) äro beläggningstalen för Kalmar läns norra, Norrbottens, Värmlands, Västerbottens och Jönköpings läns landstingsområden anmärkningsvärt höga (resp. 206, 128, 103, 102 och 100). För Örebro läns, Kalmar läns södra, Älvsborgs, Kopparbergs och Västmanlands läns landstingsområden variera motsvarande tal mellan 98 och 93; i återstående åtta landstingsområden, där sjukstugor finnas, ligga talen så lågt som mellan 79 och 60. Räknas lasaretten, de därmed jämförliga sjukvårdsinrättningarna samt sjukstugorna som en enhet (kolumn 27), erhållas samma tillfredsställande beläggningssiffror som i kolumn 25 för Stockholm, Göteborg och Malmö samt för Göteborgs och Bohus läns landstingsområde. För övriga sjukvårdsområden ligger beläggningstalet över 90 utom för Uppsala läns landstingsområde, där det faktiska beläggningstalet och den normala beläggningskapaciteten sammanfalla. Om Örebro läns landstingsområde frånräknas, erhållas de högsta beläggningstalen för samma landstingsområden som i kolumn 25 jämte Kalmar läns norra landstingsområde, vilket på grund av den osedvanligt höga beläggningen å sjukstugorna här uppnår hög beläggningssiffra. Ordningsföljden bliver: Norrbottens, Kopparbergs, Kalmar läns södra, Kristianstads, Kalmar läns norra, Västerbottens, Hallands, Skaraborgs och Västernorrlands läns landstingsområden. Talen variera mellan 114 och 100. Förhållandet mellan den faktiska beläggningen och den normala beläggningskapaciteten å lasaretten, de därmed jämförliga sjukvårdsinrättningarna och sjukstugorna belyses ytterligare i tabellerna 6 och 7, till vilka den intresserade hänvisas.

Under åren 1930—1931 har antalet vårdplatser ökats i väsentlig omfattning, nämligen med 1 389 å lasaretten, 3 å de med lasaretten jämförliga sjukvårdsinrättningarna samt 122 å sjukstugorna eller tillhopa 1 514 platser. Härvid hava icke medräknats 58 under år 1931 tillkomna platser vid Serafimerlasa-

rettet, vilka enligt uppgift från lasarettet skulle redovisas först för år 1932, ej heller förefintliga platser å en i oktober 1931 öppnad avdelning vid lasarettet i Värnamo, enär, såvitt lasarettets årsberättelse för 1931 utvisar, antalet vårdplatser därstädes ännu ej fastställts vid sagda års utgång. Av de nytillkomna lasarettsplatserna belöpa endast 41 å de odelade lasaretten; återstående platser fördela sig på olika specialavdelningar i enlighet med vad nedan närmare framgår.

Innan kommittén övergår till redovisningen av dessa specialavdelningar, vill kommittén i korthet redogöra för resultatet av en av kommittén med ledning av lasarettens årsberättelser för 1930 gjord undersökning angående vårdplatsernas fördelning mellan de enskilda och halvenskilda rummen, å ena, samt de allmänna salarna, å andra sidan, ävensom beläggningsförhållandena därstädes. På grund av materialets ofullständighet i nämnda hänseende har en dylik jämförelse kunnat verkställas blott för 48 eller något över hälften av samtliga lasarett. Undersökningen gav följande resultat:

48 lasarett	Antalet vårdplatser	Medeltal vårdade per dag		Medelvårdtid, dagar
		totala antalet	i % av antalet vårdplatser	
Enskilda rum + halvenskilda rum .	927	609	66	18·8
Allmän sal	8164	8155	100	24·5

För 39 av dessa 48 lasarett kunna ur årsberättelserna uppgifter i förenämnda hänseende erhållas även för de enskilda och halvenskilda rummen var för sig. Resultatet av en sådan undersökning blev följande:

39 lasarett	Antalet vårdplatser	Medeltal vårdade per dag		Medelvårdtid, dagar
		totala antalet	i % av antalet vårdplatser	
Enskilda rum	192	98	51	17·5
Halvenskilda rum	561	432	77	19·0

Antages, att förhållandena i förevarande avseende vid de 9 lasarett, beträffande vilka separata uppgifter för enskilda rum och halvenskilda rum icke kunnat vinnas, i stort sett äro likartade med förhållandena å nyssberörda 39 lasarett, erhållas följande tal för samtliga 48 lasarett:

48 lasarett	Det procentuella antalet vårdplatser	Medeltalet vårdade per dag i % av antalet vårdplatser	Medelvårdtid, dagar
Enskilda rum	2·6	51	17·5
Halvenskilda rum	7·6	77	19·0
Allmän sal	89·8	100	24·5

Av tabellerna framgår, att icke mindre än c:a $^{9}/_{10}$ av samtliga vårdplatser å ifrågavarande lasarett äro förlagda till de allmänna salarna. Dessa vårdplatser synas ock vara i icke ringa grad överbelagda i förhållande till den förenämnda beläggningskapaciteten (90). Genomsnittsbeläggningen å de enskilda och halvenskilda rummen uppgår däremot icke till detta tal. Anmärkningsvärt låg är siffran för de enskilda rummen. Medelvårdtiden synes, i likhet med genomsnittsbeläggningen, vara högst å de allmänna salarna och lägst å de enskilda rummen. Förklaringen härtill torde bland annat vara att söka däri, att patienterna å de enskilda och halvenskilda rummen i regel hava större möjligheter att genom fortsatt vård i hemmen förkorta sjukhusvistelsen.

2. **Avdelningar för invärtes medicin.** Statistiska uppgifter om avdelningarna för invärtes medicin återfinnas i tabellerna 1, 2 och 8. I tabell 1 lämnas totaluppgifter för hela riket angående antalet avdelningar, vårdplatser, intagna och underhållsdagar, medeltalet vårdade per dag samt medelvårdtiden. Tabell 2 angiver för varje sjukvårdsområde antalet vårdplatser, i och för sig och per 10 000 invånare, samt antalet vårdade per dag, i och för sig och i förhållande till antalet vårdplatser. Tabell 8 utvisar för varje särskild avdelning antalet vårdplatser och deras beläggning år 1929. Kommittén vill förutskicka, att medan i allmänhet fall av barnsjukdomar mottagas å de medicinska avdelningarna, detta dock oftast ej är fallet i sjukvårdsområden, där särskilda anstalter eller avdelningar för dylika sjukdomar finnas, varför tabellernas siffror för de olika sjukvårdsområdena och avdelningarna ej i allo äro fullt jämförbara.

Av tabell 8 inhämtas bland annat, att de vid 1929 års utgång i riket befintliga 24 avdelningarna för invärtes medicin voro fördelade med 6 å Stockholms stad, 2 å vartdera av Malmöhus (inkl. Hälsingborg) och Västernorrlands läns landstingsområden samt 1 å var och en av städerna Göteborg, Malmö och Norrköping samt Stockholms, Uppsala, Östergötlands, Jönköpings, Kristianstads, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs (inkl. Gävle) och Västerbottens läns landstingsområden. Icke mindre än 12 landstingsområden saknade alltså vid 1929 års utgång lasarettsavdelning för invärtes medicin. Under åren 1930—1931 hava emellertid i samband med utvidgning eller delning av vederbörande sjukhus medicinska avdelningar inrättats vid sjukhuset S:t Göran i Stockholm samt lasaretten i Nyköping, Kalmar, Uddevalla, Vänersborg, Borås, Lidköping och Östersund, varjämte beslut fattats om inrättande av en medicinsk avdelning vid lasarettet i Eskilstuna (öppnad 1932). Antalet landstingsområden utan medicinsk avdelning kan därför sägas hava vid 1931 års utgång reducerats till 6, nämligen Kronobergs, Kalmar läns norra, Gotlands, Blekinge, Hallands[1] och Norrbottens läns landstingsområden.[2]

Av tabell 2, kolumn 14, framgår, att sammanlagda antalet vårdplatser å avdelningar för invärtes medicin år 1929 uppgick till 5·4 per 10 000 invånare för

[1] Beslut numera fattat om delning även av lasarettet i Halmstad (se kap. 3 c).

[2] Jämlikt avtal med Kungl. Maj:t och Kronan har civilbefolkningen i Norrbottens län tillgång till ifrågavarande specialvård på garnisonssjukhuset i Boden. Motsvarande är förhållandet i Stockholm samt i Jönköpings och Västernorrlands län (se kap. 5).

hela riket. De högsta relationstalen i detta avseende hade städerna Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping samt Uppsala läns och Malmöhus läns landstingsområden med resp. 26·9, 8·2, 9·3, 10·4, 11·1 och 7·2, dock att talet för Stockholms stad sjunker till 10·0, om vårdplatserna för invärtes medicin å sjukhuset S:t Erik frånräknas. För övriga sjukvårdsområden, där medicinska avdelningar funnos, varierade relationstalet mellan 5·9 (Östergötlands län) och 2·5 (Stockholms län). Kolumn 28 i samma tabell utvisar en ganska stark överbeläggning av dessa vårdplatser. Det faktiska beläggningstalet var nämligen år 1929 för hela riket 97. Den normala beläggningskapaciteten underskreds endast i ett fall, nämligen för Stockholms stad (86). Den låga beläggningen å sjukhuset S:t Erik torde här hava inverkat. Sämst ställda voro, om på skäl som ovan anförts Örebro län undantages, Kopparbergs, Västerbottens och Västernorrlands läns landstingsområden med så höga tal som resp. 132, 118 och 111. Överbeläggningen belyses ytterligare därav, att enligt tabell 8 högsta antalet någon dag under året vårdade understeg antalet vårdplatser endast vid två avdelningar, båda å sjukhuset S:t Erik.

Genom de nytillkomna avdelningarna har antalet medicinska vårdplatser ökat högst väsentligt. Sålunda inrymmer avdelningen vid sjukhuset S:t Göran i Stockholm 128 platser, varav 100 redovisats i årsberättelsen för 1929, samt avdelningarna vid lasaretten i Nyköping 40, Eskilstuna 90, Kalmar 40, Uddevalla 116, varav dock 11 äro avsedda för könssjuka, Vänersborg 76, Borås 75, Lidköping 97 och Östersund 50. Dessutom hava under åren 1930—1931 tillkommit ytterligare medicinska vårdplatser å lasaretten vid Stocksund (56), i Hälsingborg (22) och i Örebro (65). Däremot hava från medicinska avdelningen vid Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm avskilts 26 platser för vård av barnbördsfall. Totala ökningen av vårdplatsantalet å medicinska avdelningar intill 1931 års utgång skulle alltså, om avdelningen i Eskilstuna medräknas, utgöra 818, en ökning, som dock i viss mån motsvaras av ett minskat platsantal å odelade lasarett. Tilläggas må, att en på Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets område belägen epidemipaviljong på viss tid upplåtits för vård av icke-epidemiskt sjuka och att 48 av dess platser år 1931 redovisats som vårdplatser å medicinsk avdelning.

3. **Avdelningar för kirurgi.** Statistiska uppgifter rörande dessa avdelningar lämnas i tabellerna 1, 2 och 9. Tabellerna 1 och 2 innehålla beträffande ifrågavarande avdelningar motsvarande uppgifter som för de medicinska. Tabell 9 utvisar för varje kirurgisk avdelning antalet vårdplatser och deras beläggning år 1929. Beträffande tabellerna 2 och 9 må även här anmärkas, att siffrorna för de olika sjukvårdsområdena resp. avdelningarna icke äro fullt jämförbara, enär vid sjukhus, som icke förfoga över särskilda avdelningar för ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, ortopediska sjukdomar och kvinnosjukdomar, patienter, lidande av dylika sjukdomar, nästan undantagslöst mottagas å de kirurgiska avdelningarna.

Såsom av tabell 9 framgår funnos den 31 december 1929 inom riket 22 avdelningar för kirurgi. Dessa voro fördelade med 4 å Stockholms stad och i

övrigt på enahanda sätt som de medicinska avdelningarna, d. v. s. med 2 å vartdera av Malmöhus (inkl. Hälsingborg) och Västernorrlands läns landstingsområden samt med 1 å envar av städerna Göteborg, Malmö och Norrköping samt Stockholms, Uppsala, Östergötlands, Jönköpings, Kristianstads, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Gävleborgs (inkl. Gävle) och Västerbottens läns landstingsområden. Emellertid hava efter 1929 års utgång kirurgiska avdelningar öppnats vid samma lasarett som efter nämnda tidpunkt erhållit medicinska avdelningar, varför endast återstående sex landstingsområden kunna sägas sakna kirurgisk avdelning.

Tabell 2, kolumn 15, utvisar, att sammanlagda antalet vårdplatser å avdelningar för kirurgi år 1929 utgjorde 5·3 per 10 000 invånare för hela riket. Med det undantag, att relationstalet här är högt även för Västernorrlands län (9·8), falla liksom beträffande de medicinska avdelningarna de högsta relationstalen å Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping ävensom å Uppsala och Malmöhus läns landstingsområden med resp. 13·3, 8·8, 14·5, 18·4, 12·5 och 7·6. Relationstalet för Stockholm reduceras dock till 9·6, om de kirurgiska vårdplatserna å sjukhuset S:t Erik frånräknas. För övriga sjukvårdsområden, där kirurgiska avdelningar funnos, varierade talen mellan 7·5 (Västmanlands län) och 4·4 (Kristianstads län).[1] Kolumn 29 i tabell 2 ger vid handen, att de kirurgiska avdelningarna år 1929 varit ännu starkare överbelagda än de medicinska, i det att det faktiska medelbeläggningstalet å förstnämnda avdelningar för hela riket uppgick till 101. Den normala beläggningskapaciteten underskreds endast av sex sjukvårdsområden, nämligen Stockholm, Malmö och Norrköping samt Uppsala, Jönköpings och Värmlands läns landstingsområden med ett beläggningstal av 87, 83, 85, 89, 84 och 85. I ett stort antal fall överskreds normalsiffran högst väsentligt. De högsta medelbeläggningstalen hade Kristianstads, Kopparbergs, Malmöhus, Västernorrlands och Stockholms läns landstingsområden med resp. 152, 124, 120, 119 och 110.[1] Högsta antalet någon dag under året vårdade översteg, såvitt tabell 9 utvisar, avsevärt antalet vårdplatser vid icke mindre än sex avdelningar, nämligen vid lasaretten i Kristianstad, Lund, Sundsvall, Falun och Umeå samt Maria sjukhus i Stockholm i nu nämnd ordning.[1]

Antalet vårdplatser vid ovanberörda, efter år 1929 tillkomna kirurgiska avdelningar utgör vid sjukhuset S:t Göran 132 samt vid lasaretten i Nyköping 75, Eskilstuna 132, Kalmar 102, Uddevalla 128, Vänersborg 136, Borås 165, Lidköping 148 och Östersund 119. Vid förut befintliga kirurgiska avdelningar hava under åren 1930—1931 tillkommit sammanlagt 185 vårdplatser, varav belöpa på lasaretten vid Stocksund 50, i Kristianstad 37, Lund 40, Örebro 56 och Örnsköldsvik 2. Den totala platsökningen å kirurgiska avdelningar skulle alltså, om avdelningen i Eskilstuna medräknas, uppgå till 1 322; denna ökning har dock till huvudsaklig del vunnits på bekostnad av platsantalet vid odelade lasarett. Härtill må nämnas, att av platserna på förutnämnda vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset belägna epidemipaviljong 62 redovisats såsom platser å kirurgisk avdelning.

[1] Örebro län undantaget.

4. **Avdelningar för ögonsjukdomar.** Ögonavdelningarna redovisas i tabellerna 1 och 10. I tabell 1 lämnas motsvarande uppgifter som för de medicinska avdelningarna. Tabell 10 utvisar antalet vårdplatser och beläggningsförhållandena vid varje särskild avdelning under år 1929.

De år 1929 befintliga 10 avdelningarna för ögonsjuka voro, såsom av tabell 10 framgår, fördelade å Stockholm, Göteborg och Malmö samt å Uppsala, Östergötlands, Malmöhus, Värmlands, Kopparbergs och Västerbottens läns landstingsområden. Ögonvården vid lasarettet i Karlstad meddelades av särskild lasarettsläkare, som ägde rätt att för ändamålet disponera visst antal vårdplatser, vilka i lasarettets årsberättelse redovisades såsom ögonavdelning. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare utgjorde 5·2 för hela riket, och det faktiska medelbeläggningstalet var 76. Medeltalet vårdade per dag översteg antalet vårdplatser endast i ett fall (lasarettet i Falun). Högsta antalet någon dag under året vårdade översteg antalet vårdplatser avsevärt blott i tre fall, nämligen å avdelningarna vid lasaretten i Falun, Umeå och Karlstad, där respektive tal voro 35, 25 och 27 vårdade mot 24, 18 och 20 vårdplatser.

Efter 1929 års utgång har en avdelning för ögonsjuka inrättats vid lasarettet i Örebro, inrymmande 27 vårdplatser.[1]

5. **Avdelningar för öron-, näs- och hals-(svalg-)sjukdomar.** Statistiska uppgifter angående ifrågavarande avdelningar lämnas i tabellerna 1 och 11. Den förra tabellen innehåller totaluppgifter för hela riket på sätt förut nämnts, den senare utvisar antalet vårdplatser och beläggningsförhållandena vid varje särskild avdelning år 1929.

Av tabellerna framgår, att vid utgången av år 1929 funnos i riket 10 avdelningar för öronsjuka med sammanlagt 354 vårdplatser, fördelade å Stockholm, Göteborg och Malmö samt å Stockholms, Uppsala, Jönköpings, Malmöhus (inkl. Hälsingborg), Värmlands och Kopparbergs läns landstingsområden, därvid Malmöhus läns landstingsområde och Hälsingborgs stad ägde var sin avdelning. Beträffande lasarettet i Karlstad gäller här detsamma som ovan sagts angående ögonvården därstädes. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare uppgick till 5·8 för landet i dess helhet och medelbeläggningstalet till 80. Medeltalet vårdade per dag överskred i intet fall antalet vårdplatser, medan högsta antalet någon dag under året vårdade väsentligt översteg vårdplatsantalet i tre fall, nämligen vid lasaretten i Karlstad och Falun samt Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm; vårdplatserna därstädes utgjorde respektive 20, 24 och 57, under det att högsta antalet någon dag vårdade uppgick till resp. 49, 31 och 66.

Efter 1929 års utgång hava två öronavdelningar om 31 resp. 29 vårdplatser tillkommit, den förra vid lasarettet i Kristianstad och den senare vid lasarettet i Örebro.[2]

[1] Fr. o. m. 1932 hava Norrköping och Sundsvall särskilda lasarettsögonläkare, tillsvidare dock utan egen avdelning. Dessutom finnas i Jönköping och Boden privata ögonläkare, vilka äga tillgång till platser å lasarettet resp. garnisonssjukhuset därstädes.

[2] Fr. o. m. 1932 har vid lasarettet i Sundsvall inrättats en lasarettsöronläkartjänst, tillsvidare dock ej förenad med egen avdelning.

6. **Avdelningar och anstalter för barnsbörd och kvinnosjukdomar.** Hithörande vårdtillgångar redovisas i tabellerna 1 och 12. Tabell 1, som innehåller motsvarande uppgifter som för övriga specialavdelningar, avser dels *barnbördshus*, d. v. s. helt fristående, av stat, landsting eller stad utanför landsting ägda anstalter, dels *barnbördsavdelningar av typ I*, d. v. s. vid lasarett och därmed jämförliga sjukhus inrättade specialavdelningar för barnsbörd, som förestås av egna, specialutbildade lasarettsläkare, dels ock *barnbördsavdelningar av typ II*, d. v. s. vid lasarett för barnsbörd inrättade avdelningar eller särskilt avdelade rum med lasarettsläkaren vid det odelade lasarettet eller å den kirurgiska avdelningen som ansvarig läkare. Ehuru sistnämnda avdelningar (typ II) icke kunna betraktas som självständiga specialavdelningar, har kommittén för vinnande av större fullständighet vid redovisningen ansett sig böra medtaga desamma. Tabell 12 utvisar för varje anstalt eller avdelning antalet vårdplatser och deras beläggning år 1929.

Av tabellerna framgår, att antalet anstalter och avdelningar vid 1929 års utgång var följande: 6 barnbördshus med tillhopa 411 vårdplatser, 4 avdelningar av typ I med sammanlagt 185 vårdplatser och 18 avdelningar av typ II med tillhopa 235 vårdplatser. Totala antalet vårdplatser uppgick alltså till 831. Per 100.000 invånare utgjorde antalet vårdplatser å barnbördshusen 6·7, å avdelningarna av typ I 3·0 samt å avdelningarna av typ II 3·8; det sammanlagda antalet vårdplatser på nämnda antal invånare var 13·6. Medeltalet vårdade per dag i procent av antalet vårdplatser utgjorde respektive 92, 92 och 78 och för samtliga anstalterna tillhopa 88. Medeltalet vårdade per dag översteg antalet vårdplatser i tre fall, nämligen vid Södra barnbördshuset i Stockholm samt avdelningarna vid lasaretten i Lund och Östersund. Ifrågavarande siffror voro där resp. 112 och 111, 58 och 54 samt 4 och 3. Högsta antalet någon dag under året vårdade översteg, såvitt tabell 12 utvisar, antalet vårdplatser vid fem barnbördshus, samtliga avdelningar av typ I samt icke mindre än femton avdelningar av typ II. Gotlands, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Kopparbergs, Västerbottens och Norrbottens läns landstingsområden saknade anstalt eller avdelning för barnsbörd.[1]

Efter år 1929 hava vid vartdera av Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm och lasarettet i Örebro tillkommit en barnbördsavdelning om resp. 26 och 29 vårdplatser, båda av typ I, varjämte vid följande lasarett inrättats avdelningar av typ II (platsantalet angives inom parentes): Norrtälje (7), Eskilstuna (16),[2] Simrishamn (6), Ängelholm (7), Ystad (9), Falkenberg (6), Lidköping (12) och Filipstad (5).

Avdelningarna för kvinnosjukdomar redovisas i tabell 1. År 1929 funnos sådana avdelningar dels vid fyra lasarett, nämligen Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Malmö allmänna sjukhus och lasarettet i Lund med resp. 60, 46, 30 och 54 vårdplatser, dels ock vid Allmän-

[1] Civilbefolkningen i Norrbottens län ägde dock tillgång till en barnbördsavdelning av typ II vid garnisonssjukhuset i Boden.

[2] Öppnad 1932.

na barnbördshuset i Stockholm med 40 platser samt Göteborgs barnbördshus med 29 platser eller alltså tillhopa 6 avdelningar med 259 vårdplatser. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare utgjorde 4·2; medeltalet vårdade per dag för hela riket uppgick till 210 eller i procent av antalet vårdplatser 81. Såvitt årsberättelserna för nämnda år utvisa, uppgick medeltalet vårdade per dag i intet fall till antalet vårdplatser.

7. **Avdelningar och anstalter för barnsjukdomar.** Dessa vårdtillgångar redovisas i tabellerna 1 och 13. Tabell 1 innehåller motsvarande uppgifter som för övriga specialavdelningar. Tabell 13 angiver för varje sjukhus eller avdelning antalet vårdplatser och deras beläggning under år 1929.

Av tabellerna inhämtas, att vid utgången av år 1929 funnos 9 offentliga anstalter eller avdelningar för barnsjukdomar, därav 5 barnsjukhus med tillhopa 589 vårdplatser, 3 lasarettsavdelningar med sammanlagt 159 platser samt 1 klinik vid Allmänna barnhuset i Stockholm om 75 platser. Fyra voro förlagda till Stockholm med sammanlagt 309 platser samt en till vardera av Göteborg, Malmö, Norrköping, Uppsala och Lund (de båda sistnämnda universitetskliniker) med resp. 300, 55, 33, 60 och 66 vårdplatser. Av Stockholmsanstalterna var kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn uppdelad å en medicinsk avdelning med 65 platser och en kirurgisk avdelning med 69 platser. Även Göteborgsanstalten — Göteborgs barnsjukhus — var uppdelad å en medicinsk och en kirurgisk avdelning om resp. 149 och 151 platser.[1] Antalet vårdplatser per 100 000 invånare uppgick år 1929 till 13·4 för hela riket. Medeltalet vårdade per dag i procent av antalet vårdplatser utgjorde 84. Endast i ett fall, nämligen beträffande Malmöanstalten, överskred medeltalet vårdade per dag (64) antalet vårdplatser (55). Högsta antalet någon dag under året vårdade översteg väsentligt antalet vårdplatser i fyra fall; å klinikerna vid Allmänna barnhuset i Stockholm och Akademiska sjukhuset i Uppsala, avdelningen vid lasarettet i Norrköping samt Malmöanstalten uppgick nämligen högsta antalet någon dag vårdade till resp. 111, 72, 42 och 72, medan antalet vårdplatser utgjorde resp. 75, 60, 33 och 55. Under år 1930 tillkom en barnavdelning med 30 vårdplatser vid lasarettet i Linköping.

8. **Avdelningar för köns- och hudsjukdomar.** Ifrågavarande avdelningar redovisas i tabellerna 1 och 14. Tabell 1 innehåller totaluppgifter, i enlighet med vad förut nämnts, såväl för köns- och hudavdelningarna tillhopa som för varje slag av dem. Tabell 14 utvisar för varje avdelning antalet vårdplatser och deras beläggning under år 1929.

Av tabellerna framgår, att år 1929 funnos 8 köns- och hudavdelningar, varav 3 enbart könsavdelningar med tillhopa 295 platser, 2 enbart hudavdelningar med tillhopa 111 platser och 3 blandade köns- och hudavdelningar med tillhopa 223 platser. Avdelningarna voro fördelade sålunda: en avdelning för könssjukdomar i envar av städerna Stockholm, Göteborg och Lund,

[1] Vid lasarettet i Norrköping var den byggnad, som inrymde barnavdelningen, uppdelad i en medicinsk och en kirurgisk avdelning, men den sistnämnda redovisades såsom tillhörande lasarettets kirurgiska avdelning.

en avdelning för hudsjukdomar i vardera av de två förstnämnda städerna, en blandad avdelning i Malmö samt å sjukhuset Eira två blandade avdelningar, avsedda för Stockholms stad resp. Stockholms län. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare utgjorde för avdelningarna tillsammans 10·3. Medeltalet vårdade per dag i procent av antalet vårdplatser belöpte sig till 73. Medeltalet vårdade per dag understeg för varje avdelning antalet vårdplatser, och endast i ett fall, nämligen vid avdelningen för könssjukdomar i Lund, översteg högsta antalet någon dag under året vårdade (35) antalet vårdplatser (30).

9. **Avdelningar för ortopedi.** Statistiska uppgifter rörande de ortopediska lasarettsavdelningarna lämnas i tabell 1. Vid utgången av år 1929 funnos endast två ortopediska *lasaretts*avdelningar, nämligen vid Malmö allmänna sjukhus och lasarettet i Lund. Avdelningarna inrymde sammanlagt 155 vårdplatser, utgörande 2·5 vårdplatser per 100.000 invånare. Medeltalet vårdade per dag utgjorde för samma avdelningar tillhopa 120 eller i procent av antalet vårdplatser 77.

Emellertid funnos vid nämnda tidpunkt ortopediska avdelningar även vid Eugeniahemmet samt vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg. Dessa redovisas nedan i detta kapitel under nr 15.

10. **Avdelningar för radiologi.** Dessa avdelningar redovisas i tabell 1. Tabellen upptager endast fullständiga radiologiska avdelningar, d. v. s. avdelningar för röntgendiagnostik och radioterapi med därtill ansluten egen sjukvårdsavdelning. Vid utgången av år 1929 funnos dylika avdelningar endast vid lasarettet i Lund samt Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg[1] ävensom vid Radiumhemmet i Stockholm. Lasarettsavdelningarna inrymde tillhopa 40 vårdplatser, medan Radiumhemmet ensamt förfogade över 56 platser. Medeltalet vårdade per dag uppgick för de i tabellen redovisade avdelningarna till 76 eller i procent av antalet vårdplatser 79.

År 1930 tillkom en radiologisk avdelning om 18 vårdplatser vid lasarettet i Örebro. Härjämte funnos, såvitt den av medicinalstyrelsens ombudsman utgivna förteckningen på svenska läkare m. m. år 1932 utvisar, vid 1931 års utgång röntgenläkare med lasarettsläkares eller därmed jämförlig tjänsteställning vid följande 26 lasarett, nämligen Serafimerlasarettet, Sabbatsbergs sjukhus, Maria sjukhus och sjukhuset S:t Göran, lasarettet vid Stocksund, Akademiska sjukhuset i Uppsala, lasaretten i Eskilstuna, Norrköping, Linköping, Jönköping, Karlskrona och Kristianstad, Malmö allmänna sjukhus samt lasaretten i Hälsingborg, Halmstad, Uddevalla, Vänersborg, Borås, Lidköping, Karlstad, Västerås, Falun, Gävle, Sundsvall, Östersund och Umeå. Enligt från lasaretten år 1931 inkomna uppgifter ägde röntgenläkarna vid lasaretten i Jönköping och Umeå rätt att belägga visst antal sängar å lasarettet, den förre 10 sängar å de kirurgiska och medicinska avdelningarna, den senare 10 sängar å lasarettets kirurgiska avdelning.

[1] Vårdplatserna voro intill 1931 fördelade å sjukhusets olika avdelningar men redovisas i årsberättelsen för 1929 såsom särskild avdelning.

11. **Avdelningar för rheumatiska sjukdomar.** Vid 1929 års utgång funnos, såsom tabell 1 utvisar, endast tre lasarettsavdelningar för rheumatiska sjukdomar, nämligen vid lasaretten i Norrköping, Lund och Västerås. Sammanlagda antalet vårdplatser å avdelningarna uppgick till 168, utgörande 2·7 vårdplatser per 100 000 invånare. Medeltalet vårdade per dag utgjorde sammanlagt 161 eller i procent av antalet vårdplatser 96. Efter år 1929 hava inrättats ytterligare två avdelningar av ifrågavarande slag, nämligen en vid lasarettet i Lidköping om 56 och en vid lasarettet i Umeå om 60 vårdplatser. Samtliga avdelningar för rheumatiska sjukdomar hava tillkommit på grund av avtal mellan vederbörande landsting och pensionsstyrelsen samt emottaga endast patienter, som hänvisats dit av pensionsstyrelsen. De förestås i regel av läkare vid lasarettets mediciniska avdelning.

12. **Avdelningar för psykoneuroser.** I lasarettens årsberättelser för år 1929 upptages endast en »avdelning för nervsjukdomar», nämligen vid Serafimerlasarettet. Denna redovisas i tabell 1. Antalet vårdplatser därstädes utgjorde 28 och medeltalet vårdade per dag 25 eller i procent av antalet vårdplatser 89. Efter 1929 års utgång har enligt avtal mellan Malmö stad och pensionsstyrelsen vid Malmö allmänna sjukhus inrättats en avdelning för psykoneuroser om 61 vårdplatser. Denna avdelning disponeras, liksom rheumatikeravdelningarna, i sin helhet av pensionsstyrelsen och förestås av överläkaren vid sjukhusets medicinska avdelning. Vid sidan härav finnas för vård av hithörande sjukdomar fristående anstalter i Åre, Nynäshamn och Tranås, samtliga praktiskt taget upplåtna endast för pensionsstyrelsens klientel. Närmare uppgifter om dessa anstalter lämnas i kap. 3 c).

B. Specialsjukhus.

13. **Vårdanstalter för lungtuberkulos.** För ifrågavarande anstalter lämnas i tabellerna 15 och 16 statistiska uppgifter beträffande år 1930. Vid detta års utgång funnos i riket 108 vårdanstalter för lungtuberkulos, för vilkas drift det allmänna svarade eller till vilkas drift statsbidrag utgått under året. Härvid hava medräknats icke blott sanatorier (inkl. de s. k. jubileumssanatorierna) och tuberkulossjukstugor utan även tuberkulosavdelningar vid lasarett och ålderdomshem. Antalet vårdplatser å nämnda 108 anstalter och avdelningar uppgick till 7 288, vilket utgör 118·7 platser per 100 000 invånare. Medeltalet vårdade per dag var 6 788 eller i procent av antalet vårdplatser 94. Under år 1931 hava tillkommit dels 214 vårdplatser å nya tuberkulossjukvårdsanstalter, dels 351 platser å förut befintliga sådana, alltså sammanlagt 565 platser.[1]

14. **Vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos.** Tabellerna 15 och 16 innehålla statistiska uppgifter även angående vårdanstalterna för kirurgisk tuberkulos

[1] År 1932 hava tillkommit, förutom en tuberkulossjukstuga om 26 platser, omkring 100 platser på förut befintliga anstalter.

år 1930. Dessa utgjordes av dels sjukhuset S:t Görans i Stockholm avdelning för kirurgisk tuberkulos, dels de tre fristående anstalterna kronprinsessan Victorias kustsanatorium i Barkåkra, kustsanatoriet Apelviken och kustsjukhuset å Styrsö, vilka ägas av enskilda föreningar men åtnjuta statsbidrag till driftkostnaderna, dels det Malmöhus läns landsting tillhöriga hemmet i Ljunghusen, vilket administrativt sett utgör en avdelning av lasarettet i Lund, dels ock den stiftelsen Konung Oscar II:s och drottning Sophias guldbröllopsminne tillhöriga anstalten »Guldbröllopsminnet» i Nynäshamn; även de båda sistnämnda anstalterna åtnjuta statsbidrag till driftkostnaderna. Antalet vårdplatser å nämnda anstalter och avdelningar utgjorde tillhopa 1 246, motsvarande 20·3 platser på 100 000 invånare, därvid dock för fyra anstalter, vilka inrymma ett högre antal vårdplatser under sommarmånaderna, räknats med detta högre antal. Medeltalet vårdade per dag var 1 077 eller 86 % av förenämnda antal vårdplatser.

Under år 1931 hava öppnats två nya vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos, nämligen kustsjukhuset å Amundön, inrymmande 40 vårdplatser, och det vid Borås belägna Solhems barnsjukhus om 80 platser. Den förra anstalten äges av Göteborgs stad, den senare av enskild förening. Båda anstalterna åtnjuta statsbidrag till driftkostnaderna. Under nyssnämnda år har jämväl antalet vårdplatser å kronprinsessan Victorias kustsanatorium ökats med 15. Den totala platsökningen under året utgjorde alltså 135 platser.

15. **Vårdanstalter för vanföra.** Vanföreanstalterna redovisas i tabellerna 15 och 17, dock endast vad angår de ortopediska (kliniska) avdelningarna därstädes. Uppgifter om de icke-kliniska delarna av anstalterna återfinnas i kap. 8.

Vid utgången av år 1929 utgjorde antalet vårdplatser å anstalternas ortopediska avdelningar tillhopa 233. Antalet vårdplatser per 100 000 invånare uppgick till 3·8. Medeltalet vårdade per dag belöpte sig till sammanlagt 222 eller i procent av antalet vårdplatser 95. I anstalternas årsberättelser för år 1931 uppgives platsantalet å ifrågavarande avdelningar till 24 å Eugeniahemmet samt resp. 94, 97 och 75 å vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg. Dessutom tillkom under året en ny vanföreanstalt i Härnösand, inrymmande 103 platser å ortopedisk avdelning. Totala antalet kliniska platser vid 1931 års utgång uppgick alltså till 393, varav dock 30 platser å Göteborgskliniken disponeras av pensionsstyrelsen. Av återstående 363 platser äro ej mindre än 345 berättigade till statsunderstöd.

16. **Vårdanstalter för epidemiskt sjuka.** Epidemisjukhusen redovisas i tabellerna 15, 18 och 19, därvid avses ställningen år 1930. Tabell 18 har upprättats med ledning av uppgifter i vederbörande årsberättelser samt Sveriges officiella statistik, allmän hälso- och sjukvård år 1930. Tabell 19 grundar sig däremot i huvudsak på uppgifter, som lämnats direkt av landstingens förvaltningsutskott m. fl. Anledningen till den bristande överensstämmelse i avseende å antalet vårdplatser, som dessa tabeller utvisa (6 534 resp. 7 111), är anmärkt i not 1) till tabell 19. Antalet vårdplatser per 1 000 invånare

utgjorde omkring 1·1. Medeltalet vårdade per dag var 1 587, d. v. s. endast 22 % av det i tabell 19 angivna antalet vårdplatser (7 111). Enligt samma tabell voro av vårdplatserna 80·1 % beständigt öppna för epidemivård (permanenta), 12·3 % förlagda i reserv och 7·6 % på viss tid upplåtna för annat ändamål än epidemivård.

17. **Vårdanstalter för barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis, s. k. Welanderhem.** Uppgifter angående dessa hem återfinnas i tabell 15. Vid 1930 års utgång funnos 3 dylika hem, belägna i resp. Stockholm, Göteborg och Malmö och inrymmande sammanlagt 113 vårdplatser. Medeltalet vårdade per dag uppgick till 96 eller i procent av antalet vårdplatser 85. Totala antalet intagna utgjorde 137, varav 36 nyintagna under året. Under år 1931 har någon mera anmärkningsvärd förändring på ifrågavarande område ej inträffat.

18. **Spetälskesjukhuset i Järvsö,** den enda anstalten på detta vårdområde i Sverige, redovisas likaledes i tabell 15. Antalet vårdplatser därstädes utgjorde år 1930 34 och medeltalet vårdade per dag 11. Totala antalet intagna uppgick till 11. Någon nämnvärd förändring härutinnan har sedermera ej inträtt.

C. Kompletterande anstalter.

19. **Hem för kroniskt sjuka.** Statistiska uppgifter angående hemmen för kroniskt sjuka lämnas i tabellerna 15, 20 och 21. Antalet landstings- eller primärkommunala hem, godkända av medicinalstyrelsen för utbekommande av statsbidrag eller av förste provinsialläkare för erhållande av landstingsersättning, uppgick enligt tabell 20 den 1 mars 1930 till 176, av vilka 28 utgjorde landstingsanstalter och återstående 148 primärkommunala anstalter. Sammanlagda antalet vårdplatser utgjorde 3 088, varav belöpte 863 å landstings- och 2 225 å primärkommunala anstalter. Antalet av medicinalstyrelsen godkända platser var 1 920; de av förste provinsialläkare godkända anstalterna inrymde 1 168 platser. Härjämte funnos en del landstings- och primärkommunala hem om tillhopa c:a 470 platser, som icke voro vederbörligen godkända, ävensom en del enskilda hem.

Av tabell 21 framgår, att vid utgången av år 1931 driftkostnadsbidrag av statsmedel utgick till 2 290 platser, fördelade å 32 landstings- och 112 primärkommunala anstalter. För hela riket utgjorde de statsunderstödda vårdplatserna endast 43·6 procent av det enligt gällande bestämmelser högsta möjliga statsunderstödsberättigade platsantalet. Medeltalet vårdade per dag i förhållande till antalet ordinarie vårdplatser uppgick samma år till 91 % för hithörande landstingsanstalter och 85 % för de primärkommunala hemmen. Tilläggas må, att under ifrågavarande år jämväl 5 enskilda hem för kroniskt sjuka om tillhopa 159 vårdplatser åtnjöto statsunderstöd. Medelbeläggningsprocenten utgjorde där 99.

20. **Anstalter för konvalescentvård.** I tabellerna 15 och 22 lämnas slutligen uppgifter angående anstalter för konvalescentvård, varöver det allmänna förfogade år 1930. Fem av de å tabellerna upptagna 6 anstalterna tillhörde Stockholms stad; å den sjätte, tillhörig Stockholms centrala diakoniråd, disponerade Stockholms stad enligt avtal 20 av anstaltens platser. Av sammanlagda antalet platser, 185, voro 50 avsedda för män, 15 för barn och övriga för kvinnor. Medeltalet vårdade per dag uppgick till 139 eller i procent av antalet vårdplatser 75.[1]

Vid sidan om Stockholms stad synes blott Västmanlands läns landsting hittills hava inrättat vårdplatser för konvalescentvård, i det att landstinget låtit i samband med ett hem för kroniskt sjuka i Västerås anordna en mindre konvalescentavdelning om 13 platser. Göteborgs stad har dock med vederbörligt tillstånd för viss tid upplåtit en vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset belägen epidemipaviljong för vård av konvalescenter, varjämte Malmö stad beslutat inrätta en konvalescentavdelning om 15 platser. Huruvida primärkommuner låtit inrätta konvalescenthem har av kommittén ej närmare undersökts; i den mån primärkommuner vidtagit dylika åtgärder, torde omfattningen härav vara tämligen ringa.

[1] År 1933 har beslut fattats om uppförande av ett nytt konvalescenthem om 120 platser (se kap. 14).

Avd. II. Den slutna kroppssjukvårdens olika grenar och riktlinjer för deras utbyggande.

Kap. 3. Lasarett med specialavdelningar (s. k. delade lasarett).

Med den utveckling, medicinsk vetenskap och läkekonst för närvarande nått, är det självfallet, att i en utredning, vars syfte bl. a. är att undersöka vilka anordningar, som med hänsyn till olika förhållanden kunna anses erforderliga för en tillfredsställande ordning inom de olika grenarna av sjukvård, frågan om specialvårdens tillgodoseende måste bliva en av de väsentligaste uppgifterna. Många skäl tala för att behandla detta ämne i ett sammanhang. Då så icke skett utan ämnet uppdelats i två skilda delar, lasarett med specialavdelningar och specialsjukhus, hava hänsyn till nu rådande organisatoriska förhållanden varit bestämmande. Från denna synpunkt har kommittén funnit lämpligast att först behandla lasarettsvården i dess helhet och därefter den specialvård, som lämnas å de olika specialsjukhusen.

Kommittén inleder sin utredning rörande specialvården vid lasarett med en kortfattad återblick på dess utveckling och den diskussion, som i anslutning därtill ägt rum inom fackkretsar angående dess vidare utbyggande. Mången anser måhända, att de hittills på området vunna erfarenheterna utgöra tillräckligt stöd för en ytterligare utbyggnad av denna specialvård och att förty diskussionen i ämnet icke i detta sammanhang är av det intresse, att den bort medtagas. Kommittén finner väl för sin del det växande förtroende, som kommit specialvården till del, yttrande sig bl. a. i en alltmera ökad beläggning av specialavdelningarna, vara ett tillräckligt vittnesbörd icke blott om förefintliga specialanordningars behövlighet utan även om deras otillräcklighet. I de redan förvärvade erfarenheterna förmenar sig kommittén ock hava i det stora hela fullgott stöd för sitt ställningstagande och sina förslag rörande ifrågavarande utbyggande. Då emellertid diskussionen i ämnet bidragit med många beaktansvärda synpunkter samt enligt kommitténs uppfattning skänker ifrågavarande spörsmål en värdefull bakgrund, har kommittén ansett sig icke böra helt förbigå densamma.

a) Återblick på lasarettens uppdelning i specialavdelningar och den därtill anslutna diskussionen.

Tidigare specialiseringstendenser och utlanden.

Vid tidpunkten för landstingens övertagande av ansvaret för lasarettsvården i riket — i början av 1860-talet — hade specialiseringen inom läkekonstens praktiska utövning ännu icke börjat. De tre medicinska lärosätena hade visserligen professurer i inre medicin, kirurgi och obstetrik, men utanför de till

dessa lärosäten anknutna kliniska sjukvårdsinrättningarna fanns i landet endast ett enda på medicinsk och kirurgisk avdelning uppdelat sjukhus, nämligen Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, där dylik uppdelning ägt rum år 1854.

Med den omfattning och ekonomiska bärkraft, landstingsområdena erhöllo, visade sig landstingsorganisationen snart vara i hög grad ägnad att främja lasarettsväsendets utveckling. Under de första fyrtio åren efter landstingens tillkomst utökades sålunda genom utvidgningar eller nyanläggningar av lasarett och sjukstugor antalet vårdplatser därstädes från något över 2 000 till omkring 8 000. Specialiseringen gick emellertid trögt. Oaktat densamma redan vid sekelskiftet flerstädes i utlandet nått en beaktansvärd omfattning samt nya framsteg på den medicinska forskningens och teknikens områden alltmera nödvändiggjorde uppdelning av sjukhusen i specialavdelningar, uppdelades hos oss under nyssnämnda period endast tre sjukhus i medicinska och kirurgiska avdelningar, nämligen Sabbatsbergs sjukhus 1879, lasarettet i Falun 1897 och Allmänna sjukhuset i Malmö 1906.

Till denna specialiseringens långsamma utveckling samverkade flera omständigheter. Det var framför allt den i rik och hastig utveckling stadda kirurgien, som bidrog till lasarettsväsendets uppsving under ifrågavarande tid. Vid sådant förhållande var det naturligt, att lasaretten byggdes och inrättades i främsta rummet med hänsyn till kirurgiens krav, att denna livskraftiga vetenskap satte sin prägel på lasarettens verksamhet samt att den kirurgiska skickligheten och erfarenheten i flertalet fall blevo avgörande vid tillsättningen av lasarettsläkarna. Vidare hade allmänhetens krav på lasarettsvård ännu icke vuxit i den omfattning, att man utanför de tre största städerna sett sig föranledd att uppföra större sjukhus än som kunde ledas och omhänderhavas av *en* ansvarig lasarettsläkare. Den glesa bebyggelse, som kännetecknade ett flertal län, och de dåvarande kommunikationerna lade ock hinder i vägen för en starkare koncentration av lasarettsvården. Det torde icke heller kunna förnekas, att även rent lokala intressekonflikter på olika håll föranledde landstingsbeslut om anläggning av nya lasarett, vilka ur länets synpunkt i dess helhet icke kunde sägas vara väl motiverade och vilka motverkade tillkomsten av större lasarett. Slutligen må nämnas, att ännu vid sekelskiftet och decenniet därefter lasarettsläkarnas löner voro utmätta med tanke på att dessa läkare skulle i första hand hava sin utkomst på praktik utanför lasaretten, vilket i sin mån bidrog till att binda utvecklingen.

I. Hedenius 1908.

Den långsamma takt, i vilken utvecklingen gick, väckte oro och farhågor hos den inre medicinens målsmän. Den om medicinsk sjukvård högt förtjänte, numera framlidne professorn Israel Hedenius tog i en år 1908 publicerad uppsats, benämnd »Några önskemål angående den interna medicinens utveckling i vårt land»,[1] kraftigt till orda för inrättande av medicinska avdelningar vid våra större lasarett. Författaren hävdade därvid den interna medicinens[2]

[1] Allmänna svenska läkartidningen 1908, sid. 945.

[2] Uttrycken inre, intern och invärtes medicin beteckna fullt liktydiga begrepp och användas i det följande omväxlande.

ställning såsom ett i sträng mening speciellt fack av den praktiska läkarverksamheten samt yttrade vidare bl. a.:

Därav bleve en nödvändig och självklar följd, att särskilda avdelningar för internt sjuka avskildes från de kirurgiska på de större landsortslasaretten och kommunala sjukhusen. Den interna medicinen kunde redan för det dåvarande icke nöja sig med att dess intressen på lasaretten tillvaratoges endast av en för lasarettets barlast av interna fall speciellt anställd underläkare, som kanske ofta utan föregående speciell intern utbildning gjorde sina första lärospån som praktiker bland nämnda klientel. Det vore av högsta vikt att å de större landsortslasaretten och kommunala sjukhusen även för de rent medicinska fallen snarast möjligt anställdes en överläkare, i social ställning fullt jämbördig med överkirurgen, samt att de nya sjukhusen byggdes med ett dylikt utvecklingsmål för ögonen. De interna sjukavdelningarna måste givetvis jämväl utrustas med de resurser, som en god invärtesvård nödvändigtvis förutsatte, och icke kopieras efter den kirurgiska sjukhustypen.

De av professor Hedenius sålunda framförda synpunkterna blevo grundläggande för den kommande diskussionen i ämnet, vare sig det gällde medicinska eller andra specialavdelningar.

Allmänna svenska läkarmötet m. m. 1910.

År 1910 återupptogs frågan om lasarettsuppdelningen ungefär samtidigt av såväl fjortonde allmänna svenska läkarmötet i Linköping[1] som svenska föreningen för invärtes medicin. Åtskilliga lasarett i landsorten hade vid denna tidpunkt nått en sådan storlek, att deras behöriga skötsel icke blott krävde lasarettsläkarens hela arbetskraft utan även nödvändiggjorde en uppdelning av arbetsbördan på flera händer. Samstämmigt med nämnda förening gjorde läkarmötet ett uttalande av innehåll, att det vore oundgängligen nödvändigt, att då ganska många redan bland de dåvarande lasaretten på grund av sin storlek icke lämpligen kunde skötas av en överläkare, dessa lasarett snarast möjligt uppdelades i särskild medicinsk och kirurgisk avdelning med var sin överläkare samt att vid övriga lasarett samma förändring vidtoges i mån av deras framtida utvidgning; och borde överläkaren vid sådan avdelning tillsättas under samma former som vore föreskrivet för lasarettsläkare i allmänhet.

Detta uttalande, som tillställdes samtliga landsting, lasarettsdirektioner och lasarettsläkare, fäste otvivelaktigt i hög grad lasarettshuvudmännens uppmärksamhet på behovet av särskilda medicinska avdelningar vid de större lasaretten. Den avsedda verkan fick uttalandet emellertid icke. Under åren 1910—1919 inrättades nämligen, förutom vid Maria sjukhus i Stockholm (1918), dylika avdelningar endast vid lasaretten i Karlstad (1911), Örebro (1912) och Kristianstad (1915). Vid ingången av år 1920 funnos sålunda medicinska avdelningar ännu icke i samtliga de fyra städer, som organiserat sin sjukvård oberoende av landsting; av landstingsområdena ägde endast fyra tillgång till egen sådan avdelning.

Senare specialiseringstendenser och uttalanden.

Vid denna tid hade även radiologien nått den utveckling och betydelse, att särskilda röntgenavdelningar, ledda av specialutbildade läkare, inrättats vid vissa av landets största sjukhus. Dylika avdelningar hade tillkommit vid Se-

[1] Förhandlingar vid fjortonde allmänna svenska läkarmötet i Linköping 17—18 juni 1910, sid. 20.

rafimerlasarettet samt Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset år 1911, vid S:t Eriks sjukhus år 1914 och vid Maria sjukhus år 1919. Tidigare funnos särskilda röntgenavdelningar endast vid Sabbatsbergs sjukhus, Malmö allmänna sjukhus samt de kliniska sjukhusen i Uppsala och Lund. Utanför klinikernas och storstädernas sjukhus hade emellertid specialavdelningar för radiologi icke nått före 1920; dock hade vid flertalet länslasarett inrättats röntgenlaboratorier, vilka sköttes av vederbörande lasaretts- eller underläkare.

Vid sidan om radiologiens framträdande började anspråk på särskilda avdelningar jämväl för kirurgiens dotterdiscipliner, ögon- och öronläkekonsten samt ortopedien, göra sig gällande. De vunno ock beaktande i viss utsträckning. Sålunda inrättades särskilda ögon- och öronavdelningar vid Sabbatsbergs sjukhus samt Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset år 1910 ävensom vid Malmö allmänna sjukhus år 1914 resp. 1916. Några år senare (1919) tillkom en öronavdelning jämväl vid lasarettet i Karlstad. En självständig ortopedisk avdelning öppnades vid Malmö allmänna sjukhus år 1914.

Vanförevårdsinspektören 1917.

Ortopedien hade åtskilliga år före öppnandet av den ortopediska avdelningen i Malmö utvecklats till specialitet i samband med vanförevården. Vid vanföreanstalten i Göteborg hade sålunda redan år 1890 öppnats en ortopedisk poliklinik samt tolv år senare jämväl en sjukavdelning för vård av ortopediska fall. Dylika polikliniker och sjukavdelningar hade sedermera inrättats även vid vanföreanstalterna i Stockholm och Hälsingborg samt vid Eugeniahemmet i Stockholm. För vinnande av en mera rationell invalid- och vanförebehandling framlade dåvarande statsinspektören för vanföreanstalternas ortopediskhygieniska verksamhet, professor John Berg i bilaga till sin årsberättelse för 1917 ett förslag till vissa systemändringar i de offentliga sjukvårdsanstalternas organisation,[1] vilket, såvitt det här är av intresse, i korthet gick ut på att skilja den ortopediska sjukvården från såväl vanföreanstalterna som lasaretten och i stället förlägga densamma till särskilda vårdanstalter med huvuduppgift att utöva »fysikalisk terapi». Genom en sådan anordning skulle utvecklingen av den ortopediska sjukvården avsevärt främjas samtidigt som lasaretten och vanföreanstalterna skulle bättre kunna tillgodose sina egentliga syften.

Vanförekommittén 1918.

Professor Bergs förslag blev redan året efter dess framläggande föremål för en ingående granskning. Den 27 juni 1918 tillkallades nämligen särskilda sakkunniga, den s. k. vanförekommittén, för att verkställa en allsidig utredning angående riktlinjerna för vanförevårdens vidare utveckling samt inkomma med därav föranledda förslag. Nämnda kommitté anslöt sig icke till professor Bergs synpunkter. Den ortopediska sjukvården borde enligt vanförekommittén icke vara skild från landets övriga lasarettsvård. En omläggning borde därför ske i den riktning, att vid skapandet av nya vanföreanstalter (kommittén föreslog tre nya sådana, förlagda till Jönköping, Sundsvall och Umeå) den ortopediska polikliniken och kliniken överflyttades till en ortopedisk avdelning vid ett allmänt sjukhus. Med hänsyn till det intima

[1] Allmänna svenska läkartidningen 1918, sid. 1, och Sveriges landstings tidskrift 1918, sid. 5.

samband, i vilket den ortopediska sjukvården stode till vanförevården, borde även de blivande vanföreanstalterna enligt kommitténs mening förläggas i närheten av dessa allmänna sjukhus.

Vanförekommitténs betänkande har icke blivit föremål för statsmyndigheternas prövning. Vanförevården har utvecklats efter i huvudsak samma riktlinjer som tidigare. De gamla vanföreanstalterna hava till alla delar förblivit från de allmänna sjukhusen fristående anstalter. Dock kan Stockholmsanstalten efter den av 1931 års riksdag beslutade nydaningen genom sin rent lokala anslutning till det nya Karolinska sjukhuset å Norrbackaområdet sägas komma att i viss mån motsvara vanförekommitténs önskemål. Den nyligen öppnade vanföreanstalten i Härnösand, vilken i likhet med de övriga vanföreanstalterna äges av enskild sammanslutning, har ej heller något samband med allmänt sjukhus. Lokala förhållanden — förhandenvaron av en för ifrågavarande ändamål användbar byggnad — hava varit avgörande för denna anstalts förläggning och utformning. Endast en ortopedisk avdelning har, efter slutförandet av vanförekommitténs arbete, förlagts till lasarett, nämligen den ortopediska avdelningen vid lasarettet i Lund.

Oftalmologiska sällskapet 1919.

Den tröga utvecklingen på ögonsjukvårdens område föranledde oftalmologiska sällskapet i Stockholm att år 1919 göra följande, sedermera i hithörande litteratur ofta åberopade uttalande:[1]

»De möjligheter till sjukhusvård, som för närvarande i vårt land stå de ögonsjuka till buds, äro såväl med avseende på befintliga ögonavdelningars utrymme som även i fråga om deras fördelning inom landet så otillfredsställande, att behovet av en förbättring därav, och en snar sådan, måste ur både nationalekonomisk och humanitär synpunkt betecknas som trängande. För ett rationellt ordnande av ögonsjukvården i vårt land anser Sällskapet oundgängligt, att inom varje län upprättas en ögonavdelning vid ett centralt beläget lasarett med vid densamma anställd fullt utbildad ögonläkare. Då realiserandet av detta önskemål givetvis måste taga en mycket lång tid vore det i hög grad önskvärt, att som övergångsåtgärd två eller flera närgränsande län förenade sig om inrättandet av gemensam ögonavdelning på lämplig plats. Att som från annat håll föreslagits söka befordra landsortens berättigade krav på förbättrad specialvård av både öron- och ögonsjukdomar genom att inrätta för dem gemensamma sjukhusavdelningar under ledning av en och samma läkare synes Sällskapet av flera skäl olämpligt och med all sannolikhet även ogörligt, då knappast någon läkare, efter att först hava genomgått en utbildning till otiatriker, som kräver minst 4 år, skulle anse med sin fördel förenligt att offra ännu 2 à 3 år på en utbildning till ögonläkare.»

Allmänna svenska läkarmötet 1922.

Orsakerna till den av lasarettens huvudmän ådagalagda återhållsamheten i fråga om specialiseringstendensernas tillgodoseende voro förvisso flera. Behovet av en uppdelning av lasaretten hade alltjämt icke hunnit tränga igenom hos allmänheten och de anslagsbeviljande myndigheterna. Kravet på en dylik uppdelning synes för övrigt ej heller hava vuxit sig tillräckligt starkt inom läkarnas egen krets. En faktor av stor betydelse var jämväl den betänksamhet inför anslag till nya eller vidgade ändamål, som krigsåren medförde och som ställde flera än ett landstings utvecklingsplaner på fram-

[1] Se Nordenson, J. W. Om behovet av ökade möjligheter till sjukhusvård för ögonsjuka. Svenska läkartidningen 1920, sid. 149.

tiden. På det allmänna svenska läkarmötet i Stockholm år 1922 togs emellertid frågan om specialavdelningar vid sjukhusen ånyo upp till behandling.[1] I ett föredrag, benämnt »Om specialavdelningar vid sjukhusen från intern synpunkt», framhöll förenämnde professor *Hedenius*, att det i väsentlig grad berodde på en lycklig och praktiskt genomförbar lösning av ifrågavarande spörsmål, om Sveriges glest boende befolkning inom en snar framtid och i största möjliga utsträckning skulle få åtnjuta den nya tidens, på specialiserad vetenskaplig insikt grundade och därför rationella sjukvård, eller om den ännu länge skulle vara hänvisad till de otillräckliga möjligheter till en dylik sjukvård, som för det dåvarande kunde erbjudas. Frågan hade visserligen icke, fortsatte Hedenius, avglömts sedan det allmänna svenska läkarmötet i Linköping år 1910, men utvecklingen hade gått långsamt. Av hela antalet vårdplatser på landets lasarett — i runt tal 10 000, exklusive platser för lungtuberkulos, veneriska sjukdomar, sinnessjuka, barnbördskvinnor och barn — voro 18·03 % reserverade för uteslutande invärtesmedicinska fall. Därav belöpte ungefär 8 % på Stockholms stad. Således hade hela det övriga Sverige endast omkring 10 % av nyssnämnda totalantal eller 1 000 platser att disponera för den interna sjukvården. Icke mindre än 16 av Sveriges län saknade offentlig anstalt för en modern intern sjukvård. En allvarlig brist i vår sjukvård vore även, att vid det stora flertalet landsortslasarett den ansvarige läkaren måste inom sin sjukvårdande verksamhet förena en mängd specialfack. Professor Hedenius angav slutligen följande riktlinjer för den slutna, närmast den medicinska specialvårdens utbyggande:

1. Både för en önskvärd utveckling av den medicinska vetenskapen och för att tillgodose det alltmer ökade sjukvårdsbehovet vore det oavvisligen nödvändigt, att specialiteten invärtes medicin i långt större utsträckning än hittills skett erhölle särskilda sjukavdelningar vid våra lasarett.
2. Internisternas lasarettsfråga borde om möjligt redan från början lösas definitivt genom upprättande av självständiga interna avdelningar med egen överläkare.
3. Övriga föreslagna lösningar av denna fråga, såsom medelst konsulterad internist vid kirurgiskt sjukhus eller genom de interna fallens förläggande till militärt sjukhus med en internt specialiserad militärläkare såsom chef, innebure flera olägenheter och kunde endast betraktas såsom övergångsåtgärder, icke såsom en fullt tillfredsställande och definitiv lösning.
4. Alla större landsortslasarett och såsom närmaste mål minst ett inom varje sjukvårdsområde borde så småningom uppdelas i tvenne huvudavdelningar efter principen av den praktiska medicinens två huvudområden, invärtes och kirurgiska sjukdomar.
5. På geografiskt lämpliga ställen borde denna uppdelning fullständigas genom inrättande av ett flertal specialavdelningar, så att *centralsjukhus*, tillgängliga även för sjuka från främmande kommuner, uppstode. Behovet av dylika centralsjukhus finge för det dåvarande anses vara störst i de inre delarna av Göta- och Svealand samt i såväl den inre delen av Norrland som ock i dettas vidsträckta kustområde.

I ett särskilt föredrag om vården av öron-, näs- och halssjuka påvisade professor *G. Holmgren* den synnerligen starka överbeläggningen å de befintliga

[1] Förhandlingar vid adertonde allmänna svenska läkarmötet i Stockholm den 1 och 2 september 1922.

specialavdelningarna för nämnda sjukdomar samt framhöll, att utöver det erkända platsbehovet förelåge ett latent sådant, som ej kunde utläsas av tillgänglig statistik. För ett rationellt ordnande av nämnda sjukvård vore enligt professor Holmgren anordnandet av otolaryngologiska specialavdelningar och polikliniker på många ställen i landsorten en tvingande nödvändighet.

Den på inledningsföredragen följande diskussionen underströk riktigheten av inledarnas synpunkter samt gav tillika uttryck åt behovet av specialavdelningar även för andra vårdgrenar än de av dem nämnda. Sålunda framhöll professor *Patrik Haglund*,[1] att de ortopediska fallen ingalunda vore mindre i behov av specialvård än de specialiteter, vilka redan fått sitt behov av specialvård erkänt, såsom t. ex. ögonsjukdomarna. Stora svårigheter mötte emellertid att inom sjukhuskomplexen få till stånd behövliga ortopediska avdelningar. Såväl hos oss som annorstädes hade man sökt ordna frågan på principiellt olika sätt: genom fristående specialsjukhus, genom specialavdelningar vid större sjukhus samt genom kombination med vanförevårdanstalter. I likhet med vanförekommittén föredroge professor Haglund att så långt som möjligt söka placera den ortopediska sjukvården inom den allmänna sjukvårdens ram. Sjukhusets övriga avdelningar, framför allt de medicinska och kirurgiska samt avdelningarna för nerv- och könssjukdomar, behövde den ortopediska avdelningen på nära håll. Det vore därför lyckligt, om utvecklingen för framtiden kunde gå efter den linjen. Dåvarande överläkaren, numera professorn *A. Lichtenstein* betonade vikten av att i en helt annan utsträckning än vad dittills skett bereda ändamålsenlig sjukhusvård åt sjuka barn från och med spädbarnsåldern. Professor Lichtenstein erinrade, att en mängd barn vårdades på våra lasarett utan att dessa vare sig med hänsyn till läkarkrafter eller materiell utrustning vore särskilt lämpade för vård av barn, allra minst späda barn. Därför borde vid ett lasarett i varje län inrättas en pediatrisk avdelning. Dylika avdelningar vore att föredraga framför fristående barnsjukhus av många skäl, främst därför att pediatriken liksom alla andra grenar av medicinen behövde samarbeta med de övriga. Professor *Gösta Forssell* framhöll, att för mera ingående röntgenundersökningar vore en specialutbildad röntgenolog med en väl utrustad diagnostisk avdelning oundgängligen nödvändig. Vid centralsjukhus, där medicinska och andra specialavdelningar inrättades, kunde en röntgenspecialist näppeligen undvaras, om röntgenarbete skulle bedrivas på ett för patienterna betryggande sätt. Professor Forssell ansåg vidare, att icke någon läkare utan specialutbildning borde äga rätt taga befattning med röntgenterapi, vilken därför borde begränsas till de platser, där utbildad röntgenspecialist funnes. För ett fackmässigt bedrivande av denna terapi vore det nödvändigt, att specialavdelningar inrättades vid ett tillräckligt antal sjukhus. Otvivelaktigt skulle ock, enligt professor Forssell, därtill anslutna sjukavdelningar vara av stor betydelse för utvecklingen av röntgenterapien och de sjukas riktiga behandling. Marinläkaren *A. Y. Lindblad* påpekade, att efter oftal-

[1] Haglund, Patrik. Om ortopediska specialavdelningar å större sjukhus. Svenska läkartidningen 1922, sid. 943.

mologiska sällskapets uttalande år 1919 förhållandena beträffande ögonsjukvården föga ändrats. Det vore därför uppenbart, att en förbättring av ögonsjukvården vore starkt av nöden. Långt flera ögonavdelningar behövdes i landet. Det eftersträvade målet vore, att de allra flesta länen finge egen ögonavdelning i anslutning till ett länslasarett. Docenten *K. G. Ploman* underströk i detta sammanhang behovet av dagligt samarbete med öron-, näs- och halsläkarna. Gåves det tillfälle att inom ett sjukvårdsområde inrätta båda dessa specialavdelningar, borde de av nämnda anledning oavvisligen förläggas till samma plats. Överläkaren *O. Gröné* slutligen betonade förlossningsanstalternas stora profylaktiska betydelse för såväl moder som barn samt förordade obetingat dessa anstalters förläggande såsom specialavdelningar till lasaretten.

Den vid mötet föreliggande situationen sammanfattades av professor *Karl Petrén* i ungefär följande ordalag: För en tillfredsställande utveckling av vårt sjukhusväsende synes ingen annan väg vara framkomlig än att det i de olika länen, såvitt möjligt i varje län eller under samarbete mellan olika län, vid vissa centralsjukhus skapas specialavdelningar av de slag, vilka erfarenheten lärt oss vara nödvändiga för sjukvårdens rätta bedrivande, alltså utom medicinska, kirurgiska samt ögon- och öronavdelningar även kvinnokliniker och helst även barnavdelningar.

Mötet beslöt att i ämnet göra följande uttalande:

»Det 18:de Allmänna svenska läkarmötet anser det synnerligen betydelsefullt för sjukvården i riket att vid lasarett å lämpliga ställen i landet inrättas specialavdelningar och överlämnar med anledning därav de av professor G. Holmgren och dr I. Hedenius vid mötet hållna inledningsföredragen angående denna fråga jämte den därpå följande diskussionen till centralstyrelsen samt anmodar densamma att hos vederbörliga sjukvårdsmyndigheter vidtaga lämpliga åtgärder.»

Ytterligare uttalanden.

I de inlägg rörande specialvården å lasaretten, som gjordes under de närmast följande åren, förordades i stort sett samma program som vid läkarmötet i Stockholm 1922. Konturerna uppdrogos dock mera distinkt. I en av professorerna *I. Hedenius* och *J. W. Nordenson* på uppdrag av centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund redigerad sammanställning av olika uttalanden i förevarande ämne, benämnd »Några medicinska synpunkter på lasarettsdelningen»,[1] framhölls sålunda inledningsvis, att det ej längre endast gällde att dela alla större lasarett, utan det gällde att för lämpliga områden söka åstadkomma centrallasarett med olika specialavdelningar och att ansluta sjukvården till dem. I detta avseende vore våra landstingsområden och ickelandstingsstäder i det stora hela ur såväl medicinsk som administrativ synpunkt lämpliga enheter. Programmet för verksamheten komme därför att i huvudsak gå ut på åstadkommandet av ett centrallasarett för varje sådant område.

Till belysande av spörsmålet hava i nämnda sammanställning anförts uttalanden av framstående representanter för inre medicin, radiologi, öron- och

[1] Sveriges landstings tidskrift 1925, sid. 274. Svenska läkartidningen 1926, sid. 233.

ögonläkekonst, obstetrik och kvinnosjukdomar, ortopedi och vanförevård samt patologi. I dessa uttalanden framkommo i stort sett icke några mera betydelsefulla nya synpunkter. Samstämmigt vitsordades nödvändigheten av att de olika, huvudsakligen redan nämnda specialgrenarna bleve representerade inom de centrala sjukhusen av specialutbildade läkare med egen avdelning. Som skäl åberopades den medicinska forskningens betydande framsteg på olika områden samt den mångsidiga utvecklingen av de tekniska hjälpmedlen för sjukdomarnas diagnos och behandling — omständigheter, vilka båda samverkat till att de läkare, som på sitt sjukhus vore skyldiga emottaga och vårda alla fall, vilka på grund av bristande vårdtillgångar utanför detsamma dit översändes, icke längre förmådde ägna samtliga den behandling och vård, de fordrade och läkarvetenskapen kunde skänka. Man var fullt ense om att centrallasarett borde växa fram ur ett på medicinsk, kirurgisk och röntgenavdelning uppdelat sjukhus. I stort sett rådde ock, enligt författarna, enighet om den ordning, i vilken de kirurgiska specialiteterna borde ifrågakomma till erhållande av egna målsmän och avdelningar vid lasaretten. Sålunda borde i första rummet ögon- och öronläkekonsten tillgodoses, därnäst förlossnings- och kvinnoläkekonsten och i sista hand ortopedien; i valet om företräde mellan ögon- och öronläkekonsten borde lokala förhållanden i varje fall kunna få bli bestämmande. Vissa uttalanden synas kommittén emellertid ägnade att i olika hänseenden komplettera vad som tidigare anförts och skola därför här i korthet återgivas.

Beträffande behovet av *invärtes-medicinska* avdelningar framhöllo sålunda docenten *G. Sahlgren* samt numera professorn *J. Tillgren* bland annat, att sedan 1922 års läkarmöte i Stockholm den invärtes-medicinska vetenskapen ytterligare utvecklats i angiven riktning samt att flera av de nytillkomna undersöknings- och behandlingsmetoderna redan vore ofrånkomliga i den moderna diagnostiken och terapien och endast kunde behärskas av den skolade invärtesläkaren. Med hänsyn härtill borde bl. a. de planerade specialavdelningarna för kroniska ledsjukdomar anordnas i anslutning till de medicinska lasarettsavdelningarna och stå under invärtesläkarnas omedelbara ledning. Därjämte vitsordades, att även från invärtes-medicinsk synpunkt upprättandet av ett centrallasarett inom varje sjukvårdsområde, inrymmande förutom medicinsk och kirurgisk avdelning ögon-, öron-, gynekologisk, bakteriologisk, patologisk och röntgenavdelning, vore av utomordentlig betydelse, då endast därigenom en fullständig utredning av invärtesfallen kunde ernås. I fråga om *radiologiens* krav uttalade professor *G. Forssell* som sin mening, att icke ens en sjukstuga kunde utan skada för sjukvårdsarbetet undvara en apparat för röntgenundersökningar samt att ett större sjukhus icke kunde undvara en väl utrustad röntgenavdelning. Professor Forssell framhöll vidare, att för många av de patienter, som vore föremål för röntgenbehandling, särskilt fall av kronisk tuberkulos i lymfkörtlar och hud, vore en samtidig ljusbehandling synnerligen värdefull. Röntgen- och ljusbehandling kompletterade varandra i många fall på ett utmärkt sätt. Det vore därför ett givet önskemål, att radiologien till sitt förfogande hade ett laboratorium för ljusbehandling, vilket eventuellt kunde vara

gemensamt för hela sjukhuset. Genom sin utbildning i närliggande grenar av medicinsk fysik besutte radiologen särskilda förutsättningar att på ett vetenskapligt sätt utöva även ljusterapi. För *öronläkekonstens* del framställde professor *G. Holmgren* kravet, att varje län måste sörja för sitt vårdbehov genom att vid ett centralt lasarett upprätta en öronavdelning; i undantagsfall kunde möjligen två län ena sig om en gemensam avdelning. På så sätt skulle det stora flertalet patienter, som nu ej kunde unna sig de långa och dyra resorna till specialister, få sitt vårdbehov tillgodosett på nära håll, ett önskemål, som sedan länge varit trängande.

Ett spörsmål, som på 1922 års läkarmöte endast flyktigt berörts, var frågan om inrättande av s. k. *centrallaboratorier*. I denna fråga innehåller ovannämnda sammanställning ett av professor *E. Sjövall* gjort uttalande, däri denne anförde i huvudsak följande:

De undersökningar, som utfördes på en patologisk och bakteriologisk institution, vore i stor utsträckning inriktade på att vara till gagn för den sjukvårdande verksamheten. De patologiska undersökningarna avsåge dels att på grundval av operativt vunnet material bestämma sjukdomens art, dels att medelst obduktioner klargöra dödsorsak och sprida ljus över sjukliga symptom och iakttagelser vid sjuksängen. De bakteriologiska undersökningarna gjordes likaledes ofta i diagnostiskt syfte och kunde dessutom, såsom genom framställande av vaccin o. d., vara av betydelse för behandlingen av vissa sjukdomsfall. Det värde, såväl de patologiska som de bakteriologiska undersökningarna ägde för sjukvården, hade föranlett sjukhusen att söka förbindelse med institutioner av ifrågavarande slag. Med avseende å obduktioner hade samarbetet dock försvårats av att de måst äga rum på ort och ställe för dödsfallet. På grund av vad sålunda anförts vore det naturligt, att då ett sjukhus växte och därmed behovet av samarbete med patolog och bakteriolog ökades, ett allt starkare krav gjorde sig gällande att vid sjukhuset knyta en i dessa ämnen utbildad prosektor (laborator) och förse denne med ett för ändamålet utrustat laboratorium. Frågan, när situationen kunde anses mogen för ett förverkligande av detta önskemål, vore till en viss grad beroende av uppfattningen hos sjukhusens läkare. Vid Umeå lasarett med dess 233 sjukplatser, där ett centrallaboratorium funnes inrättat, krävde laboratorie- och obduktionsarbetet icke fullt sin man. Prosektorn innehade därför även annan befattning, militärläkare. Vid sjukhus av motsvarande storlek och omfattning komme förhållandena sannolikt att gestalta sig på liknande sätt som i Umeå. Åtminstone till en början komme prosektorsgöromålen att nå föga över det omfång, som vore behövligt för att hålla prosektorns yrkesskicklighet vid makt. Professor Sjövall ansåg dock en prosektur väl försvarad vid ett lasarett av Umeås storlek. Inrättades dylika prosekturer med sakligt och ekonomiskt ordnade bisysslor, torde man enligt professor Sjövall en gång hinna fram till den lyckliga situationen, att varje centrallasarett bleve utrustat med en dylik teoretiskt sakkunnig person.

Frågan om *förlossnings- och kvinnoläkekonstens* förhållande till lasarettsvården har i en år 1924 publicerad uppsats »Lasarettsdelningen en huvudfråga för vår sjukvård»[1] berörts av professor *Nordenson*, som därvid — i likhet med tidigare lasarettsläkaren Gröné — gjort sig till förespråkare för ifrågavarande specialitets förläggande till lasaretten. Efter att ha erinrat om de framkomna förslagen att tillgodose behovet av särskilda anordningar för barnaföderskor genom upprättande å lämpliga ställen av förlossningshem, skötta

[1] Social-medicinsk tidskrift 1924, sid. 146.

av tjänsteläkare och barnmorskor, samt om röda korsets verksamhet för att ute i bygderna anordna förlossningsrum hävdade sålunda professor Nordenson som sin mening att, enär havandeskapet ofta åtföljdes av komplikationer, för vilkas behandling tillgång till god och sakkunnig vård även inom andra läkekonstens grenar erfordrades, det vore i hög grad olämpligt att organisera barnbördsinrättningar självständigt. I stället borde man med alla krafter inrikta sig på att få barnbördsinrättningar ordnade som självständiga avdelningar vid de större lasaretten. Åt läkaren vid sådan barnbördsavdelning borde anförtros jämväl vården av kvinnosjukdomarna.

Ett i flera avseenden tungt vägande uttalande i detta ämne har gjorts av professor *Elis Essen-Möller*. Uttalandet ingick som ett led i den förenämnda Hedenius-Nordensonska sammanställningen[1] och var i huvudsak av följande innehåll:

Till en början vore väl alla ense om, att upprättande av specialavdelningar för barnbördsfall icke borde ske förrän behovet därav gjort sig gällande inom det sjukvårdsområde, som vore i fråga. Enighet torde ock råda därom, att då detta behov visat sig, upprättandet av ett barnbördshus, helst i samband med det övriga sjukhuset, vore en fördel för alla, främst för barnaföderskorna. Mera delade vore meningarna, om sådana barnbördsavdelningar borde ha särskild läkare eller skötas av kirurgen. Avdelningens storlek måste härvid vara avgörande. För egen del ansåge professor Essen-Möller uppenbart, att ett barnbördshus, som nått upp till 15—20 sängar, måste skötas av en särskilt skolad obstetriker. Vidare ansåge professor Essen-Möller, att det djupa sambandet mellan genitalorganens normala och patologiska fysiologi under såväl det gravida som det icke gravida tillståndet bestämt talade emot en uppdelning av förlossnings- och kvinnoläkekonsten på skilda händer. Obstetrik och gynekologi vore icke skilda discipliner utan endast faser av ett och samma organsystems biologi och patologi. De hörde därför med naturens egen nödvändighet tillsammans, medan sammanförandet av gynekologien med kirurgien blott vore en traditionssak, utan inre nödvändighet. En senare fråga vore, om och när en särskild kvinnoavdelning lämpligen borde komma till stånd inom ett lasarettsområde. Därom kunde ingen annan döma än den, som kände de lokala förhållandena.

De återgivna uttalandena angående den slutna barnbördsvårdens organisation stå emellertid icke oemotsagda. Med utgångspunkt från två vid 1914 års riksdag i ämnet väckta motioner har sålunda förre förste provinsialläkaren *G. Stéenhoff* i en uppsats »Förlossningshem»[2] hävdat, att med hänsyn till vårt lands spridda befolkning vore upprättandet av ett större antal smärre förlossningshem den viktigaste åtgärden för beredande av vård utom hemmet åt barnaföderskor. Det måste enligt doktor Stéenhoff betraktas som en mycket billig fordran, att den blivande modern, då hennes nedkomst förestode, kunde vid behov erhålla plats å ett någorlunda nära hennes eget hem beläget ställe, en asyl, där hon finge påräkna tillfredsställande sanitära förhållanden, snabb och god hjälp vid barnsbörden samt under barnsängen behövlig ro och sakkunnig vård åt sig och sitt barn. Givetvis erbjöde de större anstalterna den bästa garantien för en god vård, men för flertalet mödrar vore dylika icke alls

[1] Sveriges landstings tidskrift 1925, sid. 282. Svenska läkartidningen 1926, sid. 265.
[2] Svenska läkartidningen 1923, sid. 97.

eller med den största svårighet åtkomliga. Det fåtal hem, som funnits, hade efter allt att döma visat sig fylla ett verkligt behov.

Jämväl senare ha de små barnbördshusen förordats, ehuru från delvis andra synpunkter. Uti social-medicinsk tidskrift för år 1928, häfte 6, har under rubrik »Stora eller små barnbördshus» såsom ett av de mest bärande social-medicinska skälen mot anläggande av stora barnbördsanstalter anförts, att den sekundära infektionsfara, som alltid förefunnes inom en sjukvårdsanstalt, där ett flertal sjuka vårdades, ovillkorligen måste stiga i proportion till de sjukas antal. Det mindre sjukhuset hade visserligen att dragas med något högre dagkostnad per patient, men beläggningssiffran per sjukdomsfall bleve i stället mindre. Förutom infektionsfaran tillkomme ytterligare en omständighet, som bidroge till att öka sjukligheten och beläggningssiffran för de stora sjukhusen: i och med att personaltillväxten icke hölle jämna steg med sjukhusens tillväxt, bleve personalen mer jäktad och ett visst kollektivansvar insmöge sig gärna. På de stora sjukhusen inträffade även lätt, att naturvetenskaplig forskning upptoge en stor del av läkarnas arbetstid och intresse, vilket ej sällan vore till nackdel för den rent medicinska omvårdnaden. För barnbördshusen gjorde sig dessa synpunkter gällande mer än inom andra sjukvårdsområden, och det påståendet vore här berättigat: ju mindre anstalter — även om därmed förenades nackdelen av en omedelbar, något ökad vårdavgift — desto större fördelar.

Anordningar för underlättande av specialiseringen.

Redan under de första skedena av fackmännens meningsutbyte om den slutna specialvårdens utbyggande stod det klart, att genomförandet av en tillfredsställande ordning i detta avseende skulle kräva stora kostnader och på den grund måste ställas på lång sikt. Det är därför helt naturligt, att man i avbidan på frågans definitiva lösning sökt anvisa utvägar för specialvårdens tillgodoseende på ett enklare och mindre kostsamt sätt än genom uppdelning av lasarett i specialavdelningar med egna lasarettsläkare (självständiga avdelningar). Förslagen härutinnan gå ut på att — utan dylik uppdelning — vid sjukhusen anställa specialister eller åt dem upplåta vårdplatser därstädes. Jämsides härmed har man genom samarbete med den militära sjukvården sökt uppnå ett snabbare förverkligande av önskemålet om specialvårdens tillgodoseende genom självständiga specialavdelningar.

Anställande av specialister m. m.

Tanken att genom anställande av eller upplåtande av ett visst antal vårdplatser åt specialister på ett sjukhus jämna vägen för specialiseringen är icke ny. I Förenta Staterna bygger den slutna sjukvården i stor utsträckning sedan gammalt på systemet, att praktiserande läkare inlägga och vårda sjuka på sjukhusen; detsamma är förhållandet i England. Att märka är emellertid att sjukhusen därstädes, även de som mottaga patienter från mindre bemedlade befolkningsskikt, torde vara att anse såsom enskilda. Även i Sverige har på enstaka sjukhus tidigare tillämpats en anordning med specialavdelning utan att överläkare för densamma i vedertagen ordning anställts. Så hava på Sabbatsbergs sjukhus under en följd av år ett visst antal platser ställts till disposition för en specialist i mag- och tarmsjukdomar, och på Norrköpings lasarett har vården av de könssjuka överlämnats till en på detta område specialutbildad privatläkare.

Spörsmålet upptogs till diskussion redan å *läkarmötet i Linköping 1910* av dåvarande lasarettsläkaren *A. Eurén*.[1] Denne erinrade till en början, att vid ett eller annat större lasarett ögonfall vårdades, och vid behov opererades, av en i samhället praktiserande fullt kvalificerad specialist, som därför åtnjöte särskilt arvode, samt att ett liknande förhållande möjligen ägde rum någonstädes jämväl beträffande fall av öron- och nässjukdomar. Enahanda system syntes doktor Eurén kunna vid för övrigt lämpliga omständigheter utan svårighet genomföras beträffande ortopediska fall och torde enligt hans förmenande kunna tänkas komma till användning även för de medicinska fallen. Doktor Eurén förordade varmt ett dylikt provisoriskt anställande av specialister såsom en övergångsform vid de lasarett, där uppdelning av praktiska skäl för det dåvarande ej läte sig genomföra, enär därigenom en omedelbar förbättring i sjukvården och nödig lättnad i läkarens arbete kunde vinnas.

De talare, som vid ifrågavarande tillfälle företrädde invärtes-medicinen, togo bestämt avstånd från att ens temporärt ordna denna sjukvårdsgren på det av doktor Eurén föreslagna sättet. Med skärpa underströks av såväl professor *Hedenius* som professor *Petrén* vikten av att invärtesläkarna finge egen avdelning och en med de kirurgiska överläkarna sidoordnad ställning. Syftet med uppdelningen, en fullt sakkunnig vård åt de medicinska fallen, löpte fara att förfelas, om icke kravet på självständiga avdelningar upprätthölles. Uppfyllandet av detta krav vore för övrigt minst lika betydelsefullt även från en annan synpunkt. En av de viktigaste förutsättningarna för tillkomsten av en duglig kirurgisk lasarettsläkarkår hade enligt vad erfarenheten ådagalagt varit den fria konkurrensen vid lasarettsläkartjänsternas tillsättande. Upprätthållandet av denna form för läkarnas tillsättande vore lika viktig för den interna sjukvårdens utveckling som för den kirurgiska. Liknande synpunkter hävdades av representanter för andra specialgrenar.

År 1927 framkom även *svenska föreningen för invärtes medicin* med förslag att tillgodose specialvården av medicinska fall utan inrättande av självständiga avdelningar för desamma.[2] Enligt förslaget borde vid de mindre och medelstora lasaretten anställas utbildade invärtesläkare med chefställning, vilka skulle taga ledningen av invärtesfallens vård. Anställandet av dylik läkare behövde icke med nödvändighet kräva en så organisatoriskt genomgripande förändring som inrättandet av en särskild avdelning. Tänkbart vore, att invärtesläkaren helt enkelt övertoge de inneliggande invärtesfallen (20—30 st.) utan att några om- eller tillbyggnader vid det ifrågavarande lasarettet vidtoges. Med befattningen skulle förenas rätt till sjukhusårs- och eventuellt även tjänsteårsberäkning. Det betonades emellertid uttryckligen, att anordningen ifråga icke vore att anse såsom en definitiv lösning utan endast som ett provisorium, att fungera till dess fullständig delning hunnit komma till stånd. I ett senare lämnat »förtydligande» meddelas, att de »mindre medicinska avdelningar», som åsyftades med förslaget, tänkts som fullt själv-

[1] Förhandlingar vid allmänna svenska läkarmötet i Linköping 17—18 juni 1910, sid. 33.
[2] Grönberg, A. Om möjligheten att anställa invärtes läkare på de mindre och medelstora lasaretten. Svenska läkartidningen 1928, sid. 894 och 1005.

ständiga specialavdelningar och invärtesläkaren sålunda som fullt självständig chefläkare på sin avdelning.

Uti en i social-medicinsk tidskrift för år 1926 publicerad artikel[1] har till övervägande anbefallts, huruvida icke ett »fritt läkareval» för patienterna skulle kunna tillämpas vid våra allmänna sjukhus, och åberopades därvid vissa gynnsamma erfarenheter från Frankrike. Professor *Nordenson* har på senaste tid varmt förordat en väg för beredande av specialvård, som är i så måtto besläktad med den nu antydda, att specialisterna icke skulle vara bundna vid sjukhuset i någon tjänsteställning. I diskussionen över en av kommittén offentliggjord preliminär promemoria angående ögonsjukvårdens ordnande anför sålunda professor Nordenson efter vissa erinringar mot den koncentration av ögonavdelningarna, som ett förverkligande av kommitténs i promemorian skisserade förslag skulle medföra, följande:[2]

»Jag tror, att vi i stället böra gå fram på den vägen, att, därest en läkare slår sig ned i en stad och börjar en verksamhet där, vi försöka stödja denna verksamhet genom att bereda honom möjlighet att arbeta på länets lasarett — det behövs icke så många sängar — där han får tillfälle att operera någon timma om dagen. På det viset har det börjat på flera ställen, och det har skapat en verksamhet; jag tror icke, att man på de ställen, där de ha en ögonläkare, som får lägga in sina fall på lasarettet, skulle bli glada, om denna verksamhet upphörde.»

Uti en i svenska läkartidningen för år 1932 publicerad artikel[3] har professor Nordenson närmare utvecklat denna tankegång sålunda:

»Hela detta spörsmål måste även ses ur en annan synpunkt än önskvärdheten att på billigaste sätt ordna den slutna ögonvården nämligen ur synpunkten av den av statsmakterna uppmuntrade livliga tillströmningen till läkarbanan. För att denna skall bliva samhället till verklig nytta, är det ej nog med att föra fram ett stort antal läkarkandidater till legitimationen, utan man måste ock ge dem tillfälle att med sina kunskaper och sin arbetskraft gagna landet. Som emellertid behovet av allmänpraktiserande läkare är ganska väl fyllt, är det nödvändigt, att en avsevärd del av de nytillkommande få utbilda sig till specialister inom de olika medicinska facken, ty just inom dessa föreligger ett uppenbart vårdbehov ute i landet. — — — Det är emellertid ej nog med att dessa få sin specialutbildning inom ett fack, det är ock nödvändigt, att det allmänna giver dem ett visst stöd i deras blivande verksamhet. Vad de därvid närmast behöva — särskilt inom de kirurgiska specialiteterna, dit ögonläkekonsten hör — är tillfälle att vid behov kunna lägga in sina sjuka på sjukhus och meddela vård i sluten form. Utan en sådan möjlighet blir specialistens verksamhet i mångt och mycket ganska meningslös. Därvid är det alls icke nödvändigt att inrätta dyrbara nya avdelningar, utan det räcker med att upplåta ett mindre antal sängar och nödiga behandlingslokaler åt dem, en jämförelsevis billig åtgärd. På detta sätt skulle man kunna tillfredsställa stora vårdbehov och skapa många nya levebröd för läkare.»

Emot denna professor Nordensons anvisning till specialvårdens ordnande hava bestämda gensagor inlagts från ett flertal läkare, bl. a. professor *Fritz Ask*. Denne yttrar sålunda:[4]

[1] Loc. cit., sid. 61.
[2] Sveriges landstings tidskrift 1930, sid. 343.
[3] Nordenson, J. W. Statens sjukvårdskommitté och ögonsjukvårdens ordnande. Svenska läkartidningen 1932, sid. 467.
[4] Förhandlingar vid svenska ögonläkarföreningens adertonde årsmöte i Stockholm 1931, sid. 12.

Det är en sak i professor Nordensons inlägg i en tidigare diskussion över detta spöörsmål, där jag i likhet med generaldirektör Hellström och överläkare Bohmanssonn icke är ense med honom. Det är då han menar, att en oftalmolog först bör slåå sig ner på lämplig plats, så få ett finger in på lasarett, tillgång till några sänngar och till operationssal etc. Detta gillar jag icke. Jag har nämligen själv gennomlidit sådana förhållanden under åren 1910—1914 å Malmö allmänna sjukhuus: patienterna utplacerade här och var, där tillfälligtvis fanns plats, sköterskepeersonalen föga intresserad av och icke alls uppfostrad för de strödda ögonfallen, uppprepade katarrala infektioner, tromboser etc. av nosokomial natur på de stora kirrurgiska sjuksalarna med alla därmed förknippade speciellt oftalmo-kirurgiska risskmoment, som ju nog dessvärre också manifesterade sig oftare än önskligt, o. s. v. Trots all älskvärdhet och allt tillmötesgående, som visades mig av vederbörrande lasarettsläkare, skulle jag icke för allt i världen vilja genomlida en sådan peers på nytt — det är min erfarenhet. Nej, *egna och helt självständiga avdelniinngar* måste vi kräva för oftalmologien, där vi själva kunna helt taga ansvaret förr våra patienter, för vård, aseptik, isoleringar och mycket annat.

Samarbete med militär sjukvård.

Frågan om ett underlättande av specialiseringens genomförande genom samarrbete mellan den militära och den civila sjukvården aktualiserades framför allt däärigenom, att Kungl. Maj:t, efter hemställan av arméförvaltningens sjukvårdsstyyrelse, i november 1917 uppdrog åt en *kommitté* med generalfältläkaren *Fritz Bauer* såsom ordförande att verkställa utredning, huruvida och underr vilka organisatoriska, administrativa och andra förhållanden ett samarrbete skulle kunna med fördel åstadkommas mellan å annan ort än Stockholm belägna civila och militära sjukhus *dels* på det sättet, att de civila sjukhusen å de orter, där två eller flera truppförband vore förlagda, utvidgades därhän, attt de kunde mottaga även de sjuka från armén, därvid jämväl borde tagas undder omprövning lämpligheten av att å dessa sjukhus inrätta specialavdelniinngar, *dels och* på så sätt, att å de orter, å vilka militärsjukhus redan funnes meen ej civila, de militära sjukhusen anordnades så, att de kunde emottaga ävven civila sjuka i större utsträckning än dittills varit fallet. Kommitténs ordförrande sammanfattade kommitténs mål, i vad det rör förevarande spörsmåål, sålunda:[1] beredande av bästa möjliga vård åt sjuka, såväl civila som miilitära, å sjukhus bland annat genom anordnande av avdelningar för specialbehhandling vid flera av de större länslasaretten, således möjlighet till specialvård även i landsorten i större utsträckning än vad dittills varit fallet. Kommiitténs arbete resulterade närmast i utvidgning och delning — med hjälp av staatsbidrag — av lasaretten i Linköping och Umeå ävensom garnisonssjukhuaset i Boden.

Ungefär samtidigt med men vid sidan om nämnda kommitté upptog *arméförrvaltningens sjukvårdsstyrelse* icke mindre viktiga utredningar i syfte att på *miilitära* sjukhus anordna specialavdelningar för att komplettera på orten befiintlig civil sjukvårdsinrättning. Dessa ledde till resultat såtillvida, som Kirronan och vederbörande landsting träffade avtal om samarbete beträffande miillitärsjukhusen i Sollefteå (1923) och Eksjö (1923), avsedda såsom medicinska avdelningar, ävensom garnisonssjukhuset i Linköping (1923), närmast avsett såsom avdelning för öron-, näs- och halssjukdomar.

[1] Allmänna svenska läkartidningen 1917, sid. 1687.

Tanken på ett vidgat utnyttjande av de militära sjukhusen för civila sjuka var visserligen icke ny, men genom generalfältläkaren Bauer fick den fastare form och större bärkraft bland landets civila sjukhusläkare. Det är självfallet, att dessa utvägar att genom statens ekonomiska bistånd främja lösandet av frågan om sjukhusens uppdelning på specialavdelningar skulle vinna beaktande av både landstingens representanter och läkarna. Den ena formen för samgående, de *civila* sjukvårdsanstalternas utvidgande så, att de kunde mottaga sjuka från armén, eventuellt inrättande å dessa sjukhus av specialavdelningar, har, såvitt kommittén kunnat finna, vunnit enbart gillande från läkarhåll. Från landstingshåll hava endast vissa erinringar av ekonomisk innebörd gjorts häremot. Den andra formen för samgående, de *militära* sjukhusens användande jämväl för civila sjuka på platser, där civila sjukhus icke finnas, eller anordnande av specialavdelningar å militärsjukhusen för kompletterande av redan på platsen befintligt lasarett, har varit föremål för mera delade meningar, särskilt vad angår den senare åtgärden. Man torde kunna återgiva majoritetens ställning härtill så, att anordningen ifråga visserligen vore ägnad att främja uppkomsten av specialavdelningar på vissa platser i landet och bereda mark för idén om specialiserad sjukhusvård men att den icke kunde läggas till grund för en organisation av sluten specialvård i större utsträckning. Generalfältläkaren Bauer har ock själv betecknat förslaget som en etapp på vägen till lösandet av specialiseringsproblemet och hade fullt klart för sig, att för den slutliga lösningen av denna mycket komplicerade fråga fordrades åtgärder av helt annan art.[1]

Slutligen må här omnämnas, att av såväl militärläkare som civila sjukhusläkare (bl. a. generalfältläkarna Bauer och Erhardt samt professor Nordenson) har som en väg för främjandet av specialvårdens utveckling en kombination av militär och civil sjukhusläkartjänst på specialavdelning anbefallts och även prövats på mera än ett lasarett. En dylik förening av tjänster har på lasarett, där specialistverksamheten ej varit av den omfattning, att den givit sin utövare fullt arbete eller skälig utkomst, enligt meddelad erfarenhet öppnat möjligheter för etablerande av specialvård, vilken eljest näppeligen skulle hava kunnat åstadkommas. Betänkligheter emot att tillämpa detta förfarande längre än vad som kan vara med specialvårdens intressen väl förenligt hava dock icke saknats. Så har professor Nordenson vid ett tillfälle[2] varnat för att i längden bygga på ett dylikt samarbete med den militära sjukvården.

b) Kommitténs allmänna synpunkter på lasarettens uppdelning i specialavdelningar.

Såsom i återblicken antytts, är det närmast två omständigheter, som framtvungit specialiseringen inom läkekonsten. Forskningens framsteg är den ena, teknikens utveckling den andra. Forskningen har särskilt under de

[1] Förhandlingar vid adertonde allmänna svenska läkarmötet i Stockholm den 1 och 2 september 1922, sid. 31.

[2] Se Sveriges landstings tidskrift 1930, sid. 343.

senaste femtio åren givit de medicinska vetenskaperna en sådan omfattning, att det icke längre är möjligt för *en* läkare att behärska det vetande, som bestämmandet och behandlingen av de många olika svårtydda och svårbehandlade, i daglig praxis förekommande sjukdomsfallen förutsätta. Tekniken har skänkt läkekonsten talrika för såväl diagnos som terapi betydelsefulla hjälpmedel, vilka för sitt rätta handhavande kräva en utbildning, vana och erfarenhet, som icke kunna vinnas på annan väg än begränsningens och specialiseringens. I praxis har sålunda specialiseringen föranletts av de krav, som med avseende på diagnos och behandling fordrande sjukdomsfall ställa på läkaren. Den icke specialiserade tjänsteläkaren och allmänpraktikern hava, för att kunna bedöma och vårda de vanligare sjukdomsfall, som möta dem, måst nöja sig med att söka vidmakthålla en överblick över det medicinska vetandet. Att tränga djupare in i de olika specialiteterna hava de icke förmått på grund av vidden av sina arbetsuppgifter.

Vid behandlingen av nu föreliggande problem, lasarettens uppdelning i specialavdelningar, torde det företrädesvis vara trenne frågor av mera allmän natur, som uppställa sig till besvarande: 1) frågan om specialiseringens omfattning inom den nutida lasarettsvården, 2) frågan om formen för specialvårdens tillgodoseende samt 3) frågan om den nuvarande sjukvårdsadministrativa indelningens lämplighet för specialvårdens rationella tillgodoseende.

Specialiseringens omfattning.

För belysande av den förstnämnda frågan må till en början erinras om de olika specialgrenar, som utgöra särskilda läroämnen vid de medicinska fakulteterna. Dessa äro: medicin, pediatrik (läran om barnsjukdomarna), kirurgi, otiatri (läran om öronsjukdomarna), oftalmiatrik (läran om ögonsjukdomarna), obstetrik och gynekologi (förlossnings- och kvinnoläkekonsten), patologisk anatomi, rätts- och statsmedicin, psykiatri (läran om sinnessjukdomarna), syfilidologi och dermatologi (läran om köns- och hudsjukdomarna) samt hygien. Läroämnena rätts- och statsmedicin samt hygien hava i detta sammanhang icke något intresse. Detsamma gäller psykiatrien, enär sinnessjukvårdens organisation faller utanför kommitténs uppdrag.

Vidare må erinras om de olika slag av specialavdelningar, som för närvarande stå till vårt lands förfogande. Se vi först på de *kliniska* sjukvårdsanstalterna samt de avdelningar av andra sjukhus, vilka äro tillgängliga för undervisningsändamål, finna vi följande specialiteter, representerade genom självständiga avdelningar: invärtes medicin, barnsjukdomar, nervsjukdomar, kirurgi, ortopedi, barnsbörd och kvinnosjukdomar, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, köns- och hudsjukdomar, tuberkulossjukdomar, radiologi samt patologi. Alla dessa avdelningar finnas emellertid icke vid var och en av landets tre medicinska utbildningsanstalter. Sålunda saknar Akademiska sjukhuset i Uppsala särskild avdelning för nervsjukdomar, ortopedi samt köns- och hudsjukdomar. Vid lasarettet i Lund lärer avdelningen för könssjukdomar, där för övrigt hudsjukdomar icke vårdas, icke utnyttjas för undervisningsändamål. I Stockholm torde vanföreanstalten därstädes få räknas såsom den för undervisningsändamål disponibla avdelningen för ortopedi. Samtliga nu nämnda specialiteter

utom nervsjukdomarna äro representerade genom självständiga avdelningar även vid våra *icke-kliniska* sjukhus. Alla slags avdelningar finnas icke heller här vid ett och samma sjukhus. Fullständigast är Malmö allmänna sjukhus, som blott saknar avdelningar för barnsjukdomar, patologi samt fullständig radiologisk behandling (röntgenavdelning finnes dock). Stockholm och Göteborg hava emellertid vid skilda sjukhus tillgång till alla slag av ovan nämnda avdelningar. Vid landstingens delade sjukhus är tillgången å specialavdelningar som bekant mycket ojämn. (Se närmare kap. 2.)

Vid ett flertal tillfällen hava, såsom av återblicken framgår, vägande uttalanden gjorts beträffande de olika specialiteter, som borde vara företrädda vid lasaretten. Kommittén vill särskilt erinra om uttalandena i ämnet vid det allmänna svenska läkarmötet i Stockholm 1922 samt om den belysning, frågan erhållit genom den av professorerna Hedenius och Nordenson redigerade sammanställningen »Några medicinska synpunkter på lasarettsdelningen». Läkarmötets ståndpunkt i frågan torde, i huvudsaklig överensstämmelse med professor K. Petrén, kunna sammanfattas sålunda, att i de olika länen, såvitt möjligt i varje län eller under samarbete mellan två eller flera län, borde vid vissa centralsjukhus skapas specialavdelningar av de slag, som enligt erfarenheten visat sig nödvändiga för sjukvårdens rätta bedrivande, d. v. s. medicinska, kirurgiska, ortopediska avdelningar, avdelningar för ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, förlossningar och kvinnosjukdomar, radiologi samt helst även för barnsjukdomar. Professorerna Hedenius' och Nordensons sammanställning upptager samma avdelningar med undantag av avdelningar för barnsjukdomar men med tillägg av s. k. centrallaboratorier (patologiska avdelningar).

Någon meningsskiljaktighet beträffande huvudlinjerna i det program för specialiseringens omfattning inom lasarettsvården, som sålunda under det sista årtiondet utformats, torde icke föreligga. Avdelningar för köns- och hudsjukdomar omnämnas visserligen icke. Berörda sjukdomar utgöra emellertid i såväl in- som utlandet en erkänd specialitet, och specialavdelningar för dem finnas i vårt lands tre största städer. Från programställarnas sida torde ej heller det berättigade i en sådan specialvård hava ifrågasatts, även om densamma vad angår anspråk på vårdplatser ansetts stå flertalet övriga specialgrenar efter. Med hänsyn härtill och då utvecklingen på området kan sägas hava i det stora hela givit stöd åt de rön och erfarenheter, varpå programmet ifråga grundar sig, anser sig kommittén kunna utan närmare motivering i huvudsak ansluta sig till detsamma. I enlighet härmed lämnar kommittén nedan under kapitlets olika avsnitt, i den mån så varit möjligt, anvisningar för specialvårdens utbyggande vid lasaretten vad angår medicinska, kirurgiska, ögon- samt öron-, näs- och halssjukdomar, barnsjukdomar, förlossningsfall och kvinnosjukdomar, köns- och hudsjukdomar ävensom radiologi och patologi. Där för ett vidare utbyggande av viss specialitet särskild motivering av kommittén ansetts erforderlig, lämnas denna i resp. avsnitt. Frågan om den ortopediska specialvårdens tillgodoseende har synts kommittén böra i dess helhet lämpligen

upptagas till prövning i samband med vanförevården och behandlas därför i kap. 8.

Kommittén vill härjämte förutskicka följande. Såväl läran om barnsjukdomarna som läran om lungtuberkulos äro grenar av den invärtes medicinen. Denna specialgren kan därför sägas redan hava varit föremål för klyvning. Ytterligare två eller måhända tre stora sjukdomsgrupper synas emellertid, såsom i viss mån framgår av den i kap. 2 framlagda inventeringen, vara på väg att intaga en särställning inom invärtesmedicinen, nämligen de s. k. psykoneuroserna, de rheumatiska ledsjukdomarna och ämnesomsättningssjukdomarna. För neurologi har alltsedan år 1889 funnits en särskild klinisk avdelning vid Serafimerlasarettet, men denna avdelning, som tillkommit tack vare enskild donation, torde i främsta rummet hava inrättats i syfte att bereda en förbättrad undervisning i nervsjukdomar för blivande läkare. Sedermera hava emellertid som nämnts pensionsstyrelsens erfarenheter om lasarettens bristande vårdtillgångar för psykoneuroser lett till att fristående sjukhus eller sjukhusavdelningar för vård av dessa sjukdomar inrättats genom pensionsstyrelsens försorg eller medverkan. Liknande har varit fallet beträffande vården av de rheumatiska ledsjukdomarna. I den mån ifrågavarande vård varit förlagd till avdelningar vid lasarett, har den dock icke förestått av särskild för ändamålet anställd läkare utan vanligen ombesörjts av läkare vid lasarettets medicinska avdelning. Spörsmålet om dessa vårdgrenars vidare utbyggande upptager kommittén till behandling under avsnitt c) av detta kapitel. Vad ämnesomsättningssjukdomarna — närmast sockersjukan — beträffar har under diskussionen om behovet av specialvård icke framlagts något utformat förslag till utbrytande av desamma ur den slutna vården för invärtes sjukdomar. Under sådana förhållanden och då, enligt vad utredningen givit vid handen, åtskilligt återstår att uträtta, innan allmänt erkända specialgrenar blivit tillbörligen tillgodosedda, anser kommittén tiden icke inne för en närmare granskning av detta spörsmål.

På allra senaste tiden har även specialiseringen inom kirurgien lett till att vissa tendenser till ytterligare klyvning kunnat där skönjas, i första hand vad angår urologien (urinvägarnas sjukdomar), extremitetskirurgien och det centrala nervsystemets kirurgi. Sin ståndpunkt i hithörande frågor angiver kommittén under avsnitt d) av detta kapitel.

Till sist vill kommittén anmärka, att det måhända med fog kan ifrågasättas, om de medicinska och kirurgiska avdelningarna böra betecknas som specialavdelningar, enär den inre medicinen och kirurgien äro de två stammar, från vilka de olika specialiteterna vuxit fram. Även om det skulle kunna sägas innebära en oegentlighet, använder kommittén emellertid för överskådlighetens skull nedan beteckningen ifråga jämväl för dessa avdelningar.

Formen för specialvårdens tillgodoseende.

Beträffande frågan om formen för specialvårdens tillgodoseende vid lasaretten torde inledningsvis böra erinras om ett ämnet berörande stadgande i 10 § lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus. Stadgandet lyder:

Särskilda avdelningar eller icke?

»Finnes nödigt, att lasarett eller sanatorium uppdelas på två eller flera sjukavdelningar med särskilda för sjukvården ansvariga läkare eller att vid lasarett eller sanatorium ny avdelning med särskild för sjukvården ansvarig läkare inrättas, har den, som driver sjukhuset, att, efter det direktionen samt lasarettseller sanatorieläkare, som redan må hava anställts, i ärendet avgivit yttrande, hos Konungen göra framställning i ämnet. Är fråga om delning av lasarett eller sanatorium eller av sjukavdelning, skall vederbörande läkare i sitt yttrande angiva, vilken avdelning han önskar behålla. Vad sålunda stadgats skall äga motsvarande tillämpning, då fråga uppstår att anställa särskild lasaretts- eller sanatorieläkare med uppgift att verkställa undersökningar eller meddela sjukbehandling av speciell art utan att för ändamålet ny sjukavdelning inrättas.»

Såsom av detta stadgande framgår, förutsätter utövande av specialvård och specialbehandling på lasarettet icke med nödvändighet inrättande av en särskild avdelning för ändamålet utan kan särskild läkare med lasarettsläkares tjänsteställning anställas för verkställande av undersökningar eller meddelande av sjukbehandling av speciell art utan att dylik avdelning inrättas. 1920 års lasarettsstadgekommitté, från vilken ifrågavarande bestämmelse härrör, har i motiven till sitt betänkande förklarat sig vilja med densamma legalisera en av praktiska behov framkallad, redan vid ett eller annat sjukhus tillämpad anordning, mot vilken ingenting kunde vara att erinra.

Såvitt för kommittén är känt, har en dylik anordning, frånsett de fall där lasarettsläkare på röntgenavdelning i avsaknad av särskild vårdavdelning medgivits inlägga sina patienter på avdelning, som står under annan ansvarig lasarettsläkares ledning, kommit till användning vid endast några enstaka sjukhus, såsom lasaretten i Karlstad, Norrköping och Sundsvall. Erfarenheten har visat, att anordnande av specialvård utan särskilda vårdavdelningar i det dagliga arbetet medför olägenheter och slitningar, som kunna inverka menligt på sjukvårdsarbetets behöriga gång. Det är icke blott samarbetet mellan de olika läkarna i fråga om disponerande av gemensamma lokaler, såsom operations-, undersöknings- och mottagningsrum m. m., som härvid kan vålla svårigheter. Sådana kunna måhända i ännu högre grad uppstå med avseende å specialläkarens ställning till sjukvårdspersonalen. Valet av sjuksköterskor sker helt naturligt främst med hänsyn till de krav, som den väsentligt större anparten av sjukvårdsverksamheten ställer på sköterskan. Dennas intresse för specialfallen torde, även om hon vid tillträdandet av sin tjänst haft utbildning för dessas behandling, bli ringa, enär hennes uppmärksamhet riktas på majoriteten av sjukdomsfallen. Specialfallen kunna därigenom lätt få en känsla av att vara eftersatta i förhållande till övriga sjuka. Såväl det ena som det andra bidrager till att rubba förtroendet för specialvården.

En gemenskap i förevarande hänseende medför lätt påföljder även av annan och för vårdens resultat mera vägande art. En av sjukhushygienens viktigaste uppgifter är att skydda de sjuka för s. k. nosokomial infektion (sjukhussmitta), vilken numera oftast tager formen av katarrer i näsa, svalg och luftrör. Det är å ena sidan väl känt, att dylika infektioner hos nyopererade sjuka, särskilt hos dem som undergått bukoperationer samt hos barn i späd

ålder, kunna leda till livsfarliga komplikationer ävensom att barnbördspatienter äro synnerligen mottagliga för infektioner av nämnda slag. Det framhålles tillika, att även patienter, som opererats för ögonsjukdomar, äro mycket känsliga för dylik smitta. Å andra sidan är det klientel, som vårdas för öron-, näs- och halssjukdomar, ofta bärare av infektionsämnen, som kunna förorsaka nu nämnda komplikationer. Härav inses lätt, att en anordning med för olika arter av specialvård gemensamma sjukavdelningar, upplåtna åt skilda läkare, bereder mycket stora svårigheter för en ändamålsenlig och betryggande beläggning samt särskilt vid trängsel utgör en fara för vårdresultatet, vilken icke kan lämnas obeaktad. Kommittén vill i detta sammanhang erinra om professor Fritz Asks ovan återgivna uttalande vid svenska ögonläkarföreningens årsmöte i Stockholm år 1931 (sid. 48—49).

Kommittén finner väl det kunna i något enstaka fall vara en fördel, att gällande legislativa bestämmelser inrymma möjlighet till en anordning av ifrågavarande slag. Med hänsyn till de erfarenheter, som gjorts beträffande densamma, anser sig kommittén dock ej kunna instämma i lasarettsstadgekommitténs ovannämnda uttalande. De bestämda krav på särskilda avdelningar, som i frågan om specialvårdens permanenta tillgodoseende framförts av den övervägande majoriteten läkare, synas kommittén redan på nu anförda skäl väl grundade.

För sistnämnda ståndpunkt talar även en omständighet, som beröres i direktiven. Enligt dessa böra specialavdelningarna helst göras så stora, att de kunna utan alltför dryga kostnader per vårdplats förses såväl med erforderlig specialutbildad personal som med tillräckligt modern materiell utrustning. Det synes kommittén som om man genom att alltför mycket decentralisera specialvården lätt skulle löpa fara att av ekonomiska hänsyn icke kunna behörigen tillgodose det viktiga kravet på en god utrustning, en fara, som är närliggande, därest man söker lösa frågan om specialvården på annat sätt än genom inrättande av särskilda specialavdelningar. Kommittén finner för sin del det vara av väsentlig betydelse, att specialvården även å landstingens sjukhus blir av den beskaffenhet, att den kan sägas tillfredsställa fullt skäliga anspråk på en sådan vård. Säkert skulle det visa sig vara jämväl ur ekonomisk synpunkt ofördelaktigt, om frågan löstes på så sätt, att man ute i periferien finge en slags sekunda specialvård, vilken vid allvarligare och mera svårtydda sjukdomsfall icke bleve tillfredsställande utan föranledde resor till de stora sjukhusens specialavdelningar.

Under sitt arbete har kommittén styrkts i den uppfattningen, att en bestämd förutsättning för en tillfredsställande specialvård är att avdelningarna jämväl givas den ledning och förses med den utrustning och de anordningar i övrigt, som erfordras för en fullgod specialvård. Samtidigt böra de givas den storlek och därmed ock det befolkningsunderlag, som krävas för att läkaren skall kunna upprätthålla och utvidga sina kunskaper och tidigare vunna erfarenheter samt hava möjlighet att utöka sin tekniska skicklighet och förfarenhet. Även ur synpunkten, att läkaren må beredas skälig utkomst av

sin tjänst och privata verksamhet såsom specialist, är det av betydelse, att arbetet inom hans specialområde skänker honom en tillräcklig sysselsättning.

Av vad sålunda anförts torde framgå, att kommittén principiellt intager den ståndpunkten, att vid lasaretten erforderlig specialvård bör i största möjliga utsträckning meddelas på självständiga avdelningar. Detta gäller särskilt anordningar av mera bestående natur. Vid sådana tillfällen åter, då ett speciellt sjukvårdsbehov ej synes vara tillräckligt prövat eller då ett trängande sådant bör tillgodoses, innan medel för inrättande av särskild avdelning kunna ställas till förfogande, torde meddelande av specialvård utan särskild avdelning kunna anses försvarligt. Med den i det föregående lämnade motiveringen lär kommittén dock hava givit goda skäl för att en så organiserad specialvård bör vara en temporär åtgärd, som snarast möjligt bör ersättas med inrättande av självständig avdelning. En särställning härutinnan intager röntgenbehandlingen. Härtill återkommer kommittén under avsnitt k) i detta kapitel. Det resultat, vartill kommitténs överläggningar i förevarande fråga lett, torde väl överensstämma med den grunduppfattning, som i berörda hänseende kommit till synes i direktiven.

Andra ifrågasatta anordningar.

Gällande sjukhusförfattningar känna endast till lasarettsläkare, som tillsatts under former och på sätt, sjukhuslagen och sjukhusstadgan närmare föreskriva. Alltsedan frågan om lasarettens uppdelning i specialavdelningar på allvar upptogs till behandling i läkarkretsar, har ock kravet, att specialvården å lasaretten skulle utövas å särskilda avdelningar med egna i vanlig ordning tillsatta läkare, med större eller mindre skärpa framförts. Emellertid hava, såsom i föregående avsnitt omnämnts, även andra anordningar för specialvårdens främjande föreslagits. Kommittén skall nu upptaga dessa till närmare skärskådande.

Vad först angår den å allmänna svenska läkarmötet i Linköping år 1910 ifrågasatta anordningen att vid lasarett, där uppdelning av praktiska skäl ej omedelbart kunde ske, provisoriskt mot särskilt arvode anställa kvalificerade specialläkare ha, oaktat anordningen från ett flertal mötesdeltagare rönte bestämt motstånd, under de på mötet följande åren vid flera sjukhus vidtagits åtgärder av sådan art. Förfarandet var under den period, då behovet av specialvård ännu på sina håll var underkastat tvivelsmål, ägnat att för både läkare och lekmän ådagalägga vikten av denna vård. Det gav också sjukhusmyndigheterna ledning för bedömandet av omfattningen av de åtgärder, som för en bestående specialvård vore erforderliga. Ur dessa synpunkter hava enligt kommitténs mening provisoriska anordningar av detta slag haft både berättigande och betydelse.

Åtgärder av hithörande slag hava sedermera väsentligt underlättats genom ett stadgande i instruktionen för medicinalstyrelsen, vilket berättigar styrelsen att vid svårare epidemi, större sjuklighet eller eljest förefallande behov förordna extra läkare till biträde vid sjukvården. Enligt vad kommittén inhämtat har medicinalstyrelsen i ganska vidsträckt omfattning tillmötesgått gjorda ansökningar om förordnande av sådana extra läkare å lasarett, därvid även avsetts utövande av viss specialvård. Ett oeftergivligt villkor för bifall

till sådan ansökning har varit, att visst arvode förenats med befattningen. I regel har styrelsen dessutom fordrat, att förordnandet skulle förklaras till ansökan ledigt, varigenom detsamma kunnat utfärdas efter fri och öppen tävlan. Såvitt icke särskilda skäl motiverat ett annat förfarande, har sådant förordnande icke meddelats för mera än ett år i sänder och med enstaka undantag för sammanlagt högst tre år. Formellt torde en dylik extra läkares ställning inom sjukhuset ej vara fullt klar. Praktiskt taget har emellertid denne läkare, vad sjukvårdens utövande vidkommer, samma förpliktelser som en i vanlig ordning tillsatt lasarettsläkare resp. underläkare. Såvitt kommittén kan finna, har styrelsen genom att ställa sig tillmötesgående i detta avseende banat en väg för specialiseringen, visserligen vid sidan om sjukhuslag och sjukhusstadga men utan att några olägenheter härav försports. Kommittén vill för sin del förorda, att denna praxis allt fortfarande måtte tillämpas under av styrelsen i allmänhet föreskrivna villkor.

Mot bakgrunden av vad ovan anförts synes kommittén det av svenska föreningen för invärtes medicin väckta förslaget att anställa invärtesläkare på de mindre och medelstora lasaretten utan samtidigt inrättande av självständiga avdelningar icke behöva här närmare avhandlas. Enär dels sjukhusstadgan öppnar möjlighet att tillsätta lasarettsläkare utan egen avdelning, dels ock extraläkar-förfarandet torde vara tillfyllest för en temporär anordning, finner kommittén skäl icke föreligga att förorda en ny form för anställande av specialläkare vid lasaretten.

Vad härefter beträffar förslaget att upplåta platser å lasarett åt specialist, som förklarat sig önska där vårda och behandla sjuka inom sin specialitet, är det ej klart, om därmed avses en tillfällig eller en mera bestående anordning. Vid ställningstagande till ett sådant förslag bör hållas i minnet, att ett förverkligande av detsamma skulle, åtminstone om därmed avses ett mera bestående system, medföra ett nedbrytande av en för vårt sjukhusväsende väsentlig grund eller den, att lasarettsläkaren är ansvarig för vården av de sjuka, som intagits på lasarettet resp. avdelningen, såvida icke anställande av annan läkare inom gällande författningars ram föranleder undantag. Ett bibehållande av denna grundsats vid den föreslagna anordningen skulle nämligen innebära, att specialläkarens verksamhet utövades på lasarettsläkarens ansvar, vilket icke torde kunna komma i fråga. Anordningen komme, så vitt kommittén kan finna, även att medföra, att i de fall, där läkaren icke åtnjöte arvode, patienterna finge i en eller annan form erlägga honorar till specialisten för den av denne på sjukhuset lämnade behandlingen, enär det givetvis icke kan förutsättas, att densamma skall lämnas utan ersättning. Även i detta avseende skulle förfarandet alltså innebära ett avsteg från gällande bestämmelser.

Ifrågavarande anordning skulle sålunda, åtminstone vid en mera omfattande tillämpning, i olika avseenden kräva ändringar av väl beprövade grundprinciper, varpå vårt offentliga sjukhusväsende bygger, vilket kommittén för sin del icke kan tillråda. Kommittén anser sig så mycket mindre kunna göra detta som det föreslagna systemet synes kommittén lätt kunna leda till specialvårdens försämring. Erfarenheten lär visserligen, att specialisterna i första hand

slå sig ned i de större städerna. I och med att deras antal växer och systemet så att säga flyttas allt längre ut i periferien, kan emellertid det förhållandet lätt inträffa, att specialistens verksamhet får en så begränsad omfattning, att den varken skänker honom tillräcklig erfarenhet eller vana vid utförande av undersökningar och operationer, ej heller bereder honom skälig utkomst. Han blir under sådana omständigheter hänvisad till utövande av jämväl tjänsteläkarverksamhet eller allmän praktik. Härigenom uppstår risk för att specialvården icke skall kunna hållas på önskvärd nivå. Erinras må, att det härvid gäller icke en eller två specialgrenar utan ett flertal sådana samt att för dessas utövande fordras icke blott vårdplatser utan även behandlingslokaler och instrumentell utrustning, ofta av mycket dyrbart slag. Det kan ock befaras, att en utveckling under dessa fria former skulle komma att i ej ringa grad påverkas av oberäkneliga omständigheter och vara ägnad att förrycka den planmässighet, som med full rätt framställts som ett trängande önskemål vid specialvårdens utbyggande. Detta synes kommittén vara värt så mycket större beaktande, som vederbörande läkare, vilken på så sätt erbjuder sina tjänster, i allmänhet lär räkna med fastare former för sin verksamhet förr eller senare. Kommittén vill i detta sammanhang understryka den i diskussionen om lasarettens uppdelning med styrka framförda synpunkten, att det för specialvårdens sunda utveckling är av stor vikt, att läkarbefattningarna tillsättas efter fri och öppen tävlan. Kommittén finner sålunda många skäl tala emot en anordning av ifrågavarande slag, framför allt om därmed avses en mera bestående sådan. I stort sett gäller emellertid detsamma även beträffande en dylik anordning av mera tillfällig art. Kommittén anser sig därför böra avråda jämväl från en sådan. Enligt kommitténs uppfattning är en utveckling efter riktlinjer, som ligga inom gällande författningars ram, ägnad att på ett långt planmässigare och i övrigt mera ändamålsenligt sätt främja specialvården.

Frågan om vidgat samarbete med den militära sjukvården upptager kommittén i kap. 5.

Den sjukvårdsadministrativa indelningen och specialvårdens tillgodoseende.

Kommittén övergår slutligen till frågan om den nuvarande sjukvårdsadministrativa indelningens lämplighet för specialvårdens rationella tillgodoseende. Med den uppställning, betänkandet erhållit, hör behandlingen av denna fråga närmast till kapitlet om samarbete sjukvårdsområdena emellan, där densamma ock närmare utvecklas (kap. 23). Enär emellertid kärnan i detta problem icke kan förbigås i de följande avsnitten rörande specialavdelningarna, anser sig kommittén redan här böra angiva sin principiella ställning till detsamma.

Under meningsutbytet angående tillgodoseendet av den slutna specialvården har det önskemålet framhållits, att åtminstone *ett* lasarett med erforderliga specialavdelningar (s. k. centrallasarett) måtte komma till stånd inom varje landstingsområde eller stad utom landsting. Åtskilliga omständigheter lägga emellertid hinder i vägen för ett konsekvent genomförande av detta önskemål. Detta har ock förutsetts i de kommittén givna direktiven, som för de fall, då specialvården icke lämpligen kan ordnas landstingsvis, såsom en väg för dess rationella tillgodoseende anvisar samverkan mellan två eller flera landsting. Då kommittén beträffande den till lasaretten knutna specialvården icke föreslår någon rubbning av den nuvarande sjukvårdsadministrativa indelningen,

har den icke känt sig bunden enbart av de givna direktiven. Det väsentligaste skälet därtill bottnar i kommitténs övertygelse, att de olägenheter, som gällande indelning i landstingsområden i vissa fall medför, för små enheter och olämpliga gränser, övervägas av de fördelar, som landstingsorganisationen skänker lasarettsvården i dess helhet, samt att de i varje fall icke kunna anses motivera en så ingripande åtgärd som en omläggning av lasarettsväsendets administrativa gränser. Det har under utredningens gång ock visat sig, att det stora flertalet landstingsområden äro tillräckligt stora för att kunna tjäna såsom underlag för de specialiteter, som böra ingå i lasarettsvården, med vissa i det följande angivna undantag. Kommittén ansluter sig med andra ord i allt väsentligt till centrallasarettsidén med ett allt efter folkmängd, bebyggelse och kommunikationsförhållanden avpassat antal dylika lasarett i varje landstingsområde. I samband med behandlingen av ögonsjukvården, vars ordnande med hänsyn till nuvarande administrativa indelning erbjuder de största svårigheterna, har kommittén framlagt vissa synpunkter på samarbete i förevarande avseende, vilka i större eller mindre utsträckning kunna sägas äga tillämpning på övriga specialgrenar.

Specialiseringen och lasarettsläkarnas inkomster.

Slutligen vill kommittén i korthet erinra om en synpunkt, som icke bör lämnas ur sikte i förevarande sammanhang, nämligen specialiseringens inverkan på lasarettsläkarnas ekonomiska förhållanden. Vid en uppdelning av lasarett på två eller flera avdelningar minskas helt naturligt den polikliniska verksamheten och därmed även inkomsten för den läkare, som varit lasarettsläkare på lasarettet såsom odelat. I all synnerhet gäller detta lasarett, som icke äro belägna i industricentra med där talrikt förekommande olycksfall. Denna omständighet bör vid planerandet av en delning av mindre och medelstora lasarett hållas i minnet. Ty drives delningen med hänsyn till lasarettets storleksordning för långt, uppstår risk för att en duglig läkare söker annan tjänst och att kvalifikationerna hos sökandena till en dylik ledigvorden tjänst icke hålla sig på önskvärd nivå.

c) Medicinska avdelningar.

I. Avdelningar för medicinska sjukdomar i allmänhet.

Platstillgång.

Vid utgången av år 1931 funnos i vårt land medicinska avdelningar vid följande civila sjukhus (årtalen för avdelningarnas tillkomst angivas inom parentes): Serafimerlasarettet (1752), Sabbatsbergs sjukhus (1879), Maria sjukhus (1918), sjukhuset S:t Göran (1930), sjukhuset S:t Erik (1901, tjänstårsrätt då medgiven överläkaren), Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (1854), Malmö allmänna sjukhus (1906), lasarettet i Norrköping (1926), lasarettet vid Stocksund (1928), Akademiska sjukhuset i Uppsala (1857) samt lasaretten i Nyköping (1931), Linköping (1924), Jönköping (1926), Kalmar (1930), Kristianstad (1915), Lund (1849), Hälsingborg (1925), Uddevalla (1930), Vänersborg (1931), Borås (1930), Lidköping (1931), Karlstad (1911), Örebro (1912), Västerås (1927), Falun (1897), Gävle (1929), Sundsvall (1920), Örnsköldsvik (1928), Östersund (1930) och Umeå (1923).

Under år 1931 fattades tillika beslut om delning av lasarettet i Eskilstuna.[1] Härjämte är att märka, att de medicinska avdelningarna vid garnisonssjukhusen i Stockholm och Boden ävensom militärsjukhusen i Eksjö och Sollefteå i viss utsträckning äro upplåtna för civila sjuka, lidande av invärtes sjukdomar.

Vid ifrågavarande tidpunkt funnos alltså, om hänsyn tages jämväl till de militära sjukhusen, specialavdelning för invärtes medicin i flertalet landstingsområden. Vissa landstingsområden förfogade t. o. m. över flera sådana avdelningar. Sålunda funnos, under samma förutsättning som nyss nämnts, i vart och ett av Jönköpings, Malmöhus och Älvsborgs läns landstingsområden två medicinska avdelningar samt i Västernorrlands läns landstingsområde tre dylika avdelningar. Endast fem landstingsområden saknade helt tillgång till medicinsk avdelning inom det egna området, nämligen Kronobergs, Kalmar läns norra, Gotlands, Blekinge och Hallands läns landstingsområden. Enligt vad kommittén inhämtat har emellertid landstinget i Hallands län år 1932 fattat beslut i princip om delning av lasarettet i Halmstad, vilket innebär, att en medicinsk avdelning kommer att där inrättas. Anledningen till att Blekinge läns landsting dröjt med denna frågas upptagande till behandling torde vara det tryckta ekonomiska läget. 1932 års landsting har emellertid beslutat inleda underhandlingar med vederbörande militära myndigheter i syfte att genom samarbete med marinen bereda civilbefolkningen tillgång till medicinsk specialvård vid flottans sjukhus i Karlskrona. Tills vidare är sjukhusläkaren å den medicinska avdelningen vid detta sjukhus förordnad som extra läkare vid lasarettet därstädes med uppgift att omhänderhava vården av de medicinska fallen, för vilket ändamål han enligt landstingets medgivande äger disponera 40 av lasarettets vårdplatser. I Kronobergs län lärer tidigare fråga om delning av lasarettet i Växjö i samband med dess utvidgning varit uppe men i avvaktan på bättre ekonomiska tider lagts åsido. Beträffande återstående två landstingsområden torde, jämte annat, lasarettens ringa storlek väckt starka betänkligheter emot en delning av desamma. På Gotland har emellertid i februari 1933 beslutats utvidgning och modernisering av lasarettet i Visby, och man har i samband därmed tänkt sig att genom kombination med läkartjänsterna vid länets tuberkulossjukstuga samt det nyuppförda hemmet för kroniskt sjuka i Visby söka ordna intern specialvård vid lasarettet. Kalmar läns norra landstingsområde skulle således vara det enda, där frågan om inrättande av medicinsk specialavdelning ej varit föremål för behandling.

Platsbehov. Utredning.

I syfte att erhålla en utgångspunkt för bedömandet av det vårdplatsbehov för invärtes sjukdomar, som kan föreligga, har kommittén från samtliga lasarett och sjukstugor införskaffat uppgifter om antalet därstädes år 1929 vårdade medicinska sjukdomsfall. En sammanställning av dessa uppgifter giver vid handen, att av totala antalet å ifrågavarande sjukhus år 1929 vårdade, omkring 244 000, utgjorde de medicinska sjukdomsfallen omkring 73 000 eller ungefär 30 %. Därav kommo omkring 63 400 eller 87 % på la-

[1] Delningen numera verkställd. Med denna delning kommer sammanlagda antalet platser å medicinsk avdelning att uppgå till c:a *4 100*.

saretten samt 9 700 eller 13 % på sjukstugorna. Av lasarettsfallen hade omkring 35 000 eller 55 % erhållit vård på medicinska avdelningar, de övriga på odelade lasarett. I runt tal hade alltså 38 000 eller något mer än 50 % av samtliga å lasarett och sjukstugor vårdade icke kommit i åtnjutande av specialvård. Vidare framgår, att av samtliga på lasarett vårdade omkring 28 % varit medicinska sjukdomsfall. På de delade lasaretten var procenttalet något högre (30 %), på de odelade något mindre (26 %). På sjukstugorna vårdades jämförelsevis ännu fler medicinska fall, i det dessa där uppgingo till i medeltal 45 % av samtliga sjukdomsfall. Det högsta procenttalet för lasaretten var 49 (odelat lasarett), det lägsta 8; för sjukstugorna voro motsvarande tal 87 resp. 28. Det kan starkt ifrågasättas, om det såsom lägst angivna procenttalet för lasaretten motsvarar verkliga förhållandet. Sannolikt grundar sig detta tal på en missuppfattning av enquêten. Avgörandet, huruvida sjukdomsfall skola anses såsom kirurgiska eller interna, är för övrigt i ej ringa grad subjektivt. Vissa sjukdomar, t. ex. magsår och gallsten, betecknas än som kirurgiska, än som medicinska, allt efter den behandling, för vilken de äro föremål. De erhållna uppgifterna kunna därför icke vara enhetliga.

I anslutning till dessa uppgifter vill kommittén i korthet erinra om det resultat, vartill den av kommittén verkställda inventeringen lett beträffande beläggningsförhållandena å de medicinska avdelningarna. Enligt tabell 2 uppgick antalet medicinska vårdplatser år 1929 till 3 288 och medeltalet vårdade till 3 190. Med en normal beläggningstid av 330 dagar per år och plats erhålles i förhållande till det nominella platsantalet en överbeläggning för samtliga avdelningar av 6 à 7 % redan vad det gäller medeltalet vårdade per dag. Vid vissa lasarett var överbeläggningen högst avsevärd. Så uppgick medeltalet vårdade per dag i förhållande till antalet vårdplatser å de medicinska avdelningarna till 132 % å lasarettet i Falun, 118 % å lasarettet i Umeå, 115 % å lasarettet i Örebro och 113 % å lasarettet i Sundsvall. Överbeläggningen belyses ytterligare därav, att enligt tabell 8 det högsta antalet någon dag under året vårdade understeg antalet vårdplatser endast å de båda medicinska avdelningarna vid sjukhuset S:t Erik, där ifrågavarande antal vårdade dock endast med 16 understeg hela summan vårdplatser 825.

Till komplettering av dessa uppgifter vill kommittén anföra några siffror ur de vid lasaretten år 1931 förda expektanslistorna, avseende årets tre första månader, då beläggningen plägar vara störst. En granskning av dessa expektanslistor utvisar i huvudsak följande:

1. Antalet expektanter utgjorde resp.	1/1	1/2	1/3:
0—10 vid följ. antal lasarett	20	16	14
11—20 » » » »	1	2	6
21—30 » » » »	1	5	4
31—40 » » » »	2	2	0
41—50 » » » »	1	1	2
51—60 » » » »	1	1	0
61—70 » » » »	0	1	0
71—80 » » » »	0	0	2

2. Längsta väntetiden uppgick till 225 dagar (Umeå) och utgjorde i övrigt:

vid	8 lasarett	1—10 dagar
»	1 »	11—20 »
»	5 »	21—30 »
»	2 »	31—40 »
»	1 »	41—50 »
»	1 »	51—60 »
»	3 »	61—70 »
»	1 »	81—90 »

3. Den kortaste väntetiden varierade mellan 0—7 dagar. Den uppgick

vid	9 lasarett	till 1 dagar
»	3 »	» 2 »
»	4 »	» 3 »
»	2 »	» 4 »
»	1 »	» 5 »
»	1 »	» 7 »

4. Medelväntetiden för de olika lasaretten växlade mellan 1·0—52·3 dagar. Den var:

vid	11 lasarett	1·0—10·0 dagar
»	10 »	10·1—20·0 »
»	1 »	20·1—30·0 »

Den genomsnittliga medelväntetiden var 21·1 dagar. Om man bortser från de medicinska avdelningarna vid lasaretten i Kalmar och Umeå, där en avsevärd platsbrist råder, sänkes emellertid den genomsnittliga medelväntetiden till 12·9 dagar.

Kommittén. Oaktat sammanställningen av de från lasaretten och sjukstugorna införskaffade uppgifterna om antalet därstädes vårdade medicinska fall endast äger relativt värde, är den dock av ej obetydligt intresse och torde för närvarande giva den bästa ledningen vid bedömande av omfattningen av de å sjukhusen vårdade medicinska sjukdomsfallen. Kommittén hade för sin del icke förmodat, att antalet dylika sjukdomsfall på odelade lasarett skulle vara så stort, som sammanställningen visar. Beläggningen å de odelade lasaretten har sålunda icke den ensidigt kirurgiska betoning, som man i allmänhet torde vara benägen att antaga. Skillnaden mellan delade och odelade lasarett i förevarande hänseende är relativt sett icke stor.

Uppgifterna angående beläggningen och expektansen vid de medicinska avdelningarna ådagalägga till fyllest, att dessa i stort sett äro till det yttersta utnyttjade, vissa starkt överbelagda. De kunna därför endast undantagsvis och i mycket ringa omfattning beräknas taga emot någon del av det till omkring 50 % av samtliga ifrågavarande sjukdomsfall uppgående klientelet, som enligt ovan anförda statistik erhåller vård på odelade lasarett och sjukstugor. Trots den ökning av antalet vårdplatser å medicinsk avdelning, som tillkommit åren 1930 och 1931 (omkr. 800), och även om de ovan i detta avsnitt antydda förhoppningarna om ytterligare sådana vårdplatser (Halmstad, Karlskrona, Växjö och Visby) skulle gå i uppfyllelse, torde likväl ett visst behov av vårdplatser återstå att fylla.

Att som mål uppställa, att samtliga sjukhusvårdsbehövande skulle beredas

specialvård, torde ingen, som deltagit i diskussionen i ämnet, hava ifrågasatt. En fullt genomförd specialvård för samtliga medicinska fall, som fordra vård å sjukhus, synes ej heller vara erforderlig. För övrigt torde en dylik organisation vara praktiskt genomförbar endast i sjukvårdsområden, som representeras av städer utanför landsting. Vad som däremot synes kommittén i högsta grad önskvärt är, att för såväl sjukhusläkare som privatpraktiserande läkare möjlighet finnes att i tillräcklig omfattning till specialavdelning remittera sådana fall, som de anse vara i behov av observation eller vård av specialutbildad läkare. Med ett dylikt mål för ögonen är det givetvis icke möjligt att angiva något fixt antal erforderliga vårdplatser å medicinsk avdelning. Kommittén vill emellertid här nedan undersöka de möjligheter till vägledning i förevarande avseende, som kunna stå till buds.

Beträffande våra fyra största städer föreligga helt nyligen gjorda beräkningar över behovet av medicinska vårdplatser. Sålunda har generalfältläkaren *Fritz Bauer* år 1929 avgivit yttrande om ifrågavarande platsbehov för Stockholm och Göteborg. Under uttryckligt framhållande av varje sådan beräknings approximativa värde har Bauer därvid uttalat som sannolikt, att Stockholms stad år 1940 skulle i förhållande till folkmängden behöva ett antal platser på medicinsk avdelning av 2·4 pro mille. För Göteborgs vidkommande har Bauer uppskattat motsvarande behov vid ungefär samma tidpunkt till 2·1 pro mille. I Malmö, där för närvarande finnes en medicinsk avdelning om 111 vårdplatser, har en utvidgning av denna avdelning till 150 platser, utgörande ett platsantal av 1·4 pro mille, ansetts nödvändig och planer härför utarbetats. I Norrköping slutligen föreligga preliminära planer på utvidgning av medicinska avdelningen därstädes, vilkas realiserande skulle tillförsäkra staden ett antal medicinska vårdplatser av 1·6 pro mille.

De avsevärda differenser, som nyssnämnda siffror utvisa, framhäva tydligt de vanskligheter, med vilka beräkningar av denna art äro förknippade redan under de s. a. s. mera renodlade förhållanden, som råda i nu berörda städer. Med hänsyn härtill har kommittén ej ansett skäl föreligga att efter enahanda normer söka uppskatta platsbehovet i landstingsområdena, där nästan undantagslöst de medicinska sjukdomarna måste till en ej obetydlig del vårdas även på odelade lasarett och sjukstugor. Kommittén har i stället inriktat sig på att med ledning av vunnen erfarenhet om förhållandet mellan platsantalet å de kirurgiska och medicinska avdelningarna söka finna en lämplig beräkningsgrund för det erforderliga platsantalet å sistnämnda avdelningar. I sådant syfte har kommittén från ett antal delade lasarett inhämtat upplysningar dels om förhållandet mellan antalet kirurgiska och medicinska vårdplatser vid lasarettens uppdelning, dels om de utvidgningar av dessa avdelningar, som skett efter uppdelningen, dels ock om lasarettsstyresmannens uppfattning rörande det lämpligaste förhållandet emellan antalet vårdplatser på kirurgisk och medicinsk avdelning. Den gjorda enquêten kan emellertid icke sägas hava lett till annat resultat än att de medicinska avdelningarna visat tendens att växa hastigare än de kirurgiska, frånsett vissa fall, där uppdelning av den kirurgiska avdelningen i specialavdelningar ägt rum.

I varje fall torde man vara berättigad säga, att de medicinska avdelningarna i allmänhet visat benägenhet att växa sig jämnstora med de kirurgiska. Beträffande det lämpligaste förhållandet emellan ifrågavarande avdelningars platsantal hava svaren skiftat åtskilligt. Sålunda har från ett par lasarett framhållits, att den medicinska avdelningen lämpligen borde inrymma ett lika stort antal platser som den kirurgiska, från ett annat, att ett förhållande av 154 kirurgplatser till 116 medicinplatser där kunde anses lämpligt, samt från ännu ett annat, att behovet av vårdplatser på den kirurgiska avdelningen med tillhörande biavdelningar vore ej mindre än 75 % större än på den medicinska avdelningen.

Kommittén måste vid angivna förhållanden avstå från att lämna närmare anvisningar rörande det antal vårdplatser, som erfordras för den slutna medicinska specialvårdens tillgodoseende. Utredningarna hava emellertid styrkt kommittén i dess uppfattning, att platsbehovet på de medicinska avdelningarna är i stigande och att en utökning av antalet medicinska vårdplatser är synnerligen väl motiverad.

Platsbehovets tillgodoseende.

Utbyggandet av den medicinska specialvården kan — med utgångspunkt från kommitténs principiella uppfattning angående formen för tillgodoseendet i allmänhet av till lasarett knuten specialvård — ske antingen så att ett ännu odelat lasarett uppdelas eller så att en redan befintlig medicinsk avdelning utökas. Båda sätten hava sin begränsning. Å ena sidan måste sålunda ett odelat lasarett hava uppnått en viss storlek för att en delning av lasarettet skall ur sjukvårdsorganisatorisk synpunkt kunna anses tillrådlig. Å andra sidan kan en redan befintlig avdelning icke utökas hur mycket som helst utan måste hänsyn tagas till avdelningsläkarens prestationsförmåga. Medan i sistnämnda hänseende några större meningsskiljaktigheter icke yppats, ha åter beträffande möjligheterna att vinna ökat antal medicinska vårdplatser genom delning av ännu odelade lasarett uppfattningarna gått mer i sär. Kommittén kommer därför att nedan i huvudsak uppehålla sig vid denna del av ämnet.

De odelade lasarettens storlek.

Ser man först till storleken av våra ännu odelade lasarett, framgår av tabell 23, som för varje landstingsområde angiver antalet odelade lasarett, fördelade i vissa grupper efter platsantalet vid utgången av år 1931, att vid denna tidpunkt endast 4 större lasarett, inrymmande ett platsantal av 150 eller därutöver, ännu icke voro delade, nämligen lasaretten i Karlskrona, Halmstad, Hudiksvall och Härnösand.[1] Av återstående 53 odelade lasarett ägde 8 mellan 149—125 platser, 10 mellan 124—100 platser samt 35 färre platser än 100.

Kravet på medicinsk avdelning vid större lasarett torde alltså kunna anses vara i stort sett fyllt, i synnerhet som enligt vad ovan anförts grundad anledning finnes till antagande, att delning av lasarettet i Halmstad blir genomförd inom de närmaste åren. Frågan om den medicinska specialvårdens utbyggande genom delning av lasarett har under sådana förhållanden framför allt avseende å våra mindre och medelstora lasarett.

---

[1] Ang. lasaretten i Karlskrona och Halmstad, se ovan detta avsnitt. Av vårdplatserna å lasarettet i Hudiksvall redovisades 10 såsom barnbördsplatser, och av lasarettets i Härnösand vårdplatser redovisades 13 såsom ögonplatser, 28 som barnbördsplatser och 6 som vårdplatser för könssjuka.

Förevarande spörsmål kan i viss mån sägas redan ha varit föremål för utredning genom en av svenska föreningen för invärtes medicin år 1927 föranstaltad enquête rörande möjligheten att anställa invärtesläkare vid de mindre och medelstora lasaretten.[1] Föreningen tillställde styresmännen vid 71 lasarett en rundskrivelse, däri till besvarande uppställts frågan, huru man lämpligast skulle kunna tillgodose de krav på invärtesvård, som yppat sig vid de mindre (och medelstora) lasaretten, med hänsyn tagen till samtliga inverkande ekonomiska och medicinska faktorer. I skrivelsen framhölls, att anställande av invärtesläkare vid ifrågavarande lasarett kunde tänkas ske utan större förändringar i den nuvarande organisationen, t. ex. genom att invärtesläkaren helt enkelt övertoge de inneliggande invärtesfallen. En fullständig delning av lasaretten i två skilda avdelningar synes alltså icke hava med nödvändighet förutsatts. Av de 37 svar, som inkommo, voro endast 30 av intresse för frågeställningen, enär i 7 fall fullständig delning vid vederbörande lasarett redan var genomförd, beslutad eller planerad. Återstående 30 svar utvisade enligt föreningens föredragande i frågan, doktor *A. Grönberg*, bl. a. följande: Svenska föreningen för invärtes medicin.

1. Behovet av invärtesläkare vitsordades i 17 fall.

a. Lokal möjlighet för anställande av invärtesläkare då eller framdeles ansåges förefinnas vid endast 7 lasarett, nämligen vid lasaretten i Skellefteå, Östersund, Härnösand, Nyköping, Visby, Landskrona och Alingsås, varav lasaretten i Östersund och Nyköping numera äro delade. I flertalet av dessa svar påpekades, att anställande av en invärtesläkare icke torde vara tillrådligt med mindre än att en kombination med andra befattningar åvägabringades. Såsom sådana rekommenderades läkare vid hem för kroniskt sjuka, epidemisjukhus eller tuberkulosdispensär.

b. Dylik lokal möjlighet ansåges däremot icke föreligga vid lasaretten i Kalmar (numera delat), Torsby, Avesta, Borgholm, Söderköping, Ängelholm, Östhammar, Årjäng, Värnamo och Simrishamn. Motiveringen härför vore antingen av ekonomisk eller organisatorisk art. Man befarade, att praktiken ej skulle räcka till eller att vederbörande läkare ej skulle kunna draga jämnt, då de delvis skulle komma att få göra med samma patienter.

2. Behovet av invärtesläkare förnekades eller erkändes i varje fall icke i återstående 13 svar, vilka avsåge lasaretten i Luleå, Sollefteå, Backe, Söderhamn, Sala, Bollnäs, Finspång, Flen, Vadstena, Västervik, Eksjö, Ljungby och Hörby. Härvid vore emellertid att observera, att i Luleå, Sollefteå och Eksjö den invärtesmedicinska sakkunskapen ansåges redan vara representerad vid de blandade civila och militära avdelningar, som funnes inom räckhåll för lasaretten därstädes.

Mot bakgrunden av ovan anförda siffror angående vårdplatsbehovet å medicinsk avdelning är det ljumma mottagande, som ifrågavarande enquête kan sägas hava fått, särskilt anmärkningsvärt och tyder onekligen på att man här rör sig på ett svårbedömt område. För egen del vill kommittén till en början framhålla, att enär, frånsett Växjö och Visby, samtliga lasarett med ett platsantal understigande 125 ligga i landstingsområden, som redan förfoga eller inom en nära framtid komma att förfoga över medicinska avdelningar, samt starka krav göra sig gällande för att få till stånd avdelningar jämväl för specialiteter, som ännu icke äro där representerade, det kan med fog ifråga- Kommittén.

[1] Svenska läkartidningen 1928, sid. 894 och 1005. Jfr ock ovan sid. 47.

sättas, om inrättande av medicinska avdelningar vid ifrågavarande lasarett bör betraktas som en förstahandsfråga. Mindre torde betänkligheterna i detta hänseende vara beträffande lasarett, där platsantalet uppgår till 125 men ej till 150.

I sak får kommittén som sin mening uttala, att lasarett med mindre än 100 vårdplatser äro för små för tvenne läkare med lasarettsläkares tjänsteställning. Samma generella uttalande är kommittén benägen att göra beträffande lasarett, vars platsantal variera mellan 100—124. Möjligheterna för upplåtande av en sjukavdelning till en invärtesläkare äro givetvis här något större. Men då en medicinsk avdelning av den storlek, som här lärer kunna ifrågakomma, näppeligen torde vara tillräcklig som underlag för en invärtes läkares verksamhet, är en delning av ifrågavarande lasarett i allmänhet tillrådlig endast under förutsättning, att den nya lasarettsläkartjänsten kan förenas med en befattning, som ligger inom den interna medicinens verksamhetsområde eller är detta närstående, såsom läkarbefattning vid hem för kroniskt sjuka, tuberkulossjukstuga eller epidemisjukhus. Även mot delning av lasarett med ett platsantal av 125—149 kunna betänkligheter anföras. Dessa härröra ur förhållanden, som kommittén berört i närmast föregående avsnitt av detta kapitel och som självfallet gälla mindre lasarett i allmänhet. De hava även framskymtat i svaren på den av svenska föreningen för invärtes medicin föranstaltade enquêten. Kommittén åsyftar härvid den omständigheten, att på de odelade lasaretten en ej ringa del av lasarettsläkarens inkomster utgöres av honorar från den s. k. polikliniska verksamheten och att på åtskilliga lasarett det polikliniska klientelet till stor del består av just invärtes sjuka. Beslut om delning av lasarett av ifrågavarande storlek bör därför fattas endast under noggrant hänsynstagande till berörda förhållanden, enär det eljest kan komma att inverka ofördelaktigt på besättandet av läkartjänsterna vid lasarettet. Oaktat nu antydda betänkligheter mot en delning av mindre och medelstora lasarett anser kommittén dock starka skäl tala för att man vid utbyggandet av den medicinska specialvården i första hand söker åstadkomma åtminstone *en* medicinsk avdelning i vart och ett av de landstingsområden, där sådan avdelning för närvarande icke finnes. Kommittén förutsätter härvid, att i Gotlands läns landstingsområde läkarbefattningen å den medicinska avdelningen förenas med annan tjänst av likartad eller närbesläktad beskaffenhet. Goda skäl kunna anföras för liknande anordning vid en blivande delning av lasarettet i Västervik, därest en sådan överhuvud taget kan komma till stånd.[1]

Några allmängiltiga riktlinjer för den medicinska specialvårdens utbyggande i övrigt kan kommittén icke uppdraga. Rent lokala förhållanden torde härvid komma att spela en avgörande roll. I vissa län lärer utvidgning av en redan befintlig medicinsk avdelning böra närmast ifrågakomma. Härvid bör iakttagas, att platsantalet å avdelningen med hänsyn till överläkarens prestationsförmåga icke sättes högre än till 150 platser. Är sjukvårdsområdet vidsträckt, torde, om förhållandena i övrigt så medgiva, uppdelning av ett odelat lasarett vara att föredraga. Att man till en början avdelar ett mindre antal platser

[1] Jfr kap. 23.

åt den medicinska avdelningen är lätt förståeligt och försvarligt. Kommittén vill emellertid erinra om de medicinska avdelningarnas benägenhet att ställa ökade krav på antalet vårdplatser. Vid planläggning av ny avdelning bör denna faktor tagas med i beräkningen och tillses, att goda utvecklingsmöjligheter förefinnas.

Den utvidgningstendens, som särskilt de medicinska avdelningarna visat, har på många håll väckt betänkligheter. Nämnda tendens beror otvivelaktigt i första hand på att ett flertal undersöknings- och behandlingsmetoder för sitt rätta handhavande förutsätter sjukhusvård. Det torde emellertid icke kunna förnekas, att gränsen för behovet av sjukhusvård är mera vag och diffus för de medicinska sjukdomsfallen än t. ex. för sjukdomsfall inom kirurgien och därmed närbesläktade specialiteter. En sådan omständighet som trångboddhet och andra sociala faktorer kunna just vid de medicinska sjukdomarna få ett större inflytande vid sjukhusvårdsbehovets bestämmande än vid en mångfald andra sjukdomsgrupper. Det synes kommittén därför icke opåkallat att i detta sammanhang betona vikten av att den kvalificerade vård, som de medicinska avdelningarna avse att skänka, icke bör komma andra till del än dem, som på grund av sitt sjukdomstillstånd äro i verkligt behov därav. En rationell samverkan mellan de inom ett län befintliga medicinska avdelningarna, å ena, samt de odelade lasaretten och sjukstugorna, å andra sidan, torde härvid kunna tjäna som en verksam regulator. Såsom komplement till de medicinska avdelningarna hava ock hem för kroniskt sjuka och konvalescenter i förevarande hänseende en alldeles särskild betydelse. Slutligen är ett gott och intimt samarbete mellan läkarna vid de medicinska avdelningarna och läkarna i den öppna sjukvården ägnat att verksamt bidraga till att begränsa behovet av specialvård för de medicinska sjukdomsfallen. Till sist berörda frågor återkommer kommittén i kap. 13, 14 och 17.

II. Speciella vårdanordningar för rheumatiska sjukdomar och psykoneuroser.[1]

Specialvården för rheumatiska sjukdomar och psykoneuroser intager för närvarande en särställning såtillvida som densamma kan sägas i stort sett handhavas av pensionsstyrelsen och vara tillgänglig endast för dess klientel. På skäl, som i kap. 24 skola närmare utvecklas, anser kommittén emellertid, att nämnda vård bör helt införlivas med den allmänna sjukvården och därmed göras tillgänglig för vårdbehövande, oavsett deras förhållande till den allmänna pensionsförsäkringen. Då vården av nu berörda sjukdomar närmast tillhör den invärtes medicinen, vill kommittén i anslutning till sin framställning härovan söka uppdraga några riktlinjer för utbyggandet av ifrågavarande vårdgrenar ur ren sjukvårdssynpunkt.

---

[1] Till detta avsnitt av betänkandet hör jämväl väckt fråga om särskilda anordningar för vården av *astmapatienter*. Då emellertid denna fråga bragts under kommitténs prövning först sedan betänkandet i förevarande delar satts i korrektur, har kommitténs utredning och förslag i astmafrågan framlagts i särskilt tillägg till betänkandet (se sid. 568).

De rheumatiska sjukdomarnas natur och orsaker.

Rheumatikervården. Med rheumatiska sjukdomar avses i detta sammanhang närmast rheumatiska ledsjukdomar. På grund härav falla såväl den s. k. muskelrheumatismen som vissa andra ofta såsom rheumatiska betecknade sjukdomsgrupper, t. ex. ischias, i det stora hela utanför denna framställning. Pensionsstyrelsen har ock endast i undantagsfall ombesörjt vård av sådana fall. De rheumatiska ledsjukdomarna utgöra emellertid icke någon enhetlig sjukdomsgrupp vare sig till sina orsaker, sitt förlopp eller sin behandling. Trenne större huvudgrupper kunna särskiljas: 1) den akuta ledgångsrheumatismen, 2) den kroniska ledgångsrheumatismen och 3) den deformerande ledgångssjukdomen.

Den *akuta* ledgångsrheumatismen är en akut infektionssjukdom, som dock har stor benägenhet att recidivera eller, kanske riktigare, återkomma i förnyade akuta anfall efter längre eller kortare latenstider. Den kan redan i det akuta stadiet leda till döden, vanligen på grund av komplikationer från hjärtat. Den kan också övergå i full hälsa. Oftast lämnar den efter sig lättare eller svårare, för livet bestående skador, speciellt på hjärtat. Den kan slutligen övergå i kronisk ledsjukdom, och det är på grund därav, som den har betydelse i förevarande sammanhang. Den *kroniska* ledgångsrheumatismen har ett smygande och långvarigt, över år sig sträckande förlopp. Sjukdomen kan, såsom nyss antytts, utveckla sig i anslutning till en akut ledgångsrheumatism. Vanligen har den dock från första början en smygande karaktär. Även inom denna grupp anses flertalet fall vara av infektiös natur. I en del fall äro sjukdomens natur och orsak obekanta. Den kroniska ledgångsrheumatismen, som oftast är förbunden med någon temperaturstegring, angriper med längre eller kortare tids uppehåll led efter led. De angripna lederna förete de för ledsjukdomar vanliga tecknen: ansvällning, ömhet och smärtor, särskilt vid rörelser, inskränkt rörelseförmåga, felställningar m. m. Dylika förändringar i ett flertal leder göra den angripne till invalid i större eller mindre utsträckning. Den *deformerande* ledgångssjukdomen (arthritis deformans) har ofta jämväl ett kroniskt förlopp. Den börjar med lokala ledsymptom, som i begynnelsestadierna kunna vara likartade med de kroniskt infektiösa formerna. I regel är den dock ej förbunden med feber. Oftast är den begränsad till en eller ett par leder men kan även angripa flera leder. Orsakerna till sjukdomen kunna vara mångahanda, t. ex. skador å leder av svårare eller lättare art samt nötningsprocesser under ett ensidigt eller ansträngande kroppsarbete. Den förekommer vanligast i mera framskriden ålder.

Till dessa trenne huvudgrupper, som framför allt i kliniskt avseende icke äro klart åtskilda, sluta sig likartade sjukdomar, vilka av skilda orsaker kunna lokalisera sig till ledgångar. Här må endast nämnas gikten, en ämnesomsättningssjukdom, som i en del fall vållar sjukliga ledförändringar, fordrande liknande lokal behandling som de ovan nämnda. Slutligen må nämnas, att vissa följdtillstånd efter rheumatiska ledsjukdomar kunna fordra kirurgisk eller rättare ortopedisk behandling, t. ex. vid uppkomna felställningar av leder (ankyloser, kontrakturer o. d.).

Att de rheumatiska sjukdomarna kunna leda till invaliditet är väl känt. Deras betydelse som invaliditetsorsak belyses närmare i kap. 24.

Platstillgång för rheumatici.

De speciella vårdanstalter för rheumatiska sjukdomar, som finnas i vårt land och icke äro att anse såsom enskilda, hava samtliga tillkommit på föranstaltande av pensionsstyrelsen och för dess räkning. De äro, såsom i kap. 2 nämnts, fem till antalet och förlagda som särskilda avdelningar (paviljonger) till lasaretten i Norrköping, Lund, Lidköping, Västerås och Umeå. Antalet vårdplatser på dessa avdelningar uppgår till 60 i Umeå samt 56 vid vardera av de övriga avdelningarna eller sålunda tillhopa 284. För vård av svårare kroniska rheumatiska fall disponerar pensionsstyrelsen dessutom visst antal platser å den ortopediska avdelningen i Lund samt å vanföreanstalten i Göteborg, varjämte vissa lindrigare fall hänvisas till kuranstalterna i Nynäshamn, Tranås och Åre. Tilläggas kan, att jämlikt av Kungl. Maj:t år 1932 lämnat medgivande vederbörande militära myndigheter och pensionsstyrelsen träffat avtal om uppförande vid garnisonssjukhuset i Boden av en paviljong för rheumatici, rymmande 48 sängar.

Formen för rheumatikervårdens tillgodoseende.

Innan pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet tog sin början, voro de rheumatiska ledsjukdomarna för anstaltsvård helt hänvisade till det fåtal medicinska lasarettsavdelningar, som då funnos, de odelade lasaretten och därmed jämförliga sjukhus ävensom till badanstalter och brunnar. Den behandling, som där kom de akuta fallen till del, var förvisso fullt jämngod med den, som andra akuta infektionssjukdomar erhöllo, och har ej heller ur denna synpunkt givit anledning till erinringar. I den mån medicinska specialavdelningar tillkommit och de rheumatiska fallen där intagits, torde för övrigt vården av dessa fall hava vunnit i värde. Att märka är, att den av pensionsstyrelsen föranstaltade specialvården aldrig avsett att omfatta de akuta sjukdomsfallen. Kommittén finner icke heller anledning att föreslå ändring beträffande vården av dessa fall.

De kroniska fallen åter hava tidigare onekligen blivit i sjukvårdshänseende styvmoderligt behandlade. I den ringa utsträckning, de kunnat mottagas på lasaretten, hava de betraktats såsom ett klientel i disponibilitet, vilket fått rycka in på lediga platser, då sådana stått till buds, och lämna dem, då andra för lasarettsvård mera lämpade fall anmälts. I dåvarande vanförevårdsinspektören *John Bergs* för år 1917 avgivna årsberättelse hava ock erinringar framställts beträffande lasarettens utrustning för dessa falls vård och behandling. Visserligen har sedan dess tillkomsten av allt flera medicinska avdelningar betytt ett framsteg i den slutna behandlingen även av de kroniska ledsjukdomarna. Likaså har den förbättrade utrustning för fysikalisk terapi, som lasaretten i allmänhet erhållit, inneburit vinster i ifrågavarande avseende. Trots detta och även om hänsyn tages till de av pensionsstyrelsen disponerade specialavdelningarna för rheumatiska sjukdomar, kan dock den slutna sjukvården på förevarande område ingalunda betecknas som tillfredsställande. De betydande expektantsiffror, nyssberörda specialavdelningar uppvisa, vittna om att redan kvantitativt sett en avsevärd brist föreligger.

Vid övervägande av de åtgärder, som erfordras för vinnande av förbättrad vård av ifrågavarande sjukdomar, erbjuda sig tre alternativ: 1) utökning av

antalet vårdplatser på lasarettens medicinska avdelningar, 2) utbyggande av särskilda avdelningar i anslutning till medicinska huvudavdelningar och 3) inrättande av självständiga vårdanstalter.

Mot sistnämnda alternativ kunna flera vägande erinringar göras. Det är framför allt behovet av samarbete mellan olika läkare för ifrågavarande sjukdomsfalls diagnos och behandling, som härvid kommer i betraktande. Kommittén har redan ovan antytt, att de rheumatiska ledsjukdomarna till sina symptom äro mycket skiftande. Sjukliga ledförändringar, orsakade av tuberkulos, gonorré, gikt, kroniska nerv- och ryggmärgssjukdomar m. m., kunna ofta likna de ledsjukdomar, som sammanföras under begreppet rheumatiska. Även för utforskande av de rheumatiska ledsjukdomarnas orsaker är en samverkan mellan olika läkare erforderlig. Att infektionshärdar i svalgmandlar, näsans bihålor och blåshalskörteln kunna giva anledning till ledsjukdomar av rheumatisk art är allmänt känt. Infektiösa sjukdomar i tänder, speciellt varhärdar kring tandrötterna, hava under senare år likaledes framstått som en betydelsefull länk i de rheumatiska sjukdomarnas orsakskedja. Slutligen har röntgen fått sin givna plats icke blott för diagnosen utan även under senare år för behandlingen av vissa rheumatiska ledsjukdomar. Vad sålunda anförts torde redan i och för sig utgöra fullt tillräcklig anledning att icke förlägga denna sjukvård till särskilda anstalter. Härtill kommer, att den utrustning och apparatur, som de rheumatiska ledsjukdomarna för sin behandling kräva, är erforderlig för en mångfald av de sjukdomar, som vårdas å lasaretten. Även ekonomiska skäl tala därför mot anordnande av fristående vårdanstalter för rheumatici. Pensionsstyrelsen har icke heller beträtt denna väg. De tre självständiga anstalter, pensionsstyrelsen driver, äro, såsom ovan nämnts, huvudsakligen avsedda för psykoneuroser.

Återstår alltså att taga ståndpunkt till frågan: kan vården av de rheumatiska ledsjukdomarna på ett tillfredsställande sätt tillgodoses å de medicinska avdelningarna, eller böra, i likhet med vad redan i viss utsträckning skett, särskilda avdelningar inrättas? Vid besvarande av denna fråga är att märka följande. Vårdtiden för de rheumatiska fallen är i regel ganska lång. Den dagordning, som med hänsyn till flertalet patienter å de medicinska avdelningarna — särskilt de akuta fallen och även svårare fall av kroniska sjukdomar — bör följas, torde mången gång lägga onödiga band på de rheumatiska patienterna. Dessa kunna i behandlingens intresse ofta vara i behov av mera rörelsefrihet än det övriga klientelet. Av än större betydelse är, att vårdavdelningar för rheumatiska sjukdomar å ena sidan kunna i stort sett planläggas enklare än avdelningar för medicinska sjukdomar i allmänhet men å andra sidan böra förses med utrymmen för arbetsterapi ävensom matsal och större dagrum. En fördel med skilda avdelningar torde ock vara, att rheumatikervården koncentreras och därmed större erfarenhet vid behandlingen av dessa sjukdomar kan väntas föreligga icke blott hos läkaren utan även hos vårdpersonalen, något som synes vara av särskild betydelse för massagebehandlingen, sjukgymnastiken och övrig fysikalisk behandling. På grund av vad sålunda anförts anser sig kommittén böra förorda ett utbyggande av rheumatikervården

genom till delade lasarett anslutna särskilda avdelningar (paviljonger), vilka dock i allmänhet icke torde behöva förestås av egna, specialutbildade läkare.

I det ovanstående hava brunns- och badanstalterna endast i förbigående berörts. Intill dess sjukhusväsendets nydaning tog sin början, erbjödo dessa anstalter så gott som de enda vårdtillfällena för rheumatici utanför hemmen, och ännu i våra dagar spela de en roll, som icke får förbises. Deras svaghet ligger självfallet i den korta säsong, varunder de i vårt lands kalla klimat kunna hållas öppna. De lämpa sig vidare i allmänhet icke för fall, som äro förenade med temperaturstegring eller avsevärd svårighet att förflytta sig, eller överhuvud taget för fall av svårare beskaffenhet. På grund av sina vanligen mindre fullständiga diagnostiska resurser lämpa de sig icke heller för svårtydda fall. Många mindre brunnsanstalter hava ock alltför primitiva och ofullständiga behandlingsmetoder för att nutida krav på tillfredsställande vård skola kunna anses skäligen fyllda. Det bör tillika framhållas — något som icke innebär ett underkännande av brunnsanstalternas strävan att genom låga avgifter söka bereda även mindre bemedlade tillfälle till anlitande av anstalternas olika vårdresurser — att behandlingen vid brunnar och bad av ekonomiska skäl hittills icke kunnat i önskvärd utsträckning utnyttjas av mindre bemedlade patienter. Med hänsyn till vad sålunda anförts anser kommittén, att brunns- och badanstalterna böra i huvudsak tagas i anspråk för vård av konvalescenter och andra lättare fall, som endast äro i behov av en tids vila och kontrollerad efterbehandling. De svårare fallen böra däremot i regel vårdas å sjukhus.

Vårdplatsbehovet.

I en inom pensionsstyrelsen utarbetad, till kommittén överlämnad promemoria angående styrelsens sjukvårdande verksamhet ha till ledning för en uppskattning av antalet erforderliga vårdplatser å rheumatikeravdelning lämnats vissa approximativa uppgifter. Sålunda meddelas, att enligt en enquête bland läkarna i Norrbottens län en vårdplats på 4 000 invånare vore erforderlig; beträffande andra delar av landet borde man av försiktighetsskäl räkna med något lägre sjukdomsfrekvens, och kunde platsbehovet där i genomsnitt uppskattas till en plats på 5 000 à 6 000 invånare.

Ett försök att beräkna det erforderliga antalet vårdplatser för rheumatici erbjuder givetvis stora vanskligheter, särskilt med hänsyn till att man här rör sig på jämförelsevis föga bearbetad mark. Att genom en enquête till rikets lasarett och därmed jämförliga sjukhus samt sjukstugor söka få en överblick över antalet under viss tid vårdade fall av rheumatiska kroniska ledsjukdomar och arthritis deformans torde bliva föga belysande, enär antalet på ifrågavarande sjukvårdsinrättningar vårdade dylika fall skulle utgöra en mycket otillförlitlig måttstock för det platsbehov, som återstår att fylla på särskilda rheumatikeravdelningar. Kommittén anser emellertid, att den i pensionsstyrelsens promemoria gjorda uppskattningen av platsbehovet åtminstone preliminärt kan läggas till grund för ett successivt utbyggande av rheumatikervården. Sammanlagda platsbehovet skulle, med tillämpning av däri angivna grunder, lågt räknat utgöra omkring 1 000 platser. Frånräknas nu befint-

liga 284 vårdplatser å rheumatikeravdelning[1] ävensom 48 platser, avsedda att inrymmas i Bodenavdelningen, skulle alltså omkring 670 nya vårdplatser vara erforderliga. Enär härvid hänsyn tagits endast till pensionsstyrelsens klientel, torde vid en utsträckning av vården att omfatta samtliga vårdbehövande i landet siffrorna vara i behov av korrigering uppåt.

Vårdplatsernas fördelning.

På grund av de många olika faktorer, man har att räkna med, bör i avvaktan på vidare erfarenhet en utbyggnadsplan för rheumatikervården givas en betydande elasticitet. Detta kan ske antingen så att man vid en starkare koncentration av vården planlägger byggnaderna med hänsyn till en blivande utvidgning eller så att man uppför avdelning i län efter län, allt efter som behovet av nya vårdplatser tydligt och klart gör sig gällande. Då avdelningarna, om de skola anslutas till lasarettens medicinska avdelningar under gemensam överläkare, vilket kommittén vill beteckna som normalförfarande, icke böra göras alltför stora, förordar kommittén det senare alternativet. Ett antal av 50 à 60 vårdplatser per avdelning har vid en dylik anordning visat sig lämpligt. Vid de största sjukhusen åter, där de medicinska avdelningarnas storlek hindrar en dylik hopkoppling, synas större rheumatikeravdelningar med självständiga läkare kunna ifrågakomma.

I nära anslutning till ett vid pensionsstyrelsens promemoria fogat förslag till fördelning av ifrågavarande vårdplatser framlägger kommittén i tabell 24 ett utkast härtill. Såsom av tabellen framgår, innebär kommitténs plan, förutom Bodenavdelningen, 9 nya rheumatikerpaviljonger, förlagda till Sundsvall, Gävle, Falun, Stockholm, Jönköping, Växjö, Kalmar, Göteborg och Karlstad. Avdelningarna i Stockholm och Göteborg hava föreslagits så stora, att de böra förestås av särskilda läkare. Att den tilltänkta paviljongen i Stockholm bör förläggas till det blivande Karolinska sjukhuset finner kommittén självfallet. Det har framhållits såsom särskilt ur undervisningssynpunkt önskvärt, att en avdelning för rheumatiskt sjuka förlades till Uppsala. Kommittén, som har att beakta de rena sjukvårdsbehoven men ej undervisningssynpunkter, anser sig icke böra taga ställning till önskemålet ifråga. Detsamma torde emellertid bli föremål för prövning i samband med bestämmandet av antalet platser vid Karolinska sjukhuset. Frågan, i vilken ordning utbyggandet bör äga rum, synes lämpligen böra prövas i samband med en eventuellt kommande utredning angående omorganisation av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, sedan 1928 års pensionsförsäkringskommittés ställning till denna fråga blivit känd.

Inledande synpunkter.

Psykoneurosvården. Under begreppet psykoneuros sammanfattas sjukdomar och sjukliga tillstånd med vitt skilda symptom och symptomkomplex. De kunna vara förvillande lika nästan vilka kroppssjukdomar som helst. De kunna ock uppträda under former, som lätt kunna tydas som sinnessjukdom i egentlig mening. Det gemensamma för dem alla ligger däri, att symptomen äro yttringar av själsliga rubbningar. Såväl med hänsyn härtill som

[1] Härvid bortses från de av pensionsstyrelsen disponerade platserna å ortopediska avdelningen i Lund och vanföreanstalten i Göteborg, enär dessa endast äro att anse som provisorier i avvaktan på rheumatikervårdens fulla utbyggande.

framför allt till det förhållandet, att dessa rubbningar i sin tur ofta framkallas av orsaker, som endast till ringa del eller ej alls falla inom ramen för den medicinska terapien, såsom missräkningar och motgångar, svåra familje- eller arbetsförhållanden, fattigdom m. m., är behandlingen av dessa sjuka förenad med stora vanskligheter. Ty då symptomen endast äro följder av rubbningar i det mänskliga psyket och orsakerna till dessa rubbningar oftast ej kunna omedelbart undanröjas, måste behandlingen inrikta sig på att få människan själv, hennes sätt att reagera och värdesätta, förändrad. Även den behandling, som inriktas på enskilda symptom, lokala smärtor o. d., avser att åstadkomma inverkan av detta slag.

En framgångsrik behandling av dessa fall kräver, såsom av ovanstående framgår, en ingående utredning angående orsakerna till den psykiska förändringen och arten av de själsliga symptomen. I diagnosen ingår emellertid icke endast denna i och för sig svåra uppgift. Det har ovan framhållits, att många hithörande fall te sig som rent kroppsliga sjukdomar, lokaliserade till olika organ, och detta icke blott för lekmannen utan även för läkaren. Det blir därför ofta en vansklig och omständlig förstahandsuppgift för läkaren att utesluta förhandenvaron av sådana förändringar i det misstänkt sjukliga organet, som kunna förklara förefintliga sjukdomssymptom. På grund av den beständighet, med vilken den sjuke inriktar hela sin föreställning på dylika, till vissa organ förlagda symptom, fordras stundom mycket ingående undersökningar för att bibringa den sjuke den övertygelsen, att sjukdomens grund är att söka inom det själsliga området eller att förefintliga sjukliga förändringar i visst organ äro oväsentliga och därför icke böra föranleda någon oro. En även för rent praktiska sjukvårdsbehov erforderlig undersökning förutsätter därför i talrika fall av psykoneuros, såväl lättare som svårare, tillgång till en sådan diagnostisk apparat, varöver ett delat lasarett förfogar, ävensom möjlighet till konsultationer med läkare på olika avdelningar. Det är alltså i främsta rummet för diagnosens ställande, som ett samarbete mellan olika läkare och olika avdelningar erfordras. En framgångsrik behandling av dessa fall förutsätter emellertid även, att läkaren icke blott är väl förtrogen med och behärskar den erforderliga psykiska behandlingen utan jämväl äger tillräckliga kunskaper och erfarenheter inom den interna medicinen. Krav på att dessa läkare tillika böra äga insikter och erfarenhet i sinnessjukdomarnas behandling liksom i neurologi hava ock framställts.

Platstillgång för psykoneuroser.

För vård av de s. k. psykoneuroserna finnas i vårt land för närvarande fyra specialanstalter av offentlig natur. Tre äro helt fristående, nämligen kuranstalterna i Tranås, Nynäshamn och Åre, vilka efter fullbordad utbyggnad av Nynäsanstalten komma att sammanlagt inrymma 500 platser. Den fjärde är förlagd som särskild avdelning till Malmö allmänna sjukhus. Denna avdelning, som omfattar 61 platser, har i likhet med rheumatikeravdelningarna anordnats under pensionsstyrelsens ekonomiska medverkan. Jämte dessa anstalter må erinras om den neurologiska kliniken vid Serafimerlasarettet, vilken grundar sig å enskild donation och är avsedd för vård av neurologiska sjukdomar i allmänhet. Av de egentliga psykoneurosanstalterna är endast Tranås-

anstalten i viss utsträckning upplåten för andra än pensionsstyrelsens patienter. Angående administrationen av dessa anstalter hänvisas till kap. 24.

Vid sidan om nu nämnda anstalter finnas en del enskilda kuranstalter, som inrättats med särskild hänsyn till psykoneurosvården. Å en av dessa, Tyringe badanstalt och sanatorium, disponerar pensionsstyrelsen ett mindre antal platser. Slutligen må nämnas, att pensionsstyrelsen stundom hänvisat psykoneurospatienter till den huvudsakligen för vård av rheumatiker avsedda lasarettsavdelningen i Umeå.

Formen för psykoneurosvårdens tillgodoseende.

Särskilda sakkunniga.

Ett ändamålsenligt utbyggande av den slutna psykoneurosvården bjuder, med hänsyn till vad ovan anförts, alldeles särskilda svårigheter. På grund härav har kommittén för frågans lösning sökt kontakt med speciellt sakkunniga på området. Kommittén har härvid haft tillfälle överlägga med professorn vid Karolinska institutet *V. Wigert*, dåvarande överinspektören för sinnessjukvården i riket *E. Göransson*, medicinalrådet *E. Lauritzen*, överläkarna *P. Björck* och *Malte Ljungdahl* samt med. doktorn *Jakob Billström* ävensom senare med professorn *Nils Antoni*.[1] Enligt vad vid dessa överläggningar framgick har någon bestämd erfarenhet rörande lämpligaste sättet för denna vårds ordnande ännu icke vunnits. I huvudsak framkom vid överläggningarna följande:

Vanskligheter mötte redan vid försök att avgränsa de fall, som borde bliva föremål för anstaltsvård. Inom psykoneuroserna, liksom inom många andra sjukdomsgrupper, förekomme sjukdomsfall av olika grader. Sålunda funnes mycket svåra, till invaliditet förande psykoneuroser, andra, där arbetsförmågan jämförelsevis väl bibehölles, samt talrika variationer däremellan. Det största antalet fall kunde otvivelaktigt betraktas som lättare. Beaktas måste även, att många patienter med somatiska sjukdomar lede jämväl av psykoneuroser samt att somatiska sjukdomar kunde framkalla neurotiska tillstånd hos sådana, som icke förut företett symptom av neuros. Det vore under sådana förhållanden uppenbart, att sjukhusvård erfordrades för endast en begränsad del av psykoneuroserna och specialvård för en ännu mindre del. En stor grupp komme att och borde även alltjämt vårdas på olika lasarettsavdelningar, allt efter deras kroppsliga sjukdomars natur. Specialvården borde ej få större omfattning än de svåra, invaliditetshotade fallen krävde. Det finge emellertid icke förbises, att en psykoneurosvård, som lämnade de lättare fallen åsido, icke toge sikte på en väsentlig del av problemet, nämligen den förebyggande (profylaktiska) verksamheten.

Beträffande anstaltsvårdens art rådde i det stora hela enighet därom, att patienter, som kunde anses stå nära gränsen till verklig sinnessjukdom, borde vårdas å avdelningar vid sinnessjukhus. De s. k. upptagningspaviljongerna, som vore under uppförande vid tre av rikets blivande sinnessjukhus, ansåges i stort sett motsvara de krav, som borde ställas på vården av dylika psykoneuroser. Sådana upptagningspaviljonger borde därför om möjligt komma till stånd vid samtliga rikets sinnessjukhus. En förutsättning för att dessa skulle kunna utnyttjas för ifrågavarande ändamål vore dock, att sinnessjuklagstiftningen ändrades därhän, att även gränsfall, som icke vore att beteckna såsom sinnessjuka, bleve berättigade

---

[1] Professor Antoni, som varit förhindrad närvara vid dessa överläggningar men under hand erhållit del av kommitténs framställning i ämnet, har uttalat sin fulla anslutning till de riktlinjer, kommittén med ledning av vad vid överläggningarna framkommit för vårdens ordnande uppdragit, med särskilt framhållande av att läkare vid ifrågavarande specialanstalter böra förutom specialutbildning i invärtes medicin samt psykiatri jämväl äga sådan i neurologi.

att erhålla vård på sinnessjukhus. För vård av övriga fall kunde följande anstaltstyper tänkas ifrågakomma:

1) vilohem,
2) medicinska avdelningar vid sjukhus,
3) fristående anstalter, nedan kallade »Åretypen», samt
4) till lasarett knutna avdelningar eller paviljonger, nedan kallade »Malmötypen».

Med hänsyn till vikten av en allsidig somatisk undersökning av åtskilliga psykoneurosfall för avgörande, om sjukdomsyttringarna kunna härröra från organiska förändringar eller icke, föreslogs preliminärt även en femte typ, vilken bäst kunde karakteriseras som en undersökningsavdelning och vars uppgift vore att sortera de för vården bäst ägnade. Starka betänkligheter framfördes emellertid emot att inrätta avdelningar med enbart undersökningsuppgifter, vilket i det stora hela vore något nytt och oprövat i vårt sjukhusväsende, varför denna typ redan från början avfördes från vidare diskussion.

Samtliga i överläggningen deltagande voro ense därom, att med hänsyn till klientelets art, dess benägenhet att s. a. s. låsa sig fast vid sjukliga symptom och föreställningar samt dess starka böjelse för suggestion och intryck bestämda skäl talade emot ett tillgodoseende av denna vård genom vilohem, även om underhållskostnaderna per dag och patient därigenom kunde nedbringas i jämförelse med andra vårdanordningar. Läkartillsynen vid dessa hem kunde icke bliva tillräckligt effektiv, och patienterna komme därigenom att i alltför stor utsträckning bliva överlämnade åt sig själva. Detta kunde lätteligen giva näring åt deras sjukdomskänsla och stadfästa densamma. Risk uppstode för att effekten av vården bleve motsatt den beräknade.

Under den fortsatta överläggningen ifrågasattes, om för närvarande tillräckliga skäl funnes att överhuvud taget bryta ut neurosavdelningar från de medicinska avdelningarna. Den terapi, som psykoneuroserna i allmänhet krävde, vore icke av mera specialiserad art än att envar invärtesläkare både borde och kunde lära sig tillämpa densamma. Möjligen borde därför de medicinska avdelningarna utvidgas till att fylla behovet även för psykoneuroser. En dylik anordning erbjöde den obestridliga fördelen, att den sjuke finge stanna närmare sin hemort. Detta underlättade i sin tur förbindelsen med patientens anhöriga eller närmaste, vilket vore av betydelse såväl för diagnos som behandling, icke minst för efterbehandlingen. Gentemot en dylik form för vårdens tillgodoseende åberopades emellertid, att behandlingen av de psykoneuroser, som fordrade specialvård, onekligen vore mycket krävande både vad behandlingens art och längd vidkomme. Det kunde också starkt ifrågasättas, om icke en framgångsrik behandling av de svårare fallen förutsatte såväl specialkunskaper i ämnet som framför allt särskild läggning och intresse hos läkaren. Ett förläggande av dylika patienters vård till de medicinska avdelningarna kunde därför lätt leda till att densamma bleve mer eller mindre åsidosatt och överlämnad i underordnade, mindre förfarna läkares händer. De erfarenheter, som lågo till grund för pensionsstyrelsens åtgärder för neurosvården, styrkte ock betänkligheterna emot en sådan anordning. Med framhållandet av dessa synpunkter avsåges dock icke att utdöma de medicinska avdelningarna såsom vårdanstalter för psykoneuroser överhuvud taget. Redan det förhållandet, att ett stort antal patienter med kroppsliga sjukdomar företedde symptom av psykoneuros samt att ett oupplösligt samband rådde mellan kropp och själ, gjorde ett avskiljande av neuroserna från de medicinska avdelningarna icke endast praktiskt ogenomförbart utan även stridande mot en hela läkekonsten bärande grundprincip. Man hade ock rätt förutsätta, att en läkare i invärtes medicin ägde nödig förfarenhet i behandling av lättare psykoneurosfall. Man finge vidare noga hålla i minnet, att läkarens personlighet ofta hade avgörande betydelse för en framgångsrik behandling och att därför även svårare psykoneurosfall stundom med

fördel kunde vårdas på medicinska avdelningar. Det vore sålunda endast mot tanken att bygga den slutna psykoneurosvården, i vad den borde ombesörjas utanför sinnessjukhusen, *enbart* på de medicinska avdelningarna, som kritiken riktade sig.

Den i tredje rummet upptagna s. k. Åretypen erbjöde den stora fördelen, att läkarvården därstädes kunde beräknas bliva högt kvalificerad vad psykoneuroserna beträffade och kunde även i övrigt kännetecknas av en rik fond av sakkunskap i inre medicin. Ifrågavarande typ vore emellertid förenad med en svaghet såtillvida som den vore isolerad från andra sjukavdelningar. Vad slutligen den s. k. Malmötypen anginge, kunde denna närmast karakteriseras som en specialavdelning vid ett stort delat sjukhus. På grund av vid Malmöavdelningens tillkomst föreliggande omständigheter anförtroddes vården å avdelningen åt den medicinske överläkaren. Denna anordning innebure, liksom den under punkten 2) upptagna, den stora fördelen, att hela sjukhusets diagnostiska apparat stode till avdelningens förfogande. Den lede emellertid av den svagheten, att avdelningen, som i Malmö inrymde 61 vårdplatser, vore för stor för att den skulle kunna på ett fullt tillfredsställande sätt skötas samtidigt med den medicinska avdelningen och med den konsultationspraktik, som en läkare i denna ställning svårligen kunde avsäga sig. För att anordningen skulle fungera tillfredsställande fordrades för övrigt, att vid tillsättandet av läkare på medicinsk avdelning, till vilken en neurosavdelning vore ansluten, särskild hänsyn toges till den sökandes kvalifikationer såsom neurosläkare.

Till sist framhölls, att lika visst som en miljöförändring vore erforderlig för vinnande av en förbättring i ett stort antal psykoneurosfall, lika visst erbjöde i ännu fler fall en vård i patientens vanliga omgivning bättre utsikter till en framgångsrik behandling än en anstaltsvård kunde göra. Behovet av en speciell anstaltsvård finge därför icke undanskjuta en ambulatorisk vård av de lättare fallen. Snarare borde denna senare vård betraktas som en förstahandsangelägenhet. En förutsättning för ett gott resultat av sådan vård vore emellertid, att patienten bleve omhändertagen och finge för honom lämpad tillsyn och vård. Vidare vore det synnerligen önskvärt, att anstaltsläkaren bereddes bättre möjligheter än nu dels att informera sig om den sjukes hem, arbetsförhållanden m. m., dels ock att vid utskrivning, för lämnande av anvisningar angående den utskrivnes vård, hänvända sig till läkare eller institution, som ägde kompetens att följa den sjukes förhållanden och bistå honom med hjälp i såväl medicinskt som socialt hänseende, då så vore erforderligt. Det ansågs därför vara av stor betydelse, om i varje län kunde inrättas en dispensär för psykoneuroser, ledd av härför lämpad läkare med biträde av erforderlig sjukvårdspersonal. På så sätt kunde en efterlängtad anknytning mellan anstaltsvården och den polikliniska vården ske och komme säkerligen sjukhusvård att i en mängd fall bliva obehövlig.

Pensionsstyrelsens överläkare, docenten *Gunnar Kahlmeter* har i en år 1931 offentliggjord uppsats,[1] benämnd »Några synpunkter på behandlingen, särskilt anstaltsbehandlingen, av neuroser», berört förevarande ämne. På grund av författarens förtrogenhet med ämnet torde ett återgivande av vissa huvudpunkter i denna uppsats här vara av intresse.

På få områden inom medicinen bröte sig, enligt docenten Kahlmeter, åsikterna så mot varandra som beträffande neurosernas terapi. Deras oerhörda vanlighet — det torde vara få sjuka med organiska sjukdomar av kronisk natur, som icke förr eller senare få även neurotiska symptom — hade medfört, att varje läkare med eller mot sin vilja måste behandla neuroser. Därför borde också varje läkare under sin utbildning få tillfälle att lära sig neurosernas patogenes, symptomato-

[1] Svenska läkaresällskapets handlingar 1931, sid. 237.

logi och behandling. I detta avseende mötte emellertid svårigheter av skilda slag. Bland annat vore undervisningen i neurosernas behandling en mycket subtil sak, som icke utan vidare läte inordna sig i ett schema. Det vore svårt att lära sig bliva en god neurosläkare, om man ej hade naturliga anlag, ett verkligt intresse för uppgiften samt förmåga att förstå patienterna, men lika viktigt vore tillfredsställande utbildning och tillräckliga kunskaper, i första hand i invärtes medicin samt därutöver i normal och patologisk psykologi och i psykiatri.

Utsikterna till förbättring vore i regel större, ju mer yttre (exogena) inflytelser inverkat på sjukdomens utveckling. Resultaten av kurortsvården vore vidare så ofantligt mycket bättre hos dem, som före sin sjukdom ådagalagt god arbetskraft, energi och arbetslust, än hos dem, där dessa egenskaper saknats. Vid en företagen undersökning tre år efter vårdens avslutande hade framgått, att av den förra gruppen ej mindre än 80 % försörjde sig, av den senare gruppen blott 35 %.

I fråga om anstaltsbehandlingen av neuroser vore en långvarig vistelse på ett vilohem, där ej kompetent läkarvård gåves, säkerligen mera till skada än till nytta. Endast i sådana fall, där en alldeles påtaglig överansträngning eller annat uttröttningsmoment förelåge som sjukdomsorsak, vore en tids vila på dylika hem värd ett försök. För den långt större gruppen av neuroser med rent psykisk orsak vore behandling utom anstalt som regel den bästa. Härmed avsåges besök av patienten hos läkaren å enskild mottagning. Behandlingens karaktär av att vara psykisk och personlig vore nämligen det väsentliga. För den stora massan neuroser vore emellertid denna behandlingsform av ekonomiska och sociala skäl utesluten. För dem funnes blott två möjligheter: poliklinikerna eller anstaltsvården. Å de förra kunde dock icke, åtminstone med nuvarande anordning, givas den ingående och tidsödande personliga behandling, som ett stort antal neuroser behövde. Särskilda nervkuranstalter med för vården kompetenta och intresserade läkare erfordrades därför.

Pensionsstyrelsens kuranstalter hade planlagts eller utvecklats till att i första hand vara psykoterapeutiska anstalter. Förutom den psykiska behandlingen vore arbetsterapien av stor betydelse. Erfarenheterna från dessa anstalter borde förtaga skärpan i den kritik, som framför allt från läkarhåll riktats emot desamma och deras behandlingsmetod. För den stora mängden neuroser fyllde pensionsstyrelsens äldre anstalter mycket väl de anspråk, man kunde uppställa för anstaltsvård åt neurospatienter. Avdelningen i Malmö vore avsedd att bli anstalt uteslutande för psykisk behandling. För vissa sjukdomsformer, som dock icke representerade något större antal, torde en sålunda inrättad anstalt ha större utsikter att bli till verkligt gagn än de vanliga nervkuranstalterna.

Kommittén.

Meningarna om de lämpligaste metoderna för psykoneurosernas behandling och de därför erforderliga vårdanordningarna äro, som av ovanstående framgår, långt ifrån enhälliga. Det är under sådana förhållanden förklarligt, att det pionjärarbete, som pensionsstyrelsen utfört på detta område, blivit utsatt för kritik. Rättvisan fordrar dock, att erkännande gives pensionsstyrelsen för denna dess insats. Pensionsstyrelsen har liksom beträffande de rheumatiska sjukdomarna påvisat psykoneurosernas betydelse som invaliditetsorsak, och de rön, som vunnits genom dess sjukvårdande verksamhet, äro givetvis av värde för planläggningen av psykoneurosvårdens vidare utbyggande.

Icke desto mindre finner kommittén stora vanskligheter möta för framläggande av ett förslag härutinnan. Kommittén anser emellertid, i likhet med de sakkunniga, det icke vara lämpligt, att det allmänna i någon nämnvärd utsträckning anordnar neurosvård på vårdanstalter av typen vilohem. Ovan

anförda skäl ävensom de begränsade diagnostiska möjligheter, som denna anstaltstyp i regel äger, hava härvid för kommittén varit avgörande. Vad angår förslaget att anordna speciell psykoneurosvård på de medicinska avdelningarna vill kommittén till en början bringa i erinran, att, enligt vad vid ovannämnda överläggningar med sakkunniga betonats, behandling av psykoneuroser bör ingå i varje läkares utbildning och att därför varje läkare icke blott bör vara förtrogen med hithörande sjukdomsbilder utan även bör kunna tillämpa de viktigaste metoderna för deras behandling. Detta gäller särskilt läkarna vid de medicinska avdelningarna, på vilka faller en ej ringa del av den viktiga profylaktiska verksamheten. Under sådana förhållanden synes kommittén intet vara att erinra mot att lättare psykoneurosfall lämnas vård å de medicinska avdelningarna.

Beträffande vården av de svårare fallen åter har såväl inom kommittén som bland de sakkunniga enighet rått därom, att den bör förläggas till särskilda anstalter, där vården handhaves av läkare med speciell läggning och utbildning för dessa fall. Kommittén anser sig härvid icke kunna förorda helt fristående anstalter i den form de fått i Åre, Tranås och Nynäshamn. Avgörande för kommittén har härvid varit den brist på tillfällen till samarbete med andra specialiteter, som vidlåder denna typ. Även den kombination, som Malmötypen i sin nuvarande gestaltning utgör, synes kommittén innebära vissa svagheter. En sådan avdelning torde framför allt vara för stor för att under gemensam läkare sammanbindas med den medicinska avdelningen. Kommittén vill därför förorda, att psykoneurosvården i första hand tillgodoses å anstalter, som förestås av egna, specialutbildade läkare men icke givas det starkt isolerade läge, som nu befintliga anstalter av Åretypen fått, utan anslutas till större delade sjukhus. Kommittén anser sig dock icke böra påyrka, att anstalterna skola, såsom exempelvis i Malmö, förläggas i omedelbar anslutning till lasarett. Det väsentliga är, att anstalten ur sjukvårdssynpunkt är så ansluten till lasarett, att den är en med övriga självständiga avdelningar jämbördig avdelning.

Kommittén har icke förbisett de olägenheter, som kunna vara förbundna med ett sammanförande av dessa lätt påverkbara patienter till stora anstalter. Emellertid synas erfarenheterna från exempelvis Åre tala för att, då hela vården är inställd på psykoneurosbehandling samt läkare och personal förvärvat erforderlig vana vid behandlingsmetoderna, farorna i detta hänseende äro mindre än vad i allmänhet antages. Kommittén har med sitt förord för en sålunda modifierad Malmö- eller Åretyp icke heller avsett att uttala sig för vårdanstalter av alltför stora mått. Med hänsyn till den betydelse, läkarnas personliga inflytande har för en framgångsrik behandling, vore det sannolikt bäst, att en psykoneurosanstalt icke gjordes större än att överläkaren kunde sköta den ensam. Kommittén har emellertid anledning förmoda, att stora svårigheter skulle möta för att på en sådan anstalt få behålla en dugande läkare, på vilken, förutom själva vården, hela journalföringen och en mängd detaljarbete skulle vila, ett arbete, som väl kan utföras av underordnad läkare. På grund härav anser sig kommittén böra föreslå, att ifråga-

varande anstalter göras så stora, att anställande även av underordnad läkare är motiverat.

Slutligen vill kommittén understryka vad de sakkunniga anfört angående vikten av en dispensärverksamhet för psykoneuroser. Utan en dylik saknar anstaltsvården önskvärda förbindelser med den sjukes omgivning och kan man med visst fog säga, att man börjat bygga från orätt håll. Enär verksamheten i viss mån kan betecknas som ny, bör dock vid densammas utbyggande en viss försiktighet iakttagas, innan erfarenhet vunnits om den lämpligaste formen. Kommittén finner det ingalunda osannolikt, att man åtminstone under ett försöksstadium skulle kunna påräkna verksamt bistånd av frivilliga krafter och sammanslutningar, inom vilkas program ifrågavarande arbetsuppgifter falla. I detta sammanhang vill kommittén erinra om den nybildade föreningen för psykisk hälsovård. För att verksamheten skall erhålla erforderlig stadga och tillräckligt ekonomiskt underlag torde emellertid det allmännas medverkan vara oumbärlig. Verksamheten bör erhålla om icke en central ledning så dock under alla förhållanden auktoritativa direktiv och anvisningar för sitt arbete. Det synes kommittén ändamålsenligt, att en eventuellt blivande central organisation för den slutna neurosvården jämväl anförtros uppgiften att leda utvecklingen av en neurosdispensärverksamhet.[1]

Behovet av ytterligare platser och deras förläggning.

En uppskattning av antalet erforderliga vårdplatser är här, liksom beträffande rheumatikervården, förenad med stora svårigheter. De enda uppgifter, kommittén är i stånd att lämna i detta hänseende, härröra ur beräkningar, som kommittén gjort med ledning av pensionsstyrelsens genomsnittliga expektantsiffror. De hava helt naturligt endast ett synnerligen begränsat värde som mätare för platsbehovet men angiva dock det antal platser, som skulle vara erforderligt för eliminerandet av den nu rådande långa expektanstiden.

Enligt vad kommittén inhämtat uppgick vid 1931 års utgång antalet psykoneurosfall, vilka pensionsstyrelsen beviljat bidrag till anstaltsvård men som då ännu ej kunnat beredas plats, till 468. Väntetiden för dessa uppgives till sammanlagt omkring 4 050 veckor eller 28 350 vårddagar. Med utgångspunkt från dessa siffror skulle en anstalt om cirka 85 vårdplatser vara tillräcklig för hela väntetidens eliminerande under förutsättning, att antalet inträdessökande förbleve konstant. Denna förutsättning torde dock näppeligen motsvara förhållandena i verkligheten. Nya vårdtillgångar pläga nämligen mobilisera ett latent sjukvårdsbehov. Så torde bliva fallet även här. Med hänsyn till rådande meningsskiljaktigheter angående lämpligaste formen för den slutna psykoneurosvårdens utbyggande anser dock kommittén, att man tillsvidare bör åtnöja sig med en ny anstalt, inrymmande omkring 100 vårdplatser. Denna bör i så fall förläggas till västra Sverige i anslutning till något lämpligt sjukhus.

d) Kirurgiska avdelningar.

Platstillgång.

Vid utgången av år 1931 funnos kirurgiska specialavdelningar vid följande sjukhus (årtalen för avdelningarnas tillkomst angivas inom parentes): Serafi-

[1] Jfr. kap. 24.

merlasarettet (1752), Sabbatsbergs sjukhus (1879), Maria sjukhus (1918), sjukhuset S:t Göran (1930), sjukhuset S:t Erik (1928; tjänstårsrätt då medgiven överläkaren), Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (1854), Malmö allmänna sjukhus (1906), lasarettet i Norrköping (1926), lasarettet vid Stocksund (1928), Akademiska sjukhuset i Uppsala (1857) samt lasaretten i Nyköping (1931), Linköping (1924), Jönköping (1926), Kalmar (1930), Kristianstad (1915), Lund (1849), Hälsingborg (1925), Uddevalla (1930), Vänersborg (1931), Borås (1930), Lidköping (1931), Karlstad (1911), Örebro (1912), Västerås (1927), Falun (1897), Gävle (1929), Sundsvall (1920), Örnsköldsvik (1928), Östersund (1930) och Umeå (1923). Under år 1932 har genom delning av lasarettet i Eskilstuna tillkommit ännu en kirurgisk avdelning. Sammanlagda antalet platser å dessa avdelningar uppgår till omkring 4 500. Som tidigare nämnts, har beslut numera fattats om delning även av lasarettet i Halmstad.

Platsbehovets omfattning och tillgodoseende.

Beträffande Stockholm och Göteborg föreligga nyligen gjorda beräkningar angående behovet av vårdplatser på kirurgisk avdelning, motsvarande dem, som anförts rörande de medicinska vårdplatserna i dessa städer. Generalfältläkaren *Bauer* håller sålunda för sannolikt, att Stockholms stad skulle år 1940 i förhållande till folkmängden, som antages uppgå till 530 000 personer, behöva ett antal kirurgiska platser av 2 pro mille. För Göteborgs del uppskattar Bauer det erforderliga platsantalet för de närmaste 10 åren, vid ett beräknat invånarantal av 250 000, till 1·5 pro mille. För sistnämnda stad föreligger även en av doktor *C. O. Forselius* gjord beräkning av platsbehovet å lasarett för år 1931, däri detta, vad de kirurgiska avdelningarna beträffar, uppskattas till 1·27 pro mille. I Malmö har under åren 1929—1931 medelbeläggningen per dag å den kirurgiska avdelningen utgjort 144 patienter å 174 vårdplatser. Med en beläggningskapacitet av 330 dagar per år och vårdplats synes detta platsantal, i förhållande till folkmängden utgörande omkring 1·4 pro mille, vara tillfyllest. Förefintliga uppgifter från Norrköping äro i detta sammanhang av mindre intresse, enär på den kirurgiska avdelningen därstädes vårdas även ögon- och öronsjukdomar samt kvinnosjukdomar.

Kommittén har under avsnitt c) i detta kapitel närmare utvecklat svårigheterna att lämna någon tillförlitlig uppgift å antalet erforderliga vårdplatser på de medicinska avdelningarna. Ännu större svårigheter möta i detta hänseende beträffande de kirurgiska avdelningarna. Av tabell 9 framgår visserligen, att det stora flertalet kirurgiska avdelningar år 1929 voro antingen överbelagda eller ock mycket hårt belagda. Emellertid vårdas mångenstädes på dessa avdelningar icke enbart rent kirurgiska fall utan jämväl sjukdomsfall inom områden för öron-, näs- och halssjukdomar, kvinnosjukdomar, ortopedi ävensom, ehuru i väsentligt mindre omfattning, ögonsjukdomar. Siffrorna äro sålunda för dessa avdelningar i någon mån missvisande. Det ur statistisk synpunkt bättre materialet — avseende de rent kirurgiska avdelningarna — är åter behäftat med den svagheten, att det ofta innesluter ett relativt stort antal utomlänspatienter. Även om dessa patienter uteslötes, erfordrades emellertid, därest några slutledningar av värde skulle kunna göras, att det

återstående materialet kompletterades med uppgifter om antalet kirurgiska fall, som vårdats å odelade lasarett och sjukstugor inom samma landstingsområde, samt helst även uppgifter om antalet underhållsdagar för dessa landstingsområdens hela kirurgiska klientel. Kommittén har icke kunnat finna, att det omfattande arbete, som krävdes härför, skulle stå i rimligt förhållande till det värde, sammanställningen kunde få som ledning för ett utbyggande av de kirurgiska avdelningarna. Dessa komma förvisso, i likhet med de medicinska, att bestämmas av ett flertal olika faktorer, som bottna i lokala förhållanden vad såväl topografi och sjukhusens fördelning inom området som ock sjukhusens beskaffenhet och lämplighet för utvidgning vidkommer. Kommittén inskränker sig därför till att betona, att de kirurgiska avdelningarna till sin storlek icke böra få överskrida en viss gräns; antalet vårdplatser å dem bör nämligen med hänsyn till läkarens prestationsförmåga icke överstiga 150. Det torde icke bereda några nämnvärda svårigheter att vid uppdelning av ett lasarett inom denna ram bestämma den kirurgiska avdelningens storlek. Det antal vårdplatser, som för tillgodoseende av de kirurgiska fallens behöriga vård till tidpunkten ifråga visat sig erforderligt, torde lämna den bästa ledningen härutinnan.

Specialisering inom kirurgien.

Den kliniska behandlingen av ögonsjukdomarna samt öron-, näs- och halssjukdomarna har i vårt land liksom annorstädes sedan åtskilliga år tillbaka varit utbruten ur den allmänna kirurgien; detsamma gäller gynekologien (kvinnoläkekonsten) och ortopedien. De båda förstnämnda specialiteterna äro numera även ur praktisk sjukvårdssynpunkt allmänt erkända såsom fristående områden inom läkekonsten och behandlas i detta kapitel såsom särskilda avsnitt. Så är däremot icke helt fallet med vare sig gynekologien eller ortopedien. Kommittén har emellertid anledning att i samband med barnbördsvården närmare yttra sig om gynekologiens ställning inom vår allmänna sjukhusvård. Vad ortopedien angår har kommittén, enär på sätt utvecklingen hos oss gestaltat sig tyngdpunkten av den praktiska ortopedien kommit att förläggas till vanföreanstalterna, funnit lämpligast att upptaga behandlingen av denna vård i dess helhet under kap. 8. Kommittén vill här endast erinra, att avgränsningen av de ortopediska fallen från de till invärtes-medicinen, pediatriken och kirurgien hörande sjukdomsfallen stundom bereder vanskligheter. Innebörden av begreppet ortopedi torde bäst belysas genom anförande av exempel. Hit höra sålunda medfödda missbildningar av extremiteter, kroniska inflammationer i ben, leder, muskulatur och senor samt yttre skador (benbrott etc.), vilka medfört eller hota att medföra felställningar eller stelhet i ledgångar (kontrakturer och ankyloser, scolioser), vidare förlamningar eller förslappningar i extremiteternas muskulatur efter sjukdomar i centrala nervsystemet (t. ex. barnförlamning) eller perifera nerver. För samtliga fall, som hava sin grund i olika sjukdomar eller skador, är gemensamt, att de i sina akuta skeden vanligen äro att anse såsom medicinska eller kirurgiska sjukdomsfall samt att de i allmänhet höra ortopedien till först då de akuta stadierna äro genomlupna och funktionshämmande påföljder i form av felställningar eller styvhet i leder, förlamning av muskelgrupper o. dyl. inträtt eller

hota att inträda. Gemensamt är även, att de för sin ändamålsenliga behandling kräva användandet av en hel del kurmedel, hämtade från väsentligen tre olika håll, nämligen från kirurgien, från den fysikaliska terapien, särskilt massage-, värme- och övningsterapi av skilda slag, samt från bandage- och protestekniken. Varhelst dessa tre grupper av hjälpmedel finnas tillgängliga i intim samorganisation och under sakkunnigt handhavande, kunna ortopediska fall med framgång behandlas.[1]

Under senare tid har fråga uppkommit om ytterligare klyvning inom kirurgien. Kommittén syftar härvid närmast på urologien, extremitetskirurgien, neurokirurgien, tand- och käkkirurgien samt behandlingen av kluven gom hos barn.

Urologien. Urologien eller läran om njurarnas och urinvägarnas kirurgiska sjukdomar framträdde redan vid sekelskiftet såsom en specialitet, vilken i större länder representerades av särskilda specialavdelningar vid sjukhus. I Skandinavien hava, såvitt för kommittén är känt, anspråk på sådana avdelningar icke framställts. Enligt vad kommittén inhämtat göra sig »allmänkirurgerna» under sin utbildning väl förtrogna med de speciella undersökningsmetoder, varav urologien begagnar sig. Operationstekniken för ifrågavarande åkommor synes icke heller nämnvärt skilja sig från den övriga kirurgiens. Kommittén finner därför icke anledning föreligga att närmare ingå på frågan om tillgodoseendet av denna specialiseringstendens.

Extremitetskirurgien. Extremitetskirurgien omfattar behandlingen av de extremiteternas sjukdomar och skador, som falla inom kirurgien, i första hand benbrott och ledskador (luxationer m. m.). En specialavdelning för extremitetskirurgi torde äga vissa förutsättningar att ombesörja även ortopedisk specialvård. Extremitetskirurgien kräver för ernående av tillfredsställande resultat stor vana och erfarenhet. Detta gäller icke minst behandlingen av de svårare skadorna, vilka särskilt till följd av den stegrade motortrafiken avsevärt ökats. Genom 1916 års lag om försäkring för olycksfall i arbete har även den ekonomiska betydelsen av en sakkunnig och rationell vård på ifrågavarande område allt tydligare framträtt. Olycksfallskirurgien och dess resultat ha därför av såväl kirurger som representanter för olycksfallsförsäkringen under senare årtionden ägnats en alltmera ingående uppmärksamhet. Uppenbarligen lämpar sig ifrågavarande vård på grund av fallens natur och svårigheten att transportera dem icke för någon starkare centralisering. Frågan om specialavdelningar för extremitetskirurgi torde därför icke bliva aktuell i landstingsområdena, förrän de kirurgiska avdelningarna därstädes vuxit sig så stora, att deras behöriga skötsel kräver en uppdelning av desamma. Den omständigheten, att inrättande av en avdelning för extremitetskirurgi eller ett sjukhus för vård av olycksfall icke, såvitt kommittén är riktigt underrättad, ingår i föreliggande program för utbyggandet av sjukhusvården i Stockholm och Göteborg, synes ock tyda på att spörsmålet om lämpligheten av en dylik uppdelning i princip ännu är öppet. Under sådana förhållanden anser

[1] Se Haglund, Patrik. Om ortopedins ställning inom medicinsk vetenskap, sjukvård och läkareutbildning. Svenska läkartidningen 1920, sid. 793.

kommittén tiden icke mogen för framläggande av förslag till åtgärder för genomförande av en specialisering i nu antydd riktning. Spörsmålet synes dock kommittén vara av den vikt, att det förtjänar med uppmärksamhet följas även av lasarettens huvudmän.

Neurokirurgien.

Neurokirurgien, det centrala och perifera nervsystemets kirurgi, håller ävenledes på att förvärva sig en särställning inom kirurgien. Härtill bidraga, enligt vad kommittén inhämtat, ett flertal omständigheter, vilka ligga inom såväl diagnostikens som operationsteknikens område. Sålunda anses ett samarbete med en med de organiska nervsjukdomarna förtrogen invärtesläkare (neurolog) vara av särskild betydelse för en tillfredsställande och betryggande diagnos av hithörande fall. Även röntgendiagnosen synes vid ifrågavarande sjukdomar kräva en viss förfining och speciell erfarenhet. Operationstekniken uppgives vara i viss mån egenartad och därtill mycket fordrande. Det har tillika framhållits, att operationerna ofta kräva lång tid och därför äro svåra att inpassa i arbetet på en kirurgisk avdelning, där verksamheten i regel måste bedrivas i forcerad takt och det dagliga arbetets behöriga gång är mycket känslig för tidsutdräkt av en eller annan art. Vad som emellertid mer än annat torde ha bidragit till att åt ifrågavarande specialgren skapa en särställning inom kirurgien är det förhållandet, att hithörande sjukdomar äro tämligen sällsynta och att till följd därav även den erfarenhet, vilken kirurgerna på våra större sjukhus äro i stånd att förvärva på området, oftast blir relativt ringa. Det är kommittén bekant, att lasarettsläkarna i stor utsträckning remittera patienter, vilka lida av sjukdomar i centrala nervsystemet och kunna förväntas bliva föremål för kirurgisk behandling, till sådana större sjukhus, där läkare med vidare erfarenhet på området finnas att tillgå. Under senare år har sålunda det stora flertalet fall remitterats till Serafimerlasarettet, där specialbehandling i neurokirurgi utövas av specialutbildad läkare.

Medicinalstyrelsen har redan före sjukvårdskommitténs tillsättande inhämtat vissa upplysningar i syfte att undersöka möjligheterna för åstadkommande vid nämnda lasarett av en specialavdelning för neurokirurgi, och har intresse för en sådan anordning därvid ådagalagts av såväl enskilda läkare vid våra största sjukhus som ock av styrelsen för svenska lasarettsläkarföreningen. Det må ock erinras, att professorerna P. Haglund, E. Key, H. Bergstrand och G. Söderlund i skrivelse till Karolinska institutets lärarkollegium av den 2 oktober 1931 hemställt, att kollegiet måtte vidtaga de åtgärder, som på detsamma ankomme, för inrättande av en personlig professur i neurokirurgi för den förutnämnde specialisten. Förslagsställarna säga sig vara övertygade om, att tiden nu vore mogen för utbrytande av en tredje kirurgisk specialitet, nämligen neurokirurgien. De betona i första hand den vinst, en professur i neurokirurgi skulle utgöra ur vetenskaplig synpunkt, men framhålla tillika, att då det gäller en av den praktiska medicinens discipliner, tillkommer även ett stort sjukvårdsintresse. En professur i neurokirurgi vid Karolinska institutet komme nämligen att innebära förhandenvaron av en kirurgisk avdelning, å vilken de neurokirurgiska fallen kunde vårdas. Det

lede icke något tvivel, att en dylik avdelning komme att beläggas med patienter från hela landet, så länge den vore ensam i sitt slag. Frågan om inrättande av en professur i neurokirurgi vore sålunda intimt förbunden med frågan, huru de personer, som vore i behov av operativ behandling av sjukdomar i centrala nervsystemet, skulle kunna erhålla bästa möjliga vård. Att denna sjukvård måste centraliseras, därom rådde enligt förslagsställarna knappast delade meningar. Till stöd för framställningen åberopas även yttranden av professorerna i kirurgi vid universiteten i Lund och Uppsala G. Petrén och E. G. Nyström ävensom utländska sakkunniga samt kommitténs ledamot generaldirektör Hellström. Professor Petrén, med vilken professor Nyström till alla delar instämt, anför i sitt yttrande bland annat, att enär operationstekniken vid ingrepp å centrala nervsystemet till en viss grad vore en teknik för sig, som i svårare fall av operatören krävde stor erfarenhet på området, så vore det mycket önskvärt och fördelaktigt såväl från synpunkten att i vårt land kunna bereda en del av ifrågavarande beklagansvärda och svåra sjukdomsfall så goda utsikter som möjligt till hälsans återvinnande som från synpunkten att få en verklig utbildningsplats för yngre svenska kirurger för ingrepp å centrala nervsystemet, om i Sverige och då helt naturligt i Stockholm kunde skapas en professur i neurokirurgi, i synnerhet som för närvarande funnes en specialist med betydande kvalifikationer för befattningen tillgänglig.

Kommittén. Redan nu har såsom ovan antytts neurokirurgien i ej obetydlig grad centraliserats till en av Serafimerlasarettets kirurgiska avdelningar. Enligt kommittén tillhandakomna uppgifter hava därstädes under tiden 1 juni 1930—31 maj 1931 vårdats 261 neurokirurgiska fall från hela riket, varav 160 undergått större operativa ingrepp. Av dessa fall äro 70 resp. 36 från Stockholms stad. Till jämförelse må nämnas, att under kalenderåret 1930 utfördes å rikets samtliga lasarett med undantag av Serafimerlasarettet endast 75 likartade ingrepp. Enär därav endast 3 operationer utförts på sjukhus i Stockholm, synes man kunna utgå ifrån, att praktiskt taget alla Stockholmspatienter, som äro i behov av neurokirurgisk behandling, remitteras till avdelningen på Serafimerlasarettet. Härav torde, oaktat observationsperioderna ej sammanfalla och vardera omfattar endast ett år, vissa slutsatser kunna göras beträffande behovet av neurokirurgisk vård. Då Stockholms stads befolkning utgör omkring $^1/_{12}$ av landets hela folkmängd, skulle antalet fall, som äro i behov av neurokirurgisk specialbehandling, kunna uppskattas till omkring 850, varav omkring hälften vore att betrakta såsom mera krävande operationsfall. Utgår man från invånarantalet i Stockholms län vid utgången av år 1930 (264 909), vilket å förenämnda avdelning är representerat med 24 patienter, blir antalet vårdbehövande i riket cirka 550. Helt naturligt äro dessa uppgifter mycket approximativa. Även den senare siffran ligger otvivelaktigt i överkant, då det icke kan antagas, åtminstone icke för en följd av år framåt, att procentuellt samma antal fall komma att remitteras från avlägsnare belägna trakter som från Stockholms stad och de närmaste landstingsområdena.

Beräkningarna torde dock icke kunna frånkännas visst värde som vägledande vid ett bedömande av vårdbehovet på förevarande område.

Om ock hithörande fall rent numeriskt sett kunna sägas vara av jämförelsevis ringa betydenhet, anser dock kommittén, att en väl ordnad specialvård i neurokirurgi är av behovet påkallad och att densamma skulle vara landet till stort gagn. Ifrågavarande patienter höra nämligen, enligt vad kommittén inhämtat, ofta till de mest svårskötta av lasarettens klientel, och det synes kommittén vara en samhällets plikt att söka förhjälpa dem till den vård, som är bäst i stånd att skänka hälsan åter eller åtminstone bringa lindring i deras svåra lidanden. Det torde vara uppenbart, att för den händelse åtgärder finnas böra vidtagas för beredande av specialvård på ifrågavarande område, en mycket stark centralisering är tillrådlig och att till en början specialvården bör förläggas till *ett* sjukhus. Stockholm synes med hänsyn till dess centrala läge utan tvivel vara den lämpligaste orten härför, och av sjukhusen därstädes torde närmast Serafimerlasarettet böra komma i fråga. Den sakkunskap på området, som är där tillgänglig, ävensom förefintligheten av en intern neurologisk avdelning på sjukhuset tala härför. Mest önskvärt vore givetvis, att vid sjukhuset upplätes en särskild avdelning för ändamålet. Skulle detta icke för närvarande vara genomförbart, torde av ovanstående att döma ifrågavarande specialvård, även efter en genomförd centralisering, kunna tills vidare lämnas på den avdelning, där den nu utövas.

Tand- och käkkirurgien.

I viss mån kan ännu en tendens till specialisering inom kirurgien sägas hava framträtt, nämligen i fråga om behandlingen av käkskador och till käkarna lokaliserade kirurgiska sjukdomsfall. De fall, som här avses, utgöras till allra största delen av dels brott på käkarna med större eller mindre förskjutningar av brottändar och därmed av tandrad och bett, dels ock svulstbildningar i käkarna, vilka kräva borttagande av käkben och tänder i större eller mindre utsträckning. I det förra fallet fordras, enligt vad kommittén inhämtat, för en tillfredsställande läkning en noggrann anpassning av brottstyckena och ett kvarhållande av dessa i gott läge under en för läkningen tillräckligt lång tid. Detta kan i svårare fall ofta ske endast genom ett tekniskt förfarande, med vilket tandläkaren är mera förtrogen än kirurgen. För efterbehandlingen vid operationer för svulster i käkarna har en sakkunnigt utförd protesbehandling en avgörande betydelse, då det gäller att i möjligaste mån förebygga ett vanställande utseende samt bristfälligheter i tal och vid tuggverktygens användning. På detta område kan därför en samverkan mellan kirurg och tandläkare vara av stor betydelse för ernående av ett tillfredsställande resultat från såväl kosmetisk som funktionell synpunkt. En dylik samverkan har ock på ett flertal håll ägt rum. Kommittén vill nedan undersöka möjligheten och lämpligheten av ett utvidgat, organiserat samarbete för ifrågavarande ändamål. Frågan i vad mån tandvård i mera allmän bemärkelse kan vara erforderlig på våra sjukhus upptages till behandling i ett senare betänkande angående folktandvårdens ordnande i riket.

För att erhålla närmare kännedom om rådande förhållanden och vunna erfarenheter på förevarande område har kommittén från lasaretten infordrat

upplysningar angående *dels* det antal fall, i vilka samarbete mellan kirurg och tandläkare för behandling av käkskador och tandkirurgiska sjukdomar möjligen ägt rum under år 1931, *dels* huruvida avtal träffats med tandläkare om biträde vid samtliga förekommande fall av ifrågavarande slag eller om överenskommelse träffats för varje fall för sig, *dels* ock vederbörande läkares uppfattning angående den lämpligaste formen för ett samarbete av nu antydd art. Svar hava ingått från 82 lasarett. Dessa utvisa, att tandläkare för ändamålet anlitats i sammanlagt omkring 140 fall, fördelade på 32 lasarett. Mest omfattande har samarbetet varit på Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, där antalet fall uppgick till 40; andra rummet intager lasarettet i Landskrona med 10 fall. Vid det stora flertalet sjukhus synas samarbetet och ersättning för lämnat biträde ha ordnats från fall till fall. Avtal om mera stadigvarande samarbete ha träffats endast vid 13 sjukhus, därvid fast arvode stipulerats i 8 fall. I fråga om lämpligaste sättet att ordna samarbete för ifrågavarande ändamål har av de 72 lasarettsläkare, som härutinnan yttrat sig, det övervägande antalet förordat en fastare organisation endast vid de större sjukhusen, i regel ett i varje landstingsområde. Härvid har från ett flertal hållit erinrats, att hithörande fall i allmänhet vore relativt få och att ett gott vårdresultat förutsatte specialutbildning hos såväl kirurgen som tandläkaren samt tillika en speciell erfarenhet, som icke alla tandläkare besutte. En centralisering av fallen vore därför önskvärd. Överläkaren vid Västerås lasarett har beträffande Västmanlands läns landstingsområde ifrågasatt, huruvida ej alla åtminstone mera komplicerade fall av käkskador lämpligen borde sändas till en för ändamålet specialutrustad avdelning i huvudstaden och särskilt avtal eventuellt träffas mellan vederbörande lasaretts myndigheter. Ett ej ringa antal läkare hava emellertid uttalat sig för ett organiserat samarbete vid varje lasarett. Som motiv härför ha bland annat framhållits svårigheterna att transportera allvarligare fall av käkskada ävensom den långa polikliniska efterbehandling, som hithörande fall mången gång fordrade.

Kommittén. Kommittén hyser för sin del den uppfattningen, att organisatoriska åtgärder för tryggande av samarbete mellan kirurg och tandläkare uti hithörande fall böra ifrågakomma endast vid de större sjukhusen. Kommittén finner väl, att såväl transportsvårigheter som en ofta långvarig konvalescens tala emot en sådan anordning, men anser, att avgörande betydelse för ifrågavarande angelägenhets ordnande måste tillmätas de skäl, som ovan åberopats till förmån för en centralisering av vården. Ett samarbete av antydd art torde i första hand lämpligen böra anordnas vid universitetsklinikerna samt de stora sjukhusen i Stockholm, Göteborg och Malmö. Uppenbart är, att från dessa centra mera avlägset liggande landstingsområden äro i behov av tillgång på specialvård på närmare belägna större sjukhus. Någon plan härför är kommittén emellertid icke beredd att framlägga. Behovet härav synes kommittén för närvarande vara ringa. En överenskommelse om vård på »främmande» sjukhus lärer utan större svårigheter kunna träffas från fall till fall. Att, såsom från visst håll föreslagits, inrätta en särskild avdelning för vård av tandkirurgiska fall synes kommittén för närvarande ej av behovet påkallat.

Med hänsyn till den ringa omfattningen av föreliggande statistiska material har kommittén icke ansett sig böra göra något uttalande i frågan om den lämpligaste formen för ersättning till tandläkare för lämnat biträde: arvode per år eller per behandlat fall.

Behandlingen av kluven gom hos barn.

Vad slutligen angår frågan om speciella anordningar för behandling av kluven gom hos barn kunna otvivelaktigt vissa skäl sägas tala för att träffa särskilda anstalter för behandling av denna för individen ytterst menliga missbildning. Dessa skäl grunda sig främst på behovet av kirurgisk specialbehandling men även på önskvärdheten av att kunna bereda här avsedda barn tillfälle till sakkunnigt ledda talövningar.

Förebilder till specialanordningar av ifrågavarande slag saknas icke. I detta hänseende behöva vi icke gå längre än till grannlandet Danmark. Där behandlas fall av kluven gom dels vid ett »Statens institut før talelidende» i Hellerup (Köpenhamn), dels vid en »Ganespalte-klinik» i Aarhus, båda inrättade under 1890-talet. Förstnämnda institut har till ändamål att bota »talelidende» barn och unga människor av båda könen från hela landet, företrädesvis sådana i små ekonomiska villkor. Sedan år 1903 finnes vid institutet en särskild avdelning för patienter med kluven gom, där såväl protesbehandling som talundervisning lämnas. Institutet har sedan år 1917 ävenledes egen tandklinik för tillverkning och anbringande av proteser ävensom för utförande av tandregleringar. Erforderliga operationer för kluven gom utföras å diakonissstiftelsen av institutets kirurg. Vid institutet äro anställda — förutom föreståndare och lärarpersonal — nyssnämnda kirurg, en öron-, näs- och halsläkare, som tillika är anstaltens läkare, samt en tandläkare jämte assistent. Institutet kan samtidigt undervisa 75—80 elever, därav 54 kunna beredas bostad å anstalten. Per år undervisas omkring 250 elever. Undervisningen sker å fem avdelningar, av vilka en är avsedd för minst 10 elever med kluven gom. Tidslängden för undervisningen av dessa elever rättar sig efter varje särskild elevs behov. Åt undervisningen ägnas i regel 5 timmar per dag; de interna eleverna sysselsättas dessutom ett par timmar om dagen med slöjd, handarbete eller gymnastik. Under budgetåret april 1931—mars 1932 undervisades 47 elever med kluven gom. För de 35 av dessa, vilkas undervisning avslutades under budgetåret, utgjorde medeltalet undervisningsdagar 73. Under samma tidsperiod företogos 17 operationer för kluven gom, 6 för harmynthet samt 6 för kluven gom jämte harmynthet. Dessutom utfördes en del polikliniska operationer för avhjälpande av mindre defekter efter tidigare operationer eller uppnående av ett bättre kosmetiskt resultat. Genom tandklinikens försorg anbragtes under berörda tid 21 proteser. — Å »Ganespalte-kliniken» i Aarhus, som ledes av en öron-, näs- och halsläkare, mottagas endast patienter med kluven gom, vilka skola erhålla protes och därmed följande undervisning. Under budgetåret 1931/1932 mottogos där 69 patienter. Kliniken erhåller statsunderstöd till sådant belopp, att klinikens samtliga utgifter täckas därmed, varför undervisningen och behandlingen lämnas avgiftsfritt. Vid institutet i Hellerup uttagas däremot avgifter av här ifrågavarande elever.

I syfte att bereda sig en uppfattning om frekvensen av operationer för kluven

gom i Sverige har kommittén ur årsberättelserna för lasaretten och därmed jämförliga sjukhus år 1931 sammanställt där lämnade uppgifter om antalet dylika operationer å intagna patienter. Sammanställningen utvisar 86 operationer å kirurgisk avdelning och 5 operationer å öronavdelning. Av dessa 91 fall belöpte en tredjedel å sjukhusen i storstäderna jämte undervisningssjukhusen i Uppsala och Lund. Största antalet operationer företogs i Stockholm (13) och Lund (9). Då med all sannolikhet icke ens å de större sjukstugorna något avsevärt antal dylika operationer förekommer, torde det totala antalet operationer å intagna för kluven gom under alla förhållanden icke överstiga 100 per år. Frekvensen av kluven gom, som icke behandlats operativt, torde icke kunna med tillförlitlighet utrönas.

Angående lämpligaste sättet för behandling av kluven gom har överläkaren vid kirurgiska avdelningen å Göteborgs barnsjukhus *E. Edberg* i en år 1932 publicerad artikel »Från Göteborgs barnsjukhus, Gammalt och nytt om behandling av harläpp och kluven gom»[1] uttalat, att en övergång, liksom i Danmark, från operationsförfarandet till s. k. fonetisk protesbehandling av alla svårare former av hålgom möjligen kunde synas berättigad, enär vid vuxen ålder protes alltid kunde bäras, som ej blott korrigerade defekterna i bettet utan därtill gåve en talfunktion vida bättre än den, som kunde uppnås med någon av de gamla metoderna för slutande av hårda gommen. Emellertid hade den franske läkaren Victor Veau uppvisat avsevärt bättre metoder för operation av kluven gom än de hittills vanligen praktiserade. Till förmån för den operativa behandlingen talade ock, att protesbehandlingen medförde vissa bestämda olägenheter. Sålunda vore det bl. a. ofta svårt att få fäste för proteserna. Man tvingades därför tillbaka till den kirurgiska behandlingen av sådana fall, där verklig utsikt till hjälp förelåge, och protesbehandlingen finge reserveras för dem, som ej på annat sätt kunde få sitt lyte avhjälpt.

Kommittén har i förevarande angelägenhet rådgjort med överläkaren vid kirurgiska avdelningen å kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn, docenten *E. G. S. Perman*. Denne framhöll därvid, att den operativa behandlingen för kluven gom gått avsevärt framåt under senare år och att denna behandlingsmetod numera bestämt vore att föredraga framför protesmetoden. Med ett vidgat anlitande av den operativa behandlingsmetoden skulle följa en väsentlig minskning av antalet fall, som behövde protesbehandling; även bleve behovet av talundervisning mindre. En första operation för kluven gom utfördes i åldern 3—6 mån. och en andra före 3 års ålder. Om operationerna gjordes väl, minskades behovet av protesbehandling och talundervisning till ett minimum. Operationerna vore emellertid svåra att utföra. De borde därför, i motsats till vad nu vore fallet, koncentreras till en à två platser, förslagsvis till kirurgiska avdelningarna vid kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm och Göteborgs barnsjukhus.

Kommittén. Av vad sålunda anförts torde framgå, att talundervisningsmomentet mycket nära sammanhänger med frågan om lämpligaste metoden för behandling av fall med kluven gom. För de opererades vidkommande består, enligt vad kom-

[1] Hygiea år 1932, sid. 529.

mittén inhämtat, denna undervisning i att lära eleverna att få det opererade gomseglet att arbeta och att få dess rörelser automatiserade så att det användes riktigt vid utformandet av de särskilda ljuden. Som operationsförfarandet i regel är avslutat inom patientens tre första levnadsår, medför denna metod, i motsats till protesmetoden, att patienten i de flesta fall kan börja sin skolgång i ordinarie tid. Vid den enda poliklinik för talrubbningar, som finnes i vårt land, nämligen den foniatriska polikliniken vid Sabbatsbergs sjukhus, vilken egentligen är avsedd endast för i Stockholm hemmahörande men dock emottager fall av kluven gom från hela riket, förekommer enligt uppgift från sjukhuset endast ett mindre antal operationsfall, vilket synes utvisa, att något större behov av talundervisning icke föreligger beträffande de opererade fallen. Härtill kommer, att behandlingstiden i regel är kortare för opererade än för protesfall ävensom att kostnaden för protesbehandling torde ställa sig avsevärt högre än för operativ behandling. Starka skäl synas kommittén därför tala för anlitande som regel av operationsförfarandet. Möjlighet till protesbehandling måste visserligen allt fortfarande finnas men synes böra komma till användning endast i de fall, där operation av en eller annan anledning icke kan komma i fråga eller ock icke lett till resultat.

Med denna utgångspunkt och då den kirurgiska behandlingen är svår att utföra, bör ifrågavarande specialvård koncentreras till ett fåtal anstalter. Å de orter, där dessa anstalter äro belägna, böra möjligheter finnas till talundervisning för de opererade. Som dylika orter vill kommittén förorda Stockholm och Göteborg, vilka hava tillgång till kirurgisk avdelning å barnsjukhus. Visserligen finnes poliklinik för talrubbningar, där erforderlig talundervisning kan lämnas, endast i Stockholm, men avsevärda svårigheter torde icke behöva möta för anordnande av en dylik poliklinik i Göteborg. Det synes kommittén att, såsom i fråga om all centraliserad specialvård, staten bör träda hjälpande emellan beträffande kostnaderna för behandling, varom här är fråga. Kommittén återkommer härtill i kap. 21.

e) Avdelningar för ögonsjukdomar.

Platstillgång m. m.

Vid utgången av år 1931 funnos specialavdelningar för ögonsjukdomar vid följande sjukhus (årtalen för avdelningarnas tillkomst angivas inom parentes): Serafimerlasarettet (1891), Sabbatsbergs sjukhus (1910), Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (1910), Malmö allmänna sjukhus (1914), Akademiska sjukhuset i Uppsala (1903) samt lasaretten i Linköping (1929), Lund (1884), Karlstad (1925), Örebro (1931), Falun (1921) och Umeå (1926). Sammanlagda antalet platser å dessa avdelningar utgjorde 344. Avdelningen i Karlstad var icke fullt självständig såtillvida som lasarettsögonläkaren därstädes icke hade egen sjukavdelning utan för ögonvården disponerade 20 platser på den kirurgiska avdelningen. I Norrköping, Jönköping och Boden funnos privata ögonläkare, som ägde tillgång till platser å lasaretten därstädes. Från och med år 1932 äro vid lasaretten i Norrköping och Sundsvall anställda lasarettsögonläkare, tillsvidare dock utan egen sjuk-

avdelning. En kortfattad översikt över den slutna ögonsjukvårdens utveckling intill utgången av år 1931 lämnas i tabell 25.

Redan på ett tidigt stadium av utredningen offentliggjorde kommittén, såsom i skrivelsen till chefen för socialdepartementet berörts, jämte andra en preliminär promemoria angående den slutna ögonsjukvårdens ordnande. Syftet härmed var närmast att få till stånd en diskussion angående lämpligheten av att vid lasarett anordna specialvård för större område än landstingsområde och detta beträffande ett härutinnan karakteristiskt vårdbehov. Promemorian behandlades vid svenska landstingsförbundets tredje ordinarie årsmöte 1930[1] och remitterades därefter av kommittén för yttrande till svenska ögonläkarföreningen, som upptog densamma till granskning vid årsmötet 1931. Från landstingens representanter gjordes, såvitt kommittén kunnat finna, inga principiella erinringar mot de i promemorian framlagda synpunkterna. Av ögonläkarföreningen och enskilda fackmän på området uttalades däremot i skilda hänseenden avvikande meningar, framför allt beträffande den föreslagna fördelningen av vårdplatserna. Kommitténs promemoria har jämväl vid andra tillfällen varit föremål för behandling, bl. a. vid svenska läkarsällskapets sammanträde den 17 mars 1931 ävensom i särskilda artiklar av professor Nordenson[2] och generalfältläkaren Erhardt.[3] Med hänsyn till de särskilda svårigheter, ett fullt tillfredsställande ordnande av ögonsjukvården erbjuder, har kommittén ansett sig böra i betänkandet framlägga det väsentligaste, som vid denna förberedande diskussion förekommit. Kommittén återgiver därför till en början promemorian i dess ursprungliga lydelse med uteslutande av historiska data samt vissa delar av mera allmän natur, vilka berörts i avsnitten a) och b) av detta kapitel, ävensom med några smärre rättelser och kompletteringar. Därefter ingår kommittén på diskussionen i ämnet samt angiver till sist sin definitiva ställning till föreliggande spörsmål.

Kommitténs preliminära p. m.

Kommitténs preliminära promemoria hade — med nyssnämnda modifikationer — följande lydelse:

Inledning.

För närvarande torde nödvändigheten av specialvård för ögonsjukdomar vara av såväl lekmän som läkare mera erkänd än snart sagt för någon annan specialgren av läkekonsten. Kommittén torde därför utan vidare kunna utgå från att behov av ifrågavarande specialvård föreligger och begränsa sig till att söka besvara frågorna, i vilken utsträckning sjukhusvård för ögonsjukdomar bör anordnas och huru den lämpligast bör organiseras.

Innan dessa frågor närmare belysas, må vissa mera allmänna synpunkter framhållas.

— —

Har en specialgren fått den praktiska betydelse, att en specialavdelning vid sjukhus härför är påkallad, bör den läkare, som bliver anförtrodd vården därstädes, helt ägna sig åt densamma. Den diskussion, som förts angående organisationen av den slutna ögonsjukvården, har burit vittnesbörd om att ett tillgodoseende av denna synpunkt för vårt lands del innebär vissa svårigheter, åtminstone för så vitt man för sjukvårdsorganisationen vill bibehålla landstingsgränserna. Or-

[1] Sveriges landstings tidskrift 1930, sid. 307.
[2] Svenska läkartidningen 1932, sid. 467.
[3] Erhardt R. Om ögonsjukvårdens ordnande i riket. Sveriges landstings tidskrift 1931, sid. 76.

sakerna härtill äro lätt insedda. Den viktigaste är den ringa eller ojämna befolkningstätheten inom vissa landstingsområden. Det har med hänvisning till förhållandena i Amerikas förenta stater, där specialiteterna för öron-, näs- och halssamt ögonsjukdomar på vissa sjukhus sammanförts under gemensam läkare, ifrågasatts en liknande organisation i vårt land. Representativa målsmän både för oftalmiatriken och otiatrien hava emellertid anfört bärande skäl häremot. Bland annat har framhållits, att utbildningstiden komme att bliva mycket lång och att dem icke under någon period kunde löpa jämsides för de båda ämnena. Såvitt för kommittén är känt, har icke heller möjligheten att komma förbi de med den ifrågasatta kombinationen förenade svårigheterna varit föremål för närmare omprövning under de senaste åren. Den torde därför åtminstone för närvarande kunna lämnas ur räkningen.

Man har däremot beträtt en annan väg, nämligen kombination av läkarbefattning vid ögonavdelning med annan läkartjänst — militärläkartjänst. Detta har skett i Umeå och i Boden. Betänkligheter hava ovan framhållits emot förenande av specialistverksamhet med annan läkarverksamhet. Någon som helst anledning att göra någon erinran emot den specialvård, som vid nämnda sjukhus utövats, förefinnes kommittén veterligt icke. Det är väl möjligt, att förhållandena i de nordligare delarna av vårt land och måhända även annorstädes jämväl i fortsättningen komma att gestalta sig så, att ett förenande av lasarettsläkartjänst och annan läkarbefattning kommer att bliva en förutsättning för att ifrågavarande specialitet skall kunna bliva företrädd inom sjukhusvården därstädes. Att bygga en framtida organisation på en dylik sammankoppling av tjänster är emellertid icke tillrådligt, detta icke blott med avseende fästat vid principiella erinringar utan även med hänsyn till svårigheterna att vid givet tillfälle kunna finna läkare, som äger erforderlig kompetens även för den befattning, som är avsedd att förbindas med tjänsten vid ögonavdelningen.

Vårdplatsbehovet.

Riksbehovet av vårdplatser på ögonavdelning har varit föremål för överväganden tidigare.

Så har professor Nordenson år 1928 i Sveriges landstings tidskrift i en uppsats »Om ögonsjukvårdens ordnande» anfört beräkningar över platsbehovet. Professor Nordenson skriver härom följande:

»För bedömandet av behovet av ögonvård har jag tidigare brukat åberopa de siffror, som kunna erhållas från verksamheten här i Uppsala. Den ojämförligen största delen av detta läns befolkning söker vid ögonsjukdom hjälp i Uppsala, antingen å universitetets poliklinik eller hos den ende där verksamme ögonläkaren. Det visar sig nu, att sammanlagda antalet hjälpsökande under de senaste åren där uppgått till 6 proc. av befolkningen i Uppsala stad och till $1^1/_2$ proc. av befolkningen i länet i övrigt. Då dessa rådfrågningar till största delen förekommit å den avgiftsfria polikliniken och därför kunna antagas hava förekommit i större utsträckning där, än fallet skulle hava varit, därest anlitandet av vård varit förenat med kostnad, måste en nedsättning göras i dessa siffror, innan de läggas till grund för beräkningen av det sannolika antalet hjälpsökande i andra län. Härvid har jag ansett siffran för stadsbefolkningen i den stad, där vården lämnas, böra nedsättas till hälften eller 3 proc., siffran för det övriga sjukvårdsområdet med $^1/_3$ till 1 proc. Den mindre nedsättningen för den övriga befolkningen är beroende av att denna, i motsats till befolkningen i den stad, där vården lämnas, jämväl har kostnader för resa till och från denna ort och sålunda ej i så hög grad kan låta enbart kostnaden för läkararvodet bliva bestämmande för rådfrågningens företagande eller underlåtande. Att nedsättningen ej är för liten, har jag under flera år sökt övertyga mig om genom samtal med hjälpsökande om

den ekonomiska sidan av saken, och för de vunna siffrornas användbarhet talar ock den omständigheten, att verksamheten å ögonavdelningarna vid sjukhusen i Falun, Umeå och Karlstad med åren stadigt börjat stiga till samma omfång, som siffrorna i fråga angiva som sannolikt. Räknar man nu med det nämnda antalet hjälpsökande, finner man, att i de flesta sjukvårdsområden detsamma torde komma att uppgå till inemot 1 800 om året, vilket antal kan beräknas giva en ögonläkare tillräcklig sysselsättning. I de sjukvårdsområden, där så ej fullt torde bliva fallet, kan man, på sätt, som nedan närmare skall utvecklas, fylla hans behov av arbetsuppgifter. I detta sammanhang må nämnas, att behovet av *sluten* vård för ögonsjuka, oberoende av vartannat, beräknats i Uppsala och Lund till 1 säng för 15 000 invånare.»

Behovet av antalet platser har av kommittén ingående behandlats i samråd med särskilt tillkallad sakkunnig, lasarettsläkaren medicine doktorn *Th. Frieberg* i Malmö. Med anledning av att professor Nordensons uppgifter varit föremål för diskussion, har kommitténs sakkunnige från en annan utgångspunkt än professor Nordensons belyst platsbehovet. Härvid har doktor Frieberg utgått ifrån, att sjukhusens årsrapporter, kompletterade med en rundfråga till landets läkare, icke torde kunna lämna ett fullt tillfredsställande material för besvarande av frågan. Doktor Frieberg har i stället använt en indirekt väg, som synts honom mera framkomlig. Han har härvid utgått från ålderdomsstarroperationernas frekvens. Ålderdomsstarren förekommer, såvitt känt är, tämligen konstant, och dess följder för individen äro så svåra, att de i flertalet fall, ödemarksdistrikten möjligen undantagna, förr eller senare föra patienterna till läkare och därmed till den enda effektiva hjälp, vi känna, nämligen operation. Doktor Friebergs undersökning har ådagalagt, att antalet utförda starroperationer (extraktion av senil katarakt och cataracta complicata) står i en viss proportion till antalet på en ögonavdelning intagna patienter. Han beräknar, att siffran 13 % betecknar detta förhållande.

Med ledning av de statistiska uppgifter, som varit doktor Frieberg tillgängliga, har han från nu nämnd utgångspunkt närmast undersökt behovet av vårdplatser för södra Sverige, nämligen Småland, Öland, Blekinge, de södra $^2/_3$ av Halland samt Skåne, ett sammanhängande område med en befolkningssiffra av omkring 1 051 000. Området har valts med hänsyn till dess i det stora hela naturliga gränser samt goda kommunikationer och till den vana, en del av befolkningen haft att söka bot för ögonsjukdomar vid specialavdelningarna i Lund och Malmö. Det torde i detta sammanhang leda för långt att närmare ingå på doktor Friebergs beräkningar. Det synes vara tillräckligt att angiva det resultat, till vilket han kommit, detta så mycket mera som resultatet i det väsentliga överensstämmer med professor Nordensons. Doktor Frieberg räknar med att varje sjuksäng belägges med 16 patienter per kalenderår, varvid han utgår från en medelvårdtid av 22·8 dagar per patient. Med ett invånarantal av 6 120 000 (1929) i hela landet blir enligt denne sakkunniges uppskattning antalet ögonsjuka, som skulle behöva intagas på ögonsjukhus, i runt tal 6 000. Platsbehovet kan sålunda angivas med *en* vårdplats på 16 000 invånare.

Professor Nordensons motsvarande tal är som nämnts 1: 15 000. Han har icke angivit någon genomsnittlig medelvårdtid per patient. Med användande av doktor Friebergs uppskattning av denna bleve enligt professor Nordensons beräkning antalet ögonsjuka, som skulle behöva intagas på ögonavdelning, i runt tal 6 400. Enligt doktor Friebergs kvotsiffra och beräkning vore sålunda 375, enligt professor Nordensons relationstal 400 vårdplatser, allt i avrundade tal, erforderliga för att tillgodose sjukhusvårdbehovet för ögonsjuka.

Helt naturligt kunna uppgifter av denna art endast vara i hög grad approximativa. Den goda korrespondensen mellan de båda sakkunnigas beräkningar och det förhållandet, att grunderna för de statistiska undersökningarna valts från olika utgångspunkter, synas dock öka deras tillförlitlighet.

Kommittén har för att få en möjligast verklighetstrogen uppfattning om den nuvarande omfattningen av ögonvården på landets specialavdelningar resp. lasarett, vid vilka specialutbildad läkare erhållit tillstånd att intaga ögonsjuka, insamlat uppgifter över antalet intagna under år 1929. Härvid har hänsyn även tagits till de intagna patienternas hemvist. Enquêten har icke utsträckts till samtliga sjukhus, enär svårigheter syntes möta för erhållande av tillräckligt noggranna uppgifter från dem, som icke hava anordnat specialvård. Redan en flyktig blick på den i tabell 26 intagna sammanställningen av omförmälda uppgifter ger vid handen, att antalet vårdade är procentuellt taget störst i landstingsområden resp. städer med specialvård vid sjukhus. Man torde vara berättigad utgå ifrån att, vad angår dessa städer, samtliga ögonsjuka, i behov av sjukhusvård, frånsett dem, som behandlats på privatklinik, intagits på ögonavdelning vid dessa städers allmänna sjukhus.[1] Använder man i tabell 26 meddelade siffror såsom mätare på vårdbehovet, bör beaktas, att Norrköping under en följd av år intill mitten av september månad 1928 varit i avsaknad av ögonläkare med privatklinik i staden eller platstillgång på stadens sjukhus och att till följd därav tillströmningen till lasarettet kan hava varit något större än »normal». Härför talar onekligen den omständigheten, att antalet intagna ligger förhållandevis högre för Norrköping än för de andra städerna och utgör 14·5 per 10 000 invånare. Man kan för städer utanför landsting räkna med att i medeltal intagits 10·1 ögonsjuka på 10 000 invånare (910 000 invånare samt 924 intagna). Vi få ungefär samma siffra för Stockholms län, som för sin ögonvård i första hand kan repliera på de för vårdbehovets tillgodoseende väl belägna sjukhusen Serafimerlasarettet och Akademiska sjukhuset.

Bland de landstingsområden, som under en följd av år själva ordnat sjukhusvård för ögonsjuka på sätt ovan angivits, möta vi dels två av våra tätast befolkade län, nämligen Malmöhus och Östergötlands län, dels Jönköpings län med relativt stora skogsbygdsområden, dels Uppsala län samt Värmlands och Kopparbergs län, som kunna anses karakteristiska för de olika befolkningsförhållandena i mellersta Sverige, dels slutligen våra båda nordligaste län, Västerbottens och Norrbottens, sålunda landstingsområden representativa för de skiftande befolknings- och kommunikationsförhållandena inom landet. Samma erinran, som gjordes emot siffrorna från Norrköpings stad, kan göras emot dem beträffande Östergötlands och Norrbottens län. Det förhållandevis största antalet intagna möta vi emellertid i Kopparbergs och Uppsala län, nämligen icke mindre än resp. 19 och 18 på 10 000 invånare, således väsentligt högre än i städer utanför landsting. De förhållandevis lägsta relationstalen finnas i Värmlands och Jönköpings län: resp. 7 och 9. Genomsnittligt fås för samtliga nu nämnda områden, med ett invånarantal av 1 926 000 och ett antal intagna av 2 281, 12 intagna på 10 000 invånare. För samtliga städer och områden med specialiserad sjukhusögonvård, vilka hava en folkmängd av 2 836 000 och ett antal intagna av 3 205, fås en motsvarande kvot av 11·3: 10 000. Lägges denna till grund för uppskattning av platsbehovet för landet i dess helhet, får man räkna med ett antal intagna per år av i runt tal 7 000.

Utgående från här angivna tre olika beräkningsgrunder hava vi sålunda fått ett antal ögonsjuka personer i behov av att årligen intagas på specialavdelning av resp. 6 000, 6 400 och 7 000 samt ett härför erforderligt antal vårdplatser av resp. 375, 400 samt 440. Antalet på ögonavdelningar intagna personer med hemvist i landstingsområden, som ännu icke ordnat sin specialvård, är visserligen avsevärt mindre än i områden, som tillgodosett denna vård. Då emellertid specialvårdbehovet i stort sett torde vara procentuellt taget lika stort i den ena gruppen av

[1] Kommittén tager i det nedanstående icke hänsyn till de på privatkliniker intagna, enär kommittén anser sig kunna utgå ifrån att den privatkliniska verksamheten, som alltjämt torde komma att förläggas till de större städerna, icke kommer att utökas och sålunda icke heller att minska behovet av vårdplatser på allmänna sjukhus.

områden som i den andra och då om de ovan angivna länen kan sägas, att de med avseende å befolkningstäthet och kommunikationer representera de olika typer av län, vi äga inom landet, synes man vara berättigad att till grund för beräkningen av antalet specialvårdbehövande lägga det av nyssnämnda relationstal, som kan anses bäst ägnat att tillämpas.

Det är uppenbart, att vanskligheter möta för ett bedömade härav. Kommittén finner, åtminstone för närvarande, att starka skäl kunna anföras för godtagande av den högre siffran. Det kan nämligen icke förnekas, att densamma vilar på beräkningar, vilka utgå från faktiskt föreliggande beläggningsförhållanden, låt vara endast under ett år. Att döma av medelbeläggningssiffrorna har under detta år icke någon hård beläggning ägt rum i den utsträckning, att beläggningssiffrorna härigenom kunnat tryckas. Kommittén utgår därför, utan att ännu hava slutligt fixerat sin ståndpunkt, från den högre siffran 7 000.

Uppskattningen av behovet av vårdplatser är som ovan antytts beroende av förutom antalet vårdbehövande tvenne faktorer, den ena medelvårdtiden per patient, den andra vårdplatsens beläggningskapacitet, d. v. s. det antal dagar under året, som vårdplatsen bör, med hänsyn till tid för rengöring av sjukrummen samt förekommande växling i beläggningsförhållandena under olika perioder, kunna vara belagd. Kommitténs sakkunnige har som sagt räknat med en medelvårdtid av 22·8 dagar. De uppgifter om antalet underhållsdagar och intagna, som lämnas i vederbörande sjukhus årsberättelser, utvisa för år 1929 en medelvårdtid av 20·6 dagar. Då emellertid ökade möjligheter till erhållande av specialvård alltid medföra ett ökat vårdbehov och då vidare för vissa delar av landet medelvårdtiden år 1929 varit längre än 20·6 dagar, torde man enligt kommitténs åsikt böra räkna med en något längre medelvårdtid, förslagsvis 22 dagar. Beläggningskapaciteten har doktor Frieberg beräknat till 365 dagar. Denna ligger otvivelaktigt för högt. Kommittén anser för sin del, att den bör sättas till 330 à 340 dagar per kalenderår. Utgår man från 335 dagar vid beräkning av totalbehovet vårdplatser, skulle detta bliva i runt tal 460, motsvarande 1 vårdplats per 13 000 invånare.

En tablå, utvisande antalet behövliga ögonvårdplatser för olika sjukvårdsområden vid ett beräknat platsbehov av 1 per 16 000 resp. 15 000 och 13 000 invånare, återfinnes i tabell 27.

Vårdplatsernas fördelning.

En ur sjukvårdssynpunkt beaktansvärd regulator i fråga om specialavdelningarnas förläggning är spörsmålet: erbjuder folkmängden inom landstingsområdet tillräckligt underlag för upprättande och drivande av en specialavdelning? I detta sammanhang skall avseende självfallet fästas endast vid ögonsjukvården.

Enligt ovan angiven beräkning kan platsbehovet för en ögonavdelning uppskattas till 1 vårdplats per 13 000 invånare. Det gäller då att avgöra, om ett efter denna utgångspunkt tillgodosett platsbehov kan inom de olika landstingsområdena anses fordra en avdelning, som fyller kravet att bereda läkaren en tillräckligt omfattande verksamhet. Kommittén har för att bilda sig en uppfattning härom först sökt besvara frågan, huru stor avdelning en lasarettsläkare kan sköta utan underläkare. Av representanten för sakkunskapen på området har härvid framhållits, att arbetet på ögonavdelningen intager en särställning bland annat därutinnan, att de inträdessökande i mycket stor utsträckning komma direkt till avdelningen och att, även om de komma med remiss från läkare ute i praxis, tidsödande undersökningar ofta äro nödvändiga för prövande, huruvida sjukhusvårdbehov föreligger eller icke. Ögonläkarens arbetstid blir ock i större utsträckning än flera av de övriga lasarettsläkarnas upptagen av konsultationer rörande patienter, remitterade från lasarettets övriga avdelningar. Härtill kommer den för en rationell ögonsjukvård erforderliga ambulatoriska verksamheten.

Beträffande omfattningen av denna har professor Nordenson i sin ovan åberopade skrift angivit, att ett antal av 1 800 hjälpsökande kan beräknas giva en ögon-

läkare tillräcklig sysselsättning. Doktor Frieberg anser, att med rationellt utnyttjande av sköterskehjälp för journalföring m. m. en läkare i sin fulla kraft utan risk för arbetets kvalitet torde kunna nå upp till 2 600—2 800 nyinskrivna rådfrågande patienter per år. Icke minst med hänsyn till att flertalet av ifrågavarande läkare under hela sin tjänstetid lära få arbeta utan underläkare synas emellertid sistnämnda siffror vara för höga. Kommitténs sakkunnige anser ock, att jämväl andra förhållanden, i främsta rummet växlingarna i den individuella arbetsförmågan, göra det lämpligare att vid ifrågavarande beräkningar utgå från siffran 2 000.

Det torde vara tillåtet räkna med att av de patienter, som sålunda besöka specialavdelningens mottagningsavdelning, omkring 12 % inskrivas på vårdavdelningen (jämlikt erfarenheter från Malmö och Karlstad). Enligt denna beräkningsgrund komme således av ett antal av 2 000 nyinskrivna patienter 240 att intagas. Härför vore med en medelvårdtid av omkring 22 dagar och en beläggningskapacitet av högst 340 dagar per vårdplats c:a 16 vårdplatser erforderliga. Kommitténs sakkunnige anser emellertid, att en tillräcklig marginal för variationer i beläggningen och för ett bättre tillgodoseende av vårdtekniska krav — isolering etc. — gör det önskvärt, att maximiantalet vårdplatser sättes till 20. En viss latitud synes kommittén här förefinnas, som underlättar en planläggning jämväl med hänsyn till lokala byggnadsförhållanden och byggnadstekniska krav.

Med ovanstående har kommittén visserligen belyst frågan, huru stor avdelning en lasarettsläkare utan underläkare kan sköta, men icke besvarat den från synpunkten av vårdplatsernas fördelning inom landet så viktiga frågan, vilken omfattning vården bör hava för att kunna anses utgöra ett tillräckligt underlag för upprätthållande av läkarens erfarenhet och tekniska duglighet. Kommittén har till vägledning vid bedömandet av denna fråga inhämtat, att antalet starroperationer per år räknat icke bör understiga 25. Enligt doktor Friebergs beräkningar motsvarar detta ett antal intagna av 207 patienter per kalenderår. Med den utgångspunkten, att vid en medelvårdtid av 22 dagar varje vårdplats kan beläggas med genomsnittligt 15 patienter, skulle alltså ur ifrågavarande synpunkt den undre gränsen för antalet vårdplatser på en ögonavdelning böra sättas till 14. Befolkningsunderlaget härför kan uppskattas till 182 000. Skillnaden mellan platsantalets maximi- och minimigränser är sålunda icke stor. Enär det, ekonomiskt sett, måste vara fördelaktigt att fullt utnyttja den kvalificerade och därmed dyrare arbetskraften och enär, såvitt kommittén kan finna, en avdelning på 14 vårdplatser kräver samma antal mera kvalificerade befattningshavare som en avdelning med 16—20 vårdplatser, tala nu anförda synpunkter för en organisation med större avdelningstyper. Kommittén anser sig hava så mycket större skäl härtill, som även med en organisation, byggd på de här angivna mindre avdelningarna, vissa landstingsområden, t. ex. Gotlands, Kalmar läns norra, samma läns södra, Kronobergs, Blekinge och Hallands, Västmanlands och Jämtlands läns, icke hade tillräckligt invånarantal för att kunna motivera en avdelning av denna storlek (se tabell 26).

En fortsatt planläggning av ögonvården efter den linje, kommittén nu förordat, alltså med avdelningar om i regel minst 16 vårdplatser, skulle innebära, att ytterligare följande landstingsområden resp. städer, som icke deltaga i landsting, skulle vara för små för att var för sig erbjuda ett tillräckligt underlag för en specialavdelning: Malmö och Norrköping ävensom Uppsala och Södermanlands län. För dessa ävensom för de ovan omförmälda landstingsområdena bleve alltså gemenskap med andra städer eller landsting i en eller annan form erforderlig. Undantag har härvid gjorts för de båda nordligaste länen, där avdelningar redan äro inrättade.

Kommittén, som har sig förelagt att uppgöra en riksplan för sjukhusvården och sålunda från denna utgångspunkt har att bedöma jämväl denna specialvårds-

angelägenhet, har sålunda kommit till den uppfattningen, att denna specialgren i och för sig icke kan bliva tillfredsställande organiserad med mindre än att landstingsområdenas gränser i viss omfattning uppgivas.

Häremot torde anmärkningar komma att riktas åtminstone i två avseenden: vården blir svårare tillgänglig för dem, som bo i de områden, vilka bliva i avsaknad av ögonavdelningar, och lasarettsvården kommer att bliva lidande därigenom, att läkaren på det större lasarettet i länet bliver i avsaknad av konsultationsmöjligheter med ögonspecialist på sitt sjukhus. Ingen av dessa invändningar saknar befogenhet. Vad den senare beträffar är den dock av relativt liten betydelse. Den förra olägenheten torde i ej oväsentlig mån begränsas därigenom, att de patienter, som kräva behandling av ögonspecialist, i allmänhet icke äro vanskliga att transportera och att ögonsjukdomar likaledes i allmänhet icke kräva det omedelbara och snabba ingripande, som fallet är med t. ex. de akuta kirurgiska buksjukdomarna. För ett mycket stort antal patienter torde för övrigt den förlängning av resorna, som en tilltänkt centralisation skulle medföra, icke komma att bliva betydande. Vidare må tilläggas, att, då kommittén tänker sig en centralisering av ögonvården på sätt ovan antytts, åtgärder att lindra transport- och vårdkostnaderna tagits under övervägande.

Innan kommittén lämnar ett utkast till fördelning av vårdplatser på olika delar av landet, förtjänar en vårdsynpunkt, som icke ovan berörts, att framhållas. En specialvård för ögonsjukdomar kan icke anses fullt tillfredsställande ordnad med mindre än att ett intimt samarbete kan etableras med en specialavdelning för öron-, hals- och nässjukdomar eller att åtminstone ett samråd med sådan specialitet tillgodoses. Härav torde bliva en följd, att i en riksplan för landets sjukhusvård en ögonavdelning icke lämpligen kan förordas vid ett lasarett, för såvitt icke detta blir uppdelat i flera specialavdelningar. Att jämväl medicinska och röntgenavdelningar böra förefinnas vid ett sådant lasarett är nämligen självklart. Av lätt insedda skäl stärker en i såväl geografiskt som kommunikationshänseende central belägenhet ett sådant lasaretts förutsättningar såsom »centralsjukhus». Otvivelaktigt finnas flera län, där icke något lasarett för närvarande synes fylla båda dessa önskemål. Kommittén vill här peka på Kristianstads, Blekinge, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs och Skaraborgs, Södermanlands, Stockholms och Gävleborgs län. Att Gotlands läns och Kalmar läns norra landstingsområden äro för små för att kunna räkna med specialavdelningar för eget behov är självfallet.

Utöver vad ovan anförts bör vid uppgörande av en förläggningsplan även följande beaktas. Trenne av ifrågavarande avdelningar intaga en särställning som undervisningsanstalter. De äro för att tillfredsställande kunna fylla sin dubbla uppgift i behov av ett väsentligt större »material» än de avdelningar, som enbart hava att besörja sjukvården. Ögonklinikerna äro nu av följande storleksordning med avseende på antalet vårdplatser: Serafimerlasarettet 62, Akademiska sjukhuset i Uppsala 29 samt Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund 60. Det må härvid erinras, att det beslutade Karolinska sjukhuset, såvitt för kommittén känt är, kommer att få 75 allmänna vårdplatser för ögonsjuka.[1] Det kan under sådana förhållanden sägas vara ett riksintresse, att dessa avdelningar erhålla en tillräckligt stor rayon för tillgodoseende av det för undervisningskliniken erforderliga klientelet. Det är visserligen sant, att till dessa avdelningar sjuka från hela landet söka vård. Men det må dock samtidigt erinras om att erfarenheten även på förevarande vårdområde visat, att den i hemorten anordnade specialvården åtnjuter stort förtroende och att därmed tillströmningen till universitetsklinikerna från trakter med god specialvård högst väsentligt minskas. Tabell 26 lämnar övertygande bevis härpå. Under sådana förhållanden torde de områden, vilkas

[1] Härtill komma, enligt vad kommittén senare inhämtat, 8 platser på enskilt rum.

ögonsjukhusvård universitetsklinikerna närmast hava att tillgodose, beräknas efter ungefär samma grunder som övriga områden.

I samråd med sin tillkallade sakkunnige har kommittén uppgjort nedanstående utkast till förläggningsplan för ögonavdelningar vid lasaretten i riket. Detta har skett med hänsynstagande till de nu befintliga avdelningarnas storlek. Utkastet är icke att anse såsom något definitivt förslag från kommitténs sida utan mera såsom ett underlag för överläggningar om en mera i enskildheter gående planläggning.

Malmö	20[1]
Lund	60[1]
Göteborg	54[2]
Jönköping	23
Linköping	23[1]
Karlstad	18
Örebro	15
Stockholm (Sabbatsberg)	40[1]
» (Karolinska sjukhuset)	75[3]
Uppsala	45
Falun	24[1]
Sundsvall	30
Umeå	18[1]
Boden	15
	460

Kommitténs arbete har icke framskridit så långt, att något förslag till grunder för erforderligt samarbete i administrativt och ekonomiskt hänseende olika landstingsområden emellan nu kan framläggas. Att förefintligheten av ifrågavarande avdelningar i ej oväsentlig grad försvårar uppgörandet av riktlinjer för en rättvis fördelning av anläggningskostnaderna på samtliga områden är otvivelaktigt. Beträffande bestämmandet av driftkostnaderna torde omförmälda förhållande icke hava någon betydelse, och några större svårigheter att på ett tillfredsställande sätt reglera dessa kostnader torde icke föreligga. Tanken att staten skulle efter vissa grunder genom bidrag till såväl anläggningskostnader som driftkostnader reglera de ekonomiska förhållandena ligger nära till hands och har varit föremål för kommitténs överläggningar. Då emellertid detta spörsmål icke kan lösas isolerat för varje vårdgren, där ett statsbidrag av den ena eller andra anledningen kan befinnas påkallat, utan bör prövas, sedan erforderlig överblick över samtliga sjukvårdskrav erhållits, måste kommittén nu åtnöja sig med här gjorda antydningar.

Uttalanden i anledning av kommitténs p. m.

I ett till kommittén den 1 mars 1931 avgivet yttrande över ifrågavarande promemoria anför *svenska ögonläkarföreningen* följande:

»Svenska ögonläkarföreningen vill till att börja med uttala sitt livliga erkännande av kommitténs åtgärd att redan nu utställa frågan om riktlinjerna för det kommande utredningsarbetet i detta ärende till yttrande och sin stora tillfredsställelse över kommitténs uttalande att för närvarande nödvändigheten av specialavdelningar för ögonsjukdomar torde vara mer erkänd än snart sagt för någon annan specialgren av läkekonsten. I fråga om en eventuell kombination av ögonläkarverksamhet med annan läkarverksamhet ansluter sig föreningen till kommitténs mening, att även om i ett eller annat fall ett förenande av en lasarettsögonläkartjänst med militärläkartjänst kan vara för det allmänna lämpligt, det knap-

[1] Avdelningen befintlig. — [2] Befintlig avdelning utökas. — [3] 30 platser, avsedda för patienter från Stockholms stad, 10 för patienter från Stockholms län och 35 för patienter från landet i övrigt.

past är tillrådligt att i princip bygga den framtida organisationen på en dylik sammankoppling av tjänster. I likhet med kommittén anser föreningen, att en sammanslagning av ögon- och öronvård icke bör förekomma. Vad behovet av sjukvårdsplatser angår, så finner föreningen, att detsamma torde uppgå till minst det av kommittén själv beräknade antalet (460), men att dessa platsers fördelning bör ske jämnare över landet, än vad som skett i kommitténs förslag, så att icke stora delvis även tätt befolkade områden bliva i saknad av lätt tillgänglig ögonsjukvård. I likhet med kommittén synes det föreningen nödvändigt, att vid utmätande av befolkningsunderlaget för de olika ögonavdelningarna vissa överskridanden av landstingsgränserna göras, men föreningen ifrågasätter dock, huruvida detta bör ske i så stor omfattning, som kommittén tänkt sig.»

Skiljaktiga meningar hava framkommit i fråga om kombinationen av ögonläkartjänst å lasarett med annan läkartjänst även såtillvida, att en och annan ansett sådan ögonläkartjänst väl förenlig med skolläkar- eller militärläkarbefattning. I övrigt återspeglar emellertid svenska ögonläkarföreningens ovan intagna yttrande tämligen väl de i förhållande till kommitténs förslag avvikande synpunkter, som förekommit i den till promemorian anslutna diskussionen. Rörande beräkningen av platsbehovet har även från vissa landstingsområden, bland andra Kopparbergs läns, påpekats, att den av kommittén föreslagna platssiffran vore för låg. Beträffande vårdplatsernas fördelning stödes föreningens uttalande av nästan samtliga ögonläkare och andra läkare, som yttrat sig i frågan. Härvid har gjorts gällande, att kommittén icke fäst tillräckligt avseende vid den ambulatoriska vårdens betydelse för ögonsjukvården i dess helhet. Vidare har anmärkts, att de av kommittén såsom lämpligt antal platser för ögonavdelning angivna talen 16—20 vore onödigt höga; för upprätthållande av läkarens tekniska skicklighet och erfarenhet krävdes icke så många vårdplatser. Professor Ask säger sig ha i många år rett sig bra med 12 sängar, ett uttalande, som emellertid avser en privatklinik. Andra fackmän på området, t. ex. lasarettsläkaren Zethelius, hava häremot betonat vikten av att i allmänhet ej för små avdelningar komma till stånd. Tillika har ansetts, att kommittén ej tillbörligen beaktat vikten för centrallasaretten av möjlighet till konsultation med ögonspecialist. Slutligen har professor Nordenson, på sätt ovan i annat sammanhang (sid. 48) närmare utvecklats, emot förslaget erinrat, att detsamma ej toge nödig hänsyn till den av statsmakterna uppmuntrade livliga tillströmningen till läkarbanan, samt i stället föreslagit, att man såsom ett stöd åt de yngre specialutbildade läkarna i deras blivande verksamhet borde bereda dem möjlighet att vid behov inlägga sina patienter å sjukhus och meddela vård i sluten form. Emot denna professor Nordensons ställning till ögonsjukvårdens utbyggande hava dock från flera håll gensagor inlagts, bl. a. av professor Ask (sid. 48—49) samt lasarettsläkarna Scherling och Bohmansson.

Härefter har till kommittén från doktor *Frieberg* inkommit en den 14 juni 1933 dagtecknad, sedermera förtydligad skrivelse, däri denne, med särskild hänsyn till den i anslutning till promemorian förda diskussionen, till komplettering av sina tidigare uttalanden i ämnet anför följande:

»Som grundval för beräknandet av det för en ögonavdelning lämpliga minsta befolkningsunderlaget, utgicks från den relativt konstant förekommande starrope-

rationen, som indikator på verksamheten, och valdes 25 per år som lämplig minimisiffra. Mot denna siffra har anmärkts att den är för hög. Då varje dylik uppskattning i viss mån måste vara godtycklig, den må vara aldrig så samvetsgrant övervägd, kan jag ej bestämt förneka att i anmärkningen ligger en viss sanning, även om jag fortfarande anser det anförda antalet starroperationer önskvärt. I de fall där befolkningens behov av ordnad ögonsjukvård av geografiska eller andra skäl är trängande, torde en viss sänkning av befolkningsunderlaget för ögonavdelningarna därför kunna anses motiverad. I samma riktning talar den omständigheten, att utvecklingen de senaste åren bl. a. givit oss operativa metoder att väsentligt framgångsrikare än förr angripa näthinneavlossningen, och att anspråken på antalet vårdplatser och ej minst på läkarens arbete därigenom kommer att ökas. Antalet vårddagar för patienter på Malmö Allmänna Sjukhus med denna sjukdom var under år 1932 dock ej högre än 289. Motsvarande siffra för år 1928 var 28 dagar.

Inom centrallasarettet bör ögonavdelningen utgöra en självständig enhet. Hänsyn till isolering och till variationer i tillströmningen och i fördelningen mellan könen utgöra hinder för att platsantalet sättes lågt. Lägre än de föreslagna 16—20 platserna torde endast undantagsvis vara lämpligt att gå.

Om sålunda ögonavdelningarna ej böra göras för små, så finnes från oftalmologisk synpunkt ej heller någon önskan om stora, och därmed ett mindre antal avdelningar. De underordnade läkare som nödvändigt fordras vid befintliga universitetskliniker och andra större avdelningar, böra i möjligaste mån kunna beredas framtidsmöjligheter inom sitt fack.

Från de större lasarettens övriga avdelningar, ej minst från de medicinska, hava tungt vägande krav framställts på anställande av ögonläkare för fyllande av konsultationsbehovet. Vid de sjukhus, där ögonavdelning tills vidare ej anses böra förekomma, kan dock anställande av konsulterande ögonläkare åtminstone under en övergångstid övervägas. Häremot har man invänt, att ögonläkare, som ej utöva egentlig operativ verksamhet, hava svårt att vinna allmänhetens förtroende. Sedan lång tid finnas dock redan sådana av allmänheten uppskattade ögonläkare i vårt land, och med centrallasarettssystemets genomförande torde deras antal sannolikt ej minskas. Detta därför att den operativa verksamheten på grund av ekonomiska faktorer alltmer torde dragas till centrallasaretten, vilka å sin sida ej kunna ombesörja all erforderlig ambulatorisk ögonvård, i synnerhet i de större städerna. Då den konsultationsverksamhet, varom här är fråga, ej erfordrar nämnvärd operativ vana, bör anställandet av konsulterande ögonläkare vid vissa sjukhus utgöra ett kraftigt och välbehövligt stöd för de icke opererande ögonläkarna.»

Kommitténs ståndpunkt.

Efter övervägande av vad sålunda förekommit får kommittén anföra följande, innefattande dess slutliga ställning till ögonsjukvårdens ordnande.

Vad först angår den ifrågasatta sammankopplingen av lasarettsögonläkartjänst med annan läkartjänst finner kommittén svenska ögonläkarföreningens uttalande utgöra ett stöd för den av kommittén i promemorian uttalade uppfattningen. Med hänsyn härtill och då man bör räkna med att en specialitet för att bliva fullt tillgodosedd helt tager resp. läkares tid och intresse i anspråk, därvid ögonspecialiteten näppeligen kan anses intaga någon undantagsställning, anser kommittén skäl ej föreligga att med anledning av de framställda erinringarna frångå sin förenämnda uppfattning.

Vad härefter angår vårdplatsbehovets omfattning, av kommittén beräknat till 460 platser för hela riket, har vad under diskussionen härom framkommit icke givit kommittén anledning ändra denna siffra. Emellertid har under utredningsarbetets fortgång övervägande skäl visat sig tala för en reducering

av den normala beläggningskapacitet, varmed kommittén i promemorian räknat, från högst 340 till högst 330 dagar pr år och vårdplats, vilket medför en höjning av det beräknade antalet erforderliga vårdplatser för riket till 470. Kommittén vill tillägga, att beräkningar av förevarande slag städse måste bliva osäkra redan av den anledningen, att de delvis äro beroende av rent lokala förhållanden. Ej ens de mest detaljerade undersökningar kunna därför giva något fullt tillförlitligt resultat.

Vad slutligen beträffar förslaget angående vårdplatsernas fördelning och de däremot framställda erinringarna har kommittén redan under avsnitt b) av detta kapitel som sin bestämda uppfattning hävdat, att specialvården bör tillgodoses å självständiga avdelningar med egna, enligt gällande författningar tillsatta lasarettsläkare och att, i den mån provisoriska åtgärder kunna vara påkallade, sjukvården bör anförtros åt s. k. extra läkare, tillsatta i en ordning, som tryggar fri tävlan. I övrigt anser sig kommittén böra betona, att den av kommittén framlagda fördelningsplanen givetvis aldrig avsetts att vara en för längre tid orubblig sådan. Tvärtom borde den enligt kommitténs mening tid efter annan revideras och eventuellt utökas med ledning av vunna erfarenheter. Kommittén vill ock påpeka den stora fördelen för specialvården av en organisationsplan, som icke vore hårt bunden av administrativa gränser utan kunde taga hänsyn även till förefintliga kommunikationsleder m. m. Härutinnan synes svenska ögonläkarföreningen vara i fullt samförstånd med kommittén. Vad vid diskussionen framkommit har dock föranlett kommittén att på sätt nedan framgår modifiera sitt preliminära förslag och vissa till grund därför liggande beräkningar.

Vid uppgörandet av det preliminära förslaget till fördelningsplan utgick kommittén, såsom av promemorian framgår, från följande förutsättningar. 1) Avdelningen borde vara så stor, att vården av där intagna patienter jämte den ambulerande (polikliniska) verksamheten som regel fyllde läkarens arbetsdag, skänkte honom skälig utkomst samt beredde honom möjlighet att vidmakthålla sin tekniska färdighet och utöka sin erfarenhet. Minimiantalet platser härför vore enligt kommitténs preliminära beräkningar 14. 2) Avdelningen borde emellertid hava den storlek, att driften bleve i möjligaste mån ekonomisk. Med hänsyn härtill föreslog kommittén ett antal av 16—20 platser såsom lämpligt. 3) De kliniska sjukhusen borde beredas ett klientel, tillräckligt för deras behov i egenskap av undervisningsanstalter. 4) Samarbete borde i möjligaste mån kunna etableras med andra specialiteter, särskilt öron-, näs- och halssjukdomar. 5) Den slutna ögonsjukvården borde organiseras under vidgat samarbete mellan landstingen och med tillhjälp av statsbidrag. Vid upprättande av sitt slutliga förslag i ämnet har kommittén, särskilt med hänsyn till vad under diskussionen anförts rörande vikten av den ambulatoriska ögonsjukvårdens tillgodoseende, ansett sig böra räkna med någon sänkning av de tidigare, såsom lämpligt antal vårdplatser för en avdelning angivna siffrorna. Under en minimisiffra av 14 har kommittén dock icke ansett sig kunna gå annat än i sådana särfall, då det ambulatoriska vårdbehovet är avsevärt, ev. till följd av ett större tillopp av patienter från främmande sjukvårdsområde, eller då

avstånden och kommunikationerna bereda befolkningen stora svårigheter för erhållande av ambulatorisk ögonsjukvård.

Ett sålunda förändrat utgångsläge medför helt naturligt en jämnare fördelning av avdelningarna på de olika landstingsområdena. Härmed förlorar denna vårdgren den karaktär av s. a. s. rikssjukvård, som den enligt kommitténs preliminära utkast hade. Den blir i organisatoriskt hänseende jämställd med flertalet övriga specialgrenar inom lasarettsvården, och tanken på statsbidrag till ögonsjukvårdens ordnande bör vid sådant förhållande förfalla. Kommittén återkommer härtill i kap. 21.

Uppenbarligen framträda vid organiserandet av en specialvård sådan som ögonsjukvården, vilken kräver ett jämförelsevis ringa antal platser, med särskild skärpa de olägenheter, ett fasthållande av de administrativa gränserna i åtskilliga fall kan förorsaka. Detta gäller även med det förändrade utgångsläge, spörsmålet ifråga erhållit. Först och främst äro vissa landstingsområden för små såsom underlag för en ögonavdelning. Andra landstingsområden åter erbjuda genom sin geografiska form vanskligheter att med bibehållande av landstingsgränserna ordna en tillfredsställande vård. Härtill bidrager stundom dels att lasarett, som på grund av sin storlek eller redan vidtagna anordningar äro att anse som centrallasarett, ligga utanför landstingsområdets centralare delar, dels ock att icke någon stad kan sägas ensam utgöra centrum i området. Svårigheter uppkomma även därigenom, att i vissa landstingsområden sjukvårdens specialisering knappast eller icke alls påbörjats och det sålunda kan förväntas dröja en längre tid, innan landstinget kommer att inrätta någon ögonavdelning. Enär under diskussionen erinringar framför allt riktats mot kommitténs utkast till vårdplatsernas fördelning, vill kommittén här närmare beröra dessa svårigheter. Då ej sällan flera av nämnda moment samverka, kunna landstingsområden härvid svårligen uppdelas i grupper med ovanstående synpunkter som indelningsgrund. Kommittén behandlar därför vart för sig de olika landstingsområden, som i detta sammanhang äro av intresse.

Såvitt kommittén kan finna, komma även efter de reviderade beräkningsgrunderna följande landstingsområden att bliva för små såsom underlag för ögonavdelning: Gotlands, Kalmar läns norra och södra, Blekinge samt Hallands läns landstingsområden.

Vad till en början angår *Gotlands* läns landstingsområde har visserligen för frågans lösning förordats samarbete mellan militär och civil sjukvård. Men huru denna än ordnas, lärer det arbete, som kan uppdrivas inom ögonspecialiteten, bliva alltför ringa för att motivera särskild avdelning. Med hänsyn till landstingsområdets jämförelsevis goda förbindelser med Stockholm torde dess slutna ögonsjukvård lämpligast kunna ombesörjas å Serafimerlasarettet och senare å det blivande Karolinska sjukhuset därstädes. *Kalmar läns norra* landstingsområde har så goda förbindelser med Linköping och Norrköping, där specialvård för ögonsjukdomar redan finnes, att ett samarbete mellan ifrågavarande landsting, å ena, samt huvudmännen för lasaretten i nämnda städer, å andra sidan, bör åvägabringas. Kommittén an-

befaller för övrigt särskild undersökning angående norra Kalmar läns ställning såsom sjukvårdsområde (se kap. 23). *Kalmar läns södra* och *Blekinge* läns landsting synas kommittén hänvisade till ett samarbete sinsemellan. För Kalmar som förläggningsort talar härvid den omständigheten, att landstinget i princip fattat beslut angående uppförande av ett helt nytt lasarett, till vilket en ögonavdelning med fördel skulle kunna anslutas, för Karlskrona åter möjligheten till samarbete med marinen. Ett ställningstagande till denna fråga förutsätter ingående överläggningar mellan därav berörda civila och militära myndigheter. En blick på kartan visar emellertid tydligt, att, vare sig ögonavdelningen förlägges till Kalmar eller Karlskrona, vissa platser inom ifrågavarande landstingsområden icke bliva på ett tillfredsställande sätt tillgodosedda. Det kan starkt ifrågasättas, om icke invånarna i västra Blekinge vore bättre betjänta av en ögonavdelning i Lund än i Kalmar. Kommittén anser emellertid för sin del övervägande skäl tala för Karlskrona som förläggningsort för en ögonavdelning för ifrågavarande landstingsområden, en förläggningsort, som redan på ett förberedande stadium ifrågasattes av kommitténs sakkunnige.

Beträffande *Hallands* läns landstingsområde torde, ehuru beslut numera fattats om delning av Halmstads lasarett i en medicinsk och en kirurgisk avdelning, en ögonavdelning därstädes näppeligen inom en närmare framtid komma till stånd. Frågan om ögonsjukvårdens ordnande i landstingsområdet kompliceras av områdets långsträckta form. Med Göteborg helt nära dess norra gräns synes befolkningen i den nordliga delen av området kunna få sin ögonsjukvård bekvämare ombesörjd i Göteborg än i Halmstad. Invånarna i de södra delarna åter hava relativt korta och goda förbindelser med Västkustbanan söderut. Sedan gammalt hava ock invånarna i södra samt mellersta Halland i stor utsträckning tillgodosett sitt behov av ögonsjukvård i Lund, under senare år i någon mån även i Malmö. Hallands läns ögonsjukvårdsfråga torde alltså jämväl få ses mot bakgrunden av förhållandena på området i *Malmöhus* län. I detta hänseende må nämnas, att planer föreligga angående om- och tillbyggnad av ögonkliniken i Lund, vilkas genomförande skulle — i motsats till vad som uppgivits nu vara fallet — möjliggöra ett effektivt utnyttjande av klinikens 60 platser. Vidare synes även Malmö stads ögonavdelning kunna tåla vid en hårdare beläggning än den nuvarande (år 1932 uppgick medeltalet vårdade till endast 55 % av antalet vårdplatser) och sålunda äga möjlighet att i ej ringa omfattning upptaga klientel från främmande sjukvårdsområde. Att märka är tillika, att på senaste tid fråga uppstått om inrättande av en ögonavdelning vid lasarettet i Hälsingborg. Såvitt lasarettets årsberättelse för år 1932 utvisar, har direktionen i princip uttalat sig för en dylik avdelning, varjämte lasarettets huvudmän uppdragit åt landstingets förvaltningsutskott att föranstalta om erforderlig utredning i ärendet. Enligt kommitténs uppfattning kunna ock vägande skäl anföras för att frågan om en ögonavdelning i Hälsingborg gives en positiv lösning. Detta spörsmål bör dock icke få förhindra eller fördröja

lösandet av Lundaklinikens byggnadsfråga, en angelägenhet, till vilken kommittén återkommer längre fram i detta kapitel. Därest en ögonavdelning förlägges till Hälsingborg, blir avståndet till densamma från Hallands sydligare delar ej långt. Med hänsyn till vad sålunda anförts vill kommittén förorda, att innan beslut fattas om anordnande av en ögonavdelning i Halmstad, en noggrann utredning verkställes angående de fördelar och nackdelar, ett samarbete för de nordliga delarna av Halland med Göteborgs stad och för de mellersta och södra delarna med i första hand Hälsingborgs stad eller Malmöhus läns landsting samt i andra hand Malmö stad skulle medföra.

Vidkommande övriga landstingsområden gäller för *Kristianstads* läns landstingsområde, att ett förläggande av ögonsjukvården till Kristianstad skulle på grund av områdets geografiska form och där rådande kommunikationsförhållanden komma att för stora och folkrika delar av området, nämligen de nordvästra och sydöstra delarna, erbjuda mindre fördelar än ett samarbete med Malmöhus läns landsting samt Hälsingborgs stad. Kommer åter ett sådant samarbete till stånd, kan det starkt ifrågasättas, om befolkningsunderlaget för en ögonavdelning i Kristianstad blir tillräckligt. Kommittén anser därför lämpligast, att landstinget löser sin ögonsjukvårdsfråga genom samarbete i angiven riktning. Rörande *Kronobergs* läns landstingsområde vill kommittén erinra, att frågan om delning av lasarettet i Växjö ännu icke upptagits till närmare prövning, varför det sannolikt torde dröja avsevärd tid, innan en ögonavdelning vid lasarettet blir förverkligad. Inrättas en ögonavdelning i Karlskrona eller Kalmar, erhåller befolkningen i den sydöstra delen av landstingsområdet genom de goda förbindelserna med dessa städer bekväm tillgång till ögonsjukvård därstädes. De invånare åter, som bo vid eller i närheten av östra stambanan ävensom i västra delarna av området, hava bekväma och snabba förbindelser med Lund. Även i detta fall torde därför en lösning efter samarbetslinjen, i första hand med Malmöhus läns landsting, tillsvidare böra ifrågakomma. Ögonsjukvården i *Jönköpings* läns landstingsområde åter bör tillgodoses genom en ögonavdelning i Jönköping.

Kommitténs i förberörda promemoria framlagda förslag att koncentrera Göteborgs och Bohus läns samt de båda västgötalänens slutna ögonsjukvård till Göteborg har särskilt föranlett olika meningsyttringar. Det torde icke heller kunna förnekas, att förevarande organisationsfråga erbjuder stora svårigheter. Motivet till kommitténs preliminära förslag vad angår *Göteborgs och Bohus* läns landstingsområde var, att en ögonavdelning å lasarettet i Uddevalla, det enda av länets lasarett, som härvid kunde komma i fråga, skulle underlätta ögonsjukvården endast för befolkningen i staden med dess närmaste kommunikationsområde samt norra delen av landstingsområdet, omfattande sammanlagt omkring 125 000 personer. För de sydligare, tämligen tätt befolkade delarna av landstingsområdet och en icke obetydlig del av skärgården däremot skulle ett förläggande av ögonsjukvården till Göteborg vara mycket naturligare. En ögonavdelning i Uddevalla utan sam-

arbete med Göteborgs stad skulle därför icke kunna tillgodose ögonvården i landstingsområdet på ett tillfredsställande sätt. Ett samarbete med Göteborg skulle åter medföra, att befolkningsunderlaget för en avdelning i Uddevalla enligt av kommittén godtagen beräkningsgrund bleve för litet. Ett tillräckligt befolkningsunderlag skulle emellertid kunna vinnas, därest ett samarbete, avseende Dalsland ävensom Vänersborg och trakten däromkring, anordnades med Älvsborgs läns landsting. Kommunikationerna mellan Uddevalla och berörda delar av Älvsborgs läns landstingsområde kunna ock betraktas som goda. Tänkbart vore även ett samarbete mellan ifrågavarande landsting för inrättande av en ögonavdelning i Vänersborg. Förlägges emellertid, på sätt kommittén nedan föreslår, en ögonavdelning till Borås, kommer därmed Älvsborgs läns landsting att få egen ögonavdelning. Detta förhållande ävensom de talrikt förekommande ögonskadorna inom stenindustrien i Bohuslän talar till förmån för en ögonavdelnings förläggande till Uddevalla. Under förutsättning, att samarbete med Älvsborgs läns landsting kunde i antydd omfattning komma till stånd, torde beträffande ordnandet av Göteborgs och Bohus läns landstings ögonsjukvård, vid sidan om denna vårds förläggande i dess helhet till Göteborg, kunna som ett alternativ upptagas en ögonavdelning i Uddevalla.

I *Älvsborgs* läns landstingsområde förutsätter, såvitt kommittén kan finna, en självständigt ordnad ögonsjukvård, ägnad att tillgodose hela landstingsområdets intressen, ögonavdelningar i både Vänersborg och Borås. Det oaktat skulle befolkningen invid eller i närheten av västra stambanan få sin ögonvård bekvämare ombesörjd i Göteborg. Detsamma är förhållandet med befolkningen vid den Göteborg närbelägna sträckan av Bergslagsbanan. Under sådana förhållanden och då landstingsområdet icke är folkrikt nog för två ögonavdelningar kan det ifrågasättas, om icke ögonsjukvården därstädes skulle kunna bättre eller åtminstone lika bra tillgodoses genom ett samarbete med Göteborgs stad än genom en specialavdelning, förlagd till Vänersborg *eller* Borås. När kommittén likväl föreslår anordnande av ögonavdelning i Borås, beror detta närmast på stadens stora invånarantal men även därpå, att hela området söder om västra stambanan genom en sådan anordning skulle erhålla bekvämare tillgång till ögonsjukvård. För återstående delar av landstingsområdet torde samarbete böra sökas med Göteborgs stad, dock att, därest förslaget om en ögonavdelning i Uddevalla anses böra förverkligas, samarbete bör i första hand anordnas med denna i förut angiven utsträckning. I *Skaraborgs* läns landstingsområde uppstå svårigheter genom att icke något av länslasaretten har central belägenhet eller ligger i större stad. Kommittén har dock tänkt sig, att utvecklingen inom en nära framtid skulle leda till inrättande av en ögonavdelning vid lasarettet i Lidköping, som genom sin uppdelning redan fått karaktär av centrallasarett i länet. Även om så sker, tala emellertid skäl för att ifrågavarande landsting genom avtal med Jönköpings läns landsting underlättar tillgången till ögonsjukvård för befolkningen i de sydöstligaste delarna av landstingsområdet. Intill dess en ögonavdelning i Lidköping kommit till

stånd, torde länets ögonsjukvård böra tillgodoses genom samarbete jämväl med Göteborgs stad.[1]

Det synes sålunda kommittén uppenbart, att en rationell lösning av ifrågavarande tre läns ögonsjukvårdsfråga kräver ett omfattande samarbete såväl sinsemellan som med angränsande sjukvårdsområden. Härför erforderliga överläggningar torde böra på ort och ställe upptagas.

Östergötlands läns landstingsområde har visserligen i Linköping en centralt belägen ögonavdelning. Då emellertid även Norrköpings stad anordnat specialvård för ögonsjukdomar samt staden utgör den centrala orten för nordöstra Östergötland, synes önskvärt, att befolkningen i nämnda del av landstingsområdet beredes den lättnad i tillgången till ögonsjukvård, som ett samarbete mellan berörda landsting och Norrköpings stad skulle medföra. Kommittén återkommer härtill i annat sammanhang (se kap. 23). I *Södermanlands* läns landstingsområde försvåra de geografiska förhållandena uppgiften att inom områdets gränser tillfredsställande ordna ögonsjukvården. De lasarett, som kunna tänkas upptaga en ögonavdelning, Nyköpings och Eskilstuna, äro belägna i var sin utkant av landstingsområdet. Järnbanenätet i landstingsområdet konvergerar mot Stockholm samt skänker invånarna i områdets norra, östra och mellersta delar goda förbindelser med nämnda stad. Katrineholm jämte de sydvästra delarna av landstingsområdet ävensom Nyköping och trakten däromkring hava fördelaktiga förbindelser med Norrköping. Under sådana förhållanden anser sig kommittén böra förorda, att ifrågavarande landsting ordnar sin ögonsjukvård genom anlitande av dels Serafimerlasarettet och senare det blivande Karolinska sjukhuset i Stockholm, dels lasarettet i Norrköping. För lämpligheten av att *Stockholms* läns landsting, vilket jämlikt avtal äger disponera visst antal vårdplatser å såväl Serafimerlasarettet och sedermera det blivande Karolinska sjukhuset i Stockholm som Akademiska sjukhuset i Uppsala, helt replierar på dessa sjukhus för ögonsjukvårdens del torde icke någon närmare motivering behövas.

Från ögonläkarhåll har livligt förordats inrättande av en ögonavdelning i Västerås. Jämlikt kommitténs beräkningar skulle för hela *Västmanlands* läns landstingsområde icke behövas flera platser än 12. Områdets ögonsjukvård skulle ock kunna tänkas bliva tämligen väl tillgodosedd genom avtal med huvudmännen för Karolinska sjukhuset i Stockholm, Akademiska sjukhuset i Uppsala samt länslasarettet i Örebro. Det oaktat torde emellertid med hänsyn till de stora industrier, som äro förlagda till Västerås, beaktansvärda skäl kunna anföras för anordnande i sinom tid av en ögonavdelning vid länets centrallasarett därstädes. I *Gävleborgs* län möta svårigheter för ögonsjukvårdens ordnande på grund av Gävle stads läge nära södra länsgränsen. En blick på kartan ger vid handen, att invånarna i Hudiksvall och norra Hälsingland, särskilt vid den talrikt befolkade kuststräckan, skulle vara bättre betjänta av till-

[1] Enligt vad kommittén sedermera erfarit har Skaraborgs läns landsting år 1933 beslutat bemyndiga förvaltningsutskottet att, därest så befinnes lämpligt, inrätta en självständig ögonavdelning vid lasarettet i Falköping. I anledning härav vill kommittén under åberopande av vad ovan anförts framhålla angelägenheten av att, innan definitivt beslut i ärendet fattas, möjligheten av samarbete med Göteborgs stad tages under förnyat övervägande.

gång till vårdplatser å lasarettet i Sundsvall, där ögonsjukvård redan finnes, än av en ögonavdelning i Gävle. Vidare hava Gävle stad samt delar av Gästrikland goda kommunikationer med Uppsala och Falun. Det bör ock erinras, att om en ögonavdelning inrättas i Gävle, ögonklientelet för Uppsalakliniken och möjligen även för Karolinska sjukhuset komme att begränsas och att det måste anses som ett riksintresse, att undervisningsanstalterna förfoga över tillräckligt material. För inrättande av en ögonavdelning i Gävle tala åter såväl stadens storlek som de goda förbindelser, den äger med Gästrikland och de södra delarna av Hälsingland, det hela omfattande en befolkning av inemot 200 000 personer. Kommittén intager därför till inrättande av en ögonavdelning i Gävle samma ställning som beträffande en sådan avdelning i Västerås.

Slutligen hava starka krav rests på anordnande av en ögonavdelning för *Jämtlands* län i Östersund. Frågan härom har ingående diskuterats inom kommittén före avgivandet av dess preliminära promemoria. Att kommittén i denna icke föreslagit Östersund såsom förläggningsort för en ögonavdelning berodde dels på att folkmängden i landstingsområdet ansågs för liten såsom underlag för en sådan avdelning, dels på att förbindelserna mellan Jämtlands län, å ena, samt Uppsala, Stockholm och Sundsvall, å andra sidan, trots de stora avstånden kunde anses relativt bekväma. Då kommittén finner fog för den uppfattningen, att man i mera avlägset liggande landsdelar bör åtnöja sig med mindre avdelningar, vill kommittén icke avråda från inrättande av en ögonavdelning i Östersund.

På grundval av vad den sålunda företagna undersökningen givit vid handen framlägger kommittén här nedan ett förslag till plan för ögonsjukvårdens ordnande i riket, därvid särskilt angivits, beträffande vilka avdelningar kommittén tänkt sig ett samarbete med angränsande landsting eller stad utanför landsting. Däremot har å denna plan icke upptagits något platsantal för de olika avdelningarna, enär de ovissa faktorerna befunnits vara så många, att en dylik åtgärd skulle äga ringa praktiskt värde. Kommittén hänvisar i detta avseende till den i promemorian angivna beräkningsgrunden, en vårdplats per 13 000 invånare, vilken torde kunna tjäna till nöjaktig ledning.

Med början från söder skulle förläggningsplanen få följande utseende:

1. avdelning i *Malmö:* ev. samarbete med Hallands läns landsting (jfr under 2 och 3);
2. klinik i *Lund:* samarbete med Kristianstads och Kronobergs samt ev. Hallands läns landsting (jfr under 3);
3. ev. avdelning i *Hälsingborg*[1]*:* samarbete med Kristianstads och Hallands läns landsting;
4. avdelning i *Karlskrona*[1]*:* samarbete med Kalmar läns södra samt ev. Kronobergs läns landsting;
5. avdelning i *Jönköping*[2]*:* samarbete med Skaraborgs läns landsting;
6. avdelning i *Göteborg:* samarbete med Göteborgs och Bohus, Älvsborgs samt Hallands läns landsting;

[1] Helt ny avdelning.
[2] Privat ögonläkare äger f. n. tillgång till platser å lasarettet.

7. avdelning i *Borås*[1];
8. ev. avdelning i *Uddevalla*[1]: samarbete med Älvsborgs läns landsting;
9. avdelning i *Lidköping*[1];
10. avdelning i *Linköping:* samarbete med Kalmar läns norra landsting;
11. avdelning i *Norrköping*[3]: samarbete med Östergötlands, Södermanlands samt Kalmar läns norra landsting;
12. avdelning i *Karlstad;*
13. avdelning i *Örebro:* ev. samarbete med Västmanlands läns landsting (jfr under 16);
14. avdelning vid *Serafimerlasarettet* eller sedermera *Karolinska sjukhuset i Stockholm:* avsedd i första hand för Stockholms stad och Stockholms läns landstingsområde, i andra hand närmast för Gotlands samt Södermanlands läns landstingsområden;
15. avdelning vid *Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm;*
16. ev. avdelning i *Västerås*[1];
17. klinik i *Uppsala:* samarbete med Stockholms läns landsting samt ev. Västmanlands och Gävleborgs läns landsting jämte Gävle stad (jfr under 16 och 19);
18. avdelning i *Falun;*
19. ev. avdelning i *Gävle*[1];
20. avdelning i *Sundsvall*[3]: ev. samarbete med Gävleborgs läns landsting (jfr under 19);
21. avdelning i *Östersund*[1];
22. avdelning i *Umeå;*
23. avdelning i *Boden*[2].

Därest denna förläggningsplan i sin helhet förverkligades, komme, bortsett från Eskilstuna och Halmstad, ögonavdelningar att finnas i samtliga städer med ett invånarantal, överstigande 20 000, ävensom i Lidköping, Falun, Sundsvall, Östersund, Umeå och Boden. Kommittén inser till fullo, att det hos åtskilliga landsting kommer att möta betänkligheter att samtidigt med inrättande av egna ögonavdelningar söka samarbete med andra sjukvårdsområden, i all synnerhet som landstingen hittills i allmänhet ådagalagt en viss ljumhet inför samarbetstanken. Säkerligen kommer ock den erinran att göras, att medan kommitténs preliminära förslag innebar en tämligen stark koncentration, är enligt det slutliga förslaget icke ens en ögonavdelning vid landstingets centralsjukhus tillräcklig, utan kräves därutöver för viss eller vissa delar samarbete med två eller flera sjukvårdsområden. På grund av sin starka specialisering intager emellertid ögonsjukvården en särställning. Den väsentliga anledningen till fördelningsplanens omläggning är, som ovan antytts, den enhälligt och starkt betonade betydelsen av den ambulatoriska vården. Vägledande vid planens utformande har därvid varit erfarenheten om att de, som äro i behov av dylik vård, söka denna på närmaste håll, för såvitt inga sär-

[1] Helt ny avdelning.
[2] Privat ögonläkare äger f. n. tillgång till platser å lasarettet.
[3] Särskild lasarettsögonläkare finnes men utan egen avdelning.

skilda skäl tala häremot, samt att vården skänker i sin helhet de bästa resultaten, om dess båda former — den slutna och den ambulatoriska — kunna komma de sjuka till godo på ett och samma sjukhus.

Ifrågasatt om- och tillbyggnad av ögonkliniken i Lund.

Slutligen vill kommittén något beröra uppkommen fråga angående om- och tillbyggnad av ögonkliniken vid lasarettet i Lund.

En av Malmöhus läns landsting år 1930 tillsatt kommitté har nyligen framkommit med förslag till om- och tillbyggnad av ögonkliniken i Lund, huvudsakligen i syfte att — utan samtidig ökning av vårdplatsantalet — eliminera de risker, som klinikens patienter med nuvarande trångboddhet anses löpa, samt förse kliniken med en mot moderna krav svarande operationsavdelning och isoleringsavdelning. Kostnaderna för förslagets utförande hava beräknats uppgå till inemot 200 000 kronor. Förslaget har biträtts av statens organisationsnämnd, som i sitt den 25 oktober 1932 avgivna betänkande med plan för statens byggnadsverksamhet under närmast kommande 10-årsperiod förordat, att för ändamålet skulle under budgetåret 1933/1934 beräknas ett statsanslag av 100 000 kronor. Sedan yttranden i ärendet avgivits av vederbörande universitetsmyndigheter, därvid för vinnande av mer tillfredsställande undervisningsanordningar viss ytterligare modernisering av kliniken föreslagits, ävensom av byggnadsstyrelsen, har Kungl. Maj:t, som funnit vidare utredning i ärendet erforderlig, uppdragit åt byggnadsstyrelsen att verkställa sådan utredning och därvid upptaga förhandlingar med Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott. Nämnda utskott har å sin sida, med anledning av skrivelser i ämnet från statens organisationsnämnd och direktionen för Lunds lasarett, genom delegerade trätt i förbindelse med statens sjukvårdskommitté för att under hand erhålla del av de av kommittén preliminärt uppdragna riktlinjerna för specialvårdens utbyggande vid lasaretten och i övrigt samråda angående den ifrågasatta utvidgningen av ögonkliniken i Lund.

Kommittén har för sin del intet att erinra mot en om- och tillbyggnad av ifrågavarande ögonklinik i ovan angivet syfte. En sådan åtgärd synes kommittén, såvitt utredningen giver vid handen, vara ur såväl sjukvårds- som undervisningssynpunkt av behovet påkallad samt för övrigt väl överensstämma med ovan uppdragna riktlinjer för ögonsjukvårdens ordnande. Uppenbarligen bör dock, därest en ögonavdelning i Hälsingborg anses böra komma till stånd under den närmaste framtiden, en reduktion av Lundaklinikens platsantal tagas under övervägande. På skäl, som tidigare nämnts, har kommittén icke ansett sig böra förorda statsbidrag till ögonsjukvårdens utbyggande. Då emellertid förevarande ärende i hög grad måste anses vara en undervisningsfråga och staten tidigare, när det gällt sjukhusbyggnader för kliniska ändamål, således även vid lasarettet i Lund, plägat bidraga till byggnadskostnadernas täckande, torde även med ett godtagande av kommitténs ovannämnda ståndpunkt rörande frågan, huruvida staten bör medverka till ögonsjukvårdens utbyggande, hinder icke föreligga för att låta jämväl nu ifrågasatta sjukhusbyggnad komma i åtnjutande av statsbidrag.

f) Avdelningar för öron-, näs- och hals-(svalg-)sjukdomar.

Platstillgång.

Vid 1931 års utgång funnos specialavdelningar för öron-, näs- och halssjukdomar, här nedan sammanfattade under begreppet öronsjukdomar,[1] vid följande sjukhus (årtalen för avdelningarnas tillkomst angivas inom parentes): Sabbatsbergs sjukhus (1910), Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (1910), Malmö allmänna sjukhus (1916), lasarettet vid Stocksund (1922), Akademiska sjukhuset i Uppsala (1917), lasaretten i Jönköping (1927), Kristianstad (1930), Lund (1918), Hälsingborg (1929), Karlstad (1919), Örebro (1931) och Falun (1925). Avdelningarna inrymde tillhopa c:a 430 platser.

En kortfattad översikt över öronavdelningarnas utveckling intill 1932 lämnas i tabell 28. Beträffande avdelningen vid lasarettet vid Stocksund må anmärkas, att densamma först från och med 1931 erhöll i laga ordning tillsatt lasarettsläkare. Alltsedan lasarettets inrättande år 1922 har emellertid i dess årsberättelser särskild öronavdelning redovisats och specialvården därstädes handhafts av i facket utbildad och erfaren läkare. Vid lasarettet i Karlstad har sedan år 1919 funnits en av Kungl. Maj:t utnämnd lasarettsläkare för vård av öronsjukdomar. Denne disponerar för ändamålet — i avvaktan på lasarettets utbyggande — 20 platser på den kirurgiska avdelningen. Öronavdelningen vid lasarettet i Kristianstad öppnades år 1930; redan året dessförinnan tillsattes emellertid särskild öronläkare vid lasarettet. Avdelningen är enligt lasarettsdirektionens beslut upplåten även för vård av ögonsjukdomar. Vid lasarettet i Sundsvall har öronläkare varit verksam sedan år 1928. Efter att åren 1929—1931 hava varit av medicinalstyrelsen förordnad som extra läkare vid lasarettet utnämndes denne till lasarettsläkare därstädes från och med år 1932. Vårdplatser hava i mån av utrymme och behov disponerats å lasarettets olika avdelningar; under vissa perioder hava ända till 35 platser varit belagda. Planer föreligga på inrättande av en fullt självständig öronavdelning vid lasarettet, inrymmande 30 sängar. I Norrköping har möjlighet till specialvård för öron-, näs- och halssjukdomar beretts på så sätt, att en i staden praktiserande specialist erhållit medgivande att för dylika sjukdomsfall disponera två sängar på lasarettets kirurgiska avdelning. Slutligen må nämnas, att å garnisonssjukhuset i Linköping disponeras, så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov det medgiver, ett ej maximerat antal vårdplatser för öronsjuka bland den civila befolkningen i länet. Omfattningen av denna vård torde framgå därav, att å sjukhuset, som inrymmer 95 platser, år 1929 vårdades ej mindre än 459 civila öronpatienter.

Platsbehovet.

Allmänna synpunkter.

Såsom av ovanstående framgår har ifrågavarande specialgren, åtminstone i vårt land, vuxit fram betydligt senare än ögonläkekonsten såväl vid de medicinska lärosätena som vid de allmänna sjukhusen. Härvid torde ha inverkat den omständigheten, att den kirurgiska behandlingen av dessa sjukdomar, i allt fall vad angår det tekniska operationsförfarandet, icke nämnvärt skiljer sig från förfarandet inom den operativa kirurgien i allmänhet. Vissa hithö-

[1] I överensstämmelse härmed användes beteckningen öronpatienter för icke blott patienter, lidande av öronsjukdomar, utan även patienter, som lida av näs- resp. hals-(svalg-)sjukdomar.

rande, ofta förekommande ingrepp räknas till de lättare operationerna, t. ex. klippning av halsmandlar, skrapning av svalgmandeln, öppnande av halsböld er och avlägsnande av näspolyper. De hava även i stor utsträckning utförts i ambulatorisk praxis. Härmed har kommittén givetvis icke velat bestrida, att beträffande stora grupper av hithörande sjukdomsfall diagnosen nått en sådan fördjupning och den operativa behandlingen blivit så krävande, att det icke längre kan förutsättas, att en kirurg, huru allsidigt utbildad han än må vara, även skall kunna helt behärska ifrågavarande specialitet.

Emellertid kan kommittén icke undgå att finna, att oftalmiatrikens och otiatriens ställning till kirurgisk praxis icke är fullt likartad. Det kan nämligen icke förnekas, att, såsom de praktiska förhållandena gestaltat sig, behandlingen av synorganets sjukdomar, åtminstone då fråga är om ögats inre sjukdomar, kommit att för kirurgen-lasarettsläkaren utgöra ett arbetsområde, på vilket han icke utan nödtvång ingriper, såvitt han icke fått särskild utbildning i ögonsjukdomarnas diagnostik och behandling. Detta kan däremot, som antytts, icke sägas i samma grad vara fallet med öronsjukdomarna. Inhämtade uppgifter om öronfallens behandling å lasaretten synas giva vid handen, att kirurgen-lasarettsläkaren, oaktat tillgång på specialist, ansett sig skickad att vårda ett ej ringa antal dylika fall. Därvid torde dock diagnosen och behandlingen i allmänhet hava varit av mindre krävande art. Det må tillika erinras om, att hithörande sjukdomar, i viss motsats till ögonsjukdomarna, i ej obetydlig utsträckning uppträda helt akut, antingen såsom självständiga sjukdomar eller såsom komplikationer till andra akuta sjukdomar, och därigenom försvåra transporterna av de sjuka. Nu anförda omständigheter ställa spörsmålet om tillgodoseende av platsbehovet i viss mån annorlunda för öronsjukvården än för ögonsjukvården.

I de största städerna samt tätt bebyggda och folkrika trakter, där särskild avdelning för denna specialgren, i den mån så ej redan skett, bör inrättas vid därstädes belägna större lasarett, är frågan om den lämpligaste fördelningen av öronsjuka å specialavdelning och icke-specialavdelning av underordnad betydelse. Det ligger nämligen i sakens natur, att samtliga fall, som hava lätt tillgång till specialavdelning, böra vårdas på denna. Annorlunda ligger frågan till i det stora flertalet landstingsområden, där framför allt de lättare öronfallen erhålla och även framdeles böra beredas erforderlig vård på närmaste lasarett eller sjukstuga, oavsett om specialavdelning finnes inom området eller icke. Här skulle uppenbarligen ett av vederbörande läkare givet samstämmande svar på frågan, i vilken utsträckning detta bör ske, vara av stor betydelse för en uppskattning av platsbehovet å specialavdelning. Enär emellertid på goda grunder kan antagas, att representanten för specialiteten och lasarettsläkaren-kirurgen se olika på denna fråga, torde av en utredning i berörda syfte icke kunna förväntas ett sådant svar, att därav kan erhållas någon nämnvärd ledning i berörda hänseende. Kommittén har därför avstått härifrån men dock genom införskaffade uppgifter sökt bilda sig en uppfattning icke endast om sjukvårdsbehovet för öronfall i dess helhet utan jämväl om rådande fördelning av dessa på special- och icke-specialavdelning.

Utredning.

För utrönande av totala behovet av specialvårdplatser för öronfall tillställde kommittén hösten 1929 de lasarett, där öronavdelningar då funnos eller kunde tänkas planerade, en förfrågan angående antalet befintliga resp. planerade vårdplatser på sådan avdelning ävensom om det antal platser, som därutöver kunde anses önskvärt. Enligt de uppgifter, som erhöllos i anledning av denna enquête, utgjorde antalet befintliga platser 315, planerade platser 147 samt önskvärda men ej planerade platser omkring 110, således sammanlagt i runt tal 570. Vid överläggning med en av kommittén sedermera tillkallad sakkunnig, överläkaren medicine doktorn *S. Berggren* i Malmö, framhöll emellertid denne som sin bestämda åsikt, att nämnda siffra ingalunda motsvarade det totala vårdplatsbehovet i landet. Platsbehovet för Malmöhus län beräknades enligt doktor Berggren utgöra 1 plats på 4 000 invånare i Malmö stad samt 1 plats på 6 000 invånare i länets landstingsområde. Med stöd härav ansåg doktor Berggren, att man vid uppskattande av det erforderliga vårdplatsantalet i landet borde utgå från ett medeltal av 1 plats på 5 000 invånare och sålunda räkna med 1 200 sängar för hela riket.

Då det resultat, vartill enquêten lett, sålunda syntes vara helt missvisande, har kommittén i syfte att erhålla ett bättre underlag för beräkningen av platsbehovet från de sjukvårdsområden, där specialvård för öronsjukdomar anordnats, inhämtat uppgifter om antalet å lasarett eller sjukstugor vårdade öronfall. Endast erfarenheterna från dessa områden torde kunna lämna någon ledning för bedömande av öronpatienternas fördelning å specialavdelningar och icke-specialavdelningar. För att få utredningen i möjligaste mån fullständig hava jämväl införskaffats förteckningar över antalet på öronavdelningar vårdade utomlänspatienter med angivande av dessas »hemortslän». Samtliga uppgifter avse år 1929.

På grundval av dessa uppgifter har kommittén till en början företagit en undersökning rörande de å öronavdelning intagna patienternas fördelning efter hemorten. Resultatet framgår av tabell 29. Kommittén vill härvid erinra om, att Stockholms läns landstingsområde intager en särställning såtillvida som avtal träffats mellan landstinget och Akademiska sjukhuset i Uppsala om vård å detta sjukhus av öronfall, boende inom vissa delar av Stockholms län. Detta torde vara den närmaste anledningen till att antalet Stockholms läns-patienter på främmande lasarett är anmärkningsvärt stort. Bortsett från Stockholms läns landstingsområde är det påfallande, i vilken ringa utsträckning patienter från sjukvårdsområden med egen öronavdelning sökt vård på främmande öronavdelning. Detta växlar mellan 12·2 % för Malmöhus läns landstingsområde (inkl. Hälsingborg) och 0·4 % för Uppsala läns landstingsområde. Den höga siffran för förstnämnda landstingsområde sammanhänger otvivelaktigt med att Malmö stad ligger i en av de tätast bebyggda delarna av länet och att särskilt befolkningen söder om Malmö av bekvämlighetsskäl söker sig till öronavdelningen vid Malmö allmänna sjukhus i stället för till avdelningen i Lund. För samtliga ifrågavarande sjukvårdsområden med undantag av Stockholms läns landstingsområde utgjorde antalet å främmande öronavdelning vårdade patienter i medeltal endast 3·7 %. Enahanda förhållande, som nu berörts, har kon-

staterats även beträffande ögonsjukvården och vittnar om, att hemlänssjukhusens specialavdelningar tillvunnit sig mycket stort förtroende hos befolkningen. Kommittén finner för övrigt även frekvensen av öronpatienter från sjukvårdsområden utan egen öronavdelning vara låg. Detta gäller icke blott landstingsområden, som ligga på långt avstånd från öronavdelning, såsom Norrbottens och Västerbottens läns, utan även sådana, som hava öronavdelning i sitt omedelbara grannskap. Betecknande i detta avseende äro uppgifterna från Örebro, Södermanlands och Hallands läns landstingsområden med resp. 30, 43 och 46 på öronavdelning intagna patienter.

Med hänsyn till ovan antydda skiljaktigheter i fråga om behovet av specialvård för ögonsjukdomar och öronsjukdomar har kommittén vidare funnit det vara av intresse att jämföra det antal patienter, som förenämnda år intagits på specialavdelningar för dessa sjukdomar. En sådan jämförelse återfinnes i tabell 30. Av denna framgår, att ehuru antalet patienter å öronavdelning varit dubbelt så stort som motsvarande antal ögonpatienter, hava av de patienter, som tillhöra sjukvårdsområde utan egen specialavdelning, endast 832 öronfall mot 1 605 ögonfall intagits å specialavdelning.

För att i möjligaste mån utröna öronpatienternas fördelning å specialavdelning och icke-specialavdelning har kommittén i tabell 31 sammanställt härutinnan lämnade uppgifter beträffande samtliga under år 1929 vårdade öronsjuka, hemmahörande i sjukvårdsområde med egen öronavdelning. Det må medgivas, att denna sammanställning är bristfällig i två avseenden. Å ena sidan har från antalet å icke-specialavdelning intagna icke avskilts patienter, som tillhöra annat sjukvårdsområde. Kommittén har emellertid icke ansett sig böra betunga enquêtesvaren med uppgift härutinnan. Antalet utomlänspatienter, som söka vård å icke-specialavdelning inom sjukvårdsområde, där specialavdelning finnes, är enligt kommitténs uppfattning säkerligen försvinnande litet. Det torde väsentligen utgöras av sådana, som akut insjuknat å främmande ort. Å andra sidan har i sammanställningen icke upptagits de på privata sjukhus och kliniker vårdade öronpatienterna. Även det antal dylika patienter, som efter ett tillgodoseende av specialvården inom de olika landstingsområdena kan komma att söka vård på de allmänna sjukhusens öronavdelningar, torde fördelat framför allt på landstingens sjukvårdsområden bliva så ringa, att det icke kan få någon nämnvärd betydelse för beräkningar av vårdplatsbehovet, vilka för övrigt städse måste bliva mycket approximativa. Av tabell 31 framgår emellertid, att förhållandet mellan antalet öronpatienter, vårdade på specialavdelning och icke-specialavdelning, växlar inom ganska vida gränser. Självfallet intaga städerna utanför landsting i detta avseende en särställning och lämnas därför här åsido. I Stockholms läns landstingsområde hava c:a 50 % av samtliga intagna vårdats å icke-specialavdelning, i Östergötlands läns landstingsområde c:a 47 % och i Västernorrlands läns landstingsområde c:a 42 %. Lägsta procentuella antalet uppvisar Uppsala läns landstingsområde med något över 5 %. En jämförelse med motsvarande siffror för ögonsjukvården giver vid handen, att en bestämd skillnad förefinnes mellan öron- och ögonsjukvården i nu förevarande hänseende. För de landstingsområden, där

såväl ögon- som öronavdelning finnes, är sålunda antalet å icke-specialavdelning intagna öronpatienter, både absolut och relativt sett, genomgående högre än motsvarande antal ögonpatienter. Skillnaden är i flertalet fall avsevärd. Störst är den i Kopparbergs län, där av samtliga ögonpatienter endast 3·2 % intagits å icke-specialavdelning, medan motsvarande procenttal för öronpatienterna uppgår till 36·3.

Kommittén har tillika i syfte att få en överblick över, huru hithörande operationsgrupper fördela sig å specialavdelning och icke-specialavdelning, infordrat uppgifter angående antalet år 1929 utförda operationer för sjukdomar i hörselorganen, näsan och dess bihålor samt svalget. Såvitt de inkomna svaren giva vid handen, kan antalet å icke-specialavdelning företagna operationer för dessa sjukdomar i förhållande till totala antalet hithörande operationer i nedanstående landstingsområden uppskattas sålunda:

Landstingsområde	a) operationer å intagna	b) operationer å icke intagna	a) + b)
Stockholms läns	48 %	82 %	59 %
Östergötlands läns	29 »	16 »	19 »
Jönköpings »	11 »	35 »	23 »
Malmöhus[1] »	15 »	11 »	12 »
Värmlands »	36 »	59 »	50 »
Kopparbergs »	39 »	46 »	42 »
Västernorrlands »	33 »	40 »	37 »

Av svaren framgår i övrigt, vilket ock var att vänta, att av de på icke-specialavdelning utförda operationerna det förhållandevis största antalet i allmänhet företagits för sjukdomar i svalget, varvid sådana ingrepp som klippning eller avlägsnande av halsmandlar (tonsillotomi resp. tonsillektomi), skrapning av svalgmandeln (abrasio) samt öppnande av halsbölder (incision för angina phlegmonosa) äro ojämförligt talrikast företrädda. Såsom ovan antytts höra dessa ingrepp i stort sett och med reservation för tonsillektomien till de lättare operationerna inom förevarande specialitet. De ojämnheter sjukvårdsområdena emellan, som ovanstående sammanställning utvisar, bero otvivelaktigt i viss mån på områdenas olika struktur. Det förhållandet, att öronavdelningen varit för liten för att kunna i erforderlig omfattning emottaga inträdessökande sjuka, torde självfallet även hava inverkat.

Beläggningsförhållandena vid öronavdelningarna år 1929 hava redovisats i kap. 2, tabell 11. Tabellen utvisar bland annat, att på samtliga avdelningar, från vilka uppgifter härutinnan inkommit, har med undantag för Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset högsta antalet någon dag under året vårdade överstigit antalet vårdplatser. I viss utsträckning torde detta förhållande bero därpå, att ett ej ringa antal av hithörande sjukdomar — de akuta infektionerna — hopar sig under vissa perioder av året, företrädesvis årets första fyra månader samt senhösten. Medeltalet vårdade för samma år har däremot icke överstigit vårdplatsantalet på någon avdelning. Emellertid ligger medelbeläggningen vid fem avdelningar så högt, att man med visshet kan utgå ifrån, att tidvis stora svårigheter mött vid tillgodoseendet av platsbehovet. För närmare ut-

[1] Vid Hälsingborgs lasarett gjorda operationer hava ansetts företagna å specialavdelning, ehuru öronavdelningen därstädes formellt öppnades först 18/11 1929.

redning av denna fråga har kommittén från de öronavdelningar, som härför synts lämpade, sökt erhålla uppgift dels om medeltalet expektanter per dag under första kvartalet åren 1929 och 1930, dels om antalet patienter, som måst avvisas på grund av platsbrist, dels ock om och i vad mån patienter på grund av överbeläggning måst utskrivas tidigare än med hänsyn till deras vårdbehov varit önskligt. Av de ingångna svaren framgår i huvudsak följande. Medeltalet expektanter per dag var under första kvartalet år 1929 på Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset 3 och på Falu lasarett 2, med en väntetid av högst 14 dagar; på Malmö allmänna sjukhus var sammanlagda antalet expektanter 181 för år 1929 samt 312 för år 1930. Den andra frågan — antalet avvisade patienter — har icke kunnat närmare besvaras. Från Sabbatsbergs öronklinik meddelas emellertid, att patienter på grund av platsbrist ofta icke kunnat mottagas och att operationer för kroniska sjukdomar av samma anledning måst uppskjutas till de delar av året, då beläggningen varit minst. Det framhålles vidare, att en hel del fall, t. ex. vissa akuta öroninflammationer, måst behandlas ambulatoriskt, oaktat de ur såväl sjukvårds- som social synpunkt behövt sjukhusvård. Under åren 1929 och 1930 hade 1 007 resp. 1 160 fall av akuta öroninflammationer vårdats polikliniskt, och under de första sex veckorna av år 1931 hade antalet motsvarande fall uppgått till 314. Förstnämnda år hade ej mindre än 700 operationer utförts polikliniskt, ehuru det varit önskvärt att fallen intagits på avdelningen. I Göteborg synas inga kommunen tillhörande patienter hava avvisats på grund av platsbrist. På öronkliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala har under den kallare hälften av året, då beläggningen varit störst, en del patienter av utrymmesskäl måst avvisas eller inrymmas på andra kliniker. Liknande förhållanden hava rått vid öronavdelningen i Karlstad. Vid vissa öronavdelningar har ock den hårda beläggningen lett till tidigare utskrivningar av patienter än önskvärt varit ur sjukvårdssynpunkt. Detta har särskilt varit fallet vid Sabbatsbergs sjukhus, men erinringar i detta hänseende hava gjorts även beträffande öronavdelningarna vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, Malmö allmänna sjukhus, Akademiska sjukhuset i Uppsala samt Karlstads lasarett.

Slutligen hava läkarna å ifrågavarande öronavdelningar på därom av kommittén uttalad önskan sökt göra en uppskattning av det platsantal, som syntes erforderligt för fyllande av platsbehovet inom deras sjukvårdsområden. En sammanställning av platsantalet den 31 december 1931 och det uppskattade platsbehovet ger följande resultat:

	Platsantalet år 1931	Erforderligt platsantal
Sabbatsbergs sjukhus	57	81
Sahlgrenska sjukhuset	55	60 [1]
Malmö allmänna sjukhus	29	35—40
Uppsala Akademiska sjukhus	61	71
Lasarettet i Karlstad	20	30
» » Falun	24	26
» » Jönköping	30	32
» » Sundsvall	—	30

[1] Inberäknat platser för patienter i barnaåldern, vilka nu i regel vårdas å Göteborgs barnsjukhus

I samtliga svar har framhållits vanskligheten av att utan ingående utredning angiva platsbehovet i bestämda siffror. De gjorda uppskattningarna få därför anses vara mycket approximativa. Genom enquêten har emellertid vunnits den värdefulla upplysningen, att på ett flertal avdelningar — särskilt de kliniska — patienter måst utskrivas tidigare än som med hänsyn till deras vård varit önskvärt samt att operationer av den art, att de kräva åtminstone någon dags efterbehandling å sjukvårdsavdelning, måst utföras poliklinisk.

Kommitténs uppskattning av platsbehovet.

Vad vid sistberörda enquête framkommit föranleder kommittén att vid ett bedömande av det erforderliga platsantalet på öronavdelningar räkna med en något högre medelvårdtid än den, tabell 11 utvisar. Att kommittén härvid icke kan stödja sig på några exakta beräkningar torde vara uppenbart. Materialet medgiver icke detta. Då kommittén ansett sig böra utgå från en medelvårdtid av 14 dagar, är därför denna uppskattning i viss mån godtycklig. Det kan ock ifrågasättas, om densamma kan läggas till grund för en beräkning av hela landets vårdplatsbehov; den verkliga medelvårdtiden är säkerligen något lägre för icke-landstingsstäder, där patienterna hava lätt tillgång till poliklinisk eftervård, och sannolikt något högre för vidsträckta och mera glest befolkade sjukvårdsområden, där eftervården på grund av lokala förhållanden måste ske å sjukhus. Beträffande dessa senare torde man emellertid i gengäld som regel hava att räkna med en mindre frekvens å specialavdelningarna, i det att lindrigare och akuta fall oftast söka vård på närbelägna lasarett eller sjukstugor.

Vid en uppskattning av platsbehovet i de städer, som utgöra egna sjukvårdsområden, torde man böra utgå från förhållandena i Malmö. Därstädes finnas nämligen icke, såsom i Stockholm och Göteborg, kirurgiska barnavdelningar, på vilka ett ej ringa antal öronoperationer komma till utförande.[1] Som ovan nämnts, har läkaren på öronavdelningen i Malmö uppskattat antalet erforderliga platser för staden till 35—40. Utgår man från antalet i staden hemmahörande specialvårdade patienter, enligt tabell 29 uppgående till 730 för år 1929, skulle med en beräknad medelvårdtid av 14 dagar och en beläggningskapacitet av 330 dagar per vårdplats antalet erforderliga vårdplatser utgöra 31. Enligt kommitténs beräkning skulle alltså platsbehovet i Malmö efter invånarantalet kunna angivas till 1: 4 000. Under förutsättning att öronvården i Stockholm och Göteborg i dess helhet förlägges till specialavdelningar torde man vara berättigad antaga, att motsvarande platsbehov skulle föreligga även där. Den uppskattning av platsbehovet, som gjorts på öronavdelningen i Göteborg, styrker denna uppfattning. Kommittén anser sig därför kunna för ifrågavarande städers del uppskatta behovet av vårdplatser på öronavdelning till 1 plats per 4 000 invånare.

Beträffande landstingsområdena synas från den utgångspunkten, att specialvården kommer att i allt större utsträckning anlitas, förhållandena i Jönköpings läns landstingsområde lämpligen kunna tjäna till ledning vid en uppskattning av vårdplatsbehovet. Enligt de uppgifter, som stått kommittén till

[1] Enligt inhämtade uppgifter intogos under 1929 å kirurgiska avdelningarna vid kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm samt Göteborgs barnsjukhus ej mindre än 816 resp. 625 öronpatienter.

buds, är antalet i området hemmahörande öronpatienter, som sökt vård vid dess specialavdelning, procentuellt högre än inom något annat landstingsområde, där flera lasarett finnas. År 1929 intogos sålunda på nämnda specialavdelning 772 i området hemmahörande öronfall, medan totala antalet i området hemmahörande öronfall, som åtnjutit specialvård, utgjorde 788. Avrundas denna siffra till 800 och utgår man ifrån samma beläggningskapacitet och medelvårdtid som för nyssnämnda städer, skulle det för Jönköpings läns landstingsområde behövliga antalet specialvårdplatser uppgå till 34, d. v. s. 1 plats på 6 800 invånare. I det från områdets öronavdelning ingångna svaret på förberörda enquête har det erforderliga platsantalet uppskattats till 32, en uppskattning, som alltså i det närmaste överensstämmer med kommitténs. Prövas platsbehovet för Värmlands län, erhålles med kommitténs beräkningsgrunder ett antal erforderliga platser av 23. Lasarettsläkaren på öronavdelningen i Karlstad har där räknat med 30 platser. För Kopparbergs län blir det erforderliga platsantalet enligt kommitténs beräkning 29; vederbörande lasarettsläkare har uppskattat det till 26. Med hänsyn till vad sålunda anförts anser sig kommittén för landstingsområdenas del böra uppskatta ifrågavarande platsbehov till 1 plats på 6 000 eller 7 000 invånare, alltefter områdets ytvidd och sjukvårdsanstalternas fördelning inom detsamma.

Vårdplatsernas fördelning.

För bedömande av spörsmålet om vårdplatsernas fördelning inom landet torde först till prövning upptagas såväl frågan, huru stor en öronavdelning bör vara för att lasarettsläkaren därstädes skall kunna upprätthålla nödig operativ skicklighet samt förvärva tillräcklig erfarenhet, som ock frågan, huru stor öronavdelning en läkare bör kunna sköta utan biträde av annan läkare. Vid den förra frågans besvarande lärer icke — i motsats till förhållandet inom ögonsjukvården — någon typisk operation eller grupp av operationer kunna tjäna till ledning. Kommittén vill därför inskränka sig till det uttalandet, att enligt vunnen erfarenhet en öronavdelning på omkring 20 sängar synes vara fullt tillräcklig. Vad den andra frågan beträffar — av betydelse med hänsyn till att de mera kvalificerade arbetskrafterna, i främsta rummet läkarna, böra i möjligaste mån utnyttjas — har av kommitténs överläggningar med den tillkallade sakkunnige framgått, att platsantalet icke bör överstiga 25. Detta tal torde dock enligt kommitténs uppfattning möjligen kunna höjas till 30 under förutsättning, att den polikliniska verksamheten icke kan förväntas bli alltför omfattande. Det må emellertid under hänvisning till ovan lämnade sammanställning angående under år 1929 företagna öronoperationer framhållas, att den polikliniska verksamheten ofta är högst betydande. Att denna omständighet måste tagas i betraktande vid bestämmandet av icke blott behovet av underläkare utan även den övriga personalens storlek är självfallet. Slutligen vill kommittén erinra om att vid uppgörande av plan för vårdplatsernas fördelning inom landet även måste beaktas, att ett stort antal akuta sjukdomsfall, ofta förenade med feber, förekomma inom det klientel, varom här är fråga.

Räknar man med ett platsbehov å öronavdelning av 1 plats per 6 500 invånare för landstingsområde och 1 plats per 4 000 invånare i stad utanför lands-

timg, skulle i de olika sjukvårdsområdena erfordras det antal platser, som nedanstående tablå utvisar:

Sjukvårdsområde	Antal erforderliga platser
Stockholms stad	122
Göteborgs »	60
Malmö »	30
Norrköpings »	15
Stockholms läns landstingsområde	41
Uppsala » »	21
Södermanlands » »	29
Östergötlands » »	38
Jönköpings » »	36
Kronobergs » »	24
Kalmar läns norra »	15
Kalmar läns södra »	21
Gotlands läns »	9
Blekinge » »	23
Kristianstads » »	38
Malmöhus » » (med Hälsingborg)	60
Hallands läns landstingsområde	23
Göteborgs o. Bohus läns »	33
Älvsborgs läns »	48
Skaraborgs » »	37
Värmlands » »	41
Örebro » »	34
Västmanlands » »	25
Kopparbergs » »	38
Gävleborgs » » (med Gävle)	43
Västernorrlands » »	43
Jämtlands » »	21
Västerbottens » »	31
Norrbottens » »	30
	Summa 1 029

Av tablån framgår, att endast i Norrköpings stad samt Kalmar läns norra och Gotlands läns landstingsområden avdelningarna skulle bliva mindre än som enligt vad ovan antytts vore erforderligt för att skänka läkaren nödig vana och erfarenhet. En öronavdelning i Norrköping torde emellertid det oaktat vara motiverad, enär den polikliniska verksamheten där kan beräknas bliva relativt stor. Annorlunda äro förhållandena i framför allt Gotlands läns landstingsområde. Detta torde för tillgodoseende av sitt specialvårdsbehov bli hänvisat till öronavdelning utom landstingsområdet. Härvid bör enligt kommitténs uppfattning det blivande Karolinska sjukhuset i första hand komma i fråga. Icke heller Kalmar läns norra landstingsområde torde förmå uppbära en öronavdelning. Områdets befolkning har under senare år i ganska stor utsträckning sökt specialvård i Linköping och Norrköping, till vilka städer kommunikationerna från området äro relativt gynnsamma. Innan ifrågavarande landsting går i författning om inrättande av egen öronavdelning vid lasarettet i Västervik, synes det kommittén böra noggrant övervägas, om icke den tillgång på vårdplatser, som garnisonssjukhuset i Linköping för närvarande erbjuder — eventuellt utökad med vissa platser i Norrköpings stad, för den händelse en öronavdelning där kommer till stånd — kan vara tillfyllest för landstingsområdets specialvårdsbehov.

I övrigt förefalla de resultat, vartill kommitténs beräkningar lett, i stort sett stämma någorlunda väl överens med förhållandena i de landstingsområden, där erfarenheter om öronsjukvården redan vunnits. Differensen beträffande Uppsala läns landstingsområde är dock högst påfallande. Enligt vad från öronavdelningen därstädes anförts är nuvarande platsantal för litet för att motsvara

behovet. Antalet vårdplatser på ifrågavarande öronavdelning uppgår likväl till ej mindre än 61, d. v. s. i det närmaste 1 plats på 2 300 invånare. Av de år 1929 intagna utgjorde emellertid omkring 400 utomlänspatienter, vilket både absolut och relativt taget är det högsta förekommande. Härtill torde gällande avtal om samarbete med Stockholms läns landsting hava väsentligen bidragit. Det antal sängar, som i medeltal upptagits av inomlänspatienter, kan enligt tillgängliga uppgifter beräknas till 43 eller ungefär 1 på 3 200 invånare, alltså högre än i något annat sjukvårdsområde. I betraktande härav och då det blivande Karolinska sjukhuset är avsett att inrymma en öronavdelning om icke mindre än 75 vårdplatser, torde det böra tagas under allvarlig omprövning, huruvida Stockholms läns landsting har behov av en permanent öronavdelning vid centrallasarettet vid Stocksund. Med hänsyn till såväl storleken av öronavdelningen vid Karolinska sjukhuset som nuvarande kommunikationsförhållanden i Södermanlands läns landstingsområde kan det ock starkt ifrågasättas, om icke detta landstingsområde bör åtnöja sig med en något mindre avdelning än ovannämnda tablå utvisar (29) och i stället vad angår befolkningen i de delar av området, som hava goda förbindelser med Stockholm, stödja sig på Karolinska sjukhuset. Härvid må erinras, att enligt beräkningar av 1926 års kommission för uppförande av nytt kliniskt sjukhus i Stockholm m. m. 15 platser äro avsedda för sjukvårdsområden, med vilka icke särskilda avtal om samarbete träffats, d. v. s. för andra än Stockholms stad och län. Slutligen må framhållas, att ett strikt fasthållande av landstingsgränserna reser emot en rationell planering av öronsjukvården svårigheter av liknande art som beträffande ögonsjukvården. Enär specialiseringen på öronsjukvårdens område icke genomförts och enligt kommitténs förmenande icke heller behöver genomföras lika konsekvent som för ögonsjukdomarna, framträder dock behovet av samarbete emellan landstingen här icke med samma styrka. Kommittén finner emellertid önskvärt, att ett sådant samarbete i erforderlig omfattning åvägabringas jämväl för öronsjukvårdens del efter huvudsakligen samma linjer, som uppdragits för ögonsjukvården.

g) Avdelningar och anstalter för barnsbörd och kvinnosjukdomar.

Inledning. Sluten vård vid barnsbörd ombesörjes för närvarande icke endast genom särskilda avdelningar vid lasarett utan även genom större eller mindre anstalter, som äro helt fristående från lasaretten. Den slutna barnbördsvården torde ock framdeles böra bygga på båda dessa slag av anstalter. Under sådana förhållanden kunna skäl förebringas för att upptaga detta ämne till behandling i samband med specialsjukhusen. Då emellertid tyngdpunkten i kommitténs förslag beträffande barnbördsvården lägges på avdelningar vid lasarett, har kommittén funnit lämpligast att behandla denna vård i förevarande sammanhang. I anslutning härtill berör kommittén även den slutna vården för kvinnosjukdomar.

Översikt över befintliga och planerade anstalter.

Förlossningskonsten har länge intagit en särställning i vår allmänna sjukvård. Oaktat den som specialitet har gamla och förnämliga anor, har den mycket sent förvärvat sig plats som specialgren inom den slutna sjukvård, som icke samtidigt haft att tillgodose undervisning. Ännu vid 1930 års utgång funnos i riket blott två självständiga barnbördsavdelningar vid icke-kliniska sjukhus, nämligen vid Malmö allmänna sjukhus (inrättad 1909) och lasarettet i Norrköping (inrättad 1927). Anledningen härtill torde framförallt vara att söka i 1901 års lasarettsstadga, som föreskrev, att barnaföderska finge intagas å lasarett endast i trängande fall, då operativt ingrepp erfordrades och detta icke kunde utföras i hemmet. Normala förlossningsfall ansågos icke alls hava någon hemortsrätt å lasaretten. Det torde icke hava saknats exempel på att erinringar framställts emot lasarettsläkare, som emottogo normala förlossningsfall på lasarett. Samtidigt gjorde emellertid sociala och andra förhållanden bristen på anstaltsvård för förlossningsfall kännbar. För att i någon mån råda bot härpå började under sistförflutna decennier enskilda sammanslutningar att inrätta särskilda förlossningshem. Såväl i städerna som på landsbygden hava ett ej oansenligt antal sådana hem under årens lopp uppstått. Svenska röda korsets verksamhet i detta avseende torde vara vida känd. Under senare år, särskilt sedan 1928 års sjukhuslag ersatt 1901 års lasarettsstadga, hava jämväl landstingen i allt större utsträckning träffat anstalter för beredande av barnbördsvård på lasarett.

De förefintliga anstalterna för barnsbörd kunna lämpligen uppdelas i *fem* grupper:

1. *barnbördshus* = helt fristående, av stat, landsting eller stad utanför landsting ägda anstalter;
2. *barnbördsavdelningar av typ I* = vid lasarett och därmed jämförliga sjukhus inrättade specialavdelningar för barnbördsvård, som förestås av egna, specialutbildade lasarettsläkare;
3. *barnbördsavdelningar av typ II* = vid lasarett för barnbördsvård inrättade avdelningar eller särskilt avdelade rum med lasarettsläkaren vid det odelade lasarettet eller på den kirurgiska avdelningen såsom ansvarig läkare;
4. *förlossningshem* = vårdanstalter för barnsbörd, som ägas av primärkommun, förening eller enskild;
5. *förlossningsrum hos barnmorska.*

Kommittén vill förutskicka, att dess översikt över anstaltsväsendet på ifrågavarande område är i flera avseenden ofullständig. Vid sjukstugor förefintliga vårdanordningar för barnsbörd har kommittén sålunda ansett sig här kunna lämna ur räkningen. År 1929 var särskild barnbördsavdelning inrättad vid endast en sjukstuga (6 vårdplatser); särskilda rum, reserverade för barnsbörd, funnos blott vid 10 sjukstugor (tillhopa 21 vårdplatser). Vidare äro uppgifterna beträffande förlossningshemmen bristfälliga. Dels hava svar icke ingått från alla enskilda förlossningshem, till vilka kommittén vänt sig med sina rundfrågor. Detta gäller hem såväl i städer som på landsbygden. Dels hava många förlossningshem enligt vunnen erfarenhet en ganska kort

tillvaro. Då vissa uppgifter inkommit före utgången av år 1929 — det år inventeringen i huvudsak avser — kan ett eller annat hem, vilket deklarerat sin tillvaro vid enquêtens besvarande, möjligen hava varit nedlagt vid årets utgång. Oaktat nu antydda brister beträffande de enskilda anstalterna torde dock en sammanställning av tillgängliga uppgifter rörande dessa vara av ett visst värde och ägnad att belysa åtskilliga förhållanden av praktisk betydelse.

Befintliga barnbördshus och barnbördsavd. av typ I m. m.

Barnbördshusen och barnbördsavdelningarna av typ I ävensom de i samband därmed anordnade gynekologiska avdelningarna hava redovisats i kap. 2 (tabellerna 1 och 12). Till belysande av dessa anstalters utveckling tillfogar kommittén nedan några korta data angående desamma.

Allmänna barnbördshuset i Stockholm inrättades 1775. Tidigare hade man endast haft tillgång till en i Serafimerlasarettet inrättad obstetrisk klinik av synnerligen ringa omfattning. Anstalten, som till en början inrymdes i förhyrda lokaler, erhöll år 1776 eget hus, till vars inköp ständerna beviljat ett räntefritt lån. Platsantalet var då 15. Till år 1788 ingingo i anstaltens inkomster överskottet av den s. k. koppympningsfonden. »Allmänna barnbörds- och koppympningsinrättningarna» erhöllo år 1816 av kronprins Karl Johan en gåva av 20 000 rdr banco, och som koppympningshuset i själva verket redan var försatt ur verksamhet, kommo inrättningarnas kapital och fastigheter barnbördshuset ensamt till godo. Med hjälp av dessa gåvomedel iståndsattes barnbördshuset, varvid sängantalet utökades. Samtidigt övergick den ekonomiska förvaltningen, som tidigare handhafts av sundhetskollegium, till en särskild direktion. Med understöd av ständerna ersattes det gamla barnbördshuset år 1858 av ett nytt, inrymmande 64 platser. År 1865 utbröts från anstalten undervisningen för barnmorskor och överflyttades till Provisoriska barnbördshuset å Södermalm, sedermera ersatt med Södra barnbördshuset. Sedan Kungl. Maj:t år 1909 till anstalten med nyttjanderätt upplåtit visst område, uppfördes därstädes delvis med tillhjälp av direkta statsmedel det nuvarande barnbördshuset, som öppnades år 1913. Sängantalet därstädes för barnbördsfall var till en början 81 men uppgår numera till 124. Dessutom finnes sedan år 1925 en *gynekologisk* avdelning om 40 platser.

Södra barnbördshuset i Stockholm inrättades år 1864 av Stockholms stad. Till en början endast avsett såsom ett provisorium inrymdes det i förhyrda lokaler å Södermalm; platsantalet var efter viss utökning 16. Anstalten flyttades 1871 och utvidgades ytterligare 1875, då Maria sjukhus öppnades och en för båda anstalterna gemensam styrelse tillsattes. Den tidigare benämningen »Provisoriska barnbördshuset» utbyttes något senare mot »Södra barnbördshuset». År 1898 uppfördes det nu befintliga barnbördshuset, som togs i bruk 1907 och för närvarande rymmer 111 platser. Vid anstalten bedrives även barnmorskeundervisning.

Göteborgs barnbördshus daterar sig från tiden för Sahlgrenska sjukhusets tillkomst 1789. I stiftelseurkunden för detta sjukhus föreskrevs nämligen bland annat, att av sjukhusets frisängar 3 skulle reserveras för barnaföderskor. År 1854 inrättades vid sjukhuset särskild förlossningsavdelning och i anslutning därtill anordnades enligt överenskommelse mellan sundhetskollegium och staden undervisning för barnmorskor. Denna barnbördsavdelning utbröts år 1875 från Sahlgrenska sjukhuset och ersattes med ett nyuppfört barnbördshus om 24 sängar. Vid sekelskiftet ersattes detta i sin tur av det nuvarande barnbördshuset, vilket till en början inrymde 60 vårdplatser jämte undervisningslokaler för barnmorskeelever. Vårdplatsantalet för barnaföderskor är numera 96, varjämte år 1924 tillkommit en *gynekologisk* avdelning, som för närvarande inrymmer 29 platser.

Gust. Westmans barnbördshus i Linköping inrättades år 1908. Det övertogs år 1928 av Östergötlands läns landsting. Antalet vårdplatser är 21.

Hälsingborgs barnbördshus grundades så sent som år 1926 och äges av Hälsingborgs stad. Såvitt för kommittén är känt, äger något samarbete icke rum mellan staden och Malmöhus läns landsting beträffande anstalten. Med hänsyn till stadens ställning till landstinget torde det dock icke vara obefogat att anse denna anstalt jämförlig med landstingsanstalt. Antalet vårdplatser därstädes är 41.

Motsvarande förhållande kan sägas råda i fråga om *Gävle stads barnbördshus.* Denna anstalt, som öppnades år 1906, åtnjuter icke landstingsbidrag. Den inrymmer 18 vårdplatser.

Kvinnokliniken i Lund. Vid lasarettet i Lund inrättades redan år 1823 ett särskilt förlossningssjukhus, där även barnmorskeundervisning bedrevs. Detta ersattes 1882 med ett nytt. Sedan barnmorskeundervisningen upphört 1908, övergick barnbördshuset till att utgöra en klinik för läkarutbildning, likställd med dem i Stockholm och Uppsala. År 1918 tillkom den nu befintliga moderna kvinnokliniken, som omfattar en barnbördsavdelning och en avdelning för *kvinnosjukdomar* med 54 vårdplatser å vardera avdelningen.

Obstetrisk-gynekologiska avdelningen i Uppsala. Akademiska sjukhusets första egentliga avdelning för barnsbörd öppnades 1867. Efter underhandlingar med Uppsala universitet och länets landsting uppfördes den byggnad, som för närvarande inrymmer den obstetrisk-gynekologiska avdelningen, vilken togs i bruk år 1904. Platsantalet var å barnbördsavdelningen 18 och å den gynekologiska avdelningen 20. I samband med sjukhusets ombyggnad 1919—1926 inrymdes den gynekologiska avdelningen tillsvidare i de lokaler, som ursprungligen avsetts för veneriskt sjuka, och uppläts den tidigare gynekologiska avdelningen för barnbördsvård. Barnbördsavdelningen förfogar numera över 53 och den gynekologiska över 46 vårdplatser.

Barnbördsavdelningen vid Malmö allmänna sjukhus tillkom år 1857 och inrymde då 4 platser. Vid sjukhusets utvidgning 1904—1907 uppfördes en särskild paviljong om 31 platser för endast förlossningsfall. Den nya avdelningen togs i bruk 1907, då för densamma anställdes särskild läkare, som två år senare blev ordinarie lasarettsläkare. Avdelningen överflyttades år 1923 till ny byggnad, däri även inrymts en *gynekologisk* avdelning om 30 platser. Antalet vårdplatser för barnsbörd är 50.

Barnbördsavdelningen i Norrköping. I staden inrättades med donationsmedel ett särskilt barnbördshus år 1894. Detta förlades å lasarettstomten och erhöll därigenom lokal anslutning till lasarettet. Sedan 1927 är det förenat med lasarettet som särskild avdelning. Antalet vårdplatser utgör 28.

Efter år 1929 hava tillkommit två barnbördsavdelningar av typ I, nämligen en om 26 platser vid Sabbatsbergs sjukhus i Stockholm, som jämväl inrymmer en gynekologisk avdelning om 60 platser,[1] och en om 29 platser vid lasarettet i Örebro. Sammanlagda antalet platser å ifrågavarande anstalter uppgår sålunda till c:a 650 för barnsbörd och 260 för kvinnosjukdomar.

Befintliga barnbördsavd. av typ II.

Barnbördsavdelningarna av typ II hava även redovisats i kap. 2 (tabell 12). Med hänsyn till de avsevärda utvidgningar, som skett på detta område efter år 1929, återgiver kommittén i nedanstående tablå ställningen vid 1931 års utgång.

[1] Denna avdelning är enbart avsedd för abortfall.

Barnbördsavdelningar av typ II år 1931.

Landstingsområde	Lasarettet i	Antal vårdplatser å lasaretten	Antal vårdplatser för landstingsområdena
Stockholms län	Södertälje	7	14
	Norrtälje	7	
Södermanlands »	Nyköping	5	5
Jönköpings »	Jönköping	28	28
Kronobergs »	Ljungby	10	10
Kalmar läns norra	Västervik	13	13
Kalmar läns södra	Kalmar	15	15
Blekinge »	Karlshamn	17	17
Kristianstads »	Kristianstad	20	33
	Simrishamn	6	
	Ängelholm	7	
Malmöhus »	Ystad	9	9
Hallands »	Falkenberg	6	6
Skaraborgs »	Mariestad	14	26
	Lidköping	12	
Värmlands »	Filipstad	5	5
Västmanlands »	Västerås	24	24
Gävleborgs »	Hudiksvall	10	10
Västernorrlands »	Sundsvall	20	82
	Härnösand	28	
	Örnsköldsvik	18	
	Sollefteå	10	
	Backe	6	
Jämtlands »	Sveg	2	5
	Östersund	3	
Hela riket		302	302

En statistisk översikt över såväl barnbördshusens som barnbördsavdelningarnas utveckling under tioårsperioden 1920—29 återfinnes i tabell 32. Tabellen utvisar, att sammanlagda antalet vårdplatser å dessa anstalter under nämnda 10-årsperiod ökats med 312 platser, motsvarande 60 % av det år 1920 befintliga platsantalet. Av dessa 312 platser komma 67 eller 21 % å barnbördshusen och 64 eller 21 % å barnbördsavdelningar av typ I samt ej mindre än 181 eller 58 % å barnbördsavdelningar av typ II. Sammanlagda antalet intagna å anstalterna har under nämnda period ökats med 6 823, motsvarande 39 % av antalet för år 1920. Ökningen fördelar sig med 1 206 eller 18 % å barnbördshusen, 820 eller 12 % å barnbördsavdelningar av typ I och med 4 797 eller 70 % å barnbördsavdelningar av typ II. Sammanställes tabellen med ovan lämnade uppgifter för år 1931, framgår att antalet vårdplatser å ifrågavarande anstalter från och med år 1920 intill utgången av år 1931 ökats med sammanlagt 434 platser eller sålunda i det närmaste med 84 %. Av denna ökning komma 67 platser eller 16 % på barnbördshusen, 119 platser eller 27 % på barnbördsavdelningar av typ I samt 248 platser eller 57 % på barnbördsav-

delningar av typ II. Totala antalet vårdplatser å ifrågavarande anstalter vid 1931 års utgång var 953.

Planerade barnbördsavdelningar.

Av landstingsprotokollen intill år 1932 inhämtas i övrigt följande. Stockholms läns landsting har år 1931 beviljat medel till en ny paviljong vid lasarettet i Södertälje, vilken skall inrymma bland annat en barnbördsavdelning om 11 sängar. Södermanlands läns landsting har beslutat dels om- och tillbyggnad av lasarettet i Eskilstuna, varvid i planen för lasarettets utvidgning ingår en barnbördsavdelning, dels uppförande vid lasarettet i Nyköping av en byggnad, avsedd att inrymma bl. a. en sådan avdelning. Vidare har landstinget fattat beslut om utredning angående inrättande av en barnbördsavdelning vid Kullbergska sjukhuset i Katrineholm. Fråga om anordnande av en barnbördsavdelning vid lasarettet i Flen har även varit uppe men tillsvidare uppskjutits. Enligt av särskilda kommitterade avgivet förslag skulle antalet platser vid nu berörda barnbördsavdelningar utgöra i Eskilstuna 14, Nyköping 10, Flen 8 och Katrineholm 8. Kalmar läns södra landsting har år 1931 beslutat dels uppföra ett nytt lasarett i Kalmar, vilket torde komma att erhålla 15 vårdplatser å barnbördsavdelning (= det nuvarande), dels utvidga lasarettet i Oskarshamn, varvid en barnbördsavdelning om 6 à 8 sängar skulle tillkomma. Tillika har landstinget i princip uttalat sig för inrättande av en barnbördsavdelning vid lasarettet i Borgholm. Hallands läns landsting har beslutat utredning om inrättande av en barnbördsavdelning vid lasarettet i Halmstad ävensom gått i författning om utredning angående anordnande av en mindre barnbördsavdelning vid lasarettet i Varberg. Älvsborgs läns landsting har år 1930 beslutat anordna en barnbördsavdelning vid lasarettet i Alingsås. Kopparbergs läns landsting har beviljat anslag till en barnbördsavdelning vid lasarettet i Mora; frågan om barnbördsvårdens ordnande i detta län är för övrigt under utredning. Gävleborgs läns landsting har år 1931 uppdragit åt särskilda kommitterade att verkställa utredning angående tillgodoseendet av behovet av ökat antal vårdplatser inom länet, därvid särskild uppmärksamhet skulle ägnas riktlinjerna för barnbördsvårdens ordnande. Västernorrlands läns landsting har samma år godkänt huvudgrunderna i ett av särskilda sjukvårdskommitterade framlagt förslag till sjukvårdens ordnande i länet för tiden 1932—1941. I detta förslag ingår utvidgning dels av barnbördsavdelningen vid lasarettet i Sundsvall till 31 platser, dels av barnbördsavdelningen vid lasarettet i Örnsköldsvik till 22 vårdplatser. Slutligen har Jämtlands läns landsting år 1930 beslutat utökning av barnbördsavdelningen vid lasarettet i Sveg.

Av vad sålunda anförts synes framgå, att endast Gotlands, Göteborgs och Bohus, Västerbottens och Norrbottens län ännu icke planerat eller vidtagit åtgärder för barnbördsvård å egna anstalter. Dock är för sistnämnda läns vidkommande att märka, att barnbördsvård meddelas å en avdelning av typ II vid garnisonssjukhuset i Boden. I Kristianstads, Västernorrlands och Jämtlands läns landstingsområden åter finnas barnbördsavdelningar vid samtliga lasarett. Därjämte hava Södermanlands, Kalmar läns södra och Hallands läns landsting planerat för barnbördsvård vid samtliga egna lasarett.

Förlossningshem och förlossningsrum.

Av *förlossningshemmen* kunna två grupper särskiljas: de kommunala och de enskilda.

Såsom *kommunala* betecknar kommittén förlossningshem, för vilkas driftkostnader primärkommun i sista hand ansvarar. I regel torde dessa hem hava donationer att tacka för sin tillkomst. Såvitt kommittén kunnat inhämta, funnos vid utgången av 1929 sammanlagt 21 kommunala förlossningshem i landet med tillhopa omkring 100 vårdplatser. Av dessa hem ägdes 11 av följande stadskommuner (antalet vårdplatser angives inom parentes): Djursholm (1), Visby (2), Karlskrona (11), Landskrona (10), Ystad (2), Mölndal (10), Vänersborg (2), Borås (18), Karlstad (3), Örebro (2) och Sundsvall (10). Övriga kommunala förlossningshem, alltså 10 med sammanlagt c:a 29 vårdplatser, voro belägna på landsbygden. För fem av dessa hem har röda korset uppgivits som delägare. Här må tilläggas, att enligt uppgift från svenska stadsförbundet stadsfullmäktige i Halmstad hava avtalat med enskilt förlossningshem i staden, att därstädes skall, i mån av utrymme, per år mottagas högst 30 i staden mantalsskrivna, mindre bemedlade barnaföderskor.

De *enskilda* hemmen voro år 1929, såvitt inhämtade uppgifter giva vid handen, till antalet 62. Därav ägde röda korset ej mindre än 27 hem med tillhopa cirka 70 vårdplatser. Två av dessa hem voro belägna i städer (Vaxholm och Ronneby). Andra föreningar hava uppgivits äga 6 hem med tillhopa ett 70-tal vårdplatser. Bland dessa hem märkas den år 1774 inrättade anstalten Pro Patria i Stockholm om 22 platser, ett hem i Motala om 18 platser och ett i Falun om 23 platser. Återstående 29 enskilda hem om sammanlagt cirka 200 platser ägdes av enskilda personer, bland dem två läkare. Med hänsyn till röda korsets stora insats på detta område lämnar kommittén i särskild bilaga (textbilaga 1) en kortfattad översikt över röda korsets åtgärder i berörda avseende.

Enligt inkomna uppgifter funnos vid 1929 års utgång *förlossningsrum hos barnmorska* till ett antal av 31, därav 24 voro belägna i stad.

Närmare uppgifter om förlossningshemmen och förlossningsrummen lämnas i tabellerna 33 och 34. Tabell 33 innehåller uppgifter om belägenhet, ägare och vårdplatsantal för 114 sådana hem (rum). I tabell 34 redovisas beläggningsförhållandena vid 33 förlossningshem (-rum), från vilka uppgifter härom inkommit. Tabellen lämnar för dessa 33 hem även uppgifter angående byggnadens karaktär och vissa lokala förhållanden samt vid hemmen anställda läkare och barnmorskor. Enligt tabell 33 utgjorde antalet vårdplatser å samtliga 114 förlossningshem (-rum) år 1929 tillhopa omkring 600, motsvarande i medeltal 5·2 vårdplatser per anstalt; högsta antal för anstalt utgjorde 23, lägsta 1. Antalet vårdplatser å de 33 anstalter, som lämnat fullständiga uppgifter, belöpte sig enligt tabell 34 till omkring 195; antalet därstädes intagna uppgick till 2 255; medelvårdtiden för de 29 anstalter, som härutinnan lämnat uppgift, uppgick i genomsnitt till 10·7 dagar (maximum 18 dagar, minimum 8 dagar). En sammanställning av övriga uppgifter i tabellerna giver vid handen i huvudsak följande:

1. Av de i tabell 33 angivna 114 förlossningshemmen (-rummen) tillhörde
   primärkommun . . . . . 16 st. = 14·0 %
   primärkommun jämte röda korset . . . . . 5 » = 4·4 %
   röda korset . . . . . 27 » = 23·7 %
   annan förening . . . . . 6 » = 5·3 %
   läkare . . . . . 2 » = 1·7 %
   barnmorska . . . . . 31 » = 27·2 %
   annan enskild . . . . . 27 » = 23·7 %
2. I avseende å belägenheten var fördelningen följande:
   i stad . . . . . 59 st. = 51·7 %
   i köping . . . . . 6 » = 5·3 %
   i municipalsamhälle . . . . . 12 » = 10·5 %
   å ren landsbygd . . . . . 37 » = 32·5 %
3. De i tabell 34 omförmälda 33 anstalterna voro inrymda:
   i egna lokaler . . . . . 21 st. = 63·6 %
   i förhyrda lokaler . . . . . 12 » = 36·4 %
4. Av samma anstalter voro förlagda:
   vid sjukvårdsinrättning . . . . . 4 st. = 12·1 %
   » ålderdomshem . . . . . 5 » = 15·2 %
   i samband med barnmorskas bostad . . . . . 13 » = 39·4 %
   fristående . . . . . 11 » = 33·3 %
5. Av anstalterna hade följande antal »inre» lokaler:
   särskilt förlossningsrum . . . . . 18 st. = 54·5 %
   särskilt kök . . . . . 17 » = 51·5 %
   bad- eller duschanordning . . . . . 16 » = 48·5 %

6. Särskild läkare och barnmorska ansvarade för anstaltens skötsel i 6 fall av 33 = 18·2 %, endast läkare i 8 fall = 24·2 % och endast barnmorska i 3 fall = 9·1 %. I återstående 16 fall = 48·5 % ansvarade ingen särskild läkare eller barnmorska för hemmet.

Gällande bestämmelser ang. sluten vård vid barnsbörd. Sjukhuslagen 1928 och dess förarbeten.

Som ovan berörts gav 1901 års lasarettsstadga en uttrycklig anvisning om att normala förlossningsfall icke ägde någon hemortsrätt på lasaretten. Först med nu gällande sjukhuslag av år 1928 har härutinnan inträtt en förändring. Så långt som till ett åläggande för vederbörande huvudmän att ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd har lagstiftaren dock icke vågat gå, utan man har nöjt sig med att i lagen intaga ett stadgande av innehåll, att landstingen resp. icke-landstingsstäderna *böra* ombesörja sådan vård, i den mån ej annan drager försorg därom. Till belysande av detta stadgandes tillkomst och innebörd må ur lagens förarbeten återgivas följande.

I det förslag till allmän sjukhusstadga, som avgavs av *1920 års lasarettsstadgekommitté*, hade vad angår skyldighet att bereda sjukhusvård intagits en så lydande bestämmelse: »Den sjukvård, som bör genom det allmännas försorg beredas, skall, i den mån densamma icke utgör statsangelägenhet, besörjas av landstingen, där ej annorlunda är särskilt stadgat. Kommuner och enskilda är obetaget att, under iakttagande av de i denna stadga givna bestämmelser samt vad i övrigt finnes stadgat, uppföra och driva sjukhus eller i övrigt ombesörja sjukvård.» Med sjukhus förstods anstalt, avsedd för intagning och vård av kroppslig sjukdom, barnsbörd, kroppsfel eller skada. I motiveringen till förenämnda bestämmelse uttalade kommittén, att med vissa

angivna undantag omsorgen om den offentliga sjukvården — sålunda även barnbördsvården — kommit att uppfattas som en förpliktelse för landstingen och icke-landstingsstäderna, en förpliktelse som från dessas sida både erkänts och uppfyllts.

1926 års lasarettsstadgesakkunniga föreslogo en bestämmelse, enligt vilken landstingen skulle direkt åläggas ombesörja anstaltsvård för barnsbörd. 1 §, första stycket, i deras förslag till lag om vissa av landsting eller kommuner drivna sjukhus hade nämligen följande lydelse: »Landsting, så ock stad, som ej deltager i landsting, åligger att för dem, som hava sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada, kroppsfel eller barnsbörd, i den mån icke annan drager försorg om sådan vård.»

I det inom socialdepartementet upprättade *förslaget till lag om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus*, vilket genom Kungl. Maj:ts proposition nr 101 förelades 1928 års riksdag, hade lasarettsstadgesakkunnigas förslag modifierats sålunda: »Landsting, så ock stad, som ej deltager i landsting, åligger att för dem, som hava sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel, i den mån icke annan drager försorg om sådan vård. I enahanda omfattning bör landsting liksom stad, som nyss nämnts, ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd. Vård, som ovan avses, må ock ombesörjas av kommun, vilken deltager i landsting.» Departementschefen uttalade i propositionen, att det syntes honom angeläget, att landstingens och storstädernas uppgift att vara huvudmän för den verksamhet, som hade att tillgodose behovet av särskilda barnbördsanstalter, komme till uttryck i författningen, men han funne det icke nödvändigt, att bestämmelsen om ombesörjande av dylika anstalter avfattades så, att den bleve av tvingande natur; en bestämmelse, varigenom landstingen och i landsting icke deltagande städer förklarades *böra* ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd, syntes vara tillräcklig. Genom vad sålunda förordats hade någon ståndpunkt icke fattats till frågan om och i vad mån staten borde ekonomiskt medverka till barnbördsanstalternas tillkomst och underhåll.

Uti en vid samma riksdag väckt *motion* (II: 449) hemställdes om sådan omformulering av förenämnda paragraf, att landstingsområde och stad, som ej deltoge i landsting, direkt ålades ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd, dock att denna skyldighet skulle inträda först efter en viss övergångstid för att bereda vederbörande tillfälle att vidtaga erforderliga åtgärder i nämnda hänseende. Andra lagutskottet, dit ärendet hänskjutits, avstyrkte emellertid i utlåtande nr 35 motionen ifråga, enär anledning funnes antaga, att den i fråga om anstaltsvård för barnsbörd enligt propositionen föreslagna bestämmelsen skulle visa sig vara tillräcklig för att nå det resultat, vartill man ville komma, nämligen att landstingen och de i landsting ej deltagande städerna skulle draga försorg om att barnbördsanstalter och förlossningshem inrättades i erforderlig omfattning. Med avslag å motionen antog riksdagen därefter det av Kungl. Maj:t framlagda förslaget. Innebörden av gällande lag, som i denna del till fullo överensstämmer med Kungl. Maj:ts förslag, är alltså, att

landsting och städer utanför landsting väl icke hava skyldighet att ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd men att detsamma icke desto mindre kan anses som en för dem särskilt väl lämpad uppgift.

Sjukhemsstadgan 1931.

Genom stadga den 29 maj 1931 (S. F. S. nr 172) angående enskilda sjukhem och förlossningshem hava föreskrifter lämnats rörande bland annat sådana anstalter eller hem för beredande av sluten vård i samband med barnsbörd, för vilkas driftkostnader ansvar icke i sista hand helt eller till viss del åvilar staten, landsting, kommun eller sammanslutning, vari landsting eller kommun deltager (enskilda förlossningshem). För drivande av sådant hem erfordras tillstånd av medicinalstyrelsen. Undantag härifrån har medgivits beträffande hem, som voro i verksamhet vid tiden för stadgans ikraftträdande (den 1 juli 1931), men för dessa gäller i stället viss anmälningsskyldighet m. m. Ansökan om tillstånd skall göras av den, som ämnar driva hemmet, och skall åtföljas av vissa uppgifter och handlingar, ägnade att tjäna till ledning vid tillståndsfrågans bedömande. Om meddelat tillstånd utfärdas skriftligt bevis. För hemmet skall finnas legitimerad läkare, som skriftligen förbundit sig att bestrida läkarvården därstädes ävensom att öva tillsyn å vårdanordningarna och avgiva berättelse över verksamheten (anstaltsläkare). Journal över å hemmet vårdade skall även föras. De enskilda förlossningshemmen äro i medicinskt-hygieniskt hänseende underkastade inspektion av medicinalstyrelsen, som därest uppenbart missförhållande befinnes föreligga vid sådant hem och rättelse ej åstadkommes, äger återkalla meddelat tillstånd och förbjuda fortsatt drivande av hemmet. Tillsyn å dylika hem i andra hänseenden utövas — under inseende av statens inspektör för fattigvård och barnavård — utav statens fattigvårds- och barnavårdskonsulenter samt barnavårdsnämnderna ävensom, där så finnes erforderligt, av särskilt tillkallade personer.

Barnmorskereglementet.

Enligt gällande reglemente för barnmorskor den 21 november 1919 är barnmorska, som vill driva enskilt hem för beredande av sluten vård i samband med barnsbörd, underkastad bestämmelserna i stadgan angående enskilda sjukhem och förlossningshem. Vill barnmorska endast vid enstaka tillfälle i sin bostad mottaga havande kvinna att där förlösas, åligger det henne, vare sig det sker mot betalning eller kostnadsfritt, att inom tre dagar göra skriftlig anmälan därom hos sin närmaste förman (§ 24 mom. 1). Har barnmorska med annan person, vilken yrkesmässigt mottager barnaföderskor till vård, träffat avtal att tillhandagå vid förekommande förlossningar, skall ock skriftlig anmälan därom göras hos närmaste förman (§ 24 mom. 2). Såsom sådan fungerar, envar inom sitt tjänsteområde, provinsial-, extra provinsial-, stads-, köpings- och municipalläkare (§ 5). Högsta överinseende över barnmorskorna utövas av medicinalstyrelsen och under denna inom varje län av förste provinsialläkaren (instruktionen för medicinalstyrelsen den 19 december 1930, 2 §, och allmänna läkarinstruktionen samma dag, § 6 mom. 1).[1]

Allmänna synpunkter ang. behovet av sluten vård vid barnsbörd.

Havandeskap och barnsbörd äro fysiologiska företeelser och kunna därför icke i och för sig betecknas såsom sjukliga tillstånd. På grund av de djupt

[1] Förste provinsialläkarens funktioner fullgöras i de fyra största städerna av förste stadsläkaren därstädes.

ingripande förändringar i den kvinnliga organismen, vilka desamma förorsaka, utsättes denna emellertid för i olika avseenden stora påfrestningar och göres lätt mottaglig för skadliga yttre inflytelser. Till följd av de ökade kraven på modern förvärras ofta vissa redan före havandeskapet eventuellt förefintliga sjukliga tillstånd, såsom tuberkulos, njursjukdom och hjärtfel, varjämte i samband med havandeskapet stående förändringar i den s. k. inre sekretionen och ämnesomsättningen kunna förorsaka sjukliga symptom av mycket allvarlig art, t. ex. höggradig äggvitesjukdom och eklampsi (krampanfall). De yttre skadliga inflytelserna äro i främsta rummet att hänföra till infektion av sådana smittämnen, som förorsaka den s. k. barnsängsfebern. Förlossningen kan medföra komplikationer även av annan art, innebärande fara för moderns liv, framför allt blödningar.

Även en normalt förlöpande förlossningsakt försätter den födande kvinnan i ett tillstånd, som gör henne beroende av andras hjälp. Den nyblivna moderns krafter bliva genom förlossningen så nedsatta, att hon med hänsyn såväl härtill som till vikten av vila och lugn för läkning av genom förlossningen förorsakade skador i förlossningsvägarna samt för återbildandet av könsorganen är i behov av sängläge. Man kan därför säga, att ehuru kvinnan under förlossningen och tiden närmast därefter (barnsängen) icke är sjuk, hon likväl är i behov av speciell vård.

Att sjukvård i egentlig mening är erforderlig, då sjukliga komplikationer tillstöta, säger sig självt. Det ligger ock i öppen dag, att, när tillstötande sjukdomar under havandeskap eller förlossning äro av den betydelse och art, att sjukhusvård kräves, den havande kvinnan har rätt till sådan vård liksom varje annan sjuk. Behandlingen av en normalt förlöpande barnsbörd kan i det väsentliga karakteriseras såsom övervakande, vilken, vad modern beträffar, har till närmaste uppgift att söka förebygga infektioner samt begränsa skadorna i förlossningsvägarna till det minsta möjliga. Det är en alldaglig erfarenhet, att de yttre hjälpmedel, som krävas härför, äro jämförelsevis små och att den för en normalt förlöpande förlossning erforderliga vården kan väl tillgodoses i ett snyggt och renligt, tillräckligt rymligt hem. Under samma goda yttre förhållanden anses jämväl mindre krävande förlossningsoperationer kunna genomföras i hemmet på ett i det stora hela betryggande sätt.

Det må emellertid erinras, att vid förlossningsakten och barnsängen liksom i övrigt under havandeskapet vården har att taga hänsyn till icke blott kvinnan (modern) utan jämväl fostret resp. det nyfödda barnet. För att i möjligaste mån tillgodose bådaderas krav på god vård har den nutida förlossningskonsten under hägnet av den allt mera fullkomnade sårbehandlingen (aseptiken) blivit mera aktivt betonad än tidigare. Den har s. a. s. fått en mera operativ prägel över sig. Vissa av de operativa ingreppen förutsätta samma utrustning som den större kirurgien i allmänhet. Oväntade komplikationer, som kunna uppstå även vid till synes enklare förlossningsoperationer, behärskas givetvis mycket lättare på ett sjukhus än i ett hem. Härmed har helt naturligt från såväl klientelets som läkarnas sida önskemålet att i allt större utsträckning kunna lämna vård vid barnsbörd på därför särskilt

avsedd anstalt framträtt mera allmänt icke blott för de fall, där abnorma eller sjukliga förhållanden redan konstaterats, utan även för till synes fullt normala fall, särskilt förstföderskor och de omföderskor, som tidigare genomgått komplicerad förlossning. För läkaren erbjuder anstaltsvården den stora fördelen, att han blir i tillfälle att övervaka och följa förlossningen från dess tidiga skede till dess fullbordan under förhållanden, som giva honom möjlighet att med erforderlig trygghet företaga ingrepp, när helst så påfordras. Åt kvinnan skänker medvetandet härom en stor trygghetskänsla, som i de flesta fall torde uppväga det offer, en förlossning utom det egna hemmet kan innebära.

Ifrågavarande spörsmål måste emellertid ses från en vidare synvinkel än den rent medicinska. Det har även en mycket viktig social betoning. Detta torde visserligen kunna sägas om samtliga allmänna sjukvårdsproblem. De medicinska och sociala synpunkterna kunna vid uppläggning av dessa problem icke helt frigöras från varandra. Men beträffande barnbördsvården är sambandet mellan dem starkare än på flertalet andra områden inom sjukvården. De sociala synpunkter, som göra sig gällande i fråga om barnbördsvården, äro väl kända. Trångboddheten, en bristfällig bostadshygien och tjänarinneproblemet äro de viktigaste. På grund av den starka nedgången i nativiteten — en av vår tids allvarligaste sociala företeelser — synes beredandet av goda vårdmöjligheter vid barnsbörd utgöra en av vårt lands viktigaste socialhygieniska åtgärder.

Infektionsrisken vid barnsbörd.

Under den diskussion, som förts angående anordnande av anstaltsvård vid barnsbörd, har den uppfattningen kommit till synes, att risken för infektion, en av de allvarligaste faror, som hota en födande kvinna, skulle vara större vid förlossning å anstalt än vid förlossning under goda förhållanden i hemmet. Denna synnerligen viktiga fråga synes kommittén kräva en närmare belysning, innan kommittén går att söka uppdraga riktlinjer för barnbördsvårdens vidare utbyggande.

Några direkta beräkningar angående infektionsrisken i hemmen eller på anstalt kunna icke med tillgängligt statistiskt material åstadkommas. Enär i samband med barnsbörd inträffande dödsfall oftast hava sin grund uti infektion av ett eller annat slag, synes dock ett studium av dödlighetssiffrorna för förlossningsfallen kunna giva en tämligen god ledning för bedömandet av spörsmålet ifråga. Kommittén har därför låtit verkställa en jämförande undersökning rörande dödlighetstalen för dels de fall av förlossningar i hemmet, som finnas upptagna i barnmorskornas dagböcker för 1927 och 1928, dels de fall, som under samma år intagits för förlossning å Allmänna barnbördshuset och Södra barnbördshuset i Stockholm, Göteborgs barnbördshus, Akademiska sjukhusets obstetrisk-gynekologiska klinik i Uppsala, kvinnokliniken vid lasarettet i Lund samt barnbördsavdelningarna vid Norrköpings lasarett och Malmö allmänna sjukhus. Angående denna undersökning och resultatet därav må här anföras följande.

Uppgifter om de av barnmorskorna skötta förlossningarna ha hämtats ur Sveriges officiella statistik över hälso- och sjukvård för åren 1927 och 1928,

vilken innehåller ett sammandrag av de från förste provinsialläkarna lämnade utdragen ur barnmorskornas dagböcker. Av dessa sammandrag framgår till en början, att av barnmorskor förlöstes 78 647 kvinnor under 1927 och 76 749 under 1928 eller sammanlagt 155 396 kvinnor. I denna summa ingå även de av barnmorskorna skötta missfallen, uppgående till c:a 4·4 % av förlossningsfallen. För ett rätt bedömande av dödlighetsrisken vid förlossning borde givetvis missfallen avskiljas från undersökningsmaterialet. Detta låter sig emellertid icke göra beträffande barnmorskornas förlossningsfall på annat sätt än att samtliga barnmorskedagböcker granskas, vilket torde vara en för ifrågavarande syfte alltför omständlig procedur. Kommittén har därför icke urskilt missfallen, vilket icke torde avsevärt påverka resultatet, enär ifrågavarande missfall i regel kunna hänföras till de lättare fallen med intet eller enstaka dödsfall. De svårare missfallen — med feber eller bukhinneretning — pläga med mycket få undantag av barnmorskorna skickas in till lasaretten eller barnbördshusen. Förefintligheten av missfall bland barnmorskornas förlossningsfall torde alltså icke bidraga till att höja dödlighetstalet för dessa.

I förenämnda sammandrag av barnmorskornas dagböcker lämnas även uppgifter om barnsängskvinnornas tillstånd tre veckor efter förlossningen. Desamma utvisa, att inom denna tid avlidit 201 patienter år 1927 och 213 år 1928 eller sammanlagt 414 patienter. På 155 396 förlossningar innebär detta en dödlighet av 2·7 ‰. Denna siffra tager emellertid som antytts icke hänsyn till alla senare än tre veckor efter förlossningen inträffade dödsfall, t. ex. på grund av långvarig infektion i könsorganen med tillstötande bukhinneinflammation och allmän blodförgiftning eller en sent uppträdande blodpropp med lunginfarkt eller lungkomplikation. Vidare är att märka, att i barnmorskereglementet saknas varje bestämmelse, som ålägger barnmorska att lämna uppgift om tillståndet hos barnsängskvinna annat än för det fall, att läkare eller barnmorska företagit operation. Dessa fall utgöra endast en ringa del av hela antalet förlossningar, nämligen 2 500 år 1927 och 2 478 år 1928 eller 3·2 %. Ifrågavarande sammandrag giva därför en ofullständig bild av dödligheten bland barnmorskefallen. Det bör ock beaktas, att barnmorskorna såvitt möjligt till anstalt remittera alla svårare förlossningsfall, såsom föreliggande moderkaka (placenta praevia), för tidig lösning av moderkaka, krampanfall, trångt bäcken, hjärtfel o. s. v., varför dessa fall i allmänhet icke komma att upptagas i barnmorskornas statistik. Även sådana fall, där komplikationer inträtt under barnsängen, såsom bukhinneinflammation, allmän blodförgiftning eller lunginflammation, torde av barnmorska i allmänhet inskickas till lasarett eller barnbördshus. Alla dessa förhållanden bidraga till att hålla nämnda dödlighetssiffra (2·7 ‰) i underkant.

Vad angår förlossningsfallen å anstalt skulle enligt tabell L i Sveriges officiella statistik för hälso- och sjukvård å samtliga barnbördshus ha för förlossning intagits 20 418 kvinnor under år 1927 och 22 619 under år 1928 eller sammanlagt 43 037 patienter. Enligt samma tabell hade av dessa patienter dött 77 under år 1927 och 82 under år 1928 eller sammanlagt 159, motsvarande en dödlighet av 3·7 ‰. Denna siffra kan emellertid, bland annat på

grund av ovan angivna orsaker, icke jämföras med den på barnmorskornas förlossningsmaterial grundade siffran 2·7 ‰. För att få en någorlunda jämförbar siffra ur anstaltsmaterialet måste man gå tillbaka till årsrapporterna från de olika anstalterna. Detta är också nödvändigt på grund av att uppgifterna i förenämnda tabell ofta icke överensstämma med årsrapporterna och ibland lätt vilseleda. Sålunda uppgiver tabell L antalet intagna patienter för förlossning å Allmänna barnbördshuset för år 1927 till 3 026 med 14 dödsfall, medan årsberättelsen uppgiver 3 499 med 24 dödsfall, och för 1928 äro motsvarande siffror i tabell L 3 649 med 12 dödsfall, under det att årsberättelsen uppgiver 4 209 med 15 dödsfall. I tabellens uppgifter för Södra barnbördshuset, Norrköpings, Malmö och Göteborgs barnbördshus hava även missfallen inräknats bland de för förlossning intagna patienterna, under det att så icke skett i uppgifterna för Lunds lasarett och Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Enligt årsberättelserna utgjorde sammanlagda antalet för förlossning intagna patienter å förenämnda anstalter 14 796 år 1927 och 15 747 år 1928, summa 30 543. Härav utgjorde, såsom framgår av nedanstående, av docenten *J. P. Næslund* upprättade tablå, missfallen 1 969 år 1927 och 2 230 år 1928, summa 4 199. Antalet döda utgjorde 131, motsvarande 4·3 ‰.

Anstalt	År	Antal förlossningar (utom missfall)	Antal missfall	Antal kejsarsnitt	Antal döda					
					efter kejsarsnitt		i samband med partus		i samband med missfall	
					i genitalinf.	av annan orsak	i genitalinf.	av annan orsak	i genitalinf.	av annan orsak
Allmänna barnb.huset	1927	3 058	441	18	—	—	5	14	5	—
»	1928	3 645	564	16	1	2	1	8	2	1
Södra barnbördshuset	1927	2 750	617	5	—	—	2	4	5	3
»	1928	2 440	762	3	—	—	—	6	5	—
Göteborgs barnbördshus	1927	2 428	378	25	1	2	2	5	2	1
»	1928	2 514	352	12	—	2	—	5	2	1
Lunds kvinnoklinik .	1927	1 673	135	23	—	1	—	5	1	—
»	1928	1 889	136	29	1	1	3	2	1	—
Uppsala kvinnoklinik	1927	1 112	183	19	1	2	3	2	—	—
»	1928	1 108	170	9	—	1	1	3	—	—
Norrköpings barnb.avd.	1927	656	59	1	—	—	—	1	—	—
»	1928	691	54	1	—	1	—	1	—	—
Malmö barnbördsavd.	1927	1 150	156	33	—	—	—	1	—	—
»	1928	1 230	192	37	—	4	4	4	—	—
Summa		**26 344**	**4 199**	**231**	**4**	**16**	**21**	**61**	**23**	**6**

Missfallen böra emellertid, som ovan framhållits, vid bedömandet av dödlighetsrisken vid förlossning avskiljas ur materialet. Att detta är av vikt beträffande anstaltsfallen framgår tydligt av ovanstående tablå. Av de där upptagna 4 199 missfallen ha nämligen 29, d. v. s. 6·9 ‰, lett till döden, varvid dödsorsaken utgjorts av genitalinfektion i 23 fall, d. v. s. 5·5 ‰. Från-

räknas missfallen, återstå 26 344 förlossningsfall. Av dessa ha 102 patienter dött, motsvarande 3·9 ‰. Men ej heller denna siffra är fullt jämförlig med barnmorskematerialets dödssiffra, ty i anstaltsmaterialet ingår ett ojämförligt större antal svåra opererade fall, enär, som förut påpekats, alla svårare fall remitteras till anstalterna. Att åter avskilja alla svårare operationsfall låter sig icke göra. En grupp skulle dock möjligen kunna uteslutas, nämligen kejsarsnitten, vilka endast i mycket sällsynta undantagsfall kunna tänkas utförda i hemmen. I föreliggande material ha 231 patienter förlösts med kejsarsnitt, varvid 20 dogo. Frånräknas kejsarsnitten, erhålles för återstående 26 113 förlossningsfall 82 dödsfall eller en dödlighet av 3·1 ‰. Av dessa 82 döda hava endast 21 eller c:a ¼ dött i genitalinfektion i samband med partus, medan de övriga 61 patienterna dött av annan orsak. (Se ovanstående tablå.)

Såsom framgår av det nu sagda kan för bedömande av dödlighetsriskens storlek vid förlossning i hemmet och å anstalt av olika orsaker ur tillgängligt material icke vinnas fullt jämförbara siffror. Särskilt är den omständigheten, att de stora anstalternas klientel i sig inrymmer ett ojämförligt mycket större antal svårare och operativt behandlade förlossningsfall än det i hemmen förlösta, ägnad att förrycka resultatet av en dylik jämförelse. Då emellertid, sedan missfallen och kejsarsnitten avskilts, för det återstående anstaltsmaterialet, vilket dock inom sig måste rymma alla svårare fall, som inskickas av barnmorskorna, erhålles en så låg dödlighet som 3·1 ‰ samt dödligheten i genitalinfektion i samband med partus är mycket ringa vad anstaltsfallen beträffar, synes man med hänsyn jämväl till andra ovan anförda omständigheter vara berättigad draga den slutsatsen, att den av infektion förorsakade dödlighetsrisken vid barnsbörd är lägre på anstalter än i hemmen.

Riktlinjer för barnbördsvårdens utbyggande.

Kommittén övergår härefter till att söka belysa, i vilken omfattning *anstaltsvård* vid barnsbörd erfordras, samt angiva riktlinjer i övrigt för den slutna barnbördsvårdens utbyggande.

Vårdens omfattning.

Vad angår den slutna barnbördsvårdens omfattning må till en början hänvisas till vad som här ovan under allmänna synpunkter anförts. Såsom icke blott en sjukvårdsangelägenhet vid komplicerade fall av barnsbörd och havandeskapssjukdomar utan även en synnerligen viktig social angelägenhet bör vården omfatta all barnsbörd, oavsett om den är förenad med komplikationer eller icke. Från social-hygienisk synpunkt kan det dock icke betecknas såsom ett allmänt intresse att bereda anstaltsvård för andra normala förlossningsfall än dem, som för erhållande av en tillfredsställande vård lämpligare böra hänvisas till barnbördsanstalt än tillrådas kvarstanna i hemmet. Var gränsen skall dragas är givetvis svårt att angiva. Erfarenheten har tillfullo visat, att förtroendet till vården på de allmänna anstalterna stadigt vuxit bland alla befolkningslager. Det torde varken vara möjligt eller önskvärt att vid det allmännas anstalter uppställa några restriktioner beträffande tillträde till vården, så snart ett vårdbehov överhuvud taget föreligger. Då emellertid ifrågavarande vård, såsom av det nedanstående framgår, icke kan centraliseras i samma omfattning som lasarettsvården utan i viss utsträckning lär be-

höva tillgodoses genom smärre anstalter med stundom endast 2—4 vårdplatser, torde redan härigenom en viss sovring av klientelet komma att äga rum. Ekonomiska hänsyn tvinga nämligen till att beträffande anstalternas anläggning, utrustning och inredning iakttaga all den sparsamhet, som är möjlig utan åsidosättande av hygieniska och vårdtekniska fordringar, vilket torde hava till följd, att åtminstone de mindre hemmen, som måste bliva i avsaknad av enskilda och halvenskilda rum, i allmänhet icke komma att erbjuda de bekvämligheter, på vilka ekonomiskt bättre lottade kvinnor göra anspråk. På så sätt torde den genom det allmänna bekostade vården komma att utan restriktiva bestämmelser i viss mån ernå en begränsning i överensstämmelse med den starka sociala betoningen av vårdproblemet. Givetvis har kommittén härmed icke velat göra sig till tolk för den meningen, att på de större anstalterna vård på enskilda och halvenskilda rum icke bör beredas.

Platsbehovet.

Från nämnda utgångspunkt måste en uppskattning av platsbehovet för vården bliva i hög grad approximativ. Detta gäller så mycket mer som vården ifråga med visst fog kan betecknas såsom en allmän vårdangelägenhet i vardande. Med ledning av antalet barnaföderskor i riket kan man visserligen lätt beräkna det erforderliga vårdplatsantalet under förutsättning, att samtliga barnaföderskor förlösas å anstalt. Då antalet barnaföderskor år 1929 uppgick till i runt tal 95 450 samt medelvårdtiden kan sättas till 11 dygn, skulle, vid beläggning av varje vårdplats 330 dagar om året, antalet erforderliga platser detta år under nyssnämnda förutsättning hava utgjort 3 180. Svårigheter uppstå emellertid, när det gäller att bedöma, i vad mån barnaföderskorna kunna vid en rationellt ordnad anstaltsvård förväntas söka dylik vård. En viss ledning härutinnan torde kunna inhämtas av förhållandena i våra fyra största städer, där den slutna förlossningsvården redan synes vara väl tillgodosedd. Det totala antalet barnaföderskor resp. antalet å anstalt intagna barnaföderskor utgjorde år 1929, enligt den officiella statistiken, i

Stockholm	7 678	resp.	7 039
Göteborg	4 410	»	3 078
Malmö	1 665	»	1 360
Norrköping	970	»	754
Summa	14 723	resp.	12 231 = 83 %.

Dessa siffror kunna emellertid icke godtagas som mätare på ett blivande platsbehov för landet i dess helhet. I berörda städer förestås nämligen samtliga anstalter av speciellt utbildade, i sitt fack framstående läkare, varigenom anstalterna hos allmänheten kommit att åtnjuta ett särskilt stort förtroende. En annan faktor av ännu större betydelse härutinnan är, att ifrågavarande städer äro de folkrikaste i landet; trångboddheten är där störst och ett proportionsvis stort antal barn födas där utom äktenskapet. Mer lämpade att tjäna till ledning för en uppskattning av ifrågavarande platsbehov för landet i dess helhet vore otvivelaktigt uppgifter om antalet barnaföderskor i landstingsområden, där vården tillgodosetts med väl fördelade vårdanstalter av

lämpliga normaltyper. Med hänsyn till den ringa utsträckning, i vilken den slutna barnbördsvården hittills utbyggts i landstingsområdena, kan sådan statistik av tillräcklig omfattning icke erhållas. Endast Västernorrlands läns landsting hade vid tiden för 1929 års utgång sökt sörja för barnbördsvården i länets olika delar och för ändamålet inrättat barnbördsavdelningar vid länets samtliga lasarett. Antalet barnaföderskor inom detta län uppgick nämnda år till i runt tal 4 880, därav omkring 1 500 intagits å anstalt, vadan alltså, approximativt räknat, 31 % av samtliga barnaföderskor i detta landstingsområde förlösts å anstalt. Kommittén har för vissa sjukvårdsområden med ledning av årsberättelserna från där befintliga barnbördshus och barnbördsavdelningar vid lasarett ävensom barnmorskornas dagböcker gjort en undersökning angående förhållandet mellan totala antalet levande födda och antalet å barnbördsanstalt levande födda. Resultatet av denna undersökning, som framlagts i tabell 35, bestyrker riktigheten av ovan lämnade relationstal.

Ser man till riket i dess helhet uppgick antalet å allmänna barnbördsanstalter intagna år 1929 till 24 221. Av dessa hade omkring 22 200 intagits för förlossning. Då hela antalet barnaföderskor i riket för samma år uppgick till 95 450, ägde således omkring 23 % av samtliga förlossningar rum å allmänna anstalter. Kommittén vågar icke angiva några på egna beräkningar grundade siffror å det antal barnsbörder, som nämnda år belöpte sig på de förlossningshem och förlossningsrum, där vårdavgifterna voro satta till sådana belopp, att de kunde vara av betydelse för barnbördsvården, sedd såsom en socialhygienisk angelägenhet. I moderskapsunderstödssakkunnigas år 1929 avgivna betänkande återfinnes emellertid en uppgift om antalet å förlossningshem och förlossningsrum vårdade barnaföderskor år 1927. Nämnda sakkunnigas och kommitténs begrepp »förlossningshem» täcka visserligen icke helt varandra. Skillnaden torde dock vara av oväsentlig betydelse i detta sammanhang. Enligt moderskapsunderstödssakkunniga uppgick berörda antal barnaföderskor till i runt tal 5 500. Med hänsyn till den utveckling, vården undergått efter 1927, torde man vara berättigad antaga, att antalet på dylika anstalter år 1929 vårdade kvinnor icke understiger det för år 1927 angivna. Helt approximativt beräknat skulle alltså under år 1929 c:a 27 700 barnaföderskor eller i det närmaste 30 % åtnjutit barnbördsvård å anstalt.

Man skulle möjligen kunna tro, att barnbördshusen och barnbördsavdelningarna vid lasaretten i stort sett utnyttjas endast av barnaföderskorna i resp. städer och omedelbart angränsande landsbygd. För att utröna, huru härmed förhåller sig, har kommittén från samtliga barnbördshus och barnbördsavdelningar (typ I och typ II) införskaffat uppgifter angående de å dessa anstalter under år 1930 förlöstas fördelning efter hemorten vid tiden för förlossningen. De förlösta hava därvid uppdelats i tre grupper: a) hemmahörande i stad eller å annan ort, där anstalten är belägen, b) hemmahörande i en anstaltsorten omgivande eller angränsande socken, c) hemmahörande å annan ort. De inkomna uppgifterna hava sammanställts i tabell 36. Av denna framgår, att 73 % av samtliga å barnbördshus förlösta voro hemmahörande i den ort, där resp. barnbördshus voro belägna; återstående 27 % fördelade sig med 15 % på om-

givande eller angränsande socken eller socknar och med 12 % på annan ort. Av de å barnbördsavdelningar förlösta voro ej mindre än 49 % hemmahörande å »annan ort». Återstående 51 % fördelade sig beträffande typ I med 45 % och beträffande typ II med 26 % på den ort, där avdelningarna voro belägna, samt med resp. 6 % och 25 % på omgivande eller angränsande socken eller socknar. Kommittén finner det anmärkningsvärt, att av de å barnbördsavdelningar vid lasarett förlösta ett så stort antal som i det närmaste hälften äro hemmahörande i relativt avlägsen ort. Detta förhållande synes utvisa, att med nuvarande goda kommunikationsmedel avstånden till anstalterna icke verka avskräckande för de barnaföderskor, som önska erhålla anstaltsvård.

Det kan givetvis starkt ifrågasättas, om på föreliggande material råd och anvisningar kunna lämnas rörande den omfattning, som bör givas utbyggandet av den slutna barnbördsvården genom det allmännas försorg. Att utbyggandet bör ske i etapper eller successivt ligger i öppen dag. Emellertid böra redan de första planerna utformas med hänsyn till ett rationellt tillgodoseende av kommande behov. Erfarenheten har nämligen ådagalagt, att tillgång till god vård på detta område liksom på andra sjukvårdsområden mobiliserar ett latent förefintligt sjukvårdsbehov. En första planläggning bör för att vara ändamålsenlig jämväl åsyfta en lämplig fördelning av anstalterna inom området. Det förefaller, såvitt kommittén kan överblicka, som om en första utbyggnadsetapp i den omfattning, att anstaltsvård kunde erbjudas i runt tal 50 % av nuvarande antal förlossningar i riket, skulle fylla det mest trängande behovet av vårdplatser samtidigt som kravet på en önskvärd fördelning av anstalterna därvid skulle kunna tillgodoses. Av antalet barnaföderskor i riket år 1929 belöpte sig 14 723 å Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping och alltså 80 727 å den övriga delen av riket. Om procenttalet 30 för anstaltsförlösta barnaföderskor i hela riket höjes till 50 och för nyssnämnda städer alltjämt räknas med 83 % anstaltsförlösta, skulle för den övriga delen av riket motsvarande procenttal bliva i det närmaste 44. Närmare anvisningar rörande vårdens successiva utbyggande anser sig kommittén icke kunna lämna.

Platsbehovet tillgodoseende.

Vad härefter angår frågan om formen för den slutna barnbördsvårdens utbyggande möter i första hand spörsmålet, på vad sätt vården lämpligen skall kunna anpassas så, att den i vidsträcktaste mån blir lika lätt tillgänglig för befolkningen i dess helhet inom ett visst landstingsområde. Svårigheterna att med beaktande av detta krav anordna en tillfredsställande sluten sjukvård gälla visserligen denna i gemen. Det torde nämligen aldrig kunna helt förebyggas, att de perifert liggande områdena bliva i viss mån missgynnade. Det kan emellertid icke förnekas, att detta förhållande gör sig särskilt märkbart beträffande barnbördsvården, där vårdbehovet så gott som städse är trängande och ej sällan trots noggranna beräkningar kommer oförberett och där förebyggande av överraskningar ofta skulle kräva en jämförelsevis lång väntetid i anstaltens närhet för barnaföderskor, som icke hava sina hem därstädes. Barnbördsvården synes med hänsyn till dessa förhållanden icke lämpligen kunna bliva föremål för en sådan koncentration som lasarettsvården i övrigt. Man torde i stort sett vara berättigad att göra det allmänna uttalandet, att

endast i städer utanför landsting samt i de tätast befolkade landstingsområdena vårdbehovet kan bliva tillgodosett allenast genom barnbördsavdelningar vid förefintliga lasarett, eventuellt även vid sjukstugor.

Starka skäl tala emellertid för att anstaltsfrågan blir, i så stor utsträckning som med hänsyn till avstånden lämpligen låter sig göra, löst genom *barnbördsavdelningar vid lasarett*. Läkare finnas där städse till hands. Sjukvårdsinrättningens instrumentutrustning samt dess steriliserings- och operationsrum äro tillgångar av betydelse jämväl för en barnbördsavdelning. Ekonomilokalerna torde i allmänhet vara tillräckliga för den jämförelsevis ringa utökning av platsantalet, som här i regel torde ifrågakomma. Detsamma gäller den administrativa apparaten. I det stora hela kan man utgå ifrån, att dessa avdelningar bliva väsentligt bättre rustade att mottaga komplicerade fall än mindre, fristående förlossningshem. Fördelarna av en efter denna linje organiserad vård äro således ur vårdsynpunkt stora och påtagliga.

För att på bästa sätt tillgodose kravet på specialvård för förlossningsfall hava under överläggningarna om barnbördsvårdens organisation noga övervägts möjligheterna att antingen inom varje landstingsområde eller genom samarbete mellan två sådana områden få till stånd en centralavdelning med specialutbildad läkare (avdelning av typ I). Uppenbarligen skulle en sådan anordning ur vårdsynpunkt medföra stora fördelar. Vid överläggningar med på området särskilt sakkunniga har emellertid framhållits, att en barnbördsavdelning, som skall utgöra underlag för en specialutbildad lasarettsläkares verksamhet, bör omfatta minst 25 vårdplatser. Härjämte må erinras, att gynekologi och förlossningskonst äro förenade till ett specialfack och att numera specialutbildade barnbördsläkare jämväl utöva gynekologisk verksamhet. Från fackmannahåll har ock med skärpa hävdats, att den träning i operationsteknik, som gynekologien skänker, är en nödvändig förutsättning för att barnbördsläkaren skall kunna tillfyllest utöva den operativa obstetriken. Även andra enligt kommitténs förmenande bärande skäl hava framförts för kombinerade obstetrisk-gynekologiska avdelningar. Kommittén hänvisar härutinnan till professor Essen-Möllers ovan i avsnitt a) av detta kapitel återgivna uttalande. Under angivna förhållanden torde en sådan centralisation av barnbördsvården, som här ifrågasatts, vara genomförbar endast i ett mindre antal landstingsområden. Där emellertid en tillräcklig gynekologisk verksamhet kan påräknas och befolkningsförhållandena göra en barnbördsavdelning av nyss nämnd storlek erforderlig, synes kommittén vägande skäl tala för att en kombinerad obstetrisk-gynekologisk avdelning också inrättas, helst som en sådan avdelning skulle utgöra en synnerligen värdefull tillgång för den slutna sjukvården i dess helhet.

I de landstingsområden åter, där dessa förutsättningar icke äro för handen, torde man, åtminstone till dess större erfarenhet vunnits, böra åtnöja sig med att bygga den barnbördsvård, som lämpligen kan anslutas till lasarett, på barnbördsavdelningar av typ II. För att i möjligaste mån förebygga infektionsrisken vid barnsbörd måste även barnbördsavdelningar av denna typ vara avskilda från andra vårdavdelningar och försedda med nödiga bilokaler, såsom

sköljrum, tvättrum o. d. Av samma anledning böra avdelningarna icke heller hava personal gemensam med andra avdelningar. Det är därför av vikt med hänsyn till en ekonomisk drift, att platsantalet icke göres för litet, helst icke mindre än 8. Helt naturligt bör emellertid antalet i första hand bestämmas i förhållande till nativitetstalet i det område, för vilket avdelningen närmast är avsedd.

Den omständigheten, att man med hänsyn till infektionsrisken måste för barnbördsvårdens behöriga tillgodoseende kräva skilda avdelningar och särskild personal, gör det synnerligen vanskligt att fälla något allmänt omdöme rörande lämpligheten av att inrätta barnbördsavdelningar vid sjukstugor. Här torde sådana omständigheter som avståndet till närmaste lasarett med barnbördsavdelning, grannskap med industridistrikt samt de möjligheter, sjukstugubyggnaden erbjuder för en utvidgning, böra tillmätas avgörande betydelse. Endast beträffande ödemarksdistrikten vill kommittén, med hänsyn till de säregna förhållandena därstädes, som ett allmänt önskemål uttala, att anordningar för barnbördsvård träffas vid samtliga där belägna sjukstugor.

I vad mån barnbördshus och barnbördsavdelningar inom ett distrikt behöva kompletteras med andra anstalter för barnsbörd, närmast *förlossningshem och förlossningsrum hos barnmorska*, är beroende av ett flertal omständigheter. I första hand inverkar här den omfattning, i vilken barnbördsvård ombesörjes på lasarett och sjukstugor. Andra inverkande faktorer äro sjukhusens antal och belägenhet, förefintliga kommunikationsleder samt befolkningstätheten. Moderskapsunderstödssakkunniga hava tänkt sig, att förlossningshem skulle komma till stånd till sådant antal och med sådan förläggning, att man från varje ort, åtminstone i de mera tätt befolkade länen, icke skulle hava längre väg än högst 3 à 4 mil till ett dylikt hem. Kommittén kan för sin del i stort sett ansluta sig härtill men förmenar, att även en något glesare förläggning mycket väl kan godtagas.

Kommittén har ovan angivit en låt vara helt approximativ grund för beräkning av antalet erforderliga vårdplatser för den slutna barnbördsvården i dess helhet. Med tillämpning av denna beräkningsgrund samt den av moderskapsunderstödssakkunniga förordade rayonstorleken torde det icke möta några större svårigheter att beräkna det antal kompletterande förlossningsanstalter, som kan bliva erforderligt. För att bilda sig en uppfattning om nämnda antal har kommittén på kartan uppdragit rayoner med 3·5 mils radie omkring samtliga lasarett och större sjukstugor söder om Mälaren. Kommittén har härvid utgått ifrån, att barnbördsavdelningar vid nämnda sjukhus inrättats så, att deras platsantal fyller vårdbehovet för en rayon med 3·5 mils radie vad angår såväl patologiska förlossningsfall som normala sådana, av de senare främst för dem, för vilka anstaltsvård är önskvärd på grund av sociala förhållanden. Enligt denna orientering skulle endast omkring 15, högst 20 stycken dylika särskilda anstalter behövas i nämnda del av riket. Självfallet kan ett på så sätt erhållet resultat endast vara av mycket approximativt värde. Icke desto mindre torde det vara ägnat att i viss mån belysa behovet av kompletterande barnbördsanstalter.

Valet av anstaltstyp för tillgodoseendet av ifrågavarande behov torde böra bliva beroende av folktätheten och arten av bebyggelse i den trakt, för vilken anstalten är avsedd. Ingår häri stad, större köping, municipalsamhälle eller tätt bebyggt industriområde, synes förlossningshem vara den lämpligaste typen, för avlägsna, glesare bebyggda trakter åter förlossningsrum hos barnmorska. Ett förlossningshem bör vara av den storlek, att åtminstone en barnmorska kan helt bindas vid anstalten. Minimiantalet platser kan ur denna synpunkt sättas till 6—8. En förutsättning härvid är, att avtal träffas med närmast boende barnmorska om biträde vid den ordinarie barnmorskans ledigheter. Detta torde emellertid stundom möta svårigheter. Från arbetsfördelningssynpunkt är därför ett förlossningshem av den storlek, att två barnmorskor kunna beredas fullt arbete därstädes, att anbefalla. Förlossningshem med ett antal vårdplatser av minst 10 torde med hänsyn härtill vara lämpligast.

Förlossningsrum hos barnmorska åter, vilka avse att täcka behovet inom avlägset liggande, glest befolkade trakter, böra göras avsevärt mindre än förlossningshemmen. I allmänhet lärer ett förlossningsrum om 2 platser vara tillfyllest för rayonens behov. Med detta platsantal synes det med förlossningsrummet förenade arbetet icke heller behöva i den grad binda distriktsbarnmorskan, vilken sannolikt komme att bliva den ansvariga för verksamheten på förlossningsrummet, att hon förhindras lämna begärt biträde åt barnaföderskor i distriktet, vilka önska bliva förlösta i eget hem. Några nybyggnader lära i regel icke vara nödvändiga för anordnande av förlossningsrum. Härför kunna säkerligen oftast äldre byggnader med fördel användas. För ifrågavarande anstaltstyp erfordras högst två rum för patienter, ett förlossningsrum och eventuellt ett undersökningsrum, ett bostadsrum för barnmorska, ett bostadsrum för hennes biträde ävensom kök, skafferi och ett mindre utrymme för städdon. Sköljrum och klosett böra finnas inomhus i den våning, där patientrummen äro belägna.

Det är kommittén ej obekant, att de enskilda förlossningshemmen i åtskilliga fall givit anledning till berättigade anmärkningar, som frånsett dem, vilka stått i samband med ett starkt framträdande förvärvssyfte, närmast gällt deras utrustning och inredning. Dessa ha ej sällan varit alltför litet tillgodosedda för att motsvara vårdens krav. Bland annat hava isoleringsrum saknats och de hygieniska förhållandena överhuvud taget lämnat en del övrigt att önska. Detta har bibragt kommittén den uppfattningen, att förlossningshemmen för att fylla sin uppgift i många fall behöva givas en högre standard än den, de för närvarande äga. En sådan synes emellertid kunna vinnas — utan att kostnaderna därför genom vårdavgifternas höjande i större eller mindre utsträckning behöva överflyttas på patienterna — därest, på sätt kommittén nedan i kap. 20 föreslår, landstingen omhändertaga barnbördsvården i dess helhet och alltså även förlossningshemmen.

Även mot förlossningsrummen hos barnmorskorna hava riktats allvarliga anmärkningar och detta ur såväl allmän social som medicinsk synpunkt. I det förra hänseendet hava numera vissa kontrollbestämmelser tillkommit. I

det senare hänseendet har gjorts gällande, att förlossningsrummen — åtminstone med nuvarande organisation — icke vore i stånd att skänka den sakkunniga vård och trygghet, som den slutna vården avsåge att giva. Kommittén kan ej frånkänna denna kritik ett visst berättigande men vill samtidigt påpeka, att de förhållanden, som föranlett kritiken, till ej ringa del torde haft sin grund just däri, att verksamheten bedrivits som ett privat företag samt att klientelet i stor utsträckning utgjorts av kvinnor, som önskat »föda i obemärkthet» och som i nödläge blivit utsatta för mindre nogräknade yrkesutövares profithunger. Helt annorlunda komme enligt kommitténs uppfattning förhållandena att gestalta sig, om landstingen inrymde förlossningsrummen i sina organisationsplaner. De skulle då ingå som ett led i samhällets socialhygieniska verksamhet och komme att beläggas med kvinnor från orten; barnmorskorna finge sköta hemmen under en väsentligt strängare kontroll och bleve oberoende av det ekonomiska driftresultatet. För att än mer höja förlossningsrummens värde i vårdhänseende vill kommittén förorda, att desamma såvitt möjligt förläggas till provinsialläkarens station. Givetvis böra fall, där redan under havandeskapet sådana sjukliga förändringar eller abnormiteter konstaterats, som kunna förväntas komplicera förlossningen, i god tid sändas till barnbördshus eller barnbördsavdelningar. Förlossningsrummen böra, i likhet med förlossningshemmen, närmast tillgodose sociala hänsyn. Deras klientel bör sålunda i första hand utgöras av de blivande mödrar, vilkas hem icke kunna giva dem betryggande hygieniska förhållanden eller den ro, de under barnsängen behöva, samt av barnaföderskor, som sakna eget hem.

Mot förlossningsrummen har även erinrats, att de binda barnmorskan och göra henne obenägen att biträda vid förlossningar i barnaföderskornas hem. Härutinnan vill kommittén framhålla, att vid ett utbyggande av denna anstaltstyp barnmorskans distrikt givetvis bör anpassas efter verksamheten vid förlossningsrummet. Redan under nuvarande förhållanden kan emellertid det övervägande antalet distriktsbarnmorskor sköta ett ej obetydligt ökat antal förlossningar per år. Nedgången i distriktsbarnmorskornas praktik har i vissa trakter till och med varit så betydlig, att det med skäl kan ifrågasättas, om barnmorskorna i där belägna distrikt äro i stånd att upprätthålla sin erfarenhet. Ett ökat arbete skulle därför i stort sett innebära en avgjord fördel för bibehållandet och förkovrandet av barnmorskornas yrkesskicklighet. Ett genomsnittligt antal förlossningar av 50 per år torde icke kunna anses som en för stor arbetsbörda för en barnmorska, i synnerhet om hon arbetar under gynnsamma förhållanden, vilket skulle bliva fallet vid inrättande av förlossningsrum. Med utgångspunkt härifrån synes kommittén den med ett förlossningsrum om 2 sängar förenade arbetsbördan icke vara större, än att den medgiver barnmorskan tid och tillfälle att biträda vid förlossningar även utanför förlossningsrummet. Dessas antal torde för övrigt komma att i väsentlig grad minskas genom den bättre vård, som på tillfredsställande sätt anordnade förlossningsrum äro i stånd att skänka. Det kan förväntas, att särskilt mera avlägset boende kvinnor snart komma att finna med sin fördel förenligt att i god tid söka sig till förlossningsrummet, så ock förstföderskor,

vilkas förlossningar i regel kräva långvarigt övervakande. En förbättrad förebyggande vård under havandeskapet lär även bidraga till att åt barnmorskan giva en bättre överblick än förut över förestående förlossningar inom distriktet, vilket skulle sätta henne i stånd att åtminstone i viss utsträckning lämna upplysning om, huruvida hon kan vara att påräkna vid förlossning i barnaföderskas hem. Det kan ock för kvinnor, som önska förlösas i sina hem, vara en fördel, att barnmorskan har möjlighet att i viss mån koncentrera sitt arbete på förlossningsrummet och därigenom bli lättare anträffbar än om hon nödgas biträda vid samtliga förlossningar i barnaföderskornas hem inom distriktets skilda delar. Härjämte må erinras, att redan jämlikt nuvarande föreskrifter distriktsbarnmorska är skyldig att i viss utsträckning lämna biträde till barnaföderska utanför distriktet. Skulle så visa sig erforderligt, bör skyldigheten i detta hänseende vidgas i lämplig omfattning.

Slutligen vill kommittén i förevarande sammanhang beröra ett förfarande för barnbördsvårdens tillgodoseende, som sedan några år tillbaka tillämpats av läkaren vid Sandvikens sjukstuga *Gunnar Gibson*. Detta förfarande, som närmast kan betecknas som ett slags *poliklinisk* barnbördsvård, består väsentligen däri, att förlossningsfall först vid förlossningsarbetets början införas till sjukstugan för att där förlösas samt därefter, så snart modern återhämtat sig efter förlossningsarbetet, återföras till hemmet, där modern och barnet av barnmorska erhålla nödig tillsyn och vård. Detta sätt att tillgodose barnbördsvården har hittills i huvudsak endast avsett komplicerade fall. Förfarandet har emellertid vunnit befolkningens förtroende, och planer ha därför utarbetats, genom vilkas förverkligande en liknande vård skulle kunna komma jämväl normala förlossningsfall till godo.

Uppenbarligen innebär ett dylikt förfarande en fördel såtillvida, att kravet på vårdplatser för förlossningsfall därigenom kan begränsas. Förfarandet har ock visat sig ägnat att i ej ringa grad underlätta vården och behandlingen av förlossningsfallen under förlossningsstadiet. Det förutsätter emellertid tillgång till goda och rymliga bostäder. Kommittén finner ock erfarenheten av systemet vara väl begränsad för att möjliggöra ett ställningstagande från kommitténs sida till en eventuellt utvidgad tillämpning av detsamma. Tanken på en dylik utvidgning synes dock icke böra avskrivas, utan bör, där bostadsförhållandena så medgiva, systemet i lämplig omfattning prövas. Enligt kommittens uppfattning torde förfarandet näppeligen kunna komma i fråga för andra än tätt bebyggda samhällen med väl tillgodosedda bostadsförhållanden.

Särskilda åtgärder för ödemarksområden.

De säregna förhållandena i ödemarksområdena hava föranlett kommittén att ägna frågan om anordningar för barnsbörd i dessa områden särskild uppmärksamhet. Vid överläggningar, som kommittén i denna fråga haft med tillkallade sakkunniga, framhölls önskvärdheten av en sådan ordning, att det stora flertalet barnaföderskor i ödebygderna kunde förlösas å sjukstuga, förlossningshem eller förlossningsrum hos barnmorska och att barnaföderskorna kunde i god tid begiva sig dit för erhållande av vård. I ödebygderna hade nämligen barnmorskan i regel lång väg till patienten, vartill vid fall med sjuk-

liga förändringar komme icke endast att bud måste sändas efter läkare och denne därefter färdas den långa vägen till patienten utan även att den sistnämnda kunde befinnas vara i behov av sådan vård, som icke kunde beredas i hennes oftast mycket torftiga hem. Provinsialläkaren *E. Wallquist* lämnade vid dessa överläggningar en redogörelse för de av honom vid provinsialläkarstationen i Arjeplog träffade anordningarna för barnbördsvårdens tillgodoseende. Vad därvid befunnits vara av särskilt intresse har av doktor Wallquist sammanfattats i en vid detta betänkande fogad promemoria (texbilaga 2). De erfarenheter, som doktor Wallquist gjort i denna verksamhet, synas kommittén väl ägnade att i huvudsak läggas till grund för åtgärder till befrämjande av barnbördsvården i ödemarksområdena.

I syfte att utröna förutsättningarna och villkoren i övrigt för en med understöd av statsmedel vidgad tillämpning av det i Arjeplog praktiserade systemet har kommittén genom enquête till förste provinsialläkarna i Norrbottens, Västerbottens, Jämtlands och Kopparbergs län verkställt en tämligen detaljerad utredning i ämnet, vars resultat sammanställts i textbilaga 3. Att här närmare ingå på resultatet av denna utredning och med ledning av detsamma söka uppdraga detaljerade riktlinjer för den slutna barnbördsvårdens ordnande i de olika länen skulle emellertid leda för långt. Helt visst erbjuda sig på de olika provinsialläkarstationerna olika möjligheter att på ett både med god ekonomi och tillfredsställande vård förenligt sätt åvägabringa sluten barnbördsvård. I vissa ödemarksdistrikt torde ock befinnas lämpligt att ordna dylik vård icke blott vid utan även utanför läkarstationen, eventuellt i samband med något befintligt ödemarkshärbärge. Ett utformande av en detaljplan för barnbördsvårdens ordnande i ödemarksområdena förutsätter för övrigt en ingående kännedom om samtliga de geografiska och lokala förhållanden, som härvid äro av betydelse, såsom om vägnätet och andra kommunikationsleder, sjukstugornas utrymmen och möjligheter för utvidgning samt förefintligheten av andra byggnader, vilka kunna ifrågakomma för anordnande av barnbördsvård. Utarbetandet av en dylik plan synes på den grund lämpligen böra anförtros åt resp. landsting, varvid dock den av kommittén verkställda utredningen torde kunna tjäna till god vägledning. Kommittén inskränker sig för sin del till att angiva följande mera allmänt hållna riktlinjer för barnbördsvårdens ordnande i ödemarksdistrikten.

Sedan vederbörande distrikts behov av vårdplatser för barnsbörd beräknats, har man att taga ställning till frågan, om distriktets slutna barnbördsvård kan tillgodoses enbart genom vårdanordningar vid provinsialläkarstationerna. Kan så icke ske, böra i andra hand lämpliga platser för kompletterande vårdanordningar — förlossningsrum hos barnmorska eventuellt plats på sjukhärbärge — övervägas. Vidare torde böra undersökas, huruvida icke på de platser, där anordningar av nyss nämnd art träffas, utrymme kan beredas även för väntande mödrar, enär det är av stor betydelse, att de blivande mödrarna komma till platsen för förlossningsanstalten i god tid före förlossningens början. För ifrågavarande ändamål böra icke användas samma rum, som äro avsedda till vård av nyförlösta kvinnor; helst böra de ligga i annan

byggnad. De väntande mödrarna kunna, såvitt icke särskilt hem kan upplåtas åt dem, mycket väl bo i enskilda hem, som fylla ordinära krav på hygien. Anordningar av här ifrågavarande slag äro önskvärda även ur den synpunkten, att modern därigenom kan beredas tillfälle att efter anstaltsvårdens slut stanna några dagar med sitt nyfödda barn, innan en lång och ofta mödosam väg till hemmet anträdes.

Frågan, i vad mån staten bör träda hjälpande emellan för nu berörda vårds utbyggande och utnyttjande, upptager kommittén till behandling i kap. 21.

Med en på ovan antytt sätt ordnad barnbördsvård synes kommittén ej osannolikt, att ett antal barnmorskedistrikt i ödemarksdistrikten kan indragas, vilket skulle i viss mån uppväga de ökade kostnader, som komme att bli förenade med den slutna barnbördsvården därstädes. Ett förslag att i ifrågavarande vidsträckta och på vägar fattiga områden koncentrera barnbördsvården och indraga barnmorskedistrikt torde visserligen vid ett första påseende förefalla som en paradox. I dessa glest befolkade trakter kommer emellertid på de längst ut i periferien stationerade barnmorskorna ofta ett så ringa antal förlossningar per år, att de svårligen kunna förvärva någon nämnvärd erfarenhet eller bibehålla sina färdigheter. Denna brist framträder helt naturligt som en synnerligen stor olägenhet, ja t. o. m. fara för de fall, där abnormitet föreligger eller under havandeskapet sjukdom tillstött, som kan göra förlossningen svårare än under normala förhållanden. De skildringar, som i dessa trakter verksamma läkare och barnmorskor lämnat om de svårigheter, som sammanhöra med förlossningar i de här belägna, ofta fattiga hemmen, och den vanvård, för vilken kvinnan ofta utsättes, då hon är helt i avsaknad av läkares och barnmorskas biträde, hava övertygat kommittén om att de åtgärder, för vilka riktlinjer här uppdragits, äro synnerligen väl motiverade.

Riktlinjer för gynekologvårdens utbyggande.

Angående utbyggandet av den slutna vården för kvinnosjukdomar kan kommittén fatta sig helt kort. Den kirurgiska behandlingen av dessa sjukdomar har — frånsett på det fåtal specialkliniker resp. avdelningar, landet äger — utövats av lasarettsläkarna-kirurgerna, och emot resultaten av denna del av dessas verksamhet ha, såvitt för kommittén känt är, inga berättigade erinringar gjorts. Kommittén har emellertid här ovan principiellt anslutit sig till professor Essen-Möllers åsikt, att, där förhållandena så medgiva, barnbördsvården och vården av kvinnosjukdomarna böra sammanföras till en kombinerad avdelning under ledning av specialutbildad läkare. Till ledning för beräkning av storleken av avdelningen för kvinnosjukdomar torde erfarenheten angående dessa sjukdomars frekvens vid ifrågavarande lasarett kunna tjäna, varvid en korrigering uppåt av vårdplatsantalet givetvis bör ske. Kan av ett eller annat skäl en avdelning för kvinnosjukdomar icke inrättas samtidigt med en barnbördsavdelning av typ I, synes önskvärt, att läkaren på barnbördsavdelningen tillsvidare medgives rätt att för kvinnosjukdomar disponera ett visst antal platser på den kirurgiska avdelningen.

Sammanfattning.

Kommitténs synpunkter angående ifrågavarande vårdgrenars framtida organisation kunna i korthet sammanfattas sålunda:

1. Barnbördshus resp. barnbördsavdelningar vid lasarett (och ev. sjukstugor) utgöra kärnan av anstaltsvården för barnsbörd.

2. Där dylika anstalter och avdelningar av lokala skäl icke kunna ordnas i den omfattning, att vårdbehovet därigenom fullt tillgodoses, böra de kompletteras med förlossningshem och förlossningsrum hos barnmorska. De förra synas bäst lämpade för städer, köpingar, municipalsamhällen med tätt bebyggd kringliggande landsbygd eller tätt befolkade industrisamhällen, de senare för den rena landsbygden.

3. I ödemarksdistrikten erfordras för barnbördsvården platser å sjukstuga eventuellt förlossningshem eller förlossningsrum samt anordningar för väntande barnaföderskor och nyligen förlösta mödrar, i första hand vid läkarstationerna.

4. Den slutna vården av kvinnosjukdomar bör å lasarett, där självständig större barnbördsavdelning (minst 25 platser) inrättats, ombesörjas å särskilt (-da) rum under ledning av läkaren å barnbördsavdelningen.

h) Avdelningar och anstalter för barnsjukdomar.

Inledning.

Pediatriken (läran om barnsjukdomarna) är en gren av den inre medicinen. Att pediatriken, oaktat den arbetar med samma metoder som den invärtes medicinen, brutits ut såsom en särskild specialitet, torde enligt kommitténs förmenande hava föranletts därav, att vissa mycket betydelsefulla sjukdomar i barnaåldern antingen icke alls förekomma i de vuxnas årsklasser eller ock under barnaåldern hava ett förlopp och giva symptom, som skilja sig från samma sjukdomars yttringar hos personer i högre ålder. Såväl diagnostik som behandling blir därför i större eller mindre utsträckning en annan vid barnsjukdomar än vid samma eller motsvarande sjukdomar i äldre årsklasser. Detta gäller i all synnerhet beträffande de späda barnen. Även övervakningen av barnets utveckling i friskt tillstånd fordrar kunskaper, vilka ligga utanför den interna medicinen.

Pediatrisk specialvård lämnas för närvarande endast i mindre utsträckning vid våra lasarett. Till övervägande delen ombesörjes sådan vård å särskilda, från lasaretten helt fristående anstalter. Av enahanda skäl, som anförts beträffande barnbördsvården, upptager kommittén emellertid behandlingen av den slutna barnsjukvården i dess helhet i förevarande sammanhang.

Översikt över befintliga och planerade anstalter.

De befintliga anstalterna och avdelningarna för barnsjukvård hava i korthet redovisats i kap. 2. Till komplettering härav lämnas nedan en översikt över deras tillkomst och utveckling.

Karolinska institutets pediatriska klinik å Allmänna barnhuset. År 1637 inrättades i Stockholm ett allmänt barnhus, vilket genom privilegier, som sedermera flera gånger utvidgats, tillförsäkrades vissa förmåner och inkomster. Barnhusets verksamhet, som till en början uteslutande avsåg omhändertagande och fostran av värnlösa barn, utvecklades snart till att omfatta jämväl sjukvård för barn. Den egentliga barnsjukvården daterar sig från år 1748, då Kungl. Maj:t påbjöd inrättande av en poliklinik för barnsjukdomar i huvudstaden, vilken sedermera

förlades till allmänna barnhuset. År 1845 började jämväl undervisning i barnsjukdomar meddelas vid barnhuset. Till barnhuset anslöts år 1919 en med professur vid Karolinska institutet förenad poliklinisk undervisningsanstalt, där vård lämnades såväl barnhusets egna barn som sjuka barn från annat håll. Denna anstalt har åtnjutit statsbidrag av institutets medel med 25 000 à 30 000 kronor per år. Barnhusets utgifter för den sjukvårdande verksamheten hava varit mycket betydande (år 1929 207 000 kronor). Denna del av verksamheten har huvudsakligen kommit undervisningen och Stockholms stad tillgodo.

Gällande reglemente för allmänna barnhuset utfärdades den 21 november 1930. I enlighet med däri meddelad föreskrift har barnhusets sjukvårdande verksamhet upphört från och med den 1 juli 1932 och den pediatriska kliniken övertagits av Stockholms stad. I samband därmed har direktionen över barnhuset jämlikt Kungl. Maj:ts medgivande med Stockholms stad träffat avtal, varigenom barnhuset för ett belopp av 5 000 000 kronor till staden avstått all rätt till egendomen Rålambshov på villkor, bland annat, att staden avsade sig alla anspråk på barnhusets egna tillgångar i fast egendom och kapital jämte avkastning. Som villkor för sitt medgivande har Kungl. Maj:t föreskrivit, att ifrågavarande belopp, 5 000 000 kronor, skall av barnhuset avsättas till en särskild fond, vilken under benämning »Allmänna barnhusets Stockholmsfond» skall för all framtid hållas avskild från barnhusets övriga egendom. Av Stockholmsfondens kapital må i enlighet med Kungl. Maj:ts närmare bestämmande användas 1 000 000 kronor såsom bidrag till uppförande dels av byggnad för en pediatrisk klinik vid blivande rikssjukhus i Stockholm eller, om sådant icke skulle komma till stånd, vid annan av Karolinska institutet godkänd sjukvårdsinrättning i Stockholm, dels ock i anslutning därtill av anstalt för undersökning av s. k. psykopatiska barn. Staden skall därvid erhålla samma rätt till platser å kliniken och anstalten som om staden själv tillskjutit beloppet. För tiden efter det barnhusets sjukvårdsanstalt nedlagts och intill dess ovanberörda pediatriska klinik vid rikssjukhuset eller annan sjukvårdsinrättning tagits i bruk må av Stockholmsfondens avkastning årligen användas intill 50 000 kronor såsom bidrag för uppehållande av en sådan klinik under förutsättning, att staden av densamma tillförsäkras enahanda förmån som av barnhusets sjukvårdsanstalt. Avkastningen av Stockholmsfonden skall, i den mån fonden eller avkastningen ej användes enligt nyss angivna bestämmelser och till vissa pensioner m. m., komma Stockholms stad tillgodo såsom bidrag för sådan barnavårdande verksamhet, som avses i barnhusets reglemente eller eljest är av annan i 2 § 2 mom. lagen om samhällets barnavård åsyftad beskaffenhet än uppehållande av barnhem för stadigvarande vård av normala, friska barn. — Den pediatriska kliniken inrymmer för närvarande 75 ordinarie vårdplatser. Den planerade pediatriska kliniken vid rikssjukhuset å Norrbackaområdet är beräknad för 94 vårdplatser.

Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn tillkom år 1854. Grunden till anstalten lades genom en testamentarisk donation av medicine doktorn Pehr Elmstedt. Den sålunda erhållna donationen var icke tillräcklig för sjukhusets uppförande, men genom insamling bland huvudstadens kvinnor anskaffades det erforderliga beloppet. I samband därmed åtog sig kronprinsessan Lovisa att bliva företagets beskyddarinna. Anstalten, som till en början var förlagd till hörnet av Hantverkare- och Trädgårdsgatorna, inrymde 30 vårdplatser, vartill kommo 10 sängar å en särskild avdelning för barn, behäftade med smittsamma sjukdomar. Vårdplatsantalet utökades redan år 1860 till 60. Anstalten flyttades år 1899 till nyuppförda byggnader vid Polhemsgatan nr 30, där Stockholms stad ställt tomt till förfogande. I samband därmed genomfördes en uppdelning av sjukhuset å en medicinsk och en kirurgisk avdelning, omfattande den förra 65 och den senare 69 vårdplatser. Klinisk undervisning har sedan 1882 meddelats vid anstalten, och Stockholms stad lämnar numera bidrag till anstaltens driftkostnader. Såsom

villkor härför gäller bland annat, att minst 78 sängar skola utan avgift upplåtas för medellösa barn från huvudstaden och minst 20 sängar för andra barn från huvudstaden mot en avgift, ej överstigande den för vård å allmän sal å stadens egna sjukhus stadgade avgiften.

Barnsjukhuset Samariten öppnades år 1890 i en förhyrd lokal inom Maria församling. Antalet sängar var då 10 men utökades redan efter några år till 20. Sjukhusets inrättande hade möjliggjorts genom insamling bland huvudstadens invånare. Sedan framlidna sångerskan Jenny Goldschmidt, född Lind, i sitt testamente anslagit ett större belopp till något sjukhus för barn i Stockholm samt testamentsexekutorerna, vilka ägde disponera över legatet, förklarat sig villiga att ställa detsamma till barnsjukhuset Samaritens förfogande under förutsättning, att sjukhuset skulle visa sig vara i besittning av lämplig byggnadstomt, beslöto stadsfullmäktige år 1899 att till byggnadsplats åt sjukhuset upplåta visst tomtområde i kvarteret Postiljonen. Tomten skulle av sjukhuset få disponeras så länge detsamma användes till barnsjukhus på villkor, bl. a., att en första paviljong om 50 sängar komme till stånd inom de närmaste tio åren, att minst $^2/_3$ av sjukhusets samtliga platser räknades såsom platser i allmänt rum och att minst $^3/_4$ av platserna i allmänt rum hölles kostnadsfritt tillgängliga för vård av fattiga barn, tillhörande Stockholms stad, samt att minst $^1/_{10}$ av platserna för obemedlade upplätes för barn under två år. År 1907 fick sjukhuset mottaga förenämnda legat, uppgående till 113 000 kronor, men därvid uppställdes det villkor, att beloppet icke finge användas till byggnadsändamål utan skulle reserveras för sjukhusets underhåll. På grund härav kunde av planerade två moderna sjukhuspaviljonger, vardera om 75 sängar, uppföras endast en, där de av stadsfullmäktige fordrade 50 sängarna inrymdes. Denna paviljong öppnades 1909. Sedan det visat sig, att den utvidgade sjukvårdsverksamheten icke kunde bestridas med enbart avkastningen av de till sjukhusets förfogande stående räntemedlen, hava stadsfullmäktige årligen lämnat bidrag till sjukhusets underhåll på villkor, att hälsovårdsnämnden finge utse en ledamot i sjukhusets styrelse samt en revisor för granskning av förvaltningen. Genom utvidgning av sjukhuset har platsantalet under år 1933 utökats till 75, varav 63 å medicinsk, 7 å kirurgisk och 5 å ögonavdelning.

Barnsjukhuset Simon och Mathilda Sachs minne (Sachsska barnsjukhuset) är i främsta rummet avsett för invärtes sjuka späda barn och är i denna mening vårt lands första egentliga spädbarnssjukhus, om man bortser från den å Göteborgs barnsjukhus något tidigare tillkomna avdelningen för späda barn. Sjukhuset är fullt jämställt med Stockholms stads övriga sjukhus och arbetar under likartade yttre former som dessa. Beträffande sjukhusets tillkomst må anföras följande.

Genom avhandling den 12 februari 1907 förbundo sig generalkonsul och fru S. Sachs arvingar att till minne av de avlidna för åstadkommande av ett sjukhus i Stockholm för späda barn till staden överlämna 400 000 kronor, varav minst 100 000 kronor skulle reserveras till en fond, vars avkastning skulle användas som bidrag till driftkostnaderna vid sjukhuset. Sjukhuset skulle innehålla minst 25 sängar för barn i det första levnadsåret och, om så befunnes lämpligt, ett mindre antal platser för något äldre barn. Staden skulle tillhandahålla tomt för sjukhuset samt för all framtid i sista hand ansvara för sjukhusets vidmakthållande och drift. Stadsfullmäktige beslöto mottaga donationen och upplåto till byggnadstomt ett område i Årstalunden. Detta utvidgades redan 1909 dels med hänsyn till förutsatt framtida behov av en poliklinik, dels enär det visat sig, att för de tillgängliga medlen kunde uppföras ett större sjukhus än som från början beräknats. Sjukhuset öppnades 1911. Ordinarie antalet sjukplatser vid 1929 års slut utgjorde för barn 46, för ambarn 8 och för digivande mödrar 6.

Göteborgs barnsjukhus. Initiativet till inrättande av en första vårdanstalt för sjuka barn i Göteborg togs av grosshandlaren D. Carnegie, som år 1857 för ändamålet donerade 50 000 riksdaler. Sedan ytterligare donationsmedel ställts till för-

fogande för samma ändamål, inrättades i förhyrda lokaler ett provisoriskt barnsjukhus med 12 sjuksängar. Redan år 1865 uppfördes ett nytt barnsjukhus å en vid Södra Allégatan belägen tomt, som avgiftsfritt och med full äganderätt upplåtits av Göteborgs stad. Stadsfullmäktige åtogo sig år 1869 överinseende över sjukhuset, stadfäste reglemente för detsamma och utsågo styrelsemedlemmar. I reglementet angavs sjukhusets ändamål vara att i mån av utrymme och tillgångar lämna kostnadsfri vård åt sjuka barn i åldern 2—10 år till fattiga föräldrar, tillhörande Göteborgs kommun, dock med rätt för sjukhusets styrelse att undantagsvis meddela dispens från bestämmelserna om barnens ålder och föräldrarnas hemvist. Sängantalet var i början 16 men utökades så att det omkring år 1883 uppgick till 40. År 1894 lades grunden till en kirurgisk avdelning genom anordnande av särskilt operationsrum med tillhörande omläggningsrum. Från och med år 1898 beviljade stadsfullmäktige årligen anslag till sjukhuset, varierande mellan 6 000 och 10 000 kronor. Då sjukhuset år 1909 överflyttades i sin nuvarande byggnad, övertog staden själv ansvaret för driften. Det nya sjukhuset hade möjliggjorts genom anslag ur den s. k. Renströmska fonden samt genom avsevärda donationer. Sängantalet utgjorde 134. Dessutom fanns i administrationsbyggnaden en spädbarnsavdelning å 18 sängar. Genom år 1908 vidtagen ändring av reglementet utsträcktes sjukhusets verksamhetsområde till att omfatta även barn över 10 och under 2 år. År 1912 uppdelades sjukhuset i två fullt självständiga avdelningar, en medicinsk och en kirurgisk, vardera inrymmande omkring 60 sängar. Därtill kom den medicinska spädbarnsavdelningen, huvudsakligen avsedd för medicinska fall. Åren 1920—21 uppfördes en ny paviljong samt vidtogos omfattande ändringsarbeten i den gamla paviljongen, varigenom platsantalet ökades från 134 till 240 med följande fördelning: 111 platser å medicinska avdelningen, 116 platser å kirurgiska avdelningen samt ett 10-tal platser å en gemensam isoleringsavdelning. Numera inrymmer den medicinska avdelningen 149 och den kirurgiska 151 platser, alltså sammanlagt 300 platser. Från och med år 1914 finnes ett till sjukhuset såsom annex anslutet, å Lilla Amundön uppfört konvalescenthem, vars tillkomst möjliggjorts genom donationer av grosshandlaren Axel Ågren. Hemmet inrymmer 27 medicinska och 28 kirurgiska vårdplatser.

Flensburgska vårdanstalten för späda barn i Malmö uppfördes åren 1912—13 å den s. k. Borgmästaregårdens ägor. Erforderliga medel till anstaltens uppförande och inrättande togos från den till välgörande ändamål donerade Flensburgska fonden; därav namnet å anstalten. Enligt de för anstalten antagna stadgarna, som stadfästats av Kungl. Maj:t, har anstalten till ändamål att ombesörja vård av sjuka späda barn, meddela råd angående och undervisning i vård av friska och sjuka späda barn, övervaka barn, som frivilligt ställa sig under dess uppsikt, samt förmedla anställning av ammor i enskilda hem. Vid anstalten finnas sedan 1914 poliklinik och »mjölkdroppe» ävensom en barnavårdsskola. Antalet vårdplatser vid anstalten utgör 55.

Barnavdelningen vid lasarettet i Norrköping. I Norrköping hade år 1895 bildats en förening för uppförande och drivande av ett barnsjukhus. Medel härtill skulle anskaffas genom insamling. Förverkligandet av föreningens planer mötte emellertid svårigheter, varför föreningen år 1920 hembjöd de insamlade medlen, omkring 270 000 kronor, till Norrköpings stad på villkor bland annat, att staden i samband med den förestående utvidgningen av lasarettet inrättade en särskild paviljong för sjuka barn på omkring 40 sängar och att denna avdelning komme att förestås av en i barnsjukdomar specialutbildad läkare. Stadsfullmäktige beslöto år 1923 att emottaga den erbjudna gåvan och ställde för enahanda ändamål ytterligare 237 735 kronor till lasarettsdirektionens förfogande. Barnpaviljongen öppnades år 1927 samtidigt med att den nya lasarettsanläggningen i övrigt togs i bruk. Paviljongen inrymmer dels en medicinsk avdelning med 1 enskild och 32 allmänna vårdplatser samt 4 platser på isoleringsavdelning, dels ock en kirurgisk avdelning om 23 platser,

vilken sistnämnda dock icke förestås av egen lasarettsläkare utan av överläkaren vid lasarettets kirurgiska avdelning.

Pediatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Poliklinisk undervisning i pediatrik har sedan 1884 meddelats vid Akademiska sjukhuset. Först år 1915 inrättades emellertid en avdelning för vård av sjuka barn, inrymmande 16 sängar. Denna, som i avvaktan på sjukhusets beslutade om- och tillbyggnad endast hade provisorisk karaktär, ersattes 1924 av den nuvarande pediatriska avdelningen. Antalet vårdplatser, som då uppgick till 42, har sedermera utökats till 60.

Pediatriska kliniken vid lasarettet i Lund har tillkommit på enskild väg men överlämnades år 1899 till direktionen för lasarettet i Lund, på villkor att den skulle underhållas och förvaltas som en del av Lunds lasarett. Kliniken, som i januari 1900 öppnades för mottagande av sjuka, inrymmer 66 vårdplatser.

Barnavdelningen vid lasarettet i Linköping har ock tillkommit på enskild väg. I skrivelse till Östergötlands läns landsting år 1928 erbjöd sig nämligen föreningen »Östergötlands barn» att å lasarettsområdet i Linköping uppföra och inreda ett barnsjukhus mot det att landstinget, till vilket sjukhuset skulle övergå, åtoge sig att ombestyra och bekosta barnsjukhusets drift. Sedan landstinget förklarat sig villigt mottaga gåvan, uppfördes den nuvarande paviljongen för sjuka barn. Enligt vad för kommittén upplysts hava paviljongens uppförande och inredning dragit en kostnad av omkring 280 000 kronor, av vilket belopp förenämnda förening erlagt cirka 270 000 kronor och återstående belopp skänkts från annat enskilt håll. Paviljongen togs i bruk år 1930 och rymmer 30 vårdplatser.

Av ovanstående framgår, att antalet vårdplatser å anstalt för barnsjukdomar numera uppgår till 878, varav 220 å självständig kirurgisk avdelning. Enligt vad kommittén inhämtat förelågo i september 1929 planer på inrättande av självständiga pediatriska avdelningar vid Malmö allmänna sjukhus samt lasaretten i Västerås och Sundsvall, vilka avdelningar avsetts skola inrymma resp. 12, 25 och 50 vårdplatser. I vad dessa planer avse Malmö allmänna sjukhus har emellertid av vederbörande läkare erinrats, att det vore lämpligare att utöka Flensburgska vårdanstalten för späda barn med en avdelning för äldre barn. Utredning om åtgärder i sådan riktning lärer för närvarande pågå. Tillika må här anmärkas, att vid några lasarett, såsom Jönköpings, Västerås och Östersunds, ett visst antal platser å de medicinska avdelningarna reserverats för barn. Dessa platser kunna dock ej räknas som vårdplatser å specialavdelning för barn, enär den för vården ansvarige läkaren icke behöver vara specialutbildad i pediatrik.

Allmänna synpunkter ang. behovet av specialvårdanstalter för barnsjukdomar.

Barnsjukhusen och de få specialavdelningar för barnsjukdomar, som inrättats vid lasarett, hava, såsom av översikten framgår, på ett undantag när — den pediatriska kliniken i Uppsala — tillkommit på enskilt initiativ och helt eller delvis grundats på enskilda fonder eller gåvor. Detta förhållande finner kommittén anmärkningsvärt såtillvida som endast några få av våra allmänna sjukhus grundlagts av enskilda. Det är dock lätt förklarligt, att på en tid, då vårt sjukhusväsende ännu befann sig i sin tidigare utvecklingsperiod, den enskilda offerviljan i första hand inriktade sig på att hjälpa värnlösa och sjuka barn. Det är däremot icke lika lätt att förklara, varför det allmänna även under senare tid vid utbyggande av specialvården lämnat barnavdelningarna så gott som helt åsido. Orsaken härtill torde enligt kommitténs uppfattning framför allt vara att söka i följande förhållanden.

I äldre tider och ännu så sent som på 1880-talet gjordes utomlands mycket nedslående erfarenheter å vissa vårdanstalter för späda barn, i synnerhet barnhus men även sjukhus, där ett större antal späda barn vårdades. Dödligheten var ofta oerhört stor på grund av att infektioner, vilkas natur och utvecklingssätt voro okända, spriddes inom anstalterna. Detta förhållande kom givetvis att verka som en stark hämsko på tillkomsten av nya sådana sjukhus. Det är först under de allra senaste decennierna, som man genom vetenskapens framsteg lyckats praktiskt taget övervinna antydda svårigheter.

En annan förklaring till att den slutna specialsjukvården för barn ännu icke nått nämnvärt utanför de största städerna och universitetsstäderna torde vara, att endast ett fåtal utbildningsplatser i pediatrik stått de nyblivna läkarna till buds och att de hastigt växande större städerna utgjort ett tillräckligt stort arbetsfält för barnläkarna. De ha på den grund icke haft anledning att söka sig ut i landsorten och sålunda icke blivit i tillfälle att få myndigheter och allmänhet att inse betydelsen av ifrågavarande specialvård. Lasaretten hava därför kommit att uppföras och inredas främst med hänsyn till de vuxnas vårdbehov. Detta har i sin tur föranlett, att läkarna endast i mycket ringa utsträckning, såvitt det ej gällt kirurgiska fall, till lasaretten inremitterat sjuka barn i de yngre åldersklasserna.

Den erfarenhet, som under de sista årtiondena vunnits, har medfört högst betydande, för att icke säga revolutionerande, framsteg på barnsjukvårdens område. Vi stå numera ojämförligt bättre rustade vid behandlingen av ett flertal mer eller mindre svårartade sjukdomar och sjukdomstillstånd hos barn. Detta gäller framför allt mag- och tarmsjukdomar under spädbarnsåldern, vissa krampsjukdomar m. fl., vilka tidigare krävt och allt fortfarande, där de icke kunna beredas lämplig behandling, kräva många offer. Våra möjligheter att vårda och behandla förtidigt födda och svagt utvecklade spädbarn hava även i hög grad ökats. Vidare hava förutsättningarna för att bedöma och behandla olikartade nervösa tillstånd hos barn i väsentlig mån förbättrats. Naturligt är, att med dessa framsteg kraven på utbildning i barnsjukdomar för dem, som ämna bedriva specialverksamhet inom detta område, avsevärt höjts och utbildningstiden i motsvarande grad förlängts. Då enahanda förhållande råder beträffande den del av inre medicinen, som avser de vuxnas sjukdomar, ha givetvis svårigheter uppstått för en person att samtidigt behärska såväl den inre medicinen som pediatriken. Mången lasarettsläkare vid medicinska avdelningar äger därför icke någon som helst eller ock endast en kortare tids specialutbildning i pediatrik.

Det är under sådana förhållanden uppenbart, att behandling av invärtes sjuka barn på medicinsk avdelning vid lasarett endast bristfälligt kan motsvara nutida krav på fullgod pediatrisk sjukhusvård, även om särskilda sjukrum för barn skulle vara tillgängliga. Utan specialutbildad sköterskepersonal under ledning av specialutbildade barnläkare sakna sådana anordningar de viktigaste förutsättningarna för ett gott resultat. Då pediatrikens målsmän göra gällande, att en väl tillgodosedd specialvård vid våra allmänna sjukhus jämväl förutsätter självständiga specialavdelningar för sjuka barn, stödja de

sig därför enligt kommitténs förmenande på skäl, som icke kunna vederläggas. Detta gäller i främsta rummet behandling av sjukdomar under de första levnadsåren. Motiven för att utsträcka kraven på specialvård även till sjuka barn inom den senare lekåldern samt skolåldern torde icke kunna anses lika starka. Med hänsyn såväl till barnens och deras sjukdomars egenart som till beskaffenheten av de erforderliga vårdanordningarna synes emellertid kommittén även en sådan utvidgning vara fullt motiverad.

Vissa företeelser i vårt land giva enligt kommitténs uppfattning ökat eftertryck åt de krav på specialvård, som pediatrikens målsmän uppställa enbart med åberopande av pediatrikens utveckling och ställning till övriga medicinens specialgrenar. Kommittén syftar härvid på den under de senaste åren minskade nativiteten och på åtgärderna för en förbättring av samhällets barnavård. Förstnämnda företeelse, som icke torde kunna betraktas såsom inom en snar framtid övergående, gör det till en samhällsangelägenhet av allra största vikt att i möjligaste mån omhändertaga och vårda det uppväxande släktet. Det skydd, samhällets barnavård avser att skänka, åsyftar i första hand en förebyggande vård. I denna ingår emellertid sjukvården såsom ett ej oväsentligt moment. Det må här erinras om att en i rätt tid påbörjad och sakkunnigt ledd sjukdomsbehandling är i hög grad ägnad att förebygga sådana följder, som innebära sjukliga tillstånd, hämmande för barnens utveckling. Det förefaller kommittén som om vikten härav hittills icke tillräckligt beaktats. Den sjukvård, som ingår i nyssnämnda förebyggande vård, kan icke tillgodoses bättre än genom anslutning av densamma till våra lasarett.

Även med risk att gå något utöver ramen för sitt uppdrag anser sig kommittén böra i detta sammanhang något beröra den betydelse, en pediatriskt utbildad fackman kan få för barnavården i dess helhet inom ett visst område. Kommittén ser i barnavården en av grundstenarna för den sociala hygienen. De åtgärder, som härutinnan redan vidtagits, och ännu mer de, som för närvarande äro föremål för prövning och planläggning, äro omfattande och krävande. Självfallet komma de ock att åsamka det allmänna betydande utgifter. Skall denna vård, vad den avser barnet i den späda åldern, lekåldern eller skolåldern, motsvara sitt syfte, är medverkan av barnläkare oavvisligen påkallad. Utan en sådan läkares erfarenhet och sakkunskap bliva effektivitet och följdriktighet i anordningarna lätt lidande. Det vore därför till stor fördel, om inom varje större område, exempelvis landstingsområde respektive icke-landstingsstad, en central barnavårdsorganisation hade tillgång till sådan läkare. Denne skulle få betydelse icke blott för vården av de sjukdomsfall, som vore i behov av specialvård, utan jämväl, genom sin speciella erfarenhet, för den i egentlig mening förebyggande vården. Kommittén vill särskilt erinra om det värde, hans sakkunskap skulle äga för de s. k. upptagnings- och spädbarnshemmens verksamhet, för den händelse han bleve den i medicinskt avseende ansvarige ledaren för dessa.

Upptagningshemmens väsentliga uppgift, vad angår äldre barn, kan sägas vara att tjäna såsom ett filter för fosterbarnen, innan de överlämnas till fosterhem. För en stor grupp, säkerligen den största, lärer vistelsen i upptag-

ningshemmet bliva helt kortvarig, försåvitt lämpliga fosterhem stå till förfogande, för andra åter långvarigare. Det kan i det senare fallet gälla barn, som äro behäftade med vissa kroppsliga sjukdomar, vanförhet eller lyten eller som äro på ett eller annat sätt psykiskt egendomliga, undermåliga eller defekta. För vården och bedömandet av dessa barn är en läkares sakkunskap nödvändig. Ett upptagningshem kan emellertid under inga förhållanden komma att ersätta en sjukvårdsavdelning, som måste vara anordnad på ett helt annat sätt. En direkt sammankoppling av en sjukvårdsavdelning med ett upptagningshem vore utan tvivel ej heller lämplig. Det från organisationssynpunkt följdriktiga är därför, att en sjukvårdsavdelning för barn anknytes till ett lasarett, där tillgång finnes till konsultation med läkare på medicinens övriga områden. Härvid må betydelsen av samråd med röntgenläkare och öronläkare särskilt framhållas. De upptagningshemmets skyddslingar, som äro i behov av sjukvård, kunna med stor fördel vårdas på en till lasarett knuten barnsjukvårdsavdelning.

Kommittén finner det angeläget, att dessa synpunkter icke lämnas ur sikte, enär, som tidigare antytts, anledning finnes till antagande, att med det stegrade intresset för barnavården åtgärder för anstaltsvård åt barn komma att av det allmänna vidtagas i väsentligt större omfattning än hittills. Allmänna barnhusets nya verksamhet utgör ett betydelsefullt led i denna utveckling och torde komma att främja tillkomsten av upptagnings- och spädbarnshem. Det synes kommittén vara av vikt, att samtliga institutioner för vård av barn, i den mån det på ett praktiskt sätt låter sig göra, samorganiseras, så att all onödig dubbelorganisation undvikes. Med hänsyn till den betydelse, en skolad barnläkares kunskaper och erfarenheter ha för barnavården i dess helhet, böra enligt kommitténs uppfattning nya upptagningshem och även vissa andra barnavårdsanstalter såvitt möjligt förläggas så, att barnläkare kan beräknas vara tillgänglig på platsen. Härvid torde man i första hand böra räkna med sådana orter, där specialavdelning för barnsjukdomar vid lasarett finnes eller med sannolikhet kan tänkas bliva inrättad.

Med sina föregående uttalanden har kommittén närmast åsyftat medicinska barnavdelningar. Beträffande behovet av kirurgiska barnavdelningar är läget annorlunda. Kirurgien använder sig för sjukdomar i barnaåldern av samma såväl diagnostiska som terapeutiska metoder som för sjukdomar hos äldre. Det är väl sant, att vissa missbildningar och sjukdomar åt en del av barnkirurgien förläna en särprägel, men då en icke oväsentlig del av sådana fall kan beredas sakkunnig behandling på vanföreanstalter och kustsanatorier, anser kommittén, att åtgärder för utbyggande av en speciell barnkirurgi icke för närvarande böra ifrågakomma.

Riktlinjer för den medicinska barnsjukhusvårdens utbyggande.

Efter dessa mera allmänna synpunkter övergår kommittén till frågan om riktlinjerna för den medicinska barnsjukhusvårdens utbyggande i landet.

Kommittén har ovan som sin uppfattning hävdat, att denna slutna specialvård bör omhänderhavas av härför särskilt utbildade läkare. Fördelarna av att ansluta vården direkt till delade lasarett hava därvid även berörts. Dessa torde för övrigt vara så uppenbara, att de icke behöva närmare belysas. För

någon starkare koncentration torde barnsjukvården icke lämpa sig. Av kommittén för år 1930 inhämtade uppgifter angående de å barnsjukvårdsanstalterna intagnas fördelning efter hemorten bestyrka detta. Trots avsaknaden av platstillgång för ifrågavarande specialvård i åtskilliga sjukvårdsområden var nämligen antalet intagna från främmande sjukvårdsområden jämförelsevis ringa. I medeltal belöpte sig utomlänspatienterna till 13 procent av de intagna. Barnsjukvården torde därför lämpligast tillgodoses landstingsvis. Detta bör givetvis icke utesluta samarbete landstingen emellan, i den mån de lokala förhållandena och kommunikationerna göra sådant önskvärt för ett bättre tillgodoseende av ifrågavarande vård. En sådan överenskommelse har träffats mellan Akademiska sjukhuset i Uppsala och Stockholms läns landsting, varigenom till landstingets disposition ställts 10 sängar på den pediatriska kliniken vid nämnda sjukhus.

I syfte att kunna lämna någon anvisning angående vårdplatsbehovets storlek i förhållande till folkmängden har kommittén från barnsjukvårdsanstalterna infordrat upplysningar om, huruvida och i vad mån behov av ytterligare vårdplatser förelåge. För icke-landstingsstädernas del synes av enquêtesvaren att döma platsbehovet vara i det närmaste täckt. Endast från Malmö har ett mera anmärkningsvärt behov av ytterligare platser anmälts. Detta torde dock komma att bliva tillgodosett genom en planerad tillbyggnad av Flensburgska vårdanstalten. Även de pediatriska klinikerna i Uppsala och Lund synas i stort sett fylla behovet. Från Lund har dock anmälts ett ytterligare platsbehov av mindre omfattning, närmast för vård av tuberkulösa barn i förskoláldern. Från Linköping slutligen har erhållits det beskedet, att den pediatriska avdelningen därstädes med all sannolikhet tämligen snart komme att visa sig otillräcklig; någon uppgift om det framtida behovets storlek kunde dock ej lämnas.

De inkomna svaren hava uppenbarligen endast ett mycket begränsat värde för bedömandet av behovet i landstingsområdena. De kliniska avdelningarnas erfarenheter i förevarande avseende lära med hänsyn till dessa avdelningars ställning såsom jämväl undervisningsanstalter icke vara fullt ägnade att läggas till grund för uppskattningen av platsbehovet i landstingsområden, vilkas sjukhus hava enbart sjukvårdande uppgifter. Barnavdelningen vid Linköpings lasarett synes vara den enda, som skulle kunna tjäna som utgångspunkt vid en beräkning av ifrågavarande platsbehov. Denna avdelning har emellertid varit i verksamhet endast sedan den 1 juli 1930, varför man vid enquêtens besvarande blott haft synnerligen ringa erfarenhet att bygga på. Under sådana förhållanden anser sig kommittén icke kunna lämna några närmare anvisningar angående storleken av platsbehovet i landstingsområdena. Kommittén vill emellertid framhålla, att i sådana landstingsområden, där centrallasarettet är beläget i en större stad med ett stort inslag av industribefolkning eller med större närbelägna industrisamhällen, vårdbehovet torde komma att göra sig starkare gällande än i områden, där centrallasarettet ligger i en mindre stad och lantbrukarbefolkningen är övervägande. Det synes välbetänkt, att man, såvitt icke särskilda skäl till annat föranleda, i en första etapp

begränsar sig till en vanlig vårdenhet, d. v. s. en vårdavdelning som ej är större än att den kan omhänderhavas av en ansvarig sjuksköterska. Härmed är icke sagt, att icke tillika en fullt utbildad sjuksköterska kan vara erforderlig såsom assistentsköterska. Platsantalet bör i enlighet härmed utgöra omkring 25. Att man vid en dylik begränsning bör tillförsäkra sig goda utvidgningsmöjligheter finner kommittén självfallet.

i) Avdelningar för köns- och hudsjukdomar.

Inledning.

I Sverige liksom i flera andra länder hava köns- och hudsjukdomarna blivit sammanförda till en specialitet. Anledningen härtill ligger icke därutinnan, att de sjukdomar, som sammanfattas under begreppet hudsjukdomar, hava något orsakssammanhang med könssjukdomarna, utan är fastmera att söka däri, att en av könssjukdomarna, syfilis, ofta lokaliserar sig till huden under mycket skiftande former och för sitt igenkännande förutsätter en ingående kunskap och erfarenhet om ett flertal hudsjukdomars symptom och yttringar. Även andra omständigheter torde ha bidragit till att ifrågavarande sjukdomsgrupper förenats till en specialitet.

Under begreppet smittsamma könssjukdomar innefattas tre från varandra helt skilda sjukdomar, nämligen syfilis (lues), mjuk chancre (ulcus molle) och gonorré. Tidigare hava dessa sjukdomar ansetts vara olika former av en och samma sjukdom. Först år 1871 uppfördes gonorré såsom en särskild sjukdom, och ej förrän 1896 blevo syfilis, ulcus molle och gonorré i den svenska medicinalstatistiken upptagna såsom från varandra fullt skilda sjukdomar. Under senare år har tillkommit ännu en könssjukdom, vetenskapligt benämnd lymphogranuloma inguinale och yttrande sig i en mera kroniskt förlöpande ansvällning och nedsmältning av lymfkörtlarna i ljumsktrakterna.

Tidigare åtgärder för könssjukdomarnas bekämpande.

Sedan gammalt hava könssjukdomarna intagit en särställning inom vårt lands sjukhusväsende och sjukhuslagstiftning. Den stora utbredning, som syfilis fick under 1700-talet och början av 1800-talet och varigenom den erhöll karaktär av allvarlig folksjukdom, föranledde statsmakterna att vidtaga vittgående åtgärder för dess bekämpande, vilka i sin tur kommit att få synnerligen stor betydelse för utvecklingen av hela vårt lasarettsväsende. En kortfattad återblick på samhällets tidigare åtgärder i kampen mot de veneriska sjukdomarna torde därför vara väl motiverad och ägnad att väsentligt underlätta förståelsen av nuvarande förhållanden på området.

Den första anstalten för behandling av veneriskt sjuka torde ha varit en avdelning av Danviks hospital i Stockholm. Denna synes hava inrättats i början av 1700-talet och var ursprungligen avsedd endast för hospitalets patienter. Det år 1721 tillsatta sundhetskollegiet föreslog Kungl. Maj:t i ett flertal skrivelser, att den s. k. »franzose sjukan», som spritts i landet framför allt genom de från Karl XII:s krig hemvändande trupperna, måtte bekämpas genom upprättande av särskilda »kurhus» i vissa län, men dessa skrivelser föranledde icke någon åtgärd. Först omkring trettio år senare (1754) inrättades genom den då verksamma s. k. sundhetskommissionens försorg ett första kurhus i lands-

orten, vilket förlades till Kalmar. Med stöd av erfarenheten från detta kurhus föreslog kommissionen sedermera inrättande av ett eller två små kurhus i varje län, men erforderligt anslag härför kunde ej erhållas. Det år 1762 öppnade lasarettet i Växjö — rikets äldsta landsortslasarett — inrymde emellertid sex sängar, huvudsakligen avsedda för vård av veneriskt sjuka. I och med att lasarettens antal så småningom ökades, kommo könssjuka att i allt större utsträckning emottagas å desamma. Efter hand inrättades även särskilda kurhus. Vid slutet av 1700-talet funnos sådana i åtskilliga städer. På grund av sjukdomens allt större utbredning lät regeringen under 1790-talet tillika inrätta ambulatoriska kurhus i ett tiotal län. Då de vidtagna åtgärderna likväl icke medförde önskad effekt, föreskrevs i en den 17 december 1817 utfärdad instruktion för direktionerna över länslasaretten och kuranstalterna, att särskilda rum för veneriskt sjuka skulle finnas vid alla lasarett samt att dylika patienter skulle äga åtnjuta kostnadsfri vård å såväl lasarett som kurhus. Som komplement härtill infördes i 1822 års provinsialläkarinstruktion även vissa föreskrifter i syfte att få de veneriskt sjuka snarast möjligt under behandling å sjukhus. Det torde vara ställt utom allt tvivel, att nämnda bestämmelser, framför allt den om kostnadsfri vård, i hög grad bidrogo till den starka minskning i de veneriska sjukdomarnas frekvens, som inträdde under 1800-talets första hälft. 1817 års instruktion är ock ett märkligt dokument så till vida som Sverige därigenom blev det första land, vilket i profylaktiskt syfte medgav fri sjukhusvård för veneriskt sjuka.

Till bestridande av kostnaderna för denna vård utgick till en början en frivillig avgift för varje mantalsskriven person. År 1818 beslöt emellertid riksdagen, att varje mantalsskriven person skulle erlägga 3 skilling banco årligen till veneriska smittans hämmande samt att de inom varje län möjligen uppkommande överskotten skulle användas till den övriga hälsovården därstädes. Överskottsmedlen blevo rätt avsevärda, och härigenom fick denna kurhusavgift stor betydelse för lasarettsväsendets utveckling. Dylik kurhusavgift beslöts sedermera av varje års riksdag. Från år 1863 erhöllo landstingen rätt att inom givna gränser fastställa storleken av avgiften. Kurhusavgiften ändrades år 1873 till en allmän sjukvårdsavgift, att företrädesvis användas som bidrag till den kurhusvård, som erfordrades för den veneriska smittans hämmande. Enligt kungl. kungörelse den 1 juni 1883 skall årligen av en var, som erlägger mantalspenningar, utgöras en personlig sjukvårdsavgift, särskilt för varje län eller sjukvårdsdistrikt i mån av dess behov; avgiften må icke sättas till högre belopp än 50 öre för man och skall av kvinna utgöras med hälften av det belopp, som erlägges av man. Dessa avgifter utgå numera inom samtliga län med maximibelopp.

Föreskrifterna i 1817 års instruktion om särskilda rum och kostnadsfri vård för veneriskt sjuka återfinnas i senare utfärdade stadganden. I 1901 års lasarettsstadga föreskrevs sålunda, att för vård å allmänt rum av personer, behäftade med venerisk sjukdom i smittsamt stadium, skulle vid minst *ett* lasarett inom varje landstingsområde finnas en särskilt för ändamålet inredd avdelning. Å lasarett, där sådan avdelning ej funnes inrättad, finge dylik sjuk intagas

endast å enskilt rum; dock ägde direktionen, i särskilt ömmande fall och där sådant utan olägenhet kunde ske, medgiva intagning å allmänt rum. Vidare stadgades, att med venerisk sjukdom i smittsamt stadium behäftad person skulle å allmänt rum intagas utan ansvarsförbindelse eller annat intyg. Däremot fick veneriskt sjuk ej intagas å sjukstuga. År 1918 — året för tillkomsten av nu gällande lag angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar — vidgades emellertid förpliktelserna med avseende å anstaltsvård för veneriskt sjuka. I särskilda kungörelser den 15 november nämnda år stadgades nämligen dels att för vård av sådana med smittsam sjukdom behäftade personer, som finge å lasarett mottagas och icke utan olägenhet kunde vårdas å allmänt rum, skulle å *varje* lasarett särskilda rum till nödigt antal finnas inredda, dels att person, som lede av könssjukdom i smittsamt skede, finge intagas å sjukstuga, om det kunde ske utan olägenhet.

Gällande bestämmelser m. m.

Gällande sjukhuslag, i vad den avser lasaretten, ställer ej könssjukdomarna i en särklass för sig utan föreskriver generellt, att intagning å sjukhus eller avdelning av sjukhus, vilken har särskild ansvarig läkare, ej må ske för annan vård än sådan, varför sjukhuset eller avdelningen inrättats; dock må, där särskilt trängande omständigheter därtill föranleda, å sjukhus eller avdelning, som inrättats för allenast visst slags vårdbehövande eller viss slags behandling, intagning ske även för annat ändamål (16 § 1 mom.). För sjukstuga och tuberkulossjukstuga gäller alltjämt, att intagning av könssjuk i smittsamt skede må äga rum endast om det kan ske utan att olägenhet därigenom vållas; dessutom gäller generellt för dessa sjukhus, att därstädes ej må utan särskilda skäl intagas annan vårdbehövande än sådan, som med hänsyn till sjukstugans utrustning och sjukstuguläkarens utbildning lämpligen kan där behandlas (16 § 2 mom.). Personer, som å sjukhus vårdas för könssjukdom i smittsamt skede, skola njuta underhåll och övriga sjukhusförmåner kostnadsfritt, såvida de äro intagna å allmän sal eller å särskilt rum, avsett för sjuka å sådan sal (18 §). I enlighet härmed skall, jämlikt 43 och 50 §§ i gällande sjukhusstadga, person, som är behäftad med könssjukdom i smittsamt skede, intagas å lasarett eller sjukstuga på allmän sal eller särskilt rum utan att ansvarsförbindelse avlämnas.

Jämsides med ovan berörda åtgärder för underlättande av *anstaltsvård* för könssjuka hava bestämmelser utfärdats i syfte att göra den *öppna* könssjukvården lättare tillgänglig. Erfarenheten hade nämligen ådagalagt, att medan personer med lindriga symptom, särskilt i sjukdomarnas begynnelsestadium, av kostnadsskäl helt avhöllo sig från att rådfråga läkare, inskränkte andra av enahanda skäl behandlingen till det minsta möjliga, ett förhållande, som uppenbarligen innebar en fara för såväl den sjuke som samhället. Å andra sidan sökte personer, som med hänsyn till symptomens art mycket väl kunde hava behandlats poliklinisk, vård på sjukhusen, där de fingo vårdas utan ersättning; i stor utsträckning kvarstannade de ock under längre period än behandlingen i och för sig krävde. Till undvikande av dessa olägenheter hava i gällande lag av den 20 juni 1918 angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar (lex veneris) upptagits bestämmelser om *fri* öppen sjukvård

åt den, som lider av venerisk sjukdom i smittsamt skede. I denna lag stadgas sålunda, att om någon befarar, att han är angripen av könssjukdom i smittsamt skede, är han berättigad att utan avgift bliva i sådant avseende undersökt, därest han inställer sig hos provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, köpingsläkare, municipalläkare eller särskild läkare i stadsläkares ställe; finnes han därvid behäftad med könssjukdom i smittsamt skede och är han ej i behov av sjukhusvård, äger han rätt att av sådan läkare utan avgift erhålla behandling för sjukdomen, om det kan ske hos läkaren, ävensom att kostnadsfritt bekomma erforderliga läkemedel och utensilier (4 §). Vidare föreskrives, att i stad, som har ett invånarantal av 20 000 eller därutöver, skall tillfälle till sådan kostnadsfri undersökning och behandling beredas å nödigt antal polikliniker; dock äger Kungl. Maj:t för visst fall tillsvidare medgiva befrielse från skyldigheten att anordna sådan poliklinik (5 §). Dylika polikliniker finnas för närvarande inrättade i Stockholm (4 st.), Uppsala, Norrköping, Linköping, Jönköping, Karlskrona, Malmö (2 st.), Hälsingborg, Lund, Göteborg (2 st.), Borås, Karlstad, Örebro, Västerås och Gävle. Ersättning för kostnadsfri undersökning och behandling av könssjuka, däri inbegripen serologisk, bakteriologisk eller annan dylik undersökning, som av läkaren ansetts erforderlig, utgår enligt av Konungen fastställd taxa och bestrides, jämte kostnaden för föreskrivna läkemedel och utensilier, av statsmedel.

Ifrågavarande lag har medfört ett väsentligt skärpt eftertryck åt åtgärderna för könssjukdomarnas bekämpande även genom att föreskriva *skyldighet* för var och en, som är angripen av dylik sjukdom i smittsamt skede, att underkasta sig erforderlig läkarbehandling. Som konsekvens härav stadgar lagen, att sådan person skall ställa sig till efterrättelse föreskrift, som av läkare meddelas angående sjukdomens behandling eller till förekommande av smittans spridning (3 §). Där så befinnes erforderligt, kan den sjuke av sundhetsinspektör[1] anmanas att inom utsatt kort tid inställa sig hos läkare för undergående av undersökning eller behandling eller att låta intaga sig till vård å allmänt sjukhus (14—16 §§). Tredskas den anmanade, kan han efter förordnande av hälsovårdsmyndigheten eller, där dennas beslut anses icke kunna utan synnerlig fara för smittans spridning avvaktas, av sundhetsinspektören genom polismyndighetens försorg inställas hos läkaren eller å allmänt sjukhus (21—22 §§). Resekostnader och traktamentsersättning för såväl förrättningsmannen som den sjuke skola i sådant fall utgå av statsmedel (kungl. kungörelse den 21 maj 1931).

För att åt vården å könspoliklinikerna förläna den prägel av diskretion, som förhållandena medgiva, stadgas i 5 § förenämnda lag, att mottagningarna därstädes skola anordnas på sådant sätt, att besök å polikliniken icke röjer beskaffenheten av den sjukdom, för vilken vård sökes. Av praktiska skäl behandlas å dessa polikliniker i regel även hudsjukdomar m. m. Statistiken visar, att ett icke obetydligt antal vårdfall och besök å poliklinikerna gällt

[1] Sundhetsinspektör är på landet förste provinsialläkaren och i stad stadsläkaren eller, där flere sådana finnas, den främste av dem; dock må hälsovårdsnämnden, då så prövas erforderligt, uppdraga åt särskild läkare att i vederbörande stadsläkares ställe handhava ifrågavarande befattning.

annat än könssjukdom i smittsamt skede. Följande sammanställning, hämtad ur Sveriges officiella statistik, Allmän hälso- och sjukvård för år 1930, är ägnad att belysa detta förhållande:

		Män	Kvinnor
A.	Fall av könssjukdom i smittsamt skede eller misstänkta därför	12 488	7 919
	Därav nytillkomna under året	10 055	5 391
	Antal under året avlagda besök	116 820	139 894
B.	Fall av könssjukdom i icke smittsamt skede, hudsjukdomar m. m.	6 703	8 043
	Därav nytillkomna under året	5 966	6 232
	Antal under året avlagda besök	17 644	22 656

Befintliga vårdavdelningar för köns- och hudsjukdomar.

Ovan anförda bestämmelser i lex veneris hava i väsentlig grad bidragit till att minska behovet av vårdplatser för könssjuka, särskilt av isoleringsplatser. Under nuvarande förhållanden äro nämligen som regel könssjuka, bosatta i städerna eller i närheten av de i lex veneris avsedda läkarnas stationsorter, i behov av sjukhusvård endast i de fall, då sjukdomen så återverkar på deras allmänna hälsotillstånd, att de icke kunna besöka läkare, och deras ekonomi icke tillåter dem att bekosta behandling i sina hem eller då behandlingen kräver anordningar, över vilka endast sjukhus pläga förfoga, eller vården i hemmet medför smittfara för omgivningen, även om föreskrivna försiktighetsmått iakttagas. Härtill komma patienter, som icke ställa sig läkares föreskrifter till efterrättelse och därigenom utgöra smittfara. I stort sett är det endast de större städerna, som hava något avsevärt klientel av könssjuka å sina sjukhus. På landsbygden förekomma könssjukdomar vanligen i så ringa omfattning, att redan på den grund antalet könssjuka, som av en eller annan anledning äro i behov av sjukhusvård, är mycket litet.

Nu nämnda förhållanden avspegla sig i den ringa förekomsten av särskilda vårdavdelningar för könssjuka. Såsom av kapitel 2, tabell 14, framgår, finnas nämligen sådana avdelningar för närvarande endast vid sjukhusen S:t Göran och Eira i Stockholm, Holtermanska sjukhuset i Göteborg, Malmö allmänna sjukhus samt lasarettet i Lund. Vid samtliga dessa sjukhus utom lasarettet i Lund meddelas även vård av hudsjukdomar, antingen å särskild avdelning (S:t Göran och Holtermanska sjukhuset) eller å samma avdelning som för könssjukdomarna (Eira och Malmö allmänna sjukhus). Å sjukhuset S:t Göran har vården uppdelats på två under var sin överläkare lydande huvudavdelningar, vardera inrymmande en avdelning för könssjukdomar och en för hudsjukdomar. Å sjukhuset Eira finnas två blandade köns- och hudavdelningar, avsedda den ena för Stockholms stad och den andra för Stockholms län. Sammanlagda platsantalet utgjorde år 1931 å könsavdelningarna 301, å hudavdelningarna 110 samt å de blandade avdelningarna 223 eller alltså tillhopa 634. Holtermanska sjukhuset förestås av en jämlikt gällande föreskrifter för Göteborgs stads sjukhus tillsatt överläkare. Avdelningen i Malmö förestås av en specialutbildad läkare, med vilken sjukhusdirektionen därom träffat avtal. Detsamma är förhållandet med avdelningen i Lund.

Riktlinjer för utbyggandet. Inledande synpunkter.

Till följd av de små utbildningsmöjligheter inom förevarande specialitet, varöver vårt land förfogar (praktiskt taget lämnas klinisk undervisning i hithörande ämnen endast vid S:t Görans sjukhus), är tillgången å specialister inom facket jämförelsevis ringa. Vi torde knappast utanför de tre största städerna äga någon läkare, som fyller läkarsammanslutningarnas fordringar för rätt till annonsering som specialist i detta fack. Denna brist på specialister har gjort sig mest kännbar för hudsjukdomarnas del. Dylika fall hava, frånsett nämnda städer, i första hand varit hänvisade till i orten verksamma tjänsteläkare eller praktiserande läkare och vid behov av sjukhusvård till lasaretten, där de i regel mottagits å de medicinska avdelningarna. Alldenstund den utbildning, ifrågavarande läkare under sin studietid fått i hudsjukdomarnas igenkännande och behandling, i allmänhet torde få betecknas såsom ganska kortvarig och den erfarenhet, de under sin sjukhustid kunnat förvärva, oftast lärer vara rätt begränsad, kan vården av de mera svårskötta hudsjukdomarna icke sägas vara på ett tillfredsställande sätt tillgodosedd för landet i dess helhet.

För könssjukdomarnas del är läget något annorlunda. Enär den mjuka chancren (ulcus molle) blivit allt mera sällsynt och den fjärde könssjukdomen — lymphogranuloma inguinale — förekommer endast mycket sporadiskt, hava för närvarande endast syfilis och gonorré någon praktisk betydelse. För deras igenkännande, åtminstone i de smittsamma formerna, torde i allmänhet icke möta några större svårigheter. Områdets begränsning möjliggör även för en icke-specialist att överblicka gängse behandlingsmetoder. Dessas tillämpning torde, enligt vad kommittén inhämtat, icke heller förutsätta vare sig någon nämnvärd utrustning utöver vad läkare i allmän praxis behöver eller någon teknisk färdighet, som endast kan förvärvas under en längre utbildningsperiod. Allt detta bidrager givetvis till att göra behovet av specialvård för könssjukdomarna mindre kännbart. Det nu anförda får emellertid icke tagas till intäkt för den uppfattningen, att icke fall av könssjukdom förekomma, där såväl diagnos som behandling kunna ställa läkarna på svåra prov och där en specialutbildad läkares erfarenhet och vetande äro förutsättningar för ett riktigt avgörande av sjukdomens natur och ett lyckligt behandlingsresultat. Kommittén har med ovanstående velat giva uttryck åt den uppfattningen, att å ena sidan en väl ordnad sjukhusvård bör inbegripa jämväl specialvård för köns- och hudsjukdomar men att å andra sidan specialvården kan begränsas till mera svårbestämbara och svårskötta fall och att, procentuellt sett, ett ojämförligt mycket större antal sådana fall finnes bland hudsjukdomarna än bland könssjukdomarna.

Det må vidare framhållas, att sammanförandet av köns- och hudsjukdomarna till en gemensam specialitet vållar vissa svårigheter för ett ändamålsenligt ordnande av hithörande vård. Dessa svårigheter hava sin grund i omständigheter av psykologisk natur. Det kan nämligen icke förnekas, att den stora allmänheten, måhända mer på landsbygden och i de mindre städerna än i storstäderna, betraktar könssjukdomarna på ett särskilt sätt och att de flesta, som lida därav, vilja i möjligaste mån hemlighålla sin sjukdom. Här-

av följer å ena sidan, att personer med könssjukdom — i första rummet kvinnor — ofta söka vård på sjukhus utanför hemorten, framför allt i storstäderna, och å andra sidan, att personer, lidande av hudsjukdomar, äro obenägna att låta sig vårda under sådana förhållanden, att de kunna få sken av att vara behäftade med könssjukdom. Frekvensen av utomlänspatienter å hithörande specialavdelningar är ock osedvanligt stor. Sålunda uppgick antalet utomlänspatienter, lidande av könssjukdom, på sjukhuset S:t Göran i Stockholm och Holtermanska sjukhuset i Göteborg år 1929 till respektive 17·7 och 50·7 % av sammanlagda antalet därstädes intagna könssjuka (jfr tabell 39). Av dessa utomlänspatienter torde visserligen det största antalet utgöras av sjömän, som avmönstrat i nämnda städer, samt personer, som smittats och insjuknat vid tillfällig vistelse därstädes, men givetvis har ovanberörda omständighet i sin mån bidragit till att öka antalet utomlänspatienter på sjukhusen ifråga. Då enligt gällande bestämmelser könssjuk i smittsamt skede äger rätt till kostnadsfri vård, ha storstäderna på så sätt åsamkats kostnader, vilka rättvisligen bort åvila andra sjukvårdsområden.

Av vad sålunda anförts torde framgå, att frågan om ordnandet av den slutna vården för ifrågavarande sjukdomsgrupper icke inskränker sig enbart till beredande av specialvård i erforderlig omfattning åt dem, som därav äro i behov. Det gäller ock att med utgångspunkt från gällande bestämmelser om fri sjukhusvård för könssjuka i smittsamt skede söka på ett tillfredsställande sätt ordna denna vård i dess helhet under särskilt beaktande av frekvensen av utomlänspatienter. Det förra spörsmålet upptager kommittén till behandling här nedan; det senare, som är av huvudsakligen ekonomisk natur, behandlar kommittén i kap. 20.

Behovet av platser för specialvård.

I syfte att erhålla någon ledning för bedömande av vårdplatsbehovets omfattning inom de olika sjukvårdsområdena har kommittén på grundval av tillgängliga uppgifter för år 1929 sammanställt *dels* antalet anmälda fall av förvärvad syfilis, gonorré och mjuk chancre, fördelade efter deras hemort (tabell 37), *dels* antalet å lasaretten i varje sjukvårdsområde intagna fall av samma sjukdomar (tabell 38), *dels ock* antalet å hithörande specialavdelningar vårdade, ävenledes fördelade efter hemorten (tabell 39). Tabell 37 utvisar, att antalet år 1929 anmälda fall av förenämnda tre sjukdomar var synnerligen ringa för landstingsområdenas del. Medeltalet för dessa uppgick endast till 1·5 per 1 000 invånare, medan motsvarande tal utgjorde för Stockholm 10·2, för såväl Göteborg som Malmö 6·3 samt för Norrköping 6·2. En jämförelse mellan tabellerna 37 och 38 giver vid handen, att antalet anmälda fall av ifrågavarande slag år 1929 var tre gånger så stort som antalet å lasarett intagna dylika fall (15 311 resp. 5 043). Av tabell 39 framgår vidare, att totala antalet å specialavdelning intagna könssjuka samma år uppgick till 2 805. På dessa kommo, enligt tabell 38, 2 417 fall av förvärvad syfilis, gonorré och mjuk chancre. Under förutsättning, att förhållandet mellan totala antalet intagna könssjuka och därpå belöpande fall av nyssnämnda tre sjukdomar är detsamma för vanligt lasarett som för specialavdelning, skulle totala

antalet å lasarett intagna könspatienter år 1929 ha uppgått till 5 853. Därav skulle å lasaretten med undantag av specialavdelningarna ha belöpt (5 853 —2 805) 3 048 eller i runt tal 3 050 könssjuka. Med en medelvårdtid av 40 dagar (jfr tabell 14) skulle alltså för täckande av *hela* behovet av sluten vård för könssjuka nämnda år ha erfordrats 370 vårdplatser. Platsbehovet för könssjuka, som erfordra specialvård, torde ha varit avsevärt mindre.

En siffermässig uppskattning av vårdplatsbehovet för hudsjukdomarnas del torde icke stå att vinna av tillgängliga uppgifter. Av lasarettens årsberättelser framgår nämligen icke, i vad mån de där redovisade hudfallen intagits med hänsyn till enbart hudsjukdomen. Ofta torde annan sjukdom ha varit avgörande för intagningen, medan hudsjukdomen likaväl kunnat vårdas polikliniskt.

Specialvårdens tillgodoseende.

Det resultat, vartill ovan berörda utredning lett, torde klart giva vid handen, att behovet av specialvård för könssjukdomar i och för sig icke förmår uppbära en på landstingsvis anordnade avdelningar byggd specialvård. Behovet av specialvård för hudsjukdomar torde, såvitt kommittén kan bedöma, icke heller vara av den omfattning, att en landstingsvis ordnad specialvård för ifrågavarande sjukdomar kan anses vara motiverad. Under överläggningarna i ämnet har tanken varit uppe att koncentrera den slutna vården av könssjuka i dess helhet till endast *ett* sjukhus inom varje sjukvårdsområde. Denna tanke har emellertid av flera skäl övergivits. Först och främst skulle en sådan åtgärd med all sannolikhet medföra kostnader för särskilda vårdanordningar, vilka därtill måhända i mer än ett avseende komme att erinra om de utdömda kurhusavdelningarna. Vidare synas de isoleringsanordningar, som inrättas för sjuka i allmänhet, vara i stort sett tillräckliga även för det fåtal fall av könssjukdomar, som kräva isolering. Såvitt för kommittén är känt, hava nuvarande bestämmelser, oaktat de innefatta skyldighet såväl att, i den mån det för undvikande av smittas spridning finnes nödigt, hålla med smittsam sjukdom behäftade personer avskilda från andra intagna som att vårda intagna, vilka kunna antagas i sedligt avseende inverka menligt å andra, skilda från dessa, vid nyanläggningar eller utvidgningar av lasarett icke föranlett några speciella isoleringsanordningar för könssjuka. Ett förläggande av ifrågavarande vård till *ett* sjukhus inom varje sjukvårdsområde skulle m. a. o. efter allt att döma icke leda till något förbilligande av vården och för ett stort antal områden icke heller till en effektivisering av densamma. Härtill kommer, att vårdtillgången för mera avlägset boende skulle försvåras.

Kommittén finner sig sålunda icke kunna i princip förorda inrättande av en avdelning för köns- och hudsjukdomar inom varje sjukvårdsområde. Detta innebär givetvis icke något bestridande av att, liksom det i städer utanför landsting redan visat sig ändamålsenligt att inrätta specialavdelningar för ifrågavarande sjukdomar, det kan vara motiverat träffa liknande anordningar i större landstingsområde, där endast ett lasarett finnes eller där ett central-

lasarett är beläget i större stad. Det torde emellertid icke vara helt uteslutet att utan anordnande av specialavdelningar i någon mån tillgodose behovet av specialvård för ifrågavarande sjukdomar utanför de tre största städerna. I de städer, där jämlikt gällande lag könspoliklinik skall finnas, skulle sålunda åt polikliniläkaren kunna anförtros jämväl vården av sjukhusfallen. Med hänsyn bl. a. till mera trängande specialvårdsbehov på andra områden torde det dock vara osannolikt, att landstingen skola visa sig benägna att i en eller annan form anställa särskilda läkare för köns- och hudsjukdomar. Svårigheter skulle ock uppstå därigenom, att olika myndigheter komme att tillsätta läkarbefattningen vid lasarettet och vid polikliniken. För kommittén synes det därför vara enklast och lämpligast, att vederbörande lasarettsläkare i polikliniksstäderna beredes möjlighet att vid behov mot ersättning konsultera polikliniläkaren-specialisten.

Av flera skäl torde detta sätt att bereda ökade möjligheter till specialvård kunna förverkligas endast på ett fåtal platser. Det stora flertalet landstingsområden komma otvivelaktigt att inom sina egna gränser helt bliva i avsaknad av tillgång till specialvård för ifrågavarande sjukdomar. Ett samarbete med de stora städernas specialavdelningar, varigenom utomlänspatienterna tillerkändes enahanda ställning som inomlänspatienterna, synes kommittén emellertid ägnat att väsentligen förminska olägenheterna av nämnda brist. Från vårdsynpunkt underlättas ett sådant samarbete därigenom, att hithörande sjukdomsfall nästan undantagslöst kunna lätt förflyttas och att sjukdomarna hava ett subakut eller kroniskt förlopp. Den förra omständigheten undanröjer betänkligheterna mot en starkare koncentration av specialvården, den senare möjliggör en kontroll av att tillgången till specialvård icke missbrukas av de sjuka. Kommittén vill därför förorda sådant samarbete.

Det torde icke vara möjligt att ens approximativt angiva det antal patienter, som vid ett dylikt samarbete kan förväntas komma att remitteras till storstädernas specialavdelningar. Tabell 39 utvisar visserligen det antal utomlänspatienter, som år 1929 intagits på dessa avdelningar, men ur tabellen kan icke utläsas det antal könspatienter, som lämnat hemorten för att söka inträde å specialavdelning, än mindre det antal dylika patienter, för vilket behov av *special*vård föranlett denna deras åtgärd. Siffrorna för hudpatienterna torde i förevarande hänseende vara av något större värde. Antalet intagna hudpatienter från främmande sjukvårdsområde uppgick enligt nämnda tabell till 233 eller 16·8 % av samtliga å specialavdelning intagna hudpatienter. Motsvarande tal för könspatienterna var 664 resp. 23·7 %. Tillsammans utgjorde antalet främmande hud- och könspatienter 21·4 % av samtliga intagna hud- och könspatienter.

Av intresse för bedömande av förevarande spörsmål torde även vara att undersöka, i vad mån personer från mera avlägsna orter sökt vård vid ifrågavarande specialavdelningar. Detta belyses av efterföljande tablå.

Anstalt	Hudpatienter						Könspatienter					
	Intagna			Polikl. behandl.			Intagna			Polikl. behandl.		
	Summa	Hemmahörande i anstaltens eller angränsande sjukvårdsområde		Summa	Hemmahörande i anstaltens eller angränsande sjukvårdsområde		Summa	Hemmahörande i anstaltens eller angränsande sjukvårdsområde		Summa	Hemmahörande i anstaltens eller angränsande sjukvårdsområde	
		absolut	procentuellt		absolut	procentuellt		absolut	procentuellt		absolut	procentuellt
Sjukhuset S:t Göran . . .	486	400	82	[1]1046	[1]1008	96	1 212	1 077	89	[1]1202	[1]1121	93
Sjukhuset Eira	250	[2] 248	99	—	—	—	699	[2] 687	98	—	—	—
Holtermanska sjukhuset. .	473	[3] 433	92	969	[3] 885	91	519	[3] 348	67	1 356	[3] 912	67
Malmö allmänna sjukhus. . .	176	161	91	249	244	97	165	123	75	611	504	82
Lasarettet i Lund	—	—	—	—	—	—	210	[4] 118	56	636	[4] 371	58

Av denna tablå framgår indirekt, att antalet å mera avlägsen ort hemmahörande, som söka sjukhusvård eller låta sig polikliniskt behandlas vid ifrågavarande anstalter, i allmänhet är ganska ringa. Det vid Holtermanska sjukhuset relativt stora antalet behandlade könspatienter från sådan ort torde hava sin naturliga förklaring i Göteborgs stads karaktär av rikets främsta sjöfartsstad. Trots siffrornas bristfälliga värde för bedömandet av förevarande fråga anser sig kommittén vara berättigad att av dem draga den slutsatsen, att de patienter, som från mera avlägsen ort komma att remitteras till specialvårdsanstalterna, till antalet lära bliva relativt ringa och att kostnaderna för deras vård komma att stanna vid förhållandevis obetydliga belopp.

Såvitt tabell 14 utvisar, synes antalet vårdplatser å våra specialavdelningar för köns- och hudsjukdomar i stort sett vara tillräckligt för nuvarande behov. Endast vid avdelningen i Lund har högsta antalet någon dag under året vårdade överskridit antalet vårdplatser. Vid sådant förhållande och med hänsyn till ovissheten om det platsbehov, som den av kommittén föreslagna anordningen för specialvårdsbehovets fyllande kan komma att medföra, anser kommittén, att åtgärder för inrättande av nya specialavdelningar för ifrågavarande sjukdomar icke böra vidtagas, förrän tillräckliga erfarenheter av berörda anordning vunnits. Kommittén finner så mycket större skäl härtill föreligga som kommittén har anledning antaga, att därest av kommittén i kap. 20 föreslagna bestämmelser rörande regleringen av kostnaderna för vården av de smittsamma könssjukdomarna bliva gällande, anordningen ifråga skall kunna tillämpas utan att några utvidgningar av befintliga special-

[1] Avser antalet poliklinikbesök under januari 1930. — [2] Avser i Stockholms stad och län hemmahörande. — [3] Avser i Göteborgs stad, Göteborgs och Bohus län samt Älvsborgs län hemmahörande. — [4] Avser endast i Malmöhus läns landstingsområde hemmahörande.

avdelningar bliva erforderliga innan erfarenheter vunnits om verkningarna av anordningen.

Kommittén vill slutligen betona önskvärdheten av att Malmöhus läns landsting löser hithörande specialvårdsfråga genom samverkan med Malmö stad. På grund av Malmö stads storlek och dess karaktär av industri- och sjöfartsstad och då avdelningen därstädes torde vara väsentligt mera lämpad för utvidgning och modernisering än den i Lund synes det kommittén därvid vara mera ändamålsenligt, att en gemensam avdelning komme till stånd vid Malmö allmänna sjukhus än vid lasarettet i Lund. En dubblering av den slutna specialvården för dessa sjukdomar i Malmö och Lund medför otvivelaktigt en splittring, som kan i hög grad beskära patientmaterialets värde för akademisk undervisning. Enär samarbete i undervisningssyfte redan finnes mellan den medicinska fakulteten i Lund och Malmö allmänna sjukhus (avseende barnbördsavdelningen), torde förslaget att förlägga en gemensam avdelning för nu ifrågavarande sjukdomar till nämnda sjukhus icke vara oförenligt med de synpunkter, medicinska fakulteten i Lund har att bevaka beträffande den kliniska undervisningen.

k) Radiologiska avdelningar.

Inledning. Den medicinska radiologien är vetenskapen om de olika strålformernas användning i medicinens tjänst. De strålformer, det här närmast gäller, äro de, som alstras i röntgenröret samt i s. k. radioaktiva ämnen, däribland främst radium. Inom läkekonsten hava dessa strålformer en vidsträckt användning såväl vid ställande av diagnos av sjukdomar och sjukliga tillstånd, i vanligt språkbruk kallad röntgendiagnostik eller röntgenundersökning, som ock vid sjukdomars behandling, radioterapi eller, i dagligt tal, strålbehandling.

Röntgendiagnostiken utövas i två former, nämligen dels i form av röntgenfotografering, då bilden av det undersökta organet eller den undersökta kroppsdelen upptages såsom projektionsbild på en fotografisk plåt eller film, dels i form av s. k. genomlysning, vid vilken undersökaren på en i röntgenljuset lysande skärm, en »fluorescensskärm», iakttager bilden av undersökningsföremålet. Mycket ofta ingå båda dessa moment i en och samma röntgenundersökning. Röntgendiagnostiken har utvecklats mycket snabbt. Det torde numera knappast finnas något av kroppens organ eller organsystem, som icke kan göras till föremål för sådan undersökning.

Radioterapien använder sig av såväl röntgenstrålar som strålar från radiumpreparat, vid svulstsjukdomar ofta av båda slagen i samma sjukdomsfall. Dess viktigaste område är kräftsjukdomarna (cancer och sarkom i olika former), men även svulstbildningar av mindre allvarlig natur göras till föremål för radiologisk behandling. Under det senaste decenniet har denna behandlingsform dessutom kommit till användning vid ett flertal av hudens speciella sjukdomar, vid sjukliga tillstånd i inre organ, såsom t. ex. Basedows sjukdom, vid rheumatiska sjukdomar, akuta infektioner (varbildningar), tuberkulos i lymfkörtlar, ben- och ledsystem, samt vid aktinomykos (strålsvamp) och vissa

blodsjukdomar m. m. Inom radiologien i vidsträcktare bemärkelse faller jämväl behandling med för ögat synliga strålar, såsom solljus, kvicksilverljus (s. k. kvartslampa), kolbågljus och dylikt.

Befintliga anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi.

Befintliga anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi kunna uppdelas i fyra olika grupper: 1) röntgenlaboratorier, 2) röntgenavdelningar, 3) röntgen- och sjukavdelningar samt 4) radiologiska centralanstalter. Med röntgenlaboratorier avses alla med mer eller mindre fullständigt röntgeninstrumentarium utrustade laboratorier, vilka icke förestås av självständiga läkare. I sin enklaste form bestå de endast av en flyttbar röntgenapparat och ett framkallningsrum. Röntgenavdelning är avsedd för såväl diagnostik som röntgenbehandling och förestås av självständig läkare eller läkare med samma kompetens, som erfordras för självständig tjänst på röntgenavdelning. Med röntgen- och sjukavdelning avses en röntgenavdelning, till vilken anslutits särskild vårdavdelning. Med radiologisk centralanstalt avses slutligen avdelning eller självständigt sjukhus, som utrustats med såväl röntgeninstrumentarium som radium för diagnos och allsidig behandling av förekommande former och arter av svulster och som är upplåtet för större del av landet.

Samtliga anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi, över vilka sjukvårdsinrättningarna i riket förfogade år 1930, redovisas i tabell 40. Denna angiver även årtalen för resp. anordnings tillkomst, antalet platser å förefintliga vårdavdelningar samt för åtskilliga sjukhus jämväl antalet år 1930 verkställda röntgenbehandlingar. Av tabellen framgår, att röntgenlaboratorier numera finnas, förutom vid samtliga lasarett, jämväl vid flertalet med lasarett jämställda sjukhus samt åtskilliga sjukstugor. Röntgenavdelning har i regel inrättats endast vid de större sjukhusen; med undantag för Kronobergs läns, Kalmar läns norra och södra samt Gotlands och Norrbottens[1] läns landstingsområden synes dock varje sjukvårdsområde förfoga över åtminstone en röntgenavdelning. Särskild vårdavdelning i anslutning till röntgenavdelning finnes blott vid Radiumhemmet i Stockholm (68 platser), Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg (25 platser) samt lasaretten i Lund (18 platser) och Örebro (18 platser); dock är att märka, att vid ett par lasarett röntgenläkaren medgivits rätt att belägga visst antal platser å lasarettets kirurgiska eller medicinska avdelning.

Nyssnämnda anstalter i Stockholm, Göteborg och Lund äro tillika rikets enda anstalter, där fullständig radioterapeutisk behandling lämnas (radiologiska centralanstalter). Visserligen förfoga även en del andra sjukhus över radium, såsom Allmänna barnbördshuset i Stockholm, Malmö allmänna sjukhus samt lasaretten i Norrköping, Hälsingborg, Örebro och Falun, men de vid dessa sjukhus tillgängliga radiummängderna äro i allmänhet så små, att den där bedrivna radiumbehandlingen praktiskt taget kan lämnas ur räkningen. Endast vid Malmö allmänna sjukhus har radiumbehandling av någon nämnvärd omfattning kunnat bedrivas; sjukhuset saknar emellertid särskild vårdavdelning för hithörande patienter.

[1] Hänsyn har härvid icke tagits till röntgenavdelningen vid garnisonssjukhuset i Boden.

Till belysande av de radiologiska centralanstalternas tillkomst och utveckling må här i korthet anföras följande.

Röntgenstrålarna kommo redan tidigt efter deras upptäckt — år 1895 — till användning för behandling av sjukdomar. Av lätt förklarliga skäl var det till en början endast ytligt lokaliserade sjukdomar, t. ex. hudkräfta, kroniska hudsjukdomar av annan natur, tuberkulösa körtlar på halsen o. s. v., som blevo föremål för röntgenbehandling. De härunder vunna erfarenheterna och det värdefulla tillskott, radiologien mycket snart fick i radium, vidgade emellertid hastigt området för radioterapiens användning till att omfatta framförallt kräftsjukdomar men även andra sjukliga tillstånd i kroppens inre organ. I samma mån som området för behandlingen utvidgades, ökades kraven icke blott på röntgeninstrumentarium och radiummängder utan även på de läkare, som buro ansvaret för behandlingen. Även såtillvida inträdde förändring, att särskilda vårdplatser i allt större utsträckning krävdes för patienterna under de perioder, då röntgenbehandling eller radiumapplikation ägde rum. För att i den mån så var möjligt tillgodose dessa krav organiserade radiologiens föregångsman i vårt land, professor Gösta Forssell, kraftigt understödd av professor John Berg, med hjälp av enskilda medel en specialanstalt för radiologisk behandling, benämnd Radiumhemmet, där jämväl sluten vård kunde meddelas. Den första kliniken för sådan behandling, närmast avsedd för kräftsjuka, togs i bruk år 1910. Arbetet vid kliniken, som var inrymd i en förhyrd lokal å Kungsholmen och omfattade 16 vårdplatser, anordnades redan från början så, att de nya radiologiska behandlingsmetoderna kunde där prövas och utvecklas, att patienterna kunde noggrant observeras under behandlingstiden och att behandlingsresultaten kunde studeras under en längre tid även efter utskrivningen. Sedan anstalten erhållit en fastare organisation, överlämnades den till Stockholmsavdelningen av svenska cancerföreningen, vilken bildats år 1910 med huvudsaklig uppgift att utföra en statistisk studie över kräftsjukdomarnas förekomst i Sverige. Under ledning av sagda avdelning, sedermera benämnd cancerföreningen i Stockholm, utvecklades Radiumhemmet snart till en centralanstalt för radioterapien i vårt land. År 1916 överflyttades Radiumhemmet till sin nuvarande huvudbyggnad vid Fjällgatan, där jämte poliklinisk behandling även kunde meddelas sluten vård av ett 30-tal patienter. Åtskilliga om- och tillbyggnader hava därefter företagits. Anstalten omfattar f. n., förutom den kliniska avdelningen, en poliklinisk avdelning, en radium- och en röntgenavdelning, en svulstpatologisk avdelning, ett fysiskt laboratorium, en avdelning för kontroll och statistik, en avdelning för socialt arbete samt en kontorsavdelning. Vid nyssnämnda laboratorium är sedan år 1926 en ambulatorisk fysikalisk avdelning inrättad, vilken utövar kontroll över röntgeninstrumentariet och doseringen av röntgenljuset vid de centrala röntgeninstituten å sjukhusen över hela landet. Sammanlagda antalet kliniska platser utgör som nämnts 68.

Till hemmets utveckling och drift ha bidrag utgått, förutom från cancerföreningen, från staten, Karolinska institutet och Stockholms stad. Sålunda har riksdagen vid olika tillfällen anslagit avsevärda belopp såsom bidrag till inköp av radium och apparater. Staten lämnar sedan 1920 dessutom ett bidrag av 2 kronor 50 öre per vårddag för varje patient å hemmets vårdavdelning samt ett årligt anslag av 15 000 kronor till verksamheten vid hemmets poliklinik. Karolinska institutet har understött såväl anstaltens praktiskt sjukvårdande arbete som dess vetenskapliga verksamhet genom att från stiftelsen »Therese och Johan Anderssons minne» anslå medel till inköp av radium samt till utrustning av den fysiska avdelningen och det svulstpatologiska laboratoriet. Stockholms stad tilldelade cancerföreningen år 1913 ur den s. k. Forsgrénska fonden ett belopp av 500 000 kronor, vars ränteavkastning användes såsom bidrag till anstaltens underhåll. Sedan 1916 förhyr staden tillika vissa lokaler åt anstalten. Slutligen må

nämnas, att under H. Maj:t Drottning Victorias ledning företogs en privat penninginsamling, som tillförde föreningen ytterligare ett belopp av 500 000 kronor. Föreningen förfogade i slutet av år 1928 över fonder till ett sammanlagt värde av omkring 2 600 000 kronor.

De radiologiska anstalterna i Lund och Göteborg tillkommo, som av tabell 40 framgår, avsevärt senare; i Göteborg har ända intill 1931 den radiologiska avdelningens vårdplatser varit fördelade på övriga avdelningar, ehuru de formellt redovisats såsom en särskild avdelning. Den radioterapeutiska vårdens utveckling vid såväl dessa anstalter som Radiumhemmet i Stockholm belyses närmare i tabell 41, där vissa från anstalterna inhämtade uppgifter för tioårsperioden 1920—1929 sammanställts. Till dessa uppgifter må fogas den upplysningen, att av de å Radiumhemmet år 1929 intagna patienterna ej mindre än 83·7 % hade annan hemort än Stockholm och att av de poliklinisk behandlade 50·0 % likaledes voro från annan ort än Stockholm. Motsvarande procenttal för Lundakliniken och Göteborgsanstalten framgå ej av vederbörande årsberättelser.

Konung Gustaf V:s jubileumsfond och dess användning.

Radioterapiens växande arbetsfält har givetvis medfört allt större behov av såväl radium som vårdplatser. Omfattande åtgärder för täckande av detta behov ha på senaste tid möjliggjorts genom att Hans Maj:t Konungen ställt hela den till honom på 70-årsdagen överlämnade nationalgåvan å något över 5 000 000 kronor, benämnd Konung Gustaf V:s jubileumsfond, till förfogande för kräftsjukdomarnas bekämpande i vårt land ävensom till befrämjande av det vetenskapliga studiet av dessa sjukdomar. Rörande de närmare grunderna för fondens användning och därmed sammanhängande spörsmål har en för ändamålet av Hans Maj:t Konungen tillsatt kommitté framlagt betänkande med förslag i ämnet den 23 maj 1929. Kommitterade hava däri föreslagit, att under namn av »Konung Gustaf V:s jubileumsfond» skulle för gemensam förvaltning sammanföras dels de medel, som insamlats till hugfästande av konung Gustaf V:s 70-årsdag, dels medel, som cancerföreningen i Stockholm överlämnade till jubileumsfonden, dels ock de medel, som ytterligare kunde inflyta. För fondens användning vad angår praktiska åtgärder för kräftsjukdomarnas bekämpande hava kommitterade uppdragit följande allmänna riktlinjer:

1. Jubileumsfonden borde inrikta sin praktiska verksamhet framförallt på skapandet av en fast och effektiv organisation för den radioterapeutiska sjukvården vid kräfta, varvid målet borde vara, att radioterapien komme till utövande under sådana förhållanden, att dess resurser kunde fullt utnyttjas och att den i så stor utsträckning som möjligt komme hela riket till godo. Detta mål syntes säkrast och fortast kunna nås genom upprättande av centralanstalter för radioterapi vid kräfta i samband med de radioterapeutiska avdelningarna vid centralt belägna stora sjukhus, vilka ägde betingelserna för upprätthållande av dessa anstalters verksamhet och för deras vetenskapliga utveckling.
2. Till dylika centralanstalter borde med jubileumsfondens bistånd i första hand utvecklas Radiumhemmet i Stockholm samt de radioterapeutiska avdelningarna vid lasarettet i Lund och Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Dessa anstalter bildade naturliga centra för mellersta och norra respektive södra och västra Sverige, vartill komme, att medicinska högskolor vore belägna i Stockholm och Lund samt att, vad anginge Göteborg, staden vore väl utrustad med specialkliniker och hade ett patologiskt-anatomiskt laboratorium under ledning av fackman. Någon särskild centralanstalt för Norrland borde för närvarande icke

inrättas, utan syntes Radiumhemmet i Stockholm kunna tillsvidare utgöra centralanstalt för såväl mellersta som norra Sverige.

3. Varje centralanstalt skulle företrädesvis betjäna patienter från närmast omgivande landsdelar men även vara tillgänglig för kräftsjuka från övriga delar av riket. Riket borde lämpligen uppdelas i regioner, motsvarande centralanstalternas verksamhetsområden. Det sjukhus, vartill centralanstalt vore anknuten, borde förfoga över ett så stort antal av jubileumsfonden bekostade vårdplatser, som motsvarade dess sjukvårdsområdes befolkningssiffra i förhållande till befolkningssiffran i hela den del av riket, som kunde beräknas utgöra centralanstaltens verksamhetsområde.

4. En första nybyggnad av en för patienter från hela landet öppen avdelning i såväl Lund som Göteborg borde i vartdera fallet begränsas till 25 vårdplatser, men respektive centralanstalter borde så planläggas, att de med minsta möjliga kostnad kunde vid behov utvidgas. Tillsammans med redan befintliga vårdavdelningar för radioterapi vid nämnda sjukhus skulle på så sätt centralanstalterna i Lund och Göteborg komma att förfoga över vardera omkring 50 vårdplatser. För ändamålet borde av jubileumsfonden reserveras ett belopp av högst 600 000 kronor för vartdera sjukhuset, kostnaderna för radium däri ej inräknade.

5. Den slutgiltiga centralanstalten i Stockholm borde under namn av »Konung Gustaf V:s jubileumsklinik» förläggas till det planerade Karolinska sjukhuset vid Norrbacka, dit då Radiumhemmets verksamhet skulle överflyttas. I nybyggnadsplanerna för Karolinska sjukhuset inginge förslag om uppförande av en radioterapeutisk klinik om 50 vårdplatser, av vilka 30 skulle bekostas av Stockholms stad, 5 av Stockholms län och 15, avsedda för hela riket, av statsverket. Genom en i samband med Karolinska sjukhusets radioterapeutiska klinik uppförd nybyggnad för Radiumhemmet, omfattande 50 allmänna vårdplatser, skulle en centralanstalt om sammanlagt 100 allmänna vårdplatser kunna erhållas, vilken anstalt i sin helhet skulle ställas till Karolinska institutets förfogande såsom dess undervisningsklinik. Medel för jubileumsklinikens uppförande skulle utgå från dels jubileumsfonden, dels cancerföreningen, dels Karolinska institutet (statsverket). Jubileumsfonden skulle därvid bidraga med högst 1 350 000 kronor, varav 1 000 000 kronor till nybyggnad och utrustning av klinikens sjukhusavdelning och 350 000 kronor till nybyggnad och utrustning av klinikens vetenskapliga laboratorier.

6. Den radiumkvantitet om 6 gram, som inköpts för jubileumsfondens radiumfond, borde fördelas så, att 3 gram ställdes till förfogande för Radiumhemmet i Stockholm samt 1·5 gram för vardera anstalten i Lund och Göteborg. Med Hans Maj:t Konungens särskilda tillstånd hade sådan fördelning ock provisoriskt verkställts. För ytterligare inköp av omkring 2 gram radium borde reserveras ett belopp av högst 400 000 kronor. Jubileumsfonden borde i sin ägo behålla det radium, som för dess medel inköpts eller inköptes, och endast såsom lån ställa detsamma till vederbörande centralanstalters förfogande under lämplig kontroll och garanti.

Såsom allmän grund för sitt förslag hava kommitterade anfört i huvudsak följande:

Erfarenheten hade visat, att man endast vid väl utrustade specialkliniker förmått utveckla radioterapien vid kräfta så, att den kunnat verksamt komplettera kirurgien. Radium, som utgjorde det förnämsta behandlingsmedlet vid radioterapien, vore synnerligen dyrbart; det betingade för det dåvarande ett pris av omkring 200 000 kronor per gram. För en vårdavdelning om 25 platser erfordrades minst $1^1/_2$ gram. Det vore för ett effektivt utnyttjande av detta dyrbara material nödvändigt, att antalet patienter vid vårdanstalten vore så stort, att radiet kunde vara i oavbruten användning. En fullgod behandling vid en radio-

terapeutisk vårdavdelning för kräftsjuka förutsatte vidare, att denna sköttes av särskilt utbildade läkare, som ägnade sig åt radioterapien och disponerade tillräcklig tid ej blott för det löpande sjukvårdsarbetet utan även till vetenskapliga studier. Detta vore desto mera nödvändigt, som radioterapien på flera områden kunde sägas befinna sig på ett tidigt utvecklingsstadium. Tillräcklig erfarenhet angående kräftsjukdomarna och den speciella behandlingstekniken vid olika svulstformer och olika lokalisationer av svulsterna kunde vinnas endast om den radioterapeutiska avdelningen inrymde vårdplatser för ett relativt stort antal patienter. För strålbehandlingen erfordrades tillika en relativt stor och särskilt skolad sjukvårdspersonal, icke minst med hänsyn till att de kräftsjuka fordrade ett långvarigt och noggrant övervakande av läkningens förlopp och sedermera en långvarig kontroll av läkningsresultaten. Under vanliga förhållanden hade föreståndaren för den radiologiska avdelningen vid ett lasarett att utöva såväl röntgendiagnostiken som röntgenbehandlingen för sjukhusets behov. Skulle den radiologiska avdelningen utvidgas till att utgöra en centralanstalt för strålbehandling vid kräfta, vore det enligt kommitterades mening icke möjligt för en radiolog att ensam nöjaktigt sköta såväl det ständigt växande röntgendiagnostiska arbetet som det radioterapeutiska. Det bleve därför nödvändigt, att vid de sjukhus, där centralanstalter för radioterapi vid kräfta komme att upprättas, den radiologiska verksamheten uppdelades på en röntgendiagnostisk och en radioterapeutisk avdelning och att särskild läkare anställdes såväl å den röntgendiagnostiska som å den radioterapeutiska avdelningen. Centralanstalterna för radioterapi vid kräfta kunde således endast anslutas till sjukhus av den storleken, att det radiologiska arbetet lämpligen kunde uppdelas på en diagnostisk och en terapeutisk avdelning, som vardera lämnade full sysselsättning åt minst en radiolog. Vidare vore ett samarbete mellan radioterapien och kirurgiens olika grenar nödvändigt, emedan en kombination av dessa behandlingsmetoder i stor utsträckning ägde rum. Även för de rent kirurgiska fallen av svårare karaktär syntes ett sammanförande av svulstterapien till vissa större sjukhus icke vara utan betydelse. En radioterapeutisk anstalt för vård av kräftsjuka måste slutligen vid sin sida hava en patolog, som ägnade sig åt svulsternas patologi med särskild hänsyn till strålterapiens inverkan på desamma. Såväl ekonomiska som sjukvårdstekniska och organisatoriska skäl talade sålunda för att radioterapien vid svulster förlades till väl utrustade centralanstalter i samband med stora lasarett.

Med godkännande av de av kommitterade sålunda föreslagna riktlinjerna har Hans Maj:t Konungen den 30 maj 1929 fastställt stadgar för jubileumsfonden. Förhandlingar hava ock bedrivits mellan jubileumsfondens styrelse och vederbörande huvudmän för de radiologiska anstalterna i Stockholm, Göteborg och Lund i syfte att få till stånd centralanstalter för radioterapi vid kräfta i enlighet med kommitterades förslag. Förhandlingarna med cancerföreningen i Stockholm hava resulterat i en den 10 oktober 1929 dagtecknad preliminär överenskommelse, avseende upprättande av den föreslagna centralanstalten i samband med Karolinska sjukhusets radioterapeutiska klinik. Intill dess denna anstalt träder i verksamhet, vilket beräknats kunna ske under år 1937, skall Radiumhemmet fungera som centralanstalt för norra och mellersta Sverige. Förhandlingarna med Malmöhus läns landsting hava lett till en överenskommelse angående uppförande av en centralanstalt i Lund om 50 platser, tillgänglig för hela riket men närmast avsedd för Malmöhus län (inkl. Malmö och Hälsingborg), Kristianstads, Kronobergs, Blekinge och Kalmar län samt södra hälften av Hallands län. Enligt överenskommelsen skall

från jubileumsfonden för ändamålet utgå 600 000 kronor.[1] Ytterligare erforderligt belopp skall av Malmöhus läns landsting, såsom blivande ägare till anstalten i dess helhet, anskaffas genom lån, varefter samtliga till anstaltens verksamhetsområde hörande landsting och städer utanför landsting skola i förhållande till sin folkmängd förränta det sålunda upplånade beloppet. För driftkostnadernas fördelning skola gälla vissa av statsmakterna numera fastställda grunder, till vilka kommittén återkommer i annat sammanhang (kap. 20). Den nuvarande kliniken i Lund skall tillsvidare tjänstgöra som centralanstalt för verksamhetsområdet. Vad slutligen angår Göteborgsanstalten har vid förhandlingarna enighet i princip uppnåtts om uppförande i huvudsaklig överensstämmelse med kommitterades förslag av en radioterapeutisk centralanstalt för kräftsjuka från västra Sverige. Tillsvidare har staden med bidrag från jubileumsfonden vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset (år 1931) inrättat en provisorisk radioterapeutisk klinik om 25 vårdplatser, av vilka intill mitten av år 1933 10 platser varit upplåtna för kräftsjuka från den blivande centralanstaltens verksamhetsområde, omfattande Göteborgs och Bohus län, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län samt norra hälften av Hallands län. Sedermera har staden beslutat att ställa ytterligare 10 platser till förfogande för nämnda verksamhetsområde under förutsättning, att ifrågavarande klinik godkännes såsom preliminär centralanstalt för verksamhetsområdet samt att driftkostnaderna fördelas i huvudsaklig överensstämmelse med de för Lundakliniken fastställda grunderna.

Kommitténs synpunkter på radiologiens tillgodoseende.

Den snabba utvecklingen på radiologiens område kan redan sägas hava lett till en specialisering inom radiologien, i det att densamma uppdelats i två specialvetenskaper: röntgendiagnostik och radioterapi. Röntgendiagnostiken är icke, i motsats till radioterapien, en specialitet i samma mening som t. ex. ortopedi, oftalmiatrik, otiatri. Den är fastmer, såsom inledningsvis antytts, att anse såsom en specialiserad och krävande undersökningsmetod, som har sin rikliga och betydelsefulla tillämpning inom snart sagt alla läkekonstens grenar. Den kan därför icke koncentreras till vissa större centrala sjukhus utan är tvärtom i större eller mindre grad erforderlig vid det stora flertalet sjukvårdsinrättningar. Med hänsyn härtill och då avdelningar för diagnostik och avdelningar för behandling på grund av skilda uppgifter i vissa och högst väsentliga avseenden jämväl kräva olika utrustning, skiljer kommittén i det följande de anordningar, som till sin huvuduppgift hava diagnostik, från de radioterapeutiska.

Anordningar för röntgendiagnostik.

Vad först angår anordningar för röntgendiagnostik har redan framhållits, att röntgendiagnostiken icke lämpligen kan koncentreras uteslutande till sjukhus med röntgenavdelning under ledning av specialutbildad läkare. Röntgeninstrumentarium saknas numera icke vid något enda lasarett i vårt land, och ett sådant torde icke heller kunna utan avsevärd olägenhet där undvaras. Kommittén vill för sin del förorda, att jämväl sjukstugorna förses med sådan apparatur, avsedd för deras mera begränsade behov, d. v. s. närmast för diagnos av benbrott och ledurvridningar, kontroll av behandlingen av dessa skador, påvisande av inträngda främmande kroppar och dylikt. Det synes kom-

[1] Ett tilläggsanslag av högst 135 000 kr. har sedermera beviljats under vissa villkor.

mittén uppenbart, att om de upplysningar, som röntgenundersökningarna lämna, äro nödvändiga till ledning för den mera erfarne och tränade lasarettsläkaren, äro de i minst lika hög grad erforderliga för sjukstuguläkaren, som i regel har mindre praktisk erfarenhet. För sjukstugornas förseende med röntgeninstrumentarium talar ock önskemålet att kunna giva de sjukdomsfall, vilka för sin behandling icke äro i behov av ett större sjukhus med dess mångsidiga utrustning, lika god vård på ett mindre sjukhus. Anpassas instrumentariet efter de uppgifter, som nyss antytts, torde i betraktande av det gagn och den trygghet för diagnos och behandling, en röntgenundersökning förmår skänka, de därmed förenade kostnaderna icke heller böra väcka betänkligheter.

Den nutida sjukhusläkarens behov av röntgendiagnostiken gör en intim samverkan med röntgenläkare till ett trängande önskemål för övriga läkare på ett lasarett. En röntgenavdelning på varje lasarett kan emellertid redan av kostnadsskäl icke ifrågakomma. Frågan är då, vid vilka lasarett röntgenavdelning bör finnas, eller med andra ord, huru stort ett lasarett bör vara för att lämpligen kunna bära upp en självständig röntgenavdelning. Söker man av de i vårt land hittills vidtagna åtgärderna vinna ledning för besvarande av denna fråga, finner man, att röntgenavdelningar endast undantagsvis inrättats vid odelade lasarett. Först vid eller efter en uppdelning av lasarettet i en medicinsk och en kirurgisk avdelning eller i flera avdelningar har en röntgenavdelning tillkommit. Det synes kommittén som om vägande skäl tala för ett fortsatt utbyggande av röntgendiagnostiken i enlighet med den praxis, som sålunda utbildat sig. Det är nämligen en allmän erfarenhet, att vid specialisering av lasarettsvården fordringarna på röntgendiagnostik och röntgenterapi bliva väsentligt större såväl kvantitativt som kvalitativt sett. Uppdelning av ett lasarett i en medicinsk och en kirurgisk avdelning utgör därför ett mycket starkt motiv för inrättande av en röntgenavdelning vid lasarettet. Däremot kan det ifrågasättas, om verksamheten för en röntgenläkare även på ett jämförelsevis stort odelat lasarett blir av den omfattning, att den giver honom tillräckligt arbete och skänker honom skälig utkomst, detta jämväl för det fall, att sängantalet på det odelade lasarettet överstiger sängantalet på ett delat. Enbart antalet vårdplatser synes icke kunna utgöra en tillförlitlig mätare på lämpligheten av inrättande av en röntgenavdelning. Då härtill kommer, att utrustning och drift av en röntgenavdelning kräva stora kostnader, därest denna skall motsvara berättigade fordringar, anser sig kommittén icke kunna förorda inrättande av en sådan avdelning vid odelat lasarett utan att synnerliga skäl därtill föreligga.

I andra hand uppkommer fråga, om icke *en* röntgenläkare skulle kunna tillgodose flera sjukhus. Närmast skulle detta kunna ske på så sätt, att röntgenfilm sändes till röntgenläkaren för hans bedömande. Det lider intet tvivel, att i en del fall en lasaretts-(sjukstugu-)läkare, som icke har förmånen att på sitt eget sjukhus få samarbeta med där anställd röntgenläkare, kan draga nytta av en dylik gemensam röntgenläkares erfarenhet och omdöme, men gagnet av ett samarbete av sistnämnda art är dock väsentligt mindre än den utomstående kan vara böjd att tro. Skälen härtill äro väsentligen två.

För det första kräver röntgenfotograferingen för att giva möjlighet till en riktig och uttömmande diagnos speciell teknisk samt röntgenanatomisk kunskap och skolning. För det andra utgör vid ett flertal inre sjukdomar fotograferingen endast ett moment av röntgenundersökningen. Vid de flesta undersökningar av inre organ måste fotograferingen ske med ledning av och i samband med en sakkunnigt utförd genomlysning för att önskade upplysningar skola kunna erhållas. En annan utväg för samarbete på ifrågavarande område, som föreslagits och jämväl prövats, är att röntgenläkaren vissa bestämda dagar besöker grannsjukhus. Därigenom skulle nyssnämnda brister elimineras. Men andra olägenheter vidlåda detta system. Det förutsätter, att arbetet på röntgenläkarens egen avdelning medgiver honom att på bestämda tider vara frånvarande från denna avdelning. Vidare torde det i regel kunna tillämpas endast beträffande närbelägna sjukhus. Slutligen vållar förfarandet ofta en ganska lång tidsutdräkt för de sjuka och för arbetet på den konsulterande läkarens avdelning. Det medför där icke endast den nackdelen, att undersökningen av patienten blir bunden till närmast inträffande dag för röntgenläkarens besök. Visar granskningen av undersökningsresultaten, att en komplettering av undersökningen erfordras, vållas nämligen nytt uppskov för den sjuke. De erfarenheter, som vunnits av detta förfarande, tala därför som regel emot att mera definitivt tillgodose röntgendiagnostiken på detta sätt. Som en tredje utväg har framhållits möjligheten att vid behov transportera den sjuke från det sjukhus, där han först intagits, till det med röntgenavdelning försedda lasarettet och efter fullbordad undersökning återsända honom. Det synes kommittén emellertid uppenbart, att ett sådant remitterande av patienter icke kan ske i någon större utsträckning, åtminstone icke då det gäller längre distanser.

Så länge icke varje lasarett lämpligen kan förses med röntgenavdelning, kan sjukvården givetvis vinna på ett samarbete mellan dylik avdelning och sjukhus, som sakna en sådan. Kommittén har därför med ovanstående ingalunda velat i princip uttala sig emot samarbete av antytt slag utan endast framhålla, att det som regel torde vara ganska svårt att utvinna ett tillfredsställande utbyte av ett sådant samarbete. Enligt kommitténs uppfattning skulle det bästa resultatet ernås, om patienter, i behov av mera krävande undersökningar, sändes till lasarett med röntgenavdelning och finge där kvarstanna för fortsatt behandling. För ett samarbete av denna omfattning, vilket torde kunna åvägabringas på olika sätt alltefter lokala förhållanden och sjukdomsfallens natur, anser sig dock kommittén icke böra framlägga något positivt förslag. Utbytet av detsamma kommer nämligen att bli beroende av åtskilliga faktorer, även av rent personlig art.

Med hänsyn till att våra sjukvårdsinrättningar i allmänhet äro av relativt ringa storlek torde kommittén icke behöva till närmare prövning upptaga frågan, huruvida röntgendiagnostiken vid ett sjukhus bör läggas i en läkares hand, d. v. s. centraliseras inom sjukhuset, eller om röntgenavdelning bör anslutas till envar av vissa specialavdelningar. Även vid de största sjukhusen i landet har man obetingat gått den förra vägen. Frågan synes kommittén

knappast kunna för vårt lands vidkommande få någon aktuell betydelse annat än möjligen beträffande de stora kliniska sjukhusen, där jämväl andra än sjukvårdssynpunkter förtjäna beaktande.

Anordningar för radioterapi.

Vad härefter angår radioterapiens vidare utbyggande får kommittén hänvisa till ovan refererade plan för användningen av Konung Gustav V:s jubileumsfond. Planen ifråga åsyftar en mycket stark centralisering av radioterapien, åtminstone av den del, som förutsätter en större kvantitet radium. Kommittén anser för sin del de skäl, som anförts för en dylik centralisering, vara övertygande och finner även det sätt, varpå planen utformats, vara synnerligen förtjänstfullt.

I och med att kommittén principiellt ansluter sig till den uppfattningen, att den radiologiska behandlingen, särskilt vid kräftsjukdomar, bör koncentreras till centrala anstalter i anslutning till större, väl belägna delade lasarett, har kommittén jämväl uttalat sig för att, intill dess behov av sådan anstalt yppar sig, röntgenavdelningarna vid lasaretten icke böra inrättas för radiumbehandling eller radiologisk behandling av kräftsjukdomar i inre organ. Dessa avdelningar böra fastmera i första hand utrustas för och anpassas efter röntgendiagnostikens krav, men även så att *röntgenterapi* kan där utövas. Vid sidan om kräftsjukdomarna i de inre organen finnes nämligen ett stort indikationsområde för behandling enbart med röntgenstrålar, som skänker dess sakkunnige utövare ett rikt och omfattande verksamhetsfält. Kommittén vill härutinnan erinra om sådana sjukdomar som Basedows sjukdom, tuberkulos i lymfkörtlar, ben- och ledsystem, hudsjukdomar, ytligt liggande kräftsvulster, sarkom och andra svulstarter, vissa slag av ledgångsrheumatism samt vissa former av akuta infektiösa processer.

Under senare år hava ock framkommit krav på att vårdplatser skola ställas till röntgenläkarens förfogande. Frånsett sjukhusen i Lund och Göteborg samt lasarettet i Örebro hava emellertid, som ovan nämnts, vårdplatser tilldelats röntgenläkaren endast vid några få lasarett och då på den kirurgiska eller medicinska avdelningen. Det lider enligt kommitténs mening intet tvivel, att icke en för röntgenfall särskilt avsedd avdelning vore ur sjukvårdssynpunkt lämpligast. Självfallet bör därför en sådan inrättas, när vårdbehovet tagit den omfattning, att en vårdavdelning av normal storlek erfordras. Men även om vårdplatsbehovet är mindre, kunna kombinationer med själva behandlingsavdelningen tänkas, varigenom en särskild vårdavdelning även ur ekonomisk synpunkt kan bliva fullt försvarlig. På grund av många rent lokala förhållanden vid olika sjukhus måste kommittén i denna detaljfråga inskränka sig till dessa mera allmänna synpunkter. Några erfarenheter om platsbehovet å röntgenavdelning i förhållande till folkmängden föreligga icke i den omfattning, att några slutledningar därav kunna anses tillåtna. Kommittén vill emellertid framhålla, att enligt kommitténs uppfattning under alla förhållanden anledning föreligger att tillerkänna varje för röntgenavdelning ansvarig lasarettsläkare rätt att belägga ett visst antal vårdplatser på sjukhuset.

Slutligen anser sig kommittén böra erinra, att på grund av de stora risker,

som äro förenade med röntgenterapiens utövande, röntgenbehandling icke bör meddelas vid röntgenlaboratorier. Dessa böra utrustas enbart med hänsyn till diagnostikens krav och de olika sjukvårdsanstalternas vårduppgifter.

1) Patologiska avdelningar.

Inledning. De patologiska avdelningarna hava till uppgift att verkställa mikroskopisk undersökning av svulster och andra vävnadspartier, att bestämma arten av infektion i insända prov genom renodling av bakterier eller genom andra metoder, att verkställa obduktioner (liköppningar) samt att bereda vacciner och ev. sera. Dels tjäna de sålunda ett rent diagnostiskt syfte, avseende antingen enbart att fördjupa studiet av de vid sjukbädden iakttagna sjukdomsbilderna och bringa klarhet över dessa — detta gäller obduktionerna samt vissa svulstundersökningar och bakteriebestämningar — eller att, såsom vid provtagning (provexcision) av svulster, vävnadsdelar och kroppsvätskor, giva läkaren ledning för en fortsatt behandling av den sjuke; dels avse de att åt läkaren bereda medel för vissa sjukdomars behandling (vacciner och sera).

Befintliga avdelningar. Sedan gammalt hava vid de medicinska lärosätena funnits patologiska institutioner, som fullgjort ovannämnda arbetsuppgifter åt de kliniska sjukhusen och sjukvårdsavdelningarna. Däremot dröjde det ganska länge, innan patologiska avdelningar eller, som de numera ofta benämnas, centrallaboratorier inrättades vid icke-kliniska sjukvårdsinrättningar. Detta skedde först vid Sahlgrenska sjukhuset 1910, därefter vid Sabbatsbergs sjukhus 1912 samt vid lasaretten i Umeå 1921 och Västerås 1929. Å lasarettet vid Stocksund har sedan år 1922 funnits ett patologiskt laboratorium, ehuru detta icke förestått av en i laga ordning tillsatt lasarettsläkare. Vissa andra sjukhus, t. ex. flertalet av Stockholms stads sjukhus och Malmö allmänna sjukhus, hava tillgodosett behovet av sakkunnig hjälp i förevarande hänseende genom avtal med fackmän vid de patologiska universitetsinstitutionerna, närmast för utförande av obduktioner och i en del fall även undersökningar av svulster m. m. Vid landets övriga sjukvårdsinrättningar har man åtnöjt sig med att vid förefallande behov till dylika fackmän insända svulster och annat material för undersökning. Även utan stöd av någon verkställd statistisk beräkning kan man med visshet utgå ifrån, att behovet av dylika specialundersökningar under årens lopp gjort sig alltmera gällande och att deras antal väsentligt vuxit.

Utredning. I syfte att erhålla en grundval för bedömande, huruvida kostnaderna för ifrågavarande undersökningar för närvarande uppginge till sådana belopp, att inrättande av patologisk avdelning kunde anses tillrådligt, har kommittén från samtliga lasarett av den storlek, att inrättande av patologisk avdelning där kunde antagas stå på dagordningen eller inom den närmaste framtiden komma att framstå som en aktuell fråga, inhämtat uppgifter om bl. a. de kostnader, som dylika undersökningar medfört för lasarettet. Svaren hava sammanställts i tabell 42. Denna giver vid handen, att kostnaderna för samtliga där upptagna undersökningar och förrättningar år 1931 endast vid lasaretten i Norrköping och Örebro uppgingo till sådana belopp (8 345 resp.

9 111 kr.), att de kunna synas vara försvarliga som lön åt en lasarettsläkare vid patologisk avdelning. Begynnelselönen för motsvarande läkare vid lasaretten i Umeå och Västerås utgjorde för år 1931 resp. 9 180 och 8 664 kr.

Emellertid har under diskussionen rörande dessa avdelningars arbetsuppgifter ifrågasatts, huruvida de som regel lämpligen kunde anförtros Wassermannreaktionerna, en serologisk reaktion av stor vikt för diagnostiken av syfilis och för bedömande av verkan av den mot denna sjukdom riktade behandlingen. Härom anför professor *E. Sjövall* följande:

»Det är välkänt, att, ju mera man fördjupar sig i dessa undersökningar, dess ömtåligare har deras handhavande befunnits vara, och en av förutsättningarna för exaktheten är, att undersökaren har till sin disposition såväl talrika, till prövning inskickade fall som tillräckligt kontrollmaterial. Allt detta pekar i den riktningen, att Wassermannundersökningarna böra ganska starkt centraliseras, och det vore således föga lyckligt, om riket komme att i detta hänseende uppdelas i alltför många undersökningsorter.»[1]

Denna professor Sjövalls uppfattning delas av ett flertal fackmän på området. Kommittén inskränker sig här till att konstatera, att om arvodena för Wassermannreaktionerna frånräknas, bliva kostnadsbeloppen även beträffande lasaretten i Norrköping och Örebro för låga (6 048 resp. 6 778 kr.) för att motsvara skälig lön för en lasarettsläkare vid patologisk avdelning.

I samband med sin ovan berörda enquête har kommittén även sökt få del av vederbörande läkares uppfattning angående behovet av patologisk avdelning samt huruvida en lasarettsläkare vid sådan avdelning kunde påräkna fullt arbete och skälig inkomst av sin tjänst och inom hans specialfack liggande arbetsuppgifter. Behov av dylik avdelning har ansetts föreligga vid lasaretten i Norrköping, Jönköping, Hälsingborg och Karlstad, om ock behovet vid sistnämnda lasarett uppgivits ej vara trängande. Nekande eller svävande svar hava lämnats av övriga tillfrågade, nio till antalet. Beträffande frågan, om en patolog kunde beräknas få full sysselsättning, har endast från lasarettet i Hälsingborg avgivits ett oreserverat jakande svar. Från fyra lasarett, däribland lasarettet i Karlstad, ha svaren varit oreserverat nekande, och från fyra andra lasarett, bl. a. lasarettet i Jönköping, ha svaren varit svävande eller gått i nekande riktning. Från övriga håll, däribland lasarettet i Norrköping, har såsom en utväg att möjliggöra inrättande av ett laboratorium av ifrågavarande slag anvisats samarbete mellan flera lasarett.

Kommittén vill i detta sammanhang nämna, att professor Sjövall vid en år 1922 inför chefen för socialdepartementet hållen konferens framlagt förslag till ordnandet av rättsobduktionsväsendet i riket, byggt på kombination av rättsobducenttjänster med befattningar såsom föreståndare för patologiska avdelningar vid vissa centralt belägna lasarett. Rättsobducentfrågan har emellertid helt nyligen genom kungl. kungörelse den 27 juni 1930 (nr 293) om ändrad lydelse av §§ 1, 2, 4 och 5 i stadgan den 29 januari 1886 angående vad iakttagas bör vid rättsmedicinsk undersökning av död människas kropp fått en annan, låt vara temporär lösning. Kommittén inskränker sig därför till att här bringa professor Sjövalls förslag i erinran.

[1] Svenska läkartidningen 1926, sid. 271.

Kommittén. Att ett intimt samarbete mellan sjukhusläkare, å ena, samt i patologi och bakteriologi väl utbildade och förfarna fackmän, å andra sidan, är av stort värde för sjukvården, synes kommittén uppenbart, och i ett flertal fall utgör anlitande av sådan sakkunskap en nödvändig förutsättning för en tillfredsställande behandling och vård. Lika visst är emellertid att det endast vid ett fåtal lasarett praktiskt taget kan bliva möjligt att åvägabringa ett sådant samarbete genom inrättande av patologiska avdelningar. Vid det stora flertalet sjukvårdsinrättningar måste den nu vanliga formen för detta samarbete, d. v. s. sändande av material till universitetsinstitution eller till vid annat lasarett inrättat centrallaboratorium, allt fortfarande komma till användning. Såvitt av ovannämnda enquête framgår synes flertalet läkare, som tillfrågats, vara av den uppfattningen, att för närvarande behov av nya patologiska avdelningar icke föreligger. Vid sådant förhållande och då redan ett förverkligande av det program, kommittén i det föregående framlagt för ett bättre tillgodoseende av den till sjukvården i trängre mening hörande specialvården, ställer mycket stora krav på det allmänna, är kommittén icke beredd att för närvarande tillråda inrättande av nya patologiska avdelningar. Under alla förhållanden bör inrättande av en dylik avdelning föregås av utredning om de fördelar, som skulle kunna vinnas genom samarbete med angränsande sjukhus. Beaktas bör jämväl, att vägande skäl tala för en koncentrering av Wassermannproven till vissa större laboratorier. Den från lasarettet i Falun framförda synpunkten, att genom det nu vanligen praktiserade förfarandet den främsta sakkunskapen på området kan anlitas, finner kommittén även vara värd beaktande. För ett fullgott utbyte av en patologisk avdelning kräves i varje fall, att den ledes av en väl utbildad och erfaren kraft.

Kap. 4. Odelade lasarett — sjukstugor.

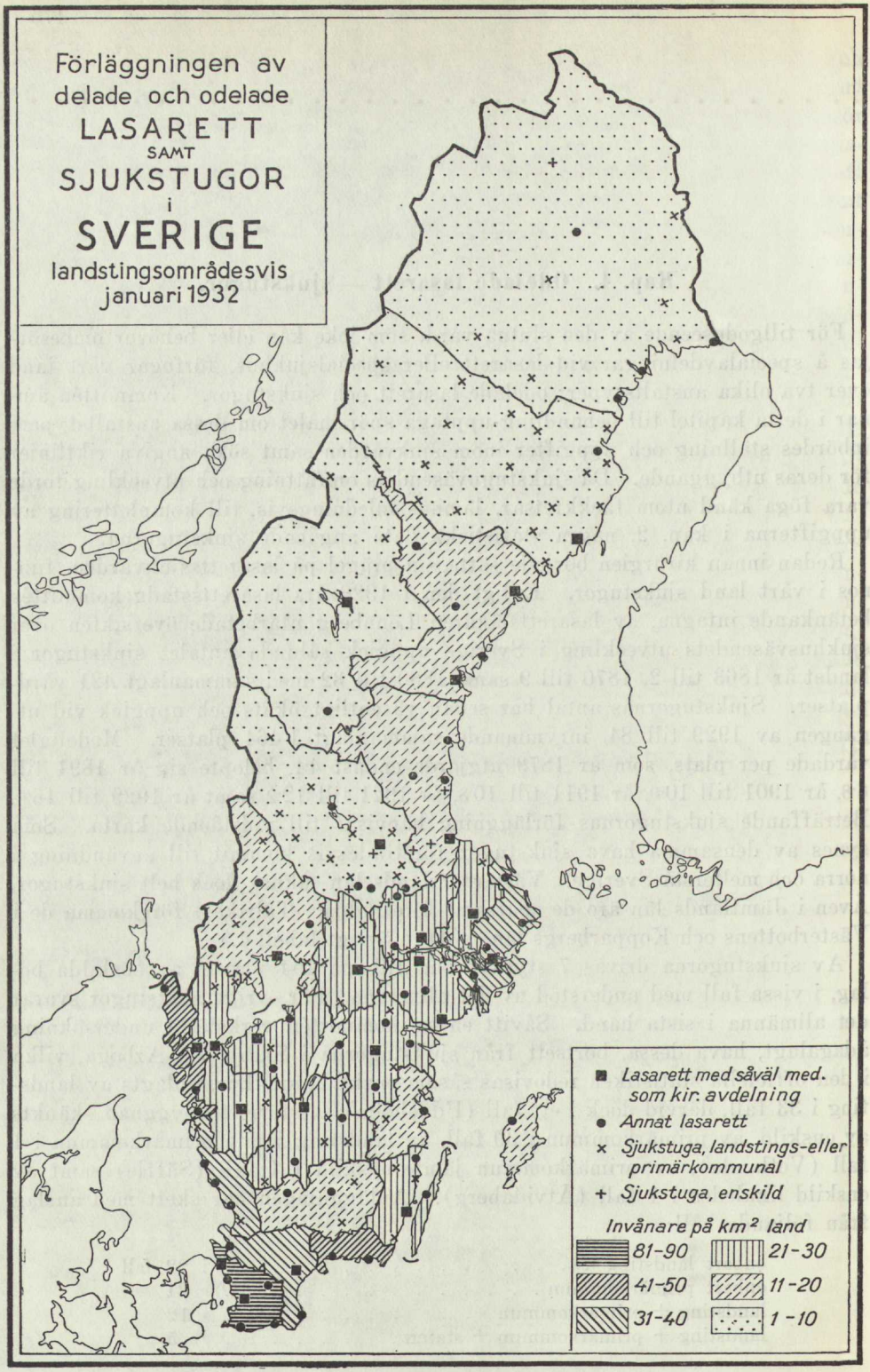
För tillgodoseende av den slutna vård, som icke kan eller behöver ombesörjas å specialavdelningar vid lasarett eller specialsjukhus, förfogar vårt land över två olika anstaltstyper: odelade lasarett och sjukstugor. Kommittén ämnar i detta kapitel till behandling upptaga spörsmålet om dessa anstaltstypers inbördes ställning och uppgifter inom sjukvården samt söka angiva riktlinjer för deras utbyggande. Då sjukstuguväsendets omfattning och utveckling torde vara föga känd utom fackkretsar, lämnas inledningsvis, till komplettering av uppgifterna i kap. 2, några statistiska data angående sjukstugorna.

Statistiska uppgifter ang. sjukstugorna.

Redan innan kirurgien började sätta sin prägel på lasarettssjukvården, funnos i vårt land sjukstugor. Enligt den i 1920 års lasarettsstadgekommittés betänkande intagna, av lasarettsläkaren Lönnberg utarbetade översikten över sjukhusväsendets utveckling i Sverige uppgick sålunda antalet sjukstugor i landet år 1863 till 2, 1870 till 9 samt 1880 till 32 med sammanlagt 421 vårdplatser. Sjukstugornas antal har sedan väsentligt ökats och uppgick vid utgången av 1929 till 84, inrymmande sammanlagt 1 464 platser. Medeltalet vårdade per plats, som år 1879 utgjorde endast 4·1, belöpte sig år 1891 till 6·8, år 1901 till 10·0, år 1911 till 10·8, år 1921 till 12·2 samt år 1929 till 16·6. Beträffande sjukstugornas förläggning hänvisas till vidstående karta. Som synes av densamma hava sjukstugor företrädesvis kommit till användning i norra och mellersta Sverige. Västernorrlands län saknar dock helt sjukstugor. Även i Jämtlands län äro de sparsamt företrädda. Talrikast förekomma de i Västerbottens och Kopparbergs län. (Jfr i övrigt tabell 4.)

Av sjukstugorna drivas 7 stycken om tillhopa 154 platser av enskilda bolag, i vissa fall med understöd av det allmänna. För övriga sjukstugor svarar det allmänna i sista hand. Såvitt en av kommittén verkställd undersökning ådagalagt, hava dessa, bortsett från sjukstugorna i Skara och Arboga, vilka i den officiella statistiken redovisas såsom enskilda sjukhus, anlagts av landsting i 33 fall, därvid dock i ett fall (Uddeholm) en större tillbyggnad skänkts av enskild, av primärkommun i 39 fall, av landsting jämte primärkommun i 1 fall (Vetlanda), av primärkommun jämte enskild i 1 fall (Säffle) samt av enskild likaledes i 1 fall (Åtvidaberg). Anläggningen har skett med anslag från följande håll:

enbart landsting	i 22	fall
enbart primärkommun	» 21	»
landsting + primärkommun	» 12	»
landsting + primärkommun + staten	» 5	»


Förläggningen av
delade och odelade
LASARETT
SAMT
SJUKSTUGOR
i
SVERIGE
landstingsområdesvis
januari 1932
Lasarett med såväl med. som kir. avdelning
Annat lasarett
Sjukstuga, landstings-eller primärkommunal
Sjukstuga, enskild
Invånare på km² land
81-90
41-50
31-40
21-30
11-20
1-10

landsting + primärkommun + enskilda	i	5 fall
landsting + staten	»	2 »
landsting + enskilda	»	3 »
landsting + primärkommun + staten + enskilda	»	1 »
primärkommun + enskilda	»	2 »
enskilda + staten	»	1 »
enskild	»	1 »

Två av de utav primärkommun anlagda sjukstugorna (Älvdalen och Bureå) hava sedermera övergått i respektive landstings ägo. Sjukstugan i Åtvidaberg har skänkts till municipalsamhället. Av de allmänna sjukstugorna drevos vid 1929 års utgång 67 eller 89·3 % av landsting, därav i ett fall (Grythyttehed) med bidrag av primärkommunala medel. Återstående sjukstugor drevos av annan än landsting men med anslag från landsting och primärkommun i 7 fall — företrädesvis i Norrbottens län — samt från landsting, primärkommun och enskild i ett fall (Åtvidaberg).

Avgränsningen mellan lasarett och sjukstuga.

Frågan om lasarettens och sjukstugornas inbördes ställning har under senaste årtiondet varit föremål för livlig uppmärksamhet, något som bland annat avspeglar sig i de under denna tid avgivna kommitté- och sakkunnigeutlåtandena angående ändrade bestämmelser för dessa sjukhus. Härvid hava meningsskiljaktigheter gjort sig gällande såväl beträffande det högsta antal vårdplatser, en sjukstuga bör inrymma, som beträffande de båda sjukhustypernas uppgifter och utrustning.

Maximiantalet vårdplatser å sjukstuga.

Utgångspunkt för diskussionen om maximiantalet vårdplatser å sjukstuga har varit *1901 års lasaretts- och sjukstugustadgor*. En grundtanke i dessa stadgor var, att sjukstugorna i sin verksamhet borde vara underkastade endast ett fåtal och föga ingripande föreskrifter, medan lasarettens verksamhet skulle regleras av tämligen utförliga bestämmelser. Gränsen mellan lasarett och sjukstuga bestämdes av antalet vårdplatser; en sjukstuga fick icke inrymma mer än 24 platser, medan ett lasarett skulle inrymma minst 25 platser. Utvidgning av sjukstuga utöver det fastställda maximitalet vårdplatser kunde ske endast under iakttagande av de för lasarett gällande bestämmelserna. Därav följde bl. a., att landstinget måste vara ägare av sjukhuset med nödigt tomtområde, att ritningarna till ombyggnaden eller utvidgningen måste vinna medicinalstyrelsens godkännande samt att vid det utvidgade sjukhuset skulle vara anställd en läkare med en för lasarettsläkare föreskriven kompetens.

Uti två vid *1920 års riksdag* väckta motioner hemställdes om sådana ändrade bestämmelser, att högsta antalet vårdplatser vid sjukstuga måtte höjas till 32 och lägsta antalet platser å lasarett bestämmas till 33. Motionerna avsågo att i viss mån avhjälpa den brist på vårdplatser, som uppstått genom att planerade lasarettsbyggnader på grund av den då rådande prisfördyringen icke kunnat i tillräckligt stor omfattning uppföras. Genom tillskapande av rätt till sådan utvidgning av sjukstuga som den föreslagna skulle det offentliga sjukhusväsendet kunna ordnas under mindre betungande former och med mindre kostnader än eljest skulle kunna ske. I yttrande över motionärernas förslag avstyrkte medicinalstyrelsen bifall till förslaget, enär enligt styrelsens

åsikt endast en sjukvårdsinrättning, vars sängantal icke överskrede 24, kunde såsom bisyssla nöjaktigt skötas av en läkare utan annan kompetens än den, som en läkarlegitimation innebure. Styrelsen föreslog i stället inrättande i större utsträckning än dittills av s. k. mindre sjukhus, avsedda att utgöra en mellanklass mellan lasaretten och sjukstugorna. Vid dessa sjukhus skulle vara anställda kirurgiskt utbildade läkare, som visserligen icke tillförbundits att uteslutande ägna sitt arbete åt sjukhuset men dock ägnade detsamma huvuddelen av sin verksamhet. Med en sådan ordning kunde enligt styrelsens förmenande antalet sängar sättas något högre än det eljest för en sjukstuga högsta tillåtna utan att de sjukas vård därigenom behövde äventyras. Riksdagen höll för sin del före, att ett godtagande av den utav motionärerna föreslagna gränsen mellan sjukstuga och lasarett skulle i jämförelse med det dåvarande otillfredsställande tillståndet innebära en avgjord vinst, samt hemställde hos Kungl. Maj:t, att frågan om en dylik utvidgning av sjukstugorna måtte tagas under övervägande vid den omarbetning av lasarettsstadgan, som uppdragits åt 1920 års lasarettsstadgekommitté. Riksdagen sade sig därvid förutsätta, att även det av medicinalstyrelsen framlagda förslaget bleve föremål för utredning.

1920 års lasarettsstadgekommitté stannade i sitt förslag för att — med bibehållande i allt väsentligt av dåvarande skillnad mellan »större och mindre sjukhus» (lasarett och sjukstuga) — söka underlätta övergången från mindre sjukhus till större. Kommittén ansåg väl, att någon eftergift icke borde medgivas från föreskriften, att ritningar till utvidgning av sjukhus från sjukstuga till lasarett skulle granskas och godkännas av medicinalstyrelsen. Däremot höll kommittén före, att tillräckliga skäl icke längre förelåge för bibehållande av kravet, att landstinget skulle vara ägare av den till lasarett utvidgade sjukvårdsanstalten med nödigt tomtområde. Vidare ansåg kommittén, att någon jämkning borde vidtagas i bestämmelsen, att läkare med för lasarettsläkare föreskriven utbildning måste vara anställd vid en till lasarett ombildad sjukstuga, samt föreslog rätt till dispens från de för sjukhusläkare i allmänhet stadgade kompetensföreskrifterna under vissa omständigheter, som i möjligaste mån innebure garanti för att dispensen påkallades av verkliga billighetsskäl och att sjukvårdens intressen därigenom icke åsidosattes.

Enligt *1926 års lasarettsstadgesakkunniga* kunde mot det av ovannämnda kommitté framförda förslaget den avgörande invändningen framställas, att sjukstugorna i de flesta fall måste från början förläggas till sådana orter och byggas på sådant sätt, att en övergång till lasarett i allmänhet bleve i hög grad oekonomisk. Förslaget vore därför icke tillfredsställande. Någon ändring av gällande regler syntes emellertid de sakkunniga önskvärd. Då det visat sig oekonomiskt att driva ett lasarett med mindre än omkring 60 vårdplatser, vore det nämligen omöjligt att på ett samtidigt ekonomiskt och ur sjukvårdssynpunkt tillfredsställande sätt ordna sjukhusfrågan inom en ort, där ett lasarett av denna storlek icke lämpligen kunde inrättas men behov av en sjukvårdsanstalt med mer än 24 platser förefunnes. För en utvidgning av det tillåtna antalet sjukplatser å sjukstuga talade vidare det alltmera fram-

trädande behovet av rum för barnbördsfall å sjukstugorna, liksom det syntes obestridligt, att å sjukstugorna skulle utan olägenhet kunna intagas ett stort antal smärre olycksfall, för vilka med tillämpning av gällande bestämmelser plats därstädes saknades. Å andra sidan gällde alltjämt, att ett gynnande av sjukstugutypen med hänsyn till sjukstugornas i regel enklare utrustning icke vore den rätta vägen för åstadkommande av de bästa vårdmöjligheterna åt samtliga grupper vårdbehövande. Dessa olika synpunkter vunne emellertid enligt de sakkunnigas förmenande vederbörligt beaktande, om man medgåve en utvidgning av antalet vårdplatser vid sjukstugorna och samtidigt skapade garantier dels för att en sådan utvidgning icke finge ske utan att förhållandena påkallade densamma, dels för att det av utvidgningen betingade ökade kravet på kirurgisk kompetens hos läkaren bleve vederbörligen tillgodosett och dels för att läkaren funnes i erforderlig utsträckning tillgänglig å sjukstugan. I enlighet härmed föreslogo de sakkunniga, att sjukstuga, vilken som regel icke finge inrymma mer än 24 vårdplatser, skulle få utvidgas med högst 20 vårdplatser, om medicinalstyrelsen därtill lämnade sitt bifall. Där sådan utvidgning medgivits, skulle för läkarens tillsättning gälla samma regler som i fråga om lasarett, varjämte läkare icke finge utan medicinalstyrelsens och vederbörande direktions tillstånd med sjukstuguläkartjänsten förena annan läkartjänst, som kunde nödvändiggöra resor utom den ort, där sjukstugan vore belägen. Dessutom föreslogs, att vid sjukstuga skulle utan särskilt tillstånd få anordnas intill 6 sjukplatser å särskilda rum. Därigenom skulle framför allt behovet av platser för barnbördsfall kunna tillgodoses.

1928 års sjukhuslagstiftning står i sak på lasarettsstadgesakkunnigas ståndpunkt, ehuru vissa jämkningar i deras förslag ägt rum. Lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus föreskriver sålunda, att sjukstuga ej må vara försedd med mer än 30 vårdplatser; dock må med medicinalstyrelsens medgivande ytterligare intill 20 vårdplatser inrättas. Sjukstuga med mer än 24 vårdplatser skall för vård av sådana personer, som må å sjukstugan mottagas och på grund av smittsam sjukdom eller av annan anledning icke utan olägenhet kunna vårdas å allmän sal, vara försedd med nödigt antal för sjuka å sådan sal avsedda särskilda rum (6 §). Avsevärd till- eller ombyggnad av sjukstuga må ej påbörjas, förrän medicinalstyrelsen efter inhämtande av byggnadsstyrelsens yttrande godkänt ritningar till byggnadsföretaget. Sjukstuguläkare vid sjukstuga med mer än 30 vårdplatser utnämnes av Konungen i enahanda ordning som gäller för lasarettsläkare. Sjukstuguläkare vid annan sjukstuga förordnas av vederbörande direktion. För behörighet till befattning såsom sjukstuguläkare fordras enligt kungörelse den 16 september 1932 att hava under minst åtta månader tjänstgjort som underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning, vilken tjänstgöring skall vara under en tid av minst fyra månader fullgjord vid lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus. Detta villkor, som även tillämpas för behörighet till civil tjänstläkarbefattning i öppen sjukvård, gäller oavsett sjukstugans storlek. Innefattar sjukstugan jämväl tuberkulosavdelning, tillkommer ytterligare behörighetsföreskrift. Enligt sjukhusstadgan

bör sjukstuguläkare vara boende i sjukstugans grannskap (47 § mom. 1). Läkare vid sjukstuga med mer än 30 vårdplatser må icke utan medicinalstyrelsens och direktionens medgivande med tjänsten förena annan läkartjänst, som kan nödvändiggöra resor utom den ort, där sjukstugan är belägen (47 § mom. 2). Önskar behörig sökande till läkartjänst vid annan sjukstuga förena tjänsten med annan läkartjänst, skall medicinalstyrelsen till vederbörande sjukhusdirektion avgiva utlåtande om lämpligheten av sådan förening (46 § mom. 2).

Sjukhustypernas uppgifter och utrustning.

I fråga om de båda sjukhustypernas uppgifter och utrustning innehöllo 1901 års stadgor inga direkta bestämmelser. Där föreskrevs blott, att å lasarett icke finge mottagas obotligt sjuka eller personer, som vore angripna av vissa smittsamma sjukdomar, samt att å sjukstuga icke finge intagas sinnessjuka; person, lidande av könssjukdom i smittsamt skede, finge där intagas endast om det kunde ske utan olägenhet. Om ock lagstiftningen icke kände någon principiell skillnad mellan lasaretten och sjukstugorna i berörda avseende, kom dock i praktiken en bestämd skillnad att upprätthållas mellan dem, i det att sjukstugorna tilldelades en uppgift, som ur vårdsynpunkt var av väsentligt mindre krävande natur.

1920 års lasarettsstadgekommitté, som förmenade, att vid sjukstugorna stundom intagits sjukdomsfall, vilka egentligen legat utanför deras uppgift, ansåg sig böra föreslå bestämmelser härutinnan, som bättre anslöto sig till utvecklingen. Enligt kommitténs uppfattning borde varje sjukdomsfall av allvarligare art få åtnjuta den mera kvalificerade sjukvård, som lasaretten med sin specialutbildade läkarkår samt sina överlägsna materiella resurser kunde erbjuda. Med hänsyn härtill bleve sjukstugornas naturliga uppgift främst att mottaga sjukdoms- och olycksfall av lättare art. Sistnämnda sjukhus måste emellertid därjämte vara i stånd att omhändertaga andra fall, t. ex. sådana olycks- eller sjukdomsfall, som visserligen borde behandlas å större sjukhus men krävde så skyndsam vård eller eljest vore av sådan beskaffenhet, att de icke lämpligen kunde, åtminstone icke omedelbart, överföras dit. Vidare kunde särskilt i Norrland förekomma, att lasarett vore så avlägset beläget, att den sjuke på grund av transportsvårigheter eller de med transporten förenade kostnaderna icke borde överflyttas dit. Även andra förhållanden kunde i detta sammanhang vara av betydelse, såsom att den sjuke i vissa fall icke borde helt skiljas ur sin omgivning. Kommittén föreslog därför bestämmelser av innehåll, att å lasarett skulle med vissa undantag till behandling mottagas alla slag av sjukdoms- och olycksfall, medan å sjukstuga skulle för vård intagas sjukdoms- och olycksfall av lättare art ävensom sådana sjukdoms- eller olycksfall i övrigt, vilka med hänsyn till fallets art eller andra omständigheter, varom läkaren skulle i journalen göra anteckning, icke lämpligen kunde till annat sjukhus överföras. I överensstämmelse härmed föreslogs ett stadgande, att lasarett skulle vara utrustat för alla slags sjukdomar samt speciellt för kirurgisk verksamhet, medan sjukstuga skulle förses med den enklare inredning och utrustning, som motsvarade dess ändamål.

De föreslagna bestämmelserna om sjukstugornas ändamål och utrustning

väckte stark opposition från sjukstuguläkarnas sida. I skrivelse till Kungl. Maj:t den 18 oktober 1926 framhöll *svenska provinsialläkarföreningen* sålunda bland annat, att en schematisering av sjukdomsfallen i lättare och svårare icke läte sig biologiskt eller praktiskt genomföra. Olika meningar komme otvivelaktigt att göra sig gällande härom, och under alla omständigheter vore det klart, att det i många fall från början vore omöjligt att avgöra, vilka fall som vore lätta och vilka som vore svåra. Angående bestämmelsen om sjukstugas utrustning anförde föreningen, att även om sjukstugan i jämförelse med lasarett i vissa avseenden kunde sägas vara i behov endast av en enklare utrustning och inredning, så syntes dock den föreslagna formuleringen vara särdeles olycklig i betraktande av att såväl inredning som utrustning inom ramen av sjukstugans verksamhet borde i möjligaste mån vara fullgod.

Till grund för denna skrivelse lågo vissa uttalanden i frågan å svenska provinsialläkarföreningens möte i Malmö år 1926. I ett längre anförande vände sig där provinsialläkaren *C. G. Sundell* särskilt mot bestämmelsen om vilka sjukdomsfall, som finge å sjukstuga intagas, och hävdade gentemot denna den svenske läkarens rätt att inför sjukdomsfallet handla som hans samvete och moraliska ansvar bjöde. Förutom vanskligheten att vid början av en behandling avgöra, om ett fall vore »svårt» eller »lätt», komme enligt doktor Sundell den föreslagna skyldigheten att i vissa fall göra anteckning i journalen endast att giva anledning till obefogade anmärkningar och trakasserier mot läkarna utan att medföra någon reell nytta. Sjukstugorna gjorde ingalunda anspråk på att vara universalkliniker utan önskade endast att såsom ett led i sjukvårdens tjänst omhändertaga de fall, som där lämpligen kunde vårdas. Sjukstugorna borde främst inriktas på poliklinisk verksamhet och vara så utrustade med assistens och instrument, att hjälpsökande i görligaste mån kunde på ett rationellt sätt undersökas och behandlas. Samtliga såväl polikliniska som kliniska fall, vilka med hänsyn till sjukstugans möjligheter och utrustning samt läkarens kompetens icke kunde där vårdas, skulle sändas till annat lämpligt sjukhus, d. v. s. i allmänhet närmaste lasarett. Så organiserade hade sjukstugorna en viktig mission i den perifera sjukvården att fylla. Behov av sjukstuga förelåge å flertalet tjänsteläkarstationer, där annat sjukhus ej funnes på lämpligt avstånd. I den efterföljande diskussionen underströk extra provinsialläkaren *G. Gibson* i det väsentliga riktigheten av Sundells uppfattning men varnade för att gå till överdrift, när det gällde sjukstuguväsendets utbyggande. Slagordet »i varje provinsialläkardistrikt en sjukstuga» vore farligt. Stor hänsyn måste tagas till de skiftande lokala förhållandena. Läkaren finge ej heller vara bunden av långa sjukresor utom stationsorten, om sjukstugan skulle kunna fullt utnyttjas. Lämpliga platser för sjukstugor av ifrågavarande typ vore mindre städer, industrisamhällen och järnvägsknutar, där ofta flera läkare funnes, som kunde fördela arbetet.

I 1926 års sakkunnigeförslag bibehölls den av 1920 års kommitté uppdragna principiella skillnaden mellan lasarett och sjukstuga såtillvida som lasaretten angåvos vara avsedda för vård oberoende av fallets (svårare eller lindrigare) art samt sjukstugorna företrädesvis för fall av lättare art. Intag-

ningsreglerna voro till formen modifierade. Å båda slagen av sjukhus skulle endast få intagas fall, för vilka sjukhuset vore avsett. För sjukstuga föreskrevs tillika, att där ej *utan särskilda skäl* finge för vård intagas andra än sådana, som med hänsyn till sjukstugans utrustning och läkarens kompetens i kirurgiskt hänseende lämpligen kunde där behandlas. Vid intagning av fall, som ej uppenbarligen var av lättare art, skulle anteckning göras i journalen om anledningen till att den sjuke ej överförts till lasarett. Angående sjukhusens utrustning stadgades, att samtliga sjukhus skulle vara försedda med den utrustning, som med hänsyn till sjukhusets ändamål kunde anses av behovet påkallad.

1928 års sjukhuslag ansluter sig i huvudsak till de sakkunnigas förslag. För att ej alltför starkt betona sjukstugornas befattning med de lättare fallen angives dock skillnaden mellan lasaretten och sjukstugorna sålunda, att sjukhus, som ej är inrättat uteslutande för vård av tuberkulossjuka, benämnes lasarett, om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, *eljest* sjukstuga (2 §). Intagningsreglerna hava — med anledning av från läkarhåll gjorda erinringar — undergått förändring såtillvida som avgörande för intagning å sjukstuga skall vara, förutom sjukstugans utrustning, läkarens utbildning *i allmänhet* (16 §). Skyldigheten att göra anteckning i journalen har tillika bortfallit. I fråga om utrustning innehåller lagen enahanda bestämmelse som sakkunnigeförslaget (6 §).

Vid överläggningar, som kommittén haft med sakkunniga i förevarande fråga, har läkaren vid Sunne sjukstuga *A. Sjölander* — i likhet med tidigare Sundell — framhållit betydelsen av den polikliniska verksamheten vid sjukstugorna. För denna verksamhet krävdes enligt Sjölander även sluten sjukvård, men gränserna för densamma borde vara snäva. Sjukdomsfallen vid sjukstugorna måste utväljas så, att eventuellt tillstötande komplikationer kunde behärskas. På så sätt erhölle dessa fall, till följd av de långa avstånden till lasaretten, oftast bättre och billigare vård på sjukstugorna än på lasaretten samtidigt som lasaretten avlastades en tyngande arbetsbörda, vilken delvis låge utom ramen för deras egentliga arbetsuppgifter. Gränsen mellan lasaretten och sjukstugorna borde vara »tvär», så att en sjukstuga ej tillätes att så småningom förändras till lasarett. I stort sett äro samtliga, som yttrat sig i denna fråga, ense om vikten av sjukstugornas verksamhet på det polikliniska området och att för ett framgångsrikt bedrivande av denna verksamhet även kräves en sluten sjukvård; angående dennas omfattning åter gå meningarna i sär.

Jämförelse mellan verksamheten å lasarett och sjukstuga.

I en år 1930 publicerad uppsats[1] har förenämnde provinsialläkaren *Sundell* med utgångspunkt från beläggnings- och mortalitetsförhållandena å de odelade lasaretten och sjukstugorna verkställt en jämförelse mellan verksamheten å dessa sjukhustyper. Angående resultatet av denna jämförelse anför Sundell i huvudsak följande:

Lasarettens verksamhet hade varit mera kirurgiskt betonad med förkärlek för de större uppgifterna och ingreppen, medan sjukstugorna genom vårdande i större utsträckning av åldringar visat sig i viss mån fått fylla större rent humanitära

[1] C. G. Sundell. Sjukstuguproblemet. Social-medicinsk tidskrift 1930, sid. 31.

krav ävensom i högre grad arbetat med medicinska fall, såsom nervsjukdomar, muskel-, led- och hudsjukdomar. Särskilt betydelsefull vore frekvensen av havandeskaps- och förlossningssjukdomar, vilken för sjukstugorna vore större än för lasaretten, samt av infektionssjukdomar. På dessa för patienterna betydelsefulla områden hade synbarligen förelegat ett behov av decentralisation samt ett tydligt bevis på förtroende för sjukstugorna. Mortalitetsstatistiken för de på sjukstugorna vårdade havandeskaps- och förlossningssjukdomarna gåve ej anledning till anmärkning. Mortaliteten för de akuta infektionssjukdomarna ävensom för appendicit (blindtarmsinflammation), pleurit (lungsäcksinflammation), empyem (varanhopning i kroppshåla), bråck samt sjukdomar i de kvinnliga könsorganen ställde sig också låg. Beträffande ämnesomsättningssjukdomarna åter vore sjukstugorna belastade med större mortalitet än lasaretten, vilket utgjorde ett memento till självrannsakan, då sannolikt vore fråga om diabetesfall (sockersjuka). Lasarettens i och för sig mycket vackra men större mortalitetsstatistik för ulcus (magsår), gallstenssjukdomar, appendicit och sjukdomar i kvinnliga genitalia visade, att lasaretten i dessa avseenden tagit sig större uppgifter före men också att sjukstugorna undvikit att »gapa över för mycket».

I syfte att erhålla ett i möjligaste mån tillförlitligt underlag för bedömandet av sjukstugornas nuvarande verksamhet och betydelse har *kommittén* låtit verkställa en jämförande undersökning angående omfattningen av den *kirurgiska* verksamheten å lasarett och sjukstugor i de landstingsområden, där sjukhus av båda dessa slag förekomma. Kommittén har inskränkt sig till den kirurgiska verksamheten, dels enär i främsta rummet denna avsetts i diskussionen, dels enär årsberättelserna knappast erbjuda tillräckligt underlag för en jämförelse beträffande de medicinska sjukdomsgrupperna. Undersökningen, som avser år 1929, omfattar dels vissa operationsgrupper, som kunna sägas innefatta svårare operationer, nämligen operationer å lever och gallblåsa, magsäck och tolvfingertarm, tunn- och grovtarm, njurar samt urinblåsa och blåshalskörtel, dels vissa vanliga och mindre krävande operationer, såsom blindtarms- och bråckoperationer, dels operationer å de kvinnliga könsorganen, dels ock olycksfall samt poliklinisk verkställda operationer.

Innan kommittén närmare ingår på denna undersökning, vill kommittén nämna några ord om förhållandet mellan antalet intagna och totala antalet å dessa utförda operationer. Detta belyses av tabell 43. För kommittén har antalet opererade å sjukstugorna i förhållande till antalet där intagna varit överraskande stort. Under det att operationsprocenten å intagna för lasaretten i medeltal utgjorde 51, var den för sjukstugorna 41. I några län (Södermanlands, Kalmar och Gävleborgs län) voro siffrorna för sjukstugorna till och med högre än för lasaretten. Detta visar, att den operativa verksamheten å sjukstugorna ingalunda får underskattas och att sjukstugorna avlyfta en icke oväsentlig del av lasarettens operationsbörda.

I tabell 44 lämnas vissa summariska uppgifter beträffande — förutom antalet intagna samt antalet operationer å intagna och å icke intagna — antalet operationer inom ovan angivna sjukdomsgrupper samt antalet intagna olycksfall. Redan av denna sammanställning framgår, att sjukstugornas verksamhet på den s. k. större kirurgiens område absolut taget varit obetydlig. Medan sammanlagda antalet »svårare» operationer å lasaretten uppgick till 4 340, utgjorde motsvarande antal operationer å sjukstugorna endast 165. Därav

belöpte på gallblåsa och lever 17 och på njurar endast 7; återstående operationer fördelade sig med 53 på magsäck och tolvfingertarm, likaledes 53 på tunn- och grovtarm samt med 35 på urinblåsa och blåshalskörtel. Helt annorlunda gestalta sig förhållandena beträffande de vanliga och mindre krävande operationerna. Här finner man, att de utförda operationerna för blindtarmsinflammation uppgingo till 8 746 å lasaretten och 1 474 å sjukstugorna. Motsvarande siffror för bråckoperationerna voro 3 481 och 539. Uppgifterna angående företagna operationer å de kvinnliga könsorganen förtjäna i detta sammanhang även att beaktas. Frånsett förlossningsoperationer utfördes på lasaretten 4 697 och på sjukstugorna 875 hithörande operationer. För enbart aborter (missfall) företogos å lasarett 1 376 samt å sjukstugor 500 operationer. Motsvarande tal för andra, trängande operationer å de kvinnliga könsorganen utgjorde respektive 268 och 28.

En närmare granskning av den operativa verksamheten å lasarett och sjukstugor giver för de olika landstingsområdena det resultat, som tabell 45 utvisar. Beträffande de »svårare» operationerna har kommittén icke ansett nödigt att angiva varje operationsgrupp för sig utan nöjt sig med att meddela proportionen för det sammanlagda antalet dylika operationer. Såsom var att vänta, är antalet »svårare» operationer genomgående lägre för sjukstugorna än för lasaretten. Skillnaden är i nästan samtliga landstingsområden högst avsevärd. Störst är den i Kronobergs län, där på 100 operationer å intagna belöpte 12·3 »svårare» operationer å lasaretten, medan ingen sådan operation utförts å sjukstugorna. Minst är skillnaden i Södermanlands län; talen utgöra där för lasaretten 6·1 och för sjukstugorna 4·4. För samtliga å tabellen upptagna landstingsområden uppgick antalet »svårare» operationer å intagna i genomsnitt till 8·5 för lasaretten och 1·7 för sjukstugorna. Skillnaden skulle ha blivit ännu större, om s. k. trängande operationer frånräknats. Jämväl beträffande de mera vanliga blindtarms- och bråckoperationerna understiga talen för sjukstugorna i allmänhet motsvarande tal för lasaretten; skillnaden är emellertid i stort sett mycket liten. För samtliga ifrågavarande landstingsområden utgjorde sålunda antalet blindtarmsoperationer per 100 operationer å intagna för lasaretten 17·1 och för sjukstugorna 15·0. Motsvarande tal för bråckoperationerna voro 6·8 och 5·5. I en del län, såsom Uppsala, Värmlands och Örebro län, överstiga talen för sjukstugorna motsvarande tal för lasaretten vad såväl blindtarms- som bråckoperationerna beträffar, i Uppsala län t. o. m. högst väsentligt. Jämnast äro talen för operationer å de kvinnliga könsorganen; för samtliga ifrågavarande landstingsområden utgjorde sålunda antalet dylika operationer med undantag av förlossningsoperationer, per 100 operationer å intagna, för lasarett 9·2 och för sjukstugor 9·0. Nu anförda siffror utvisa å ena sidan, att å sjukstugorna utföres en ej ringa del av mindre krävande kirurgiska ingrepp, vilka dock äro av den art och beskaffenhet, att de fordra sjukhusvård, å andra sidan att sjukstugornas verksamhet inom den s. k. större kirurgien även relativt sett är av ringa omfattning. Utredningen bestyrker tillfyllest, att en bestämd arbetsfördelning är uppdragen mellan lasarett och sjukstugor.

Ser man till vården av olycksfall, framgår redan av tabell 44, att antalet olycksfall, som för vård intagits å sjukstuga, är relativt stort. I samtliga ifrågavarande landstingsområden utom två överstiger det — räknat per 100 intagna patienter — motsvarande antal för lasaretten (se tabell 46). Det är uppenbart, att sjukstugorna här fylla en mycket viktig uppgift. Ett flertal olycksfall kunna, ehuru de kräva sjukhusvård, icke i och för sig anses såsom svåra fall. Vissa olycksfall — t. ex. benbrott — äro ofta av svårare art och därmed besvärliga att transportera längre väg. De omständigheter, under vilka de uppstå, göra det ock förklarligt, att man för dessa fall kräver, att den skadade snabbt får vård och lugn.

Vad slutligen angår den ambulatoriska eller polikliniska verksamheten har kommittén, då det visat sig att registreringen av de polikliniska operationerna icke sker efter fullt enhetliga grunder — i vissa rapporter upptagas t. ex. tandutdragningar och hopsyende av sår såsom operationer, i andra icke — samt nämnda behandlingar oftast utan svårighet kunna äga rum på läkarens mottagningsrum, för vinnande av i möjligaste mån tillförlitligt underlag vid bedömande av sjukstugornas betydelse i förevarande hänseende uteslutit dessa behandlingar från de jämförande beräkningarna. Tabell 47 utvisar, att i förhållande till antalet operationer å intagna belöpte sig år 1929 i stort sett genomgående flera polikliniska operationer på sjukstugorna än på lasaretten. Undantag härifrån utgjorde endast Jämtlands län. För samtliga upptagna sjukvårdsområden tillhopa belöpte sig efter denna beräkningsgrund mer än tre gånger så många polikliniska operationer på sjukstugorna som på lasaretten. Att sjukstugorna här göra en betydande insats är uppenbart. För kommittén framstår det därför tydligt, att vid en värdesättning av sjukstugornas verksamhet den polikliniska vården icke får lämnas ur sikte.

Kommittén ang. avgränsningen mellan lasarett och sjukstuga.

Den sålunda verkställda undersökningen har bibragt kommittén den uppfattningen, att några bestämmelser för avgränsning av sjukstugornas vårduppgifter utöver dem, som gällande sjukhuslag och sjukhusstadga innefatta, icke äro påkallade. I praxis hava arbetsförhållandena i det stora hela uppdragit en ganska markerad skillnad mellan de båda anstaltstyperna. Kommittén finner å ena sidan angeläget, att denna skillnad bibehålles, men anser å andra sidan, att stadganden, som skarpt markera denna gräns, icke städse kunna upprätthållas samt att principerna om läkarens rätt att i varje särskilt fall själv bedöma sin kompetens och sin anstalts vårdmöjligheter icke böra kringskäras genom bestämmelser utöver dem, som nu gälla. Kommittén har så mycket mindre anledning att föreslå dylika bestämmelser som de myndigheter, vilka äga besluta om anläggning av sjukvårdsinrättningar, genom gällande stadganden äro tillförsäkrade det stöd och den ledning, som synas erforderliga för att i en rationell sjukvårds intresse upprätthålla gränsen mellan lasarettens och sjukstugornas verksamhet.

Att denna gräns i vissa fall kan komma att i mer eller mindre hög grad utsuddas, torde vara ofrånkomligt. Kommittén syftar härvid på de större sjukstugorna, som kunna svälla ut till ett vårdplatsantal utöver en ordinär sjukavdelnings och omfatta ända till 50 vårdplatser. Läkare vid sådan sjukstuga

skall, som ovan nämnts, tillsättas i samma ordning som lasarettsläkare. En sådan läkares kompetens torde i realiteten icke bliva en lasarettsläkares mycket underlägsen. Under sådana omständigheter lära krav på en utrustning, jämförlig med den på ett mindre lasarett, svårligen kunna avvisas, och därmed torde sjukstugan i verkligheten bliva ur vårdsynpunkt jämställd med ett dylikt lasarett. Skillnaden dem emellan torde m. a. o. bliva mera formell än reell. Sjukhus av denna typ lära dock bliva jämförelsevis fåtaliga. Kommittén finner för sin del denna typ tillrådlig endast i sådana fall, där en övergångsform till lasarett från sjukstuga är av särskilda förhållanden påkallad.

Sjukstugornas läkarfråga.

Inledande synpunkter.

I diskussionen om sjukstugornas ställning har som ett huvudargument mot dem anförts, att de icke kunna med önskvärd trygghet tillförsäkras de kvalificerade läkarkrafter, som äro en första förutsättning för en god vård. Härvid har framför allt behandlingen av de kirurgiska sjukdomsfallen avsetts. Ifrågavarande kritik har onekligen haft och kan ännu sägas hava ett visst berättigande, om den ock under senare år mist en god del av sitt underlag. En tillfredsställande lösning av sjukstugornas läkarfråga är givetvis av största betydelse för deras framtida ställning inom den slutna sjukvården. Kommittén anser sig därför böra i detta sammanhang upptaga nämnda spörsmål till prövning, varvid dock de större, med lasaretten jämställda sjukstugorna kunna lämnas åsido.

Införskaffade uppgifter angående år 1930 förefintliga kombinationer av sjukstugu- och andra läkarbefattningar giva vid handen, att av här avsedda sjukstuguläkartjänster ej mindre än 48 voro förenade med ordinarie och 10 med extra provinsialläkartjänst, 16 med stadsläkartjänst, 2 med municipalläkartjänst, 2 med järnvägsläkartjänst samt 1 med annan tjänst; endast vid 3 sjukstugor (Enköping, Sunne och Ljusnarsberg) innehade sjukstuguläkaren icke någon tjänst vid sidan om sjukstuguläkartjänsten. Anförda uppgifter visa tydligt, att flertalet sjukstugor för närvarande icke bereda läkaren full sysselsättning och därmed ej heller giva honom skälig bärgning. Endast vid ett fåtal, på större platser belägna sjukstugor, där en omfattande poliklinisk verksamhet utövas, kan detta i viss mån sägas vara fallet.

Ehuruväl utvecklingen på en del håll kan tänkas leda till att vissa sjukstuguläkarbefattningar, som nu äro förenade med annan tjänst, göras fristående, måste man dock uppenbarligen även i fortsättningen räkna med att det stora flertalet sjukstuguläkarbefattningar bliva förenade med andra tjänster. Uppenbarligen framstår härvid såsom ett oeftergivligt krav, att sjukstuguläkaren har den utbildning och erfarenhet, som erfordras för att läkarvården å sjukstugan skall bliva på ett nöjaktigt sätt tillgodosedd och således det allmännas syftemål med sjukstugan icke på grund av bristande kompetens hos läkaren bli mer eller mindre åsidosatt. Härutinnan har väl under senaste åren inträtt en förbättring såtillvida, att för behörighet till såväl sjukstuguläkartjänst som civil läkarbefattning inom den öppna sjukvården numera erfordras viss tids tjänstgöring å sjukhus, varav minst 4 månader på lasarett eller därmed jämförligt sjukhus.

Sjukstuguläkarens uppgifter synas kommittén emellertid vara av den vikt

och hans verksamhet på sjukstugan av den betydelse för utövandet av hans läkarverksamhet i övrigt, att bestämmelser böra utfärdas i syfte att i den mån så ske kan tillförsäkra sjukstuguläkartjänst, som skall förenas med annan läkartjänst, *bästa möjliga* läkarkraft. Härvid möta främst svårigheter i så måtto, att oftast olika myndigheter tillsätta tjänsterna ifråga. Bortsett från de enskilda sjukstugorna, där sjukstuguläkaren tillsättes av ägaren, utses sålunda sjukstuguläkare av vederbörande sjukstugudirektion, provinsialläkare av Kungl. Maj:t, extra provinsialläkare av medicinalstyrelsen samt stads-, köpings- och municipalläkare av vederbörande kommunala myndigheter. Kommittén vill här nedan undersöka, på vad sätt dessa svårigheter må kunna övervinnas beträffande sjukstugor, för vilka det allmänna i sista hand svarar.

Gällande bestämmelser för tillsättning av sjukstugu- m. fl. läkare.

De närmare bestämmelserna för ifrågavarande tjänsters tillsättande äro i korthet följande:

Sjukstuguläkartjänst (vid sjukstuga om *högst* 30 vårdplatser, varom här är fråga) sökes hos vederbörande sjukstugudirektion, som, sedan medicinalstyrelsens yttrande angående de sökandes behörighet samt, där sökande önskar förena tjänsten med annan läkartjänst, lämpligheten därav inhämtats, tillsätter tjänsten genom förordnande för viss tid eller tills vidare, i senare fallet med ömsesidig rätt till minst sex månaders uppsägningstid (sjukhuslagen 11 § 2 mom. och sjukhusstadgan 46 § 2 mom.).

Provinsialläkartjänst sökes hos medicinalstyrelsen, som har att bland behöriga sökande *dels* uppföra tre på förslag under hänsynstagande till tjänstålder, arten av föregående tjänstgöring och det sätt, varpå denna bestritts, samt avlagda kunskapsprov och eljest ådagalagd skicklighet, *dels ock* förorda den, som med avseende å tjänstens och därtill anslutna åliggandens beskaffenhet anses vara bäst ägnad för tjänsten, varefter Kungl. Maj:t utnämner (allm. läkarinstruktionen § 19).

Extra provinsialläkartjänst sökes likaledes hos medicinalstyrelsen, som med eget yttrande om de sökandes behörighet överlämnar ansökningshandlingarna till distriktsstyrelsen. Denna har att, med förordande av en bland de behöriga sökande, återställa handlingarna, varefter medicinalstyrelsen förordnar den, som på grund av förtjänst och skicklighet samt med hänsyn till det givna förordet anses böra främst komma i åtanke (allm. läkarinstruktionen § 41 mom. 2).

Stadsläkartjänst sökes hos magistraten, som, sedan medicinalstyrelsens utlåtande om de sökandes behörighet inhämtats, överlämnar handlingarna jämte infordrat yttrande från hälsovårdsnämnden och eget utlåtande till stadsfullmäktige. Stadsfullmäktige välja därefter en bland de behöriga sökandena. Sedan valet vunnit laga kraft, utfärdar magistraten fullmakt för den valde (allm. läkarinstruktionen § 46 mom. 1). För tillsättande av *köpingsläkare* och *municipalläkare* gälla i tillämpliga delar enahanda regler som för tillsättande av stadsläkare, därvid kommunal- resp. municipalfullmäktige, om sådana äro utsedda, och i annat fall kommunal- resp. municipalstämma fullgöra stadsfullmäktiges åligganden samt kommunal- resp. municipalnämnd magistratens (allm. läkarinstruktionen § 53 mom. 3).

I ett av särskilt tillkallade sakkunniga den 15 oktober 1932 avgivet betänkande angående de civila tjänsteläkarnas ställning i städer och stadsliknande samhällen föreslås, att stadsläkarna i större och medelstora städer (där folkmängden uppgår till minst 5 000 invånare) skola utses av Kungl. Maj:t, sedan medicinalstyrelsen bland behöriga sökande, efter enahanda grunder som för provinsialläkare, uppfört tre på förslag samt stadsfullmäktige beretts tillfälle avgiva förord till förmån för någon av de å förslaget uppförda eller annan sökande, vilken vid ärendets handläggning inom medicinalstyrelsen av någon däri deltagande ansetts böra erhålla förslagsrum. Mindre städer ävensom stadsliknande samhällen föreslås skola ingå i provinsialläkardistrikt, eventuellt vid behov bilda eget extra provinsialläkardistrikt.

Kommittén. Vad först angår tillsättande av sjukstuguläkartjänst, som lämpligen kan förenas med ledig ordinarie provinsialläkartjänst, har enligt vad kommittén inhämtat medicinalstyrelsen hittills, där ifrågavarande tjänster tidigare varit förenade, plägat före uppgörande av sitt förslag till provinsialläkartjänstens återbesättande från vederbörande landsting eller sjukstugudirektion inhämta upplysning, huruvida förening av tjänsterna vore avsedd att fortfarande äga rum. I fall av jakande svar härutinnan har medicinalstyrelsen, med stöd av § 19 mom. 2 allm. läkarinstruktionen, vid avgivande av sitt förord tagit hänsyn till sökandenas kompetens jämväl för sjukstuguläkarbefattningen, och därmed torde i de flesta fall sistnämnda befattning tillförsäkrats en i möjligaste mån kompetent läkarkraft. För uppnående av enahanda syfte i samtliga fall, där förening av sjukstuguläkartjänst med ledig ordinarie provinsialläkartjänst avsåges, kunde det på grund härav synas tillräckligt, om gällande bestämmelser kompletterades med en föreskrift, att landsting eller sjukstugudirektion skulle i förekommande fall, sedan beslut i laga ordning fattats, anmäla nämnda förhållande för medicinalstyrelsen, som, om den funne den avsedda föreningen lämplig, hade att vid avgivande av sitt förord till provinsialläkartjänsten taga vederbörlig hänsyn därtill. Givet är emellertid, att så länge olika myndigheter tillsätta tjänsterna ifråga, komplikationer kunna uppstå, som äventyra den med ett dylikt stadgande avsedda effekten. För att säkerställa beaktandet av de viktiga sjukvårdssynpunkter, varom här är fråga, torde därför tillika böra krävas, att båda tjänsterna tillsättas av en och samma myndighet. Lämpligast synes härvid vara, att Kungl. Maj:t tillägges befogenhet att förordna vederbörande provinsialläkare att tills vidare jämväl vara sjukstuguläkare. Sjukstuguläkartjänsten skulle i så fall icke särskilt kungöras, utan skulle i kungörelsen om provinsialläkartjänsten anmärkas, att tjänsten vore avsedd att förenas med sjukstuguläkartjänst. Medicinalstyrelsen borde efter vanliga grunder men under hänsynstagande till båda tjänsterna bland behöriga sökande uppföra tre på förslag samt, sedan vederbörande sjukstugudirektion beretts tillfälle att yttra sig angående sjukstuguläkarbefattningens besättande, förorda den av de föreslagna, som ansåges vara bäst ägnad för de förenade tjänsterna. Med en sådan ordning synas kommittén största möjliga garantier skapas för att åt ifrågavarande sjukstuguläkarbefattningar vinna fullt kompetenta läkarkrafter, samtidigt som skälig

hänsyn tages till de kommunala myndigheternas önskemål. Landstingens organ skulle visserligen till Kungl. Maj:t avstå rätten att utse sjukstuguläkare, men då Kungl. Maj:t redan enligt gällande bestämmelser äger tillsätta lasarettsläkare och sjukstuguläkare vid sjukstugor med mer än 30 vårdplatser, innebär kommitténs förslag härutinnan icke någon rubbning i princip av den kommunala självstyrelsen utöver vad för närvarande gäller.

Tillsättningen av sjukstuguläkarbefattning, som skall förenas med ledig extra provinsialläkar-, stadsläkar- eller därmed jämställd befattning, är, såsom av ovan refererade bestämmelser i ämnet otvetydigt framgår, för närvarande förbunden med icke ringa vanskligheter för den sökande. Denne är oftast oviss om, huru besluten angående den ena eller den andra av de befattningar, som skola förenas, komma att utfalla. Personliga underhandlingar med vederbörande kommunala myndigheter erfordras i de flesta fall för att han skall kunna få en uppfattning om situationen. Särskilt gäller detta, då sjukstuguläkarbefattning skall förenas med stadsläkar- eller därmed jämförlig befattning, i vilket fall de kommunala myndigheterna hava avgörandet helt i sin hand och ej ens ett av sakkunnig myndighet avgivet förord ligger till grund för deras avgörande. Under sådana förhållanden avhålla sig säkerligen mången gång välmeriterade läkare från att söka en dylik sjukstuguläkartjänst. Ett genomförande av stadsläkarsakkunnigas förslag skulle väl komma att medföra en ej oväsentlig förbättring i förevarande hänseende, men oavsett detta torde ej heller här sjukstugusynpunkterna kunna tillförsäkras fullt beaktande med mindre än att de tjänster, som äro avsedda att förenas, tillsättas av en och samma myndighet. Kommittén anser sig därför böra i princip förorda gemensam tillsättning jämväl av nu berörda tjänster, därvid för vinnande av största möjliga likformighet och ändamålsenlighet enahanda grunder synas böra tillämpas som ovan föreslagits för tillsättande av förenade sjukstugu- och ordinarie provinsialläkartjänster.

Denna kommitténs ståndpunkt är som antytts principiellt oberoende av, huruvida stadsläkarsakkunnigas förslag kommer att framdeles läggas till grund för stadsläkartjänsternas tillsättande. Ett separat genomförande av kommitténs förslag skulle icke heller innebära större avsteg från den kommunala självstyrelsens princip än vad redan nu gäller i fråga om lasarettsläkare och därmed jämställda sjukstuguläkare, vilka ju, oavsett att statsbidrag ej utgår till deras avlönande, tillsättas av Kungl. Maj:t. Icke desto mindre kan en dylik åtgärd vara ägnad att hos en del kommuner väcka betänkligheter. Vissa praktiska skäl synas kommittén också tala för ett samtidigt genomförande av båda ifrågavarande förslag. Kommittén vill därför icke påyrka ändrad tillsättning av sjukstuguläkartjänst och därmed förenad stads-, köpings- eller municipalläkarbefattning, till dess statsmakterna tagit ståndpunkt till stadsläkarsakkunnigas förslag.

På grund av vad sålunda anförts får kommittén föreslå, att bestämmelser av följande reella innebörd utfärdas:

Uppstår fråga om förenande av ledig sjukstuguläkarbefattning vid sjukstuga om högst 30 vårdplatser med ledig provinsialläkar-, extra provinsialläkar-

eller stadsläkartjänst, skall sjukstugudirektionen därom göra anmälan hos medicinalstyrelsen, som har att besluta i ärendet, vid förening med extra provinsial- eller stadsläkartjänst dock först efter hörande av distriktsstyrelsen resp. hälsovårdsnämnden i staden. Beslutes förening av tjänsterna, skall medicinalstyrelsen i vederbörlig ordning kungöra de sålunda förenade tjänsterna till ansökan hos styrelsen. Efter ansökningstidens utgång har medicinalstyrelsen att bland behöriga sökande dels uppföra tre på förslag, där så många anmält sig, dels ock, sedan vederbörande myndigheter (sjukstugudirektion, distriktsstyrelse och hälsovårdsnämnd i stad) beretts tillfälle att yttra sig om resp. befattnings besättande, förorda den, som anses vara bäst ägnad för de förenade tjänsterna. Handlingarna i ärendet insändas därefter till Kungl. Maj:t, som tillsätter befattningarna, provinsialläkar- och stadsläkartjänsterna medelst fullmakt samt extra provinsialläkar- och sjukstuguläkartjänsterna på förordnande tills vidare. Vad sålunda stadgats angående förenande och tillsättande av sjukstugu- och *stadsläkar*tjänster skall icke träda i tillämpning förrän Konungen därom förordnar.

Därest stadsläkarsakkunnigas förslag icke skulle komma att genomföras, torde de föreslagna bestämmelserna böra kompletteras med ett stadgande av innehåll, att blivande bestämmelser för förenande och tillsättande av sjukstugu- och stadsläkartjänster skola äga motsvarande tillämpning, då fråga är om förenande av ledig sjukstuguläkartjänst med ledig köpings- eller municipalläkarbefattning.

Vad slutligen angår de sjukstuguläkarbefattningar, som icke kunna lämpligen förenas med annan läkarbefattning, är även i dessa fall läkarens ställning i flera avseenden föga tryggad. Hans avlöning är låg, han har i regel icke rätt till tjänste- eller familjepension. Han får ej heller utan medgivande av Kungl. Maj:t i varje särskilt fall räkna tjänstår i likhet med civila läkare i statens tjänst, vilket försvårar för honom att erhålla t. ex. en provinsialläkartjänst eller annan därmed likartad, tryggad befattning. Med hänsyn till det betydelsefulla arbete i det allmännas tjänst, som dessa läkare utföra, finner kommittén både rättvist och för sjukvården fördelaktigt, om deras anställningsformer bleve fastare än vad nu är fallet. Kommittén vill härvid starkt ifrågasätta, huruvida icke — för likformighetens skull — jämväl dessa tjänster borde tillsättas av Kungl. Maj:t på förordnande tills vidare. Under alla förhållanden synes det kommittén önskvärt, att ifrågavarande tjänster förenas med rätt till såväl tjänstårsberäkning som pension. Det må härvid erinras, att en av Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott gjord framställning om beredande av pension åt de med lasarettsläkare jämställda sjukstuguläkarna genom inträde i statens pensionsanstalt för närvarande är beroende på Kungl. Maj:ts prövning och att samtliga myndigheter och korporationer, som hörts i ärendet (statens pensionsanstalt, medicinalstyrelsen, statskontoret samt styrelserna för svenska landstings- och stadsförbunden), tillstyrkt framställningen. Såvitt kommittén från statens pensionsanstalt under hand inhämtat, torde hinder icke möta att på liknande sätt bereda pension åt jämväl nu avsedda sjukstuguläkare.

Mot sjukstugornas verksamhet har även riktats den anmärkningen, att sjukstugorna vore en oekonomisk sjukhustyp i förhållande till lasaretten.[1] Ehuru kommittén i inledningen till detta betänkande angivit som sin avsikt att behandla de ekonomiska synpunkterna i senare kapitel, anser sig kommittén icke böra i detta sammanhang förbigå nämnda anmärkning. *Sjukstugornas berättigande ur ekonomisk synpunkt.*

Till en början må då erinras, att doktor Sundell ingått på bemötande av anmärkningen ifråga[2] och därvid hävdat, att sjukstugorna äro billigare i drift än lasaretten. Till stöd härför åberopar Sundell en av honom gjord statistisk undersökning för Kopparbergs län, enligt vilken driftkostnaderna vid sjukstugorna per dag och patient utgjorde kr. 5:32 år 1924 och kr. 4:69 år 1927, medan motsvarande kostnader vid lasaretten uppgingo till resp. kr. 6:36 och 5:74.

Även kommittén har verkställt en undersökning rörande driftkostnaderna vid lasarett och sjukstugor. Till jämförelseobjekt har härvid valts de mindre lasaretten, enär dessa enligt kommitténs uppfattning vad underhållskostnaderna vidkommer böra stå sjukstugorna närmast. Resultatet av undersökningen framgår av tabell 48. Denna utvisar, att underhållskostnaden per dag och patient för rikets sjukstugor i genomsnitt ligger 93 öre under lasarettens. I Södermanlands län är genomsnittskostnaden visserligen högre för sjukstugorna än för lasaretten, men detta beror till övervägande del på den osedvanligt höga kostnaden vid Trosa sjukstuga (kr. 7:07 per underhållsdag).

I betraktande av att den vid sjukstugorna lämnade vården i vissa avseenden är mindre kvalificerad än den, som utövas på lasaretten, kan, försåvitt icke en gles bebyggelse gör ett system med sjukstugor nödvändigt, en användning av sjukstugutypen ur ekonomisk synpunkt försvaras endast i den mån dess omkostnader ej oväsentligt understiga lasarettens. Att i detta hänseende angiva några bestämda siffror låter sig emellertid knappast göra, enär vid bedömandet av denna fråga hänsyn måste tagas icke blott till driftkostnaderna utan även till anläggningskostnaderna. Kommittén åtnöjer sig därför med här gjorda mera allmänna påpekanden.

Under meningsutbytet om organisationen av den allmänna sjukhusvården har kritik framkommit jämväl emot de odelade lasaretten. Sålunda har bland annat anförts, att deras driftkostnader ställde sig jämförelsevis höga, att kraven på deras byggnadssätt, utrustning och inredning närmade sig fordringarna på de s. k. centrallasarettens, ehuru specialundersökningar, som krävdes för svårare och mera komplicerade falls diagnos och bedömande, icke kunde där tillgodoses, samt att den erfarenhet, som verksamheten på de odelade lasaretten skänkte läkaren, ej vore tillräcklig för att tillförsäkra dylika fall en tillfredsställande behandling. Man förmenar alltså, att de odelade lasaretten äro en för dyrbar sjukhustyp i förhållande till dess effektivitet samt att en vidare utveckling av denna typ skulle på grund av de stora anläggnings- och driftkostnaderna komma att bliva en parallellanordning till de specialiserade lasaretten, oaktat de ur sjukvårdssynpunkt alltjämt bleve de specialiserade ej oväsentligt underlägsna. De skulle bidraga till att binda utvecklingen av cen- *Kritik mot de odelade lasaretten.*

[1] *Rietz, Torsten.* Sparsamhet i sjukhusdrift. Svenska läkartidningen 1925, sid. 117.
[2] *Sundell, C. G.* Sjukstugeproblemet. Social-medicinsk tidskrift 1930, sid. 11.

trallasaretten dels på grund av de höga kostnader, de åsamkade det allmänna, dels genom att de avsåge samma slags patienter som de specialiserade lasaretten. Sjukstugorna däremot, framhålles det, uppträdde till följd av sina begränsade vårduppgifter icke såsom konkurrenter till de specialiserade lasaretten vare sig med avseende på patientmaterial eller utrustning, varjämte de representerade en billigare form av sluten sjukvård. Sjukstugornas inskjutande som ett led mellan den helt öppna och den polikliniska vården, å ena, samt den specialiserade vården, å andra sidan, vore därför under nuvarande utvecklingsskede av läkekonsten icke blott mera ekonomiskt utan ock ur vårdsynpunkt mera följdriktigt än anordnande av odelade lasarett jämsides med delade.

Kommittén. Kommittén finner nämnda reflexioner icke kunna förbigås såsom grundlösa och skall därför nedan undersöka, i vad mån de kunna äga berättigande. Kommittén upptager härvid i första hand *sjukvårdssynpunkterna* till beaktande.

Lasarettsläkarna hava tyngdpunkten av sin utbildning efter examen förlagd till kirurgien. Det har förekommit, att deras skolning varit uteslutande inriktad på denna. I allmänhet hava de dock jämväl någon tids utbildning i en eller flera av kirurgien närstående grenar, såsom otiatri, obstetrik och gynekologi, radiologi, mera sällan oftalmiatrik och ortopedi. Som regel är den kirurgiska utbildningen fullt tillräcklig för kompetens ej blott i formellt avseende till läkartjänst vid kirurgisk lasarettsavdelning. Oftast går vägen till dessa befattningar just över de odelade lasaretten. Det torde höra till de sällsynta undantagen, att en självständig verksamhet vid enläkarlasarett icke anses som en fullgod merit vid ansökning till kirurgisk avdelning vid delat lasarett. I inre medicin åter sakna flertalet lasarettsläkare annan utbildning än den, som kunnat förvärvas vid tjänstgöring på odelat lasarett.[1] Under sådana förhållanden är det naturligt att, ehuru ett relativt stort antal invärtes sjuka mottagas till vård å de odelade lasaretten, kirurgien sätter sin prägel på dessa lasaretts läkar- och sjukvård. Enligt av kommittén inhämtade uppgifter utgjorde de interna sjukdomsfallen på de odelade lasaretten inom landstingsområdena år 1929 endast 26·6 procent av samtliga intagna sjukdomsfall. Motsvarande siffror utgjorde för de odelade lasaretten i landstingsområden, där såväl odelade som delade lasarett funnos, 26·1 samt i landstingsområden, där endast odelade lasarett funnos, 27·0. Härutinnan råder alltså mycket stor överensstämmelse mellan samtliga odelade lasarett i riket.

För att bilda sig en uppfattning om den kirurgiska verksamheten å såväl de delade lasarettens allmänkirurgiska avdelningar som de odelade lasaretten har kommittén, utan att ingå i detalj, granskat i sjukhusens årsberättelser för 1927—1929 förekommande operationsrapporter från 10 kirurgiska avdelningar och 12 odelade lasarett i län, där jämväl s. k. centrallasarett funnos. Granskningen har omfattat grupperna XI, sjukdomar i lever och gallvägar,

---

[1] Numera stadgas dock för behörighet till befattning såsom lasarettsläkare vid odelat lasarett eller avdelning för allsidig sjukvård att hava under minst åtta månader fullgjort tjänstgöring vid medicinsk avdelning (S. F. S. 1932: 440).

XII, sjukdomar i bukspottskörteln, XIII, sjukdomar i mjälten, XIV, sjukdomar i magsäck och tolvfingertarm, XV, sjukdomar i tunn- och grovtarm, XX, sjukdomar i njurar och urinledare, XXI, sjukdomar i urinblåsa, samt XXII, sjukdomar i blåshalskörteln. Granskningsresultaten ha sammanställts i tabell 49. Kommittén, som helt avstått från en granskning av primärresultatet av den operativa verksamheten, är fullt medveten om att en på detta material grundad jämförelse endast kan giva en mycket schematisk bild av det förhållande, kommittén vill belysa. Sammanställningen ådagalägger emellertid otvetydigt, att den här berörda kirurgiska verksamheten på delade och odelade lasarett procentuellt sett är likartad. Fluktuationerna äro visserligen för de odelade lasaretten något mera i ögonen fallande än för de delade, men genomsnittssiffrorna täcka varandra praktiskt taget fullständigt. Dessa uppgifter giva sålunda intet stöd för den uppfattningen, att de odelade lasaretten skulle i fråga om behandlingen av fall inom buk- och urinvägskirurgien, som i allmänhet anses representera de svårare operationerna, stå på ett annat plan än de delade lasarettens kirurgiska avdelningar. Enär emellertid antalet utförda operationer på ett delat lasarett i regel är större än på ett odelat, är det uppenbart, att kirurgen på ett delat lasarett i allmänhet förvärvar en ej oväsentligt större erfarenhet inom den svårare kirurgien än läkaren på ett odelat lasarett. Det bör ock framhållas, att det av de angivna siffrorna icke framgår, i vad mån de ur behandlings- och diagnossynpunkt svårare fallen inom ifrågavarande grupper samlas till de delade lasaretten. Att siffermässigt belysa detta ingalunda oviktiga spörsmål torde dock icke vara möjligt.

Kommittén kan icke frånkänna kritiken mot de odelade lasaretten fog i det hänseendet, att desamma, vanligen i avsaknad av de rikliga diagnostiska hjälpmedel, som stå de delade lasaretten till buds, och framför allt av tillfällen till konsultationer med läkarrepresentanter för olika grenar inom läkekonsten, erbjuda mindre möjligheter att undersöka fall, som ligga på gränsområden mellan olika discipliner, ävensom invecklade sjukdomsfall, för vilkas tolkning fordras omfattande kunskaper och erfarenhet på områden utanför kirurgien. Kommittén tänker härvid på den stora betydelse, en sakkunnig röntgendiagnostik äger för diagnos och indikationsställning, och på vikten av att även övriga tekniska hjälpmedel samt laboratorieundersökningen ligga i väl förfarna händer. Att de odelade lasaretten i dessa hänseenden hava sin begränsning ligger i sakens natur.

Vad härefter angår de i *ekonomiskt* avseende framställda erinringarna mot de odelade lasaretten har kommittén för vissa landstingsområden, där såväl odelade som delade lasarett finnas, verkställt en jämförelse mellan den genomsnittliga driftkostnaden per dag och patient å båda slagen av lasarett år 1929 (tabell 50). Av denna jämförelse framgår, att dagkostnaden för de odelade lasaretten nämnda år översteg de delades i fem av de elva undersökta områdena. För samtliga områden tillhopa utgjorde differensen kr. 0·30 per underhållsdag till förmån för de odelade lasaretten. Vissa förhållanden torde ha medverkat till att materialet icke i alla stycken är fullt jämförbart. För sistnämnda medelsiffra lär dock detta icke vara av någon betydelse. Man

synes därför vara berättigad att draga den slutsatsen, att den genomsnittliga driftkostnaden är något lägre för de odelade än för de delade lasaretten.

Odelat lasarett eller sjukstuga vid ytterligare platsbehov?

Efter denna överblick över de odelade lasarettens och sjukstugornas ställning och betydelse inom den slutna sjukvården uppställer sig frågan: under vilka förhållanden bör vid behov av ytterligare platser sjukvård, som icke lämpligen kan tillgodoses på ett delat lasarett, ombesörjas av odelat lasarett resp. sjukstuga? Vid besvarande av denna fråga vill kommittén först bringa i erinran ovan lämnade översikt över sjukstugornas fördelning i landet. Det måste emellertid härvid medgivas, att den nuvarande fördelningen icke alltid varit en följd av målmedveten och sakligt grundad sjukvårdspolitik utan att tillfälliga omständigheter ofta spelat in. Det bör ock framhållas, att sjukstugornas förläggning i stort sett tillkommit, innan motortrafiken börjat minska de långa avståndens stora olägenheter med hänsyn till sjuktransporterna. Givetvis blir till följd av denna motortrafikens inverkan behovet av nyanläggningar av sjukhus mindre än förut. Man får emellertid akta sig för att överskatta motortrafikens betydelse i förevarande sammanhang. För polikliniska fall kunna vid alltför stark koncentration av sjukvården transportkostnaderna lätt uppgå till lika stora belopp som behandlingskostnaden. För vården av de kliniska fallen har väl motortrafiken större betydelse, om ock kostnaderna för anhörigas besök hos de sjuka ej böra lämnas helt ur sikte.

Föreligga emellertid sakligt grundade skäl för nyanläggning, bör valet mellan sjukstuga och odelat lasarett närmast bestämmas av folkmängden och dess fördelning i den trakt, vilken sjukhuset skall tillgodose. Det är av stor vikt, att man härvid noga beaktar begränsningen av de uppgifter, som tillkomma dessa sjukhustyper. Särskilt må erinras, att, med den utveckling läkekonsten fått, de odelade lasaretten icke kunna på ett tillfredsställande sätt tillgodose nutida krav på specialvård. Kommittén vill därför betona vikten av att de odelade lasaretten icke göras större än som kräves för att tillgodose den del av ortens vårdbehov, de på grund av sin organisation och utrustning äro mäktiga att fylla. Överskrides denna gräns, försvåras utvecklingen av det eller de lasarett i området, som äro avsedda att lämna en specialiserad vård.

Kap. 5. Samarbete mellan civil och militär sjukvård.

Frågan om ett vidgat samarbete mellan civil och militär sjukvård har redan tidigare (jfr kap. 3 a) i korthet berörts, närmast såsom en åtgärd för underlättande av lasarettsvårdens specialisering. Berörda spörsmål har emellertid betydelse för lasarettsvården i dess helhet. Kommittén skall därför nedan i ett sammanhang till närmare prövning upptaga hithörande frågor och angiva sin ställning till desamma.

Översikt över samarbetets utveckling och nuvarande omfattning.

Ett samarbete mellan den civila och den militära sjukvården har sedan länge förefunnits. Sålunda hava å ena sidan militära patienter i de garnisoner och förläggningsorter, där militära sjukhus med tillräckliga resurser saknats, emottagits till vård på de civila sjukhusen. 1901 års lasarettsstadga innehöll särskilda föreskrifter om emottagande på lasaretten av militära patienter. Å andra sidan hava i trängande fall civila personer intagits å militära sjukhus. Samarbetet var emellertid av ringa omfattning och betydelse.

I en vid *1907 års riksdag* väckt motion (II: 284) angående omorganisation av fältläkarkåren upptogs till behandling fråga om vidgat samarbete mellan civil och militär sjukvård. Däri framhölls önskvärdheten av en överenskommelse mellan staten, å ena, samt städer och landsting, å andra sidan, om anordnande av garnisonssjukhus i anslutning till redan befintliga lasarett, endera i form av tillbyggnader eller ock genom upplåtande av sängplatser. De till lasaretten anslutna garnisonssjukavdelningarna borde under tider, då de ej behövdes för den militära sjukvården, kunna disponeras för den civila sjukvården. På platser, där lasarett icke funnes i eller i närheten av garnisonsorten, borde överenskommelse träffas med närliggande kommuner om mottagande även av civila sjuka å de garnisonssjukhus, som där måste upprättas.

Nämnda motion föranledde härutinnan ingen åtgärd, men den däri framförda tanken upptogs välvilligt av *svenska militärläkareföreningen* på dess årsmöte 1907. Vid behandlingen av då föreliggande utkast till fältläkarkårens omorganisation gjorde årsmötet ett uttalande av innehåll, att, där det ej vore lämpligt att inrätta större militärsjukhus, vid vilka fullgod vård kunde beredas arméns sjuka, borde avtal träffas med civila sjukhusinrättningar angående beredande av erforderlig sjukhusvård därstädes åt arméns personal. Å andra sidan borde å de militära sjukhusen, såvitt möjligt, även civila patienter mottagas till vård.

Spörsmålet återupptogs till behandling år 1917, då på initiativ av generalfältläkaren Fritz Bauer en särskild kommitté — *den s. k. sjukhuskommittén* — vars ordförande Bauer blev, tillsattes för ändamålet. Denna hade, såsom i kap. 3 nämnts, att verkställa utredning, huruvida och under vilka förhål-

landen ett samarbete skulle kunna med fördel åstadkommas mellan å annan ort än Stockholm belägna civila och militära sjukhus, *dels* så, att de civila sjukhusen å orter, där två eller flera truppförband vore förlagda, utvidgades till att kunna mottaga även sjuka från armén, därvid jämväl borde tagas under omprövning lämpligheten av att å dessa sjukhus inrätta specialavdelningar, *dels och* så, att på de orter, å vilka redan funnes militärsjukhus men ej civila sjukhus, de militära sjukhusen utvidgades till att kunna emottaga civila sjuka i större utsträckning än dittills varit fallet. Enligt ett av sjukhuskommittén i särskild P. M. framlagt preliminärt »Förslag till plan för samarbete mellan den civila och militära sjukvården»[1] skulle ett sådant samarbete kunna ordnas i huvudsaklig överensstämmelse med följande principer:

1. De civila sjukhusen (lasaretten) utvidgas, där så anses erforderligt, med för den militära sjukvården behövligt antal sängar.
2. Nuvarande militära sjukhus å platser, där civila sjukhus saknas, utvidgas för att kunna tjäna den civila sjukvården i orten.
3. Läkarvården specialiseras vid de *större* civila sjukhus, vid vilka militära sjuka avses erhålla vård, genom anställande av specialutbildade läkare, eventuellt med uppdelning av sjukhusen i olika avdelningar.
4. De å civilt sjukhus intagna militära sjuka vårdas under samma former som de civila. Någon särskild »militäravdelning» bör således ej upprättas.
5. Nödvändiggör vården av de militära sjuka utvidgning av civilt sjukhus, lämnar staten ersättning härför i förhållande till den ökade kostnad för landstingen, som erforderliga nybyggnads- och ändringsarbeten kunna anses särskilt medföra för vården å sjukhuset av de militära sjuka.
6. Legosängsavgifterna för militära sjuka, vare sig de vårdas å allmän sal, enskilt eller halvenskilt rum, utgå enligt samma grunder som för civila.
7. Villkoren för vård av civila sjuka å militärsjukhus bestämmas genom avtal med vederbörande landsting, varvid i tillämpliga delar samma grunder följas, som föreslagits beträffande vård av militära sjuka å civila sjukhus.

Med utgångspunkt från denna promemoria trädde nämnda kommitté i underhandlingar med Östergötlands och Västerbottens läns landsting i syfte att bereda platser för militära sjuka, tillhörande armén, på de *civila* sjukhusen. Underhandlingarna ledde i båda fallen till positivt resultat, i det att avtal träffades om disposition för arméns räkning av 20 platser å lasarettet i Linköping och 18 platser å lasarettet i Umeå. Riksdagen beviljade ersättning härför med 162 000 kronor till Östergötlands läns landsting och 145 800 kronor till Västerbottens läns landsting. I såväl Linköping som Umeå förelågo planer på utvidgning och uppdelning av lasaretten. I Linköping planerades sålunda inrättande av en medicinsk samt en kirurgisk avdelning, varjämte man hade för avsikt att för vården av öron-, näs- och halssjukdomar anställa en specialutbildad öronläkare. Vid lasarettet i Umeå planerades en mer vittgående uppdelning. Slutresultatet blev, att båda dessa lasarett kommo att inrymma en medicinsk och en kirurgisk avdelning ävensom en röntgenavdelning och en ögonavdelning.

Av sjukhuskommittén förda underhandlingar för beredande av vård åt civila sjuka å *militära* sjukhus ledde till ett betydelsefullt resultat så till vida,

[1] Allmänna svenska läkartidningen 1917, sid. 1685.

som Norrbottens läns landsting år 1924 träffade avtal med Kungl. Maj:t och Kronan om rätt att i samband med utvidgning av garnisonssjukhuset i Boden disponera 40 platser på lasarettsavdelningen, därav 10 för förlossningsfall och övriga i görligaste mån för invärtes sjuka, ävensom 50 platser på epidemiavdelningen. Kostnaderna för utvidgningen, som uppgingo till 2 146 000 kronor, delades lika mellan staten och landstinget. Sjukhuskommittén hade även inlett underhandlingar med Skaraborgs och Kristianstads läns landsting angående utökad vård av civila sjuka å garnisonssjukhuset i Skövde resp. militärsjukhuset i Hässleholm, men dessa gåvo för det dåvarande intet positivt resultat. Sedermera har emellertid på hemställan av förstnämnda landsting avtal träffats med Kungl. Maj:t och Kronan, enligt vilket landstinget tillerkänts rätt att å garnisonssjukhuset i Skövde disponera 35 platser för civila sjuka. I såväl Boden som Skövde äger resp. landsting rätt att belägga lediga, för militära patienter avsedda sängplatser, liksom å andra sidan Kronan äger rätt att belägga ledigvarande sängplatser, avsedda för landstingets räkning.

Vid sidan om sjukhuskommittén har *arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse* vidtagit åtgärder i syfte att ytterligare utvidga samarbetet mellan militär och civil sjukvård. Sålunda hava på sjukvårdsstyrelsens tillskyndan överenskommelser träffats emellan å ena sidan Kungl. Maj:t och Kronan samt å andra sidan Skaraborgs, Västernorrlands, Jönköpings och Östergötlands läns landsting år 1923 samt Stockholms stad år 1924 rörande vård på vissa villkor av civila sjuka på garnisonssjukhuset i Karlsborg, militärsjukhusen i Sollefteå och Eksjö samt garnisonssjukhusen i Linköping och Stockholm. Enligt dessa avtal skola å garnisonssjukhusen i Karlsborg och Stockholm, så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov medgiver, mottagas civila personer från landstingsområdet resp. staden, vilka lida av sådana sjukdomar, som enligt sjukhuslagens bestämmelser berättiga till vård å länslasarett, i Stockholm dock endast sjuka av mankön. Samarbetet beträffande militärsjukhusen i Sollefteå och Eksjö avser allenast vård för medicinska sjukdomar. De på dessa orter belägna lasaretten kunna därför fungera huvudsakligen såsom kirurgiska avdelningar. Något fixt antal platser för de civila sjuka har icke heller här fastställts, utan emottagas dessa så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov medgiver. I Linköping har samarbetet lett till inrättande å garnisonssjukhuset av en specialavdelning för öron-, näs- och halssjukdomar om 36 vårdplatser, avsedda för såväl civila som militära sjuka. Å sjukhuset mottagas jämlikt år 1927 träffat avtal i mindre utsträckning även andra civila sjuka från landstingsområdet än sådana, som lida av öron-, näs- och halssjukdomar.

En sammanställning av huvudgrunderna för gällande avtal om samarbete mellan civila och militära sjukhus återfinnes i textbilaga 4. Till belysning av den omfattning, i vilken de militära sjukhusen tagits i anspråk för vård av civila, ha i tabell 51 sammanställts vissa uppgifter angående beläggningen av civila å sjukhusen ifråga år 1929. Uppgifterna, som äro hämtade ur årsberättelserna för vederbörande sjukhus, torde icke erfordra några särskilda kommentarer.

En annan form av samarbete mellan militär och civil sjukvård har på sjukvårdsstyrelsens initiativ kommit till stånd, i det att militärläkare å vissa förläggningsorter beretts möjlighet att tjänstgöra även såsom lasarettsläkare å specialavdelning. Denna form av samarbete har föranletts närmast av två omständigheter. Dels har befolkningsunderlaget för en specialavdelning varit för litet för att kunna giva läkaren full sysselsättning, dels hava sjukhusets kostnader för anställande av specialutbildade läkare härigenom kunnat hållas på en något lägre nivå än eljest. Genom denna samarbetsform har möjlighet öppnats för anordnande av specialvård, vilken eljest näppeligen skulle kunna hava kommit till stånd. Såvitt kommittén känt är, förekommer för närvarande ett samarbete av ifrågavarande slag i Umeå, där lasarettsläkarbefattningarna på såväl lasarettets ögonavdelning som dess patologisk-bakteriologiska avdelning innehavas av militärläkare, samt i Kristianstad, där lasarettets röntgenläkare jämväl innehar militärläkartjänst. Tidigare har dylikt samarbete ägt rum även i Falun, i det att lasarettsläkartjänsten på lasarettets ögonavdelning intill 1929 förestods av en militärläkare. Nämnas må ock, att lasarettet i Karlskrona och flottans sjukhus därstädes hava gemensam röntgenläkare och att sjukhusläkaren å medicinska avdelningen vid sistnämnda sjukhus förordnats som extra läkare å lasarettet med rätt att disponera 40 vårdplatser.

Uttalanden angående samarbetets lämplighet.

Samarbetet emellan militär och civil sjukvård har, såvitt det avsett att bereda ett ökat antal platser för armén tillhöriga sjuka på de *civila* sjukhusen, mötts av full förståelse från läkarhåll. Från landstingens sida hava erinringar gjorts endast i det avseendet, att man ansåg Kronan böra skäligen ersätta landstingen sjukvårdskostnaderna för arméns personal till ett belopp, som motsvarade landstingens verkliga kostnader härför. Detta önskemål har emellertid hittills icke blivit i något avtal realiserat. I vad samarbetet åter avsett att främja specialvården genom att upplåta *militära* sjukhus eller sjukhusavdelningar åt civila sjuka, har det däremot varit föremål för delade meningar, åtminstone bland de civila läkarna. Redan på läkarmötet i Stockholm 1922 uttalade sålunda professor *I. Hedenius* vissa betänkligheter emot det av sjukhuskommittén härutinnan framförda förslaget. Han befarade, att kombinationen kunde innebära en källa till förvecklingar, och framhöll, att det särskilt med hänsyn till vikten av överläkarnas inbördes samarbete vore olämpligt, att specialavdelningar förlades till skilda etablissement. Generalfältläkaren *Bauer*, som även yttrade sig i diskussionen på nämnda sammanträde, betonade, att sjukhuskommitténs förslag närmast vore att betrakta som en etapp på vägen till lösandet av specialiseringen av sjukhusvården. För en slutlig lösning av denna mycket komplicerade fråga fordrades enligt Bauer åtgärder av helt annan art.

I en uppsats, benämnd »Översikt över samarbetet i Sverige mellan militär och civil sjuk(hus)vård»,[1] har regementsläkaren *M. Hedenberg* sammanställt vissa av militärer, militärläkare och landstingsrepresentanter gjorda uttalanden angående värdet av ifrågavarande samarbete vad beträffar vård av civila

[1] Tidskrift i militär hälsovård 1930, sid. 131.

sjuka på militära sjukhus. Från civilt håll har i dessa uttalanden genomgående vitsordats, att samarbetet för landstingens del medfört avgjorda fördelar i sjukvårdshänseende. Önskemål har dock framställts om en smidigare anpassning av normerna för landstingens ersättningsskyldighet för vården. Från militärt håll har framhållits, att samarbetet väl varit förenat med vissa olägenheter, särskilt därigenom att läkaren — till men för trupptjänsten — i allt för stor utsträckning bundits vid sjukhuset samt att staten på grund av gällande avtalsbestämmelser kommit att belastas med högre kostnader för den militära sjukvården än eljest skulle ha varit fallet. Olägenheterna hava dock i allmänhet ansetts övervägas eller åtminstone till fullo uppvägas av de fördelar ur militär synpunkt, som samarbetet medfört i form av mera kvalificerad vård av de värnpliktiga och ökat förtroende för den militära sjukvården. Åtskilliga militärläkare betona, att resultatet av samarbetet i ej oväsentlig grad är beroende av det intresse och den förståelse för detsamma, som de militära överordnade visa. I detta sammanhang må erinras om ett uttalande av regementsläkaren vid garnisonssjukhuset i Linköping, enligt vilket ett samarbete på *civil*, icke som nu militär, botten av många »samarbetsläkare» skulle hälsas med tillfredsställelse. Denne läkare påpekar ock, att om därvarande specialavdelning för öron-, näs- och halssjukdomar vore förlagd inom länslasarettet, detta skulle i betydligt vidare mån än vad nu sker draga gagn och fördel av nämnda specialvård. Slutligen må i fråga om detta samarbete anföras ett yttrande av en militär chef, vilken efter att ha vitsordat vissa fördelar av samarbetet sammanfattat sina betänkligheter mot detsamma sålunda: »Men faran av en sammanblandning mellan civilt och militärt ligger alltid — och säkert under nu rådande förhållanden — i att endera gynnas på den andras bekostnad, och i detta hänseende är det min övertygelse, att det militära får sitta emellan. De eventuella fördelar, som vinnas, bliva mycket dyrköpta.»

Vad angår kombinationen militärläkar-lasarettsläkartjänst har lämpligheten därav livligt diskuterats i den medicinska fackpressen. Särskilt från ögonläkarhåll har man understrukit den betydelse, denna form av samarbete ägt för befrämjande av specialavdelningars uppkomst. Samtidigt har man dock framhållit vanskligheten av att i längden bygga specialvården därpå. I de uttalanden från militära myndighetspersoner, som återfinnas i förenämnda uppsats av M. Hedenberg, ha beträffande denna anordning likartade betänkligheter kommit till uttryck, som ovan angivits beträffande samarbetet mellan militära och civila sjukvårdsinrättningar.

Kommittén.

Det torde icke kunna förnekas, att samarbetet mellan den militära och den civila sjukvården lider av en organisatorisk svaghet så till vida, att dess behöriga gång och resultat i ej ringa grad äro beroende av militära överordnades förståelse och intresse för detsamma. Att samarbetet likväl haft stor betydelse för den civila sjukvårdens utveckling och i flera avseenden tillfört densamma fördelar, som eljest icke varit att påräkna, torde emellertid vara uppenbart. Samarbetstanken utvecklades nämligen under en tidsperiod, då de ekonomiska förhållandena voro synnerligen vanskliga att överskåda och

landstingen till följd därav helt naturligt voro obenägna för utgifter, som möjligen kunde uppskjutas. Det låg då nära till hands att åt civila sjuka i viss utsträckning upplåta militära sjukhus, som utbyggts på grundvalen av 1914 års härordning men till följd av den efter år 1918 vidtagna minskningen av försvarsanordningarna eller av annan orsak icke längre kunde fullt utnyttjas i den militära sjukvården, särskilt som därigenom tillgång till specialvård kunde beredas områden, vilka förut varit i avsaknad därav. Utan samarbete med den militära sjukvården hade vidare Norrbottens sjukvårdsfråga sannolikt icke fått en så snar lösning, som fallet blev i och med utbyggandet av Bodens garnisonssjukhus. Det är säkerligen icke heller ogrundat att antaga, att förhandlingarna emellan de lokala myndigheterna och förenämnda sjukhuskommitté samt de därav föranledda statsanslagen i väsentlig grad påskyndat förverkligandet av då föreliggande planer på uppdelning av lasaretten i Linköping och Umeå.

Att de militära sjukhusen, i den mån de icke utnyttjas för militära ändamål, komma till användning i den civila sjukvårdens tjänst torde kunna betecknas som ett riksintresse. Däremot anser sig kommittén icke kunna i allmänhet tillråda anordningar, som innebära ett *utbyggande* av de militära sjukhusen utöver vad som erfordras för fyllande av deras egentliga uppgift. Att ett dylikt förfarande i vissa särfall kan vara motiverat, såsom t. ex. beträffande garnisonssjukhusen i Boden och Skövde, vill kommittén icke bestrida, men dessa fall torde få betraktas som undantag, vilka bekräfta regeln. Med hänsyn till vikten av att specialavdelningar såvitt möjligt sammanföras till ett och samma sjukhus anser kommittén tillika, att fristående specialavdelningar vid militära sjukhus böra inrättas endast i undantagsfall.

Kommittén har enligt sina direktiv allenast att pröva åtgärder för tillgodoseende av den civila sjukvårdens behov. Kommittén anser sig emellertid böra i detta sammanhang något beröra även tillgodoseendet av den militära personalens behov av sjukhusvård, i den mån detta icke kan ske vid nu tillgängliga militära sjukhus. Härvid avser kommittén icke de kortvariga, ofta infektiösa sjukdomsfall, såsom halsfluss och luftrörskatarr m. fl., vilka kräva vård på sjukvårdsinrättning. För dessa böra erforderliga anordningar träffas vid de militära etablissementen. Vid övriga sjukdomsfall åter böra enligt kommitténs uppfattning de civila sjukhusen upplåtas i samma utsträckning för militärer som för civila. En stor majoritet av arméns personal utgöres av värnpliktiga, som ha sin hemortsrätt i det län, där de fullgöra sin värnplikt, och detsamma är förhållandet med en ej ringa del av den fast anställda personalen. Under sådana förhållanden synes kommittén goda skäl tala för ett tillgodoseende av deras sjukhusbehov på de civila sjukhusen.

Vad kombinationen mellan militärläkar- och lasarettsläkartjänst beträffar synes densamma böra bedömas från fall till fall. Uppenbart är emellertid, att ett dylikt samarbete bör äga rum endast under den bestämda förutsättningen, att avdelningen icke är större än att verksamheten medgiver samtidigt upprätthållande av annan tjänst och att sjukvårdsarbetets kontinuitet icke blir lidande genom långvariga militärkommenderingar. Lika uppenbart

är, att en plan för sjukvårdens framtida ordnande icke kan byggas på ett dylikt samarbete, då det torde vara omöjligt att beräkna, om vid ledigblivande av en dylik sjukhusläkartjänst en militärläkare finnes att tillgå, som är fullt kompetent till både sjukhusläkartjänsten och militärläkartjänsten.

Slutligen vill kommittén som sin uppfattning framhålla, att om den sjukvård, som lämnas civila å militära sjukhus, skall kunna anses fullt likvärdig med den rent civila, samma kompetensvillkor böra gälla för innehav av läkartjänster vid ifrågavarande militärsjukhus som vid motsvarande civila sjukhus. I praktiken tillämpas redan likställighet härutinnan enligt särskild mellan medicinalstyrelsen och arméförvaltningen träffad överenskommelse. Ett stadfästande av likställigheten ifråga synes dock lämpligen böra ske genom att i vederbörande militära författning (S. F. S. 1911:138) införa ett stadgande av innehåll, att för innehav av läkartjänst vid militärt sjukhus, som jämväl är upplåtet för civila sjuka, skola gälla samma kompetensvillkor som för lasarettsläkare ävensom att sjukhuslagens bestämmelser skola vara avgörande för den inbördes ordningen mellan sökande till sådan tjänst. Tilläggas kan, att enligt av Kungl. Maj:t meddelad föreskrift för behörighet till överläkartjänsterna vid de kirurgiska och medicinska avdelningarna å flottans sjukhus i Karlskrona skola gälla samma villkor som för behörighet till lasarettsläkartjänst.

Kap. 6. Vårdanstalter för lungtuberkulos.

Historisk översikt.

Såsom upphovsman till systematisk vård av lungtuberkulos inom slutna anstalter räknar man den tyske läkaren Hermann Brehmer (1826—1889). Denne öppnade år 1855 i byn Görbersdorff i Schlesien det första lungsotssanatoriet i världen. I väsentliga delar gälla ännu Brehmers principer för sanatorievården av lungtuberkulos, särskilt beträffande den hygieniskt-dietetiska (allmänt stärkande) vården. Men utvecklingen, framför allt under senare år, har gått i den riktningen, att sanatoriekuren kommit att innefatta ej blott sådan vård utan i allt mera ökad utsträckning även aktiva ingrepp (operationer) av olika slag. Vetenskapens och teknikens framsteg hava även medfört möjlighet till en avsevärt tidigare, noggrannare och mera preciserad diagnos av lungtuberkulosen. Ett tidsenligt sanatorium kräver därför numera en betydligt dyrbarare utrustning och förutsätter en mångsidigare utbildning hos läkaren än vad förhållandet var under sanatorievårdens tidigare skeden.

År 1891 öppnades vårt lands första lungsotssanatorium, nämligen privatsanatoriet i Mörsil om 56 platser, vilket under flera år framåt utgjorde den enda möjligheten för lungsiktiga att erhålla anstaltsvård i Sverige. Frågan om vård av lungsjuka hade aktualiserats framför allt genom Robert Kochs epokgörande upptäckt av tuberkelbacillen år 1882 och var i slutet av 1800-talet och början av 1900-talet hos oss föremål för livlig diskussion både inom och utom läkarkretsar.

Inom *svenska läkaresällskapet* höllos under denna tidsperiod tre mycket omfattande och grundliga diskussioner i ämnet, nämligen åren 1884, 1896 och 1904, varvid frågan om anstaltsvård ur olika synpunkter var på tal. I diskussionen år 1884, där särskilt smittfrågan behandlades, framhölls behovet av lättare tillgång till sjukhusvård för lungsiktiga, dock uteslutande från synpunkten av deras isolering såsom smittkälla. År 1896 framlades i anslutning till den andra diskussionen i läkaresällskapet vissa riktlinjer för det framtida praktiska tuberkulosarbetet, enligt vilka de offentliga åtgärderna mot tuberkulos borde hava till ändamål: a) upprättande av lungsotssanatorier för mindre bemedlade, som ännu hade utsikt att förbättras, b) beredande av vård på särskilda anstalter för lungsiktiga i mera framskridna stadier av sjukdonen. Här beaktades sålunda både den sjukvårdande och den sjukdomsförebyggande sidan av anstalternas uppgifter. Vid läkaresällskapets tredje diskussion (1904) dominerade anstaltsfrågan, och framhölls därvid såsom en av de viktigaste åtgärderna till tuberkulosens bekämpande »uppförande av vårdanstal-

ter för tuberkulösa i långt större utsträckning än hittills ägt rum samt beviljande av statsunderstöd åt dessa». Detta var första gången, som statens medverkan till tuberkulosens bekämpande i vidsträcktare omfattning offentligen påkallades.

Tuberkulosfrågan behandlades även följande år (1905) vid *det 12:te allmänna svenska läkarmötet i Malmö*, som gjorde följande märkliga uttalande:

»Det 12:e allmänna svenska läkarmötet uttalar såsom sin åsikt, att det uti vårt land för närvarande finnes ett oavvisligt och trängande behov av ökat tillfälle till sjukhusvård för lungsiktiga och att ett avhjälpande av detta behov icke kan väntas komma till stånd annat än genom samarbete med statsmakterna, landsting och kommuner, samt anser, att initiativet till åvägabringande av detta samarbete helst bör utgå från regeringen.»

Såsom ett uttryck för det allmänna intresse, varmed tuberkulosfrågan vid denna tid omfattades inom landet, kan man också anse grundandet av *svenska nationalföreningen mot tuberkulos* den 28 februari 1904.

Mitt under denna utredningarnas, diskussionernas och resolutionernas period vidtogs även en praktisk åtgärd av betydande mått till tuberkulosvårdsfrågans lösning, i det att konung Oscar II anslog hela den summa på 2 200 000 kronor, vilken av svenska folket överlämnades till honom den 18 september 1897 med anledning av hans 25-årsjubileum såsom regent, till upprättande av sanatorier för obemedlade lungsjuka, s. k. folksanatorier. Genom ett av riksdagen år 1898 beviljat anslag å 850 000 kronor ökades beloppet så, att trenne sanatorier, Hålahult, Österåsen och Hässleby, kunde uppföras. Samtliga ställdes under Konung Oscar II:s jubileumsfonds ledning och förvaltning. Sedermera har genom anslag från riksdagen ett fjärde sanatorium, Spenshult, tillförts samma fond.

Den vidgade möjlighet till sanatorievård i Sverige, som jubileumsfondens tre första sanatorier medförde, var givetvis ytterst välkommen, men genom sin otillräcklighet bidrog den ock till att skarpt belysa bristen på vårdplatser i landet. Väntetiden för inträdessökande blev orimligt lång, och behovet av ökat antal vårdplatser syntes allt mera trängande. På grund härav och närmast med anledning av det 12:te allmänna svenska läkarmötets uttalande i frågan tillsatte Kungl. Maj:t den 20 oktober 1905 en kommitté under ordförandeskap av dåvarande överståthållaren G. Tamm med uppgift att verkställa utredning angående åtgärder för människotuberkulosens bekämpande. Denna kommitté, i det följande benämnd *den första tuberkuloskommittén*, avgav en första del av sitt betänkande den 1 juli 1907 och en andra del den 29 maj 1908. Till lösande av frågan om vårdanstalter för lungsjuka, vilket för kommittén framstått såsom en huvuduppgift, förordade kommittén bidrag av statsmedel till såväl uppförande och inrättande som drift av dylika anstalter. Vid riksdagarna 1908 och 1909 biföllos av Kungl. Maj:t i enlighet härmed framlagda propositioner om anslag för dessa ändamål. Från denna tid daterar sig en synnerligen snabb utveckling av den slutna tuberkulosvården inom alla delar av vårt land, vilket belyses därav, att antalet sanatorier och vårdplatser ökats från 18 resp. 1 075 år 1908 till 123 resp. 8 369 år 1932 ($^1/_{12}$).

Tuberkulosfrågan har i hela sin vidd under senare år varit föremål för en omfattande utredning, vilken anordnats och bekostats av svenska nationalföreningen mot tuberkulos. Inom denna utredning, i det följande benämnd *den andra tuberkuloskommittén*, vilken tog sin början år 1917 och avslutades med ett till statsrådet och chefen för socialdepartementet den 12 april 1929 överlämnat betänkande, har frågan om anstaltsvård för vuxna tuberkulösa behandlats av lasarettsläkaren Per Clarholm, sanatorieläkaren V. Malmström och byråchefen i pensionsstyrelsen C. Broberg samt frågan om barntuberkulosens förebyggande och bekämpande avhandlats av numera framlidne professorn O. Medin, professorn A. Lichtenstein och sanatorieläkaren Hj. Tideström. I behandlingen av dessa frågor har dessutom deltagit nationalföreningens sekreterare, med. doktor G. Neander. Beträffande vården av vuxna tuberkulösa konstaterade kommitterade, att ytterligare behov av vårdplatser förelåge men att med undantag för Norrland och några få andra platser behovet av vårdplatser å större sanatorier syntes vara på ett tillfredsställande sätt tillgodosett. Det i flertalet län förefintliga vårdplatsbehovet borde därför i huvudsak avhjälpas genom uppförande av mindre tuberkulosanstalter, förslagsvis benämnda bygdesanatorier, vilka lämpligen borde inrymma ett antal av cirka 20 till 40 platser. I fråga om vården av lungtuberkulösa barn framhöllo kommitterade, att sanatorie- och sjukhusvård för dessa ännu vore mycket otillfredsställande ordnad i vårt land, och sammanfattade sina önskemål härutinnan i följande allmänna riktlinjer. Avdelningar för upptagning och undersökning av barn, lidande av tuberkulos eller misstänkta för denna sjukdom, borde anordnas vid barnsjukhus och sanatorier i sådan utsträckning, att varje dispensär kunde träda i förbindelse med en dylik avdelning. Vid *ett* sanatorium i varje län skulle inrättas en vårdavdelning på förslagsvis 25—30 platser, avsedda för barn i alla åldrar. Starka skäl förefunnes även för anordnande av ett *centralsanatorium* för barn, förslagsvis inrymmande 150—200 platser. En dylik anstalt, som borde vara gynnsamt belägen med hänsyn till såväl klimat som kommunikationer, borde ledas av en läkare, som vore både pediatriker och tuberkulosläkare.

Innan kommittén lämnar denna historiska översikt, som företrädesvis tagit sikte på tuberkulosvårdens ordnande ur sjukvårdsorganisatorisk synpunkt, vill kommittén något beröra den diskussion, som förekommit angående *statens ekonomiska medverkan* till ifrågavarande ändamål. Spörsmålet härom upptogs till diskussion första gången av 1898 års riksdag i samband med dess behandling av väckta motioner om anslag till jubileumsfonden för uppförande av ett tredje folksanatorium. Ett avsteg från principen om sjukvårdens ordnande och bekostande såsom en landstingens och kommunernas angelägenhet genom sjukvårdskostnaders överflyttande på staten var vid denna tid ägnat att väcka betänkligheter på åtskilliga håll. Statsutskottet yttrade emellertid i utlåtande den 22 april 1898 följande:

»Vid tillstyrkande av berörda anslag har Statsutskottet velat uttala den mening, att det ej bör vara förenat med någon risk att för detta fall göra ett undantag — därest det kan betraktas såsom ett sådant — från den hittills fasthållna grundsat-

sen att sjukvården skall vara en kommunernas och icke en statens angelägenhet, enär genom bestämmandet av ändamålet med den på enskild väg föranstaltade insamlingen och den livliga anslutning, denna insamling vunnit, ett kraftigt stöd givits för den åsikten, att uppförandet av sanatorier torde vara icke så mycket de redan sjukas botande som fastmer deras avskiljande från friska och sålunda en verksam åtgärd till hindrande av smittans spridning. I detta avseende är statens skyldighet redan på andra områden erkänd, såsom exempel varpå må nämnas de åtgärder, som på statens bekostnad vidtagits till förhindrande av kolerasmittans införande i riket. Jämväl må erinras, att riksdagen beviljat medel till hämmande av tuberkulosens spridning bland nötkreatur.»

I detta utlåtande markeras tydligt, att det enligt utskottets uppfattning uteslutande var det allmännas intresse av skydd mot smitta, som motiverade anslag av statsmedel till uppförande av vårdanstalter för tuberkulösa.

I den första tuberkuloskommitténs betänkande av år 1907 diskuterades ävenledes denna fråga. Efter hänvisning till yttranden härutinnan av svenska läkaresällskapet år 1904 och allmänna svenska läkarmötet 1905 m. fl. uttalade sig kommittén för statens ekonomiska medverkan till tuberkulosvården. Som motiv härför åberopade kommittén såväl samhällets intresse av skydd mot smittfara som ock det betydande nationalekonomiska intresse, som låge däri, att genom lämplig anstaltsvård nedsatt arbets- och försörjningsförmåga återställdes hos största möjliga antal tuberkulossjuka. Samtidigt betonades emellertid, att tuberkulosvårdens ordnande fortfarande borde i huvudsak förbliva en kommunernas angelägenhet och att statens uppgift borde begränsas till att understödja densamma.

Genom sina beslut åren 1908 och 1909, då anslag beviljades såväl till uppförande och inrättande av som till driftkostnaderna för tuberkulosanstalter, gav riksdagen sin anslutning till denna princip, och riksdagen har sedermera under årens lopp genom betydande anslag till tuberkulosvården tillkännagivit sin uppfattning av tuberkulosbekämpandet såsom ett betydelsefullt statsintresse. Det lider intet tvivel, att denna förstående medverkan från riksdagens sida varit den främsta orsaken till den slutna tuberkulosvårdens snabba utveckling. Utan den kraftiga stimulans, som statens ekonomiska stöd inneburit, skulle landsting och kommuner säkerligen icke vågat eller mäktat åtaga sig de betydande ekonomiska bördor, som tuberkulosvårdens byggnadsuppgifter och sjukhusdrift medfört. Det måste ock erkännas, att vad landsting och kommuner presterat i fråga om en för knappt 30 år sedan helt ny sjukvårdsuppgift är i hög grad respektingivande.

Nuvarande anstaltstyper och platstillgång.

För vård av lungtuberkulos hava hos oss anstalter av olika typer kommit till användning. De viktigaste av dessa äro sanatorier, tuberkulossjukstugor och tuberkulosavdelningar vid lasarett.

A. *Sanatorier* (eller tidigare tuberkulossjukhus) kallas anstalter, som inrymma ett platsantal, överstigande 40, äro försedda med tidsenlig utrustning för diagnostik och behandling (röntgen, ljusbehandlingsinstallation m. m.) samt förestås av specialutbildade läkare. Sanatorierna utgöra våra högst kvalificerade anstalter för tuberkulosvård; platserna därstädes betecknas i det följande såsom *A-platser*. Det övervägande flertalet sanatorier äges och dri-

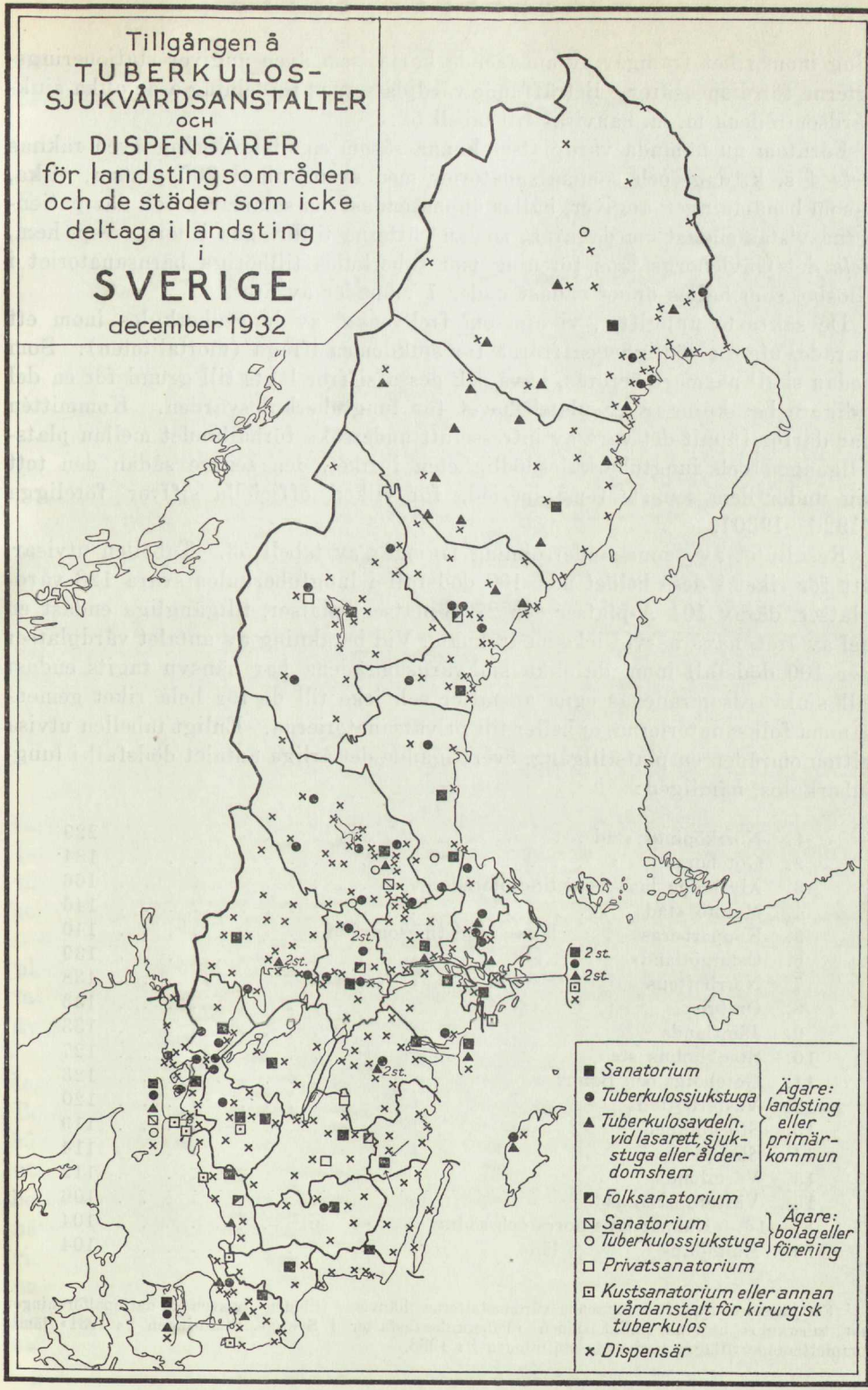
ves av landsting och städer utanför landsting. Sanatorier finnas inom samtliga sjukvårdsområden utom tre (Uppsala och Gotlands läns landstingsområden samt Hälsingborgs stad). Till ifrågavarande anstaltsgrupp höra också de fyra vårdanstalter, som förvaltas av Konung Oscar II:s jubileumsfond, ävensom fyra privatsanatorier. Antalet sanatorier i landet uppgick den 1 december 1932 till 38, och dessa inrymde sammanlagt 6 209 vårdplatser[1].

B. *Tuberkulossjukstugorna* utgöras av mindre anstalter med högst 40 vårdplatser. Flertalet av dem saknar utrustning för mera kvalificerad diagnostik eller behandling. De skötas i regel av läkare, för vilka denna befattning utgör bisyssla. Tuberkulossjukstugornas allmänna anordning är i hög grad växlande. Åtskilliga större tuberkulossjukstugor utgöras av särskilda för ändamålet uppförda, ej sällan mycket väl inredda och ändamålsenliga anstalter. I flera fall hava epidemisjukhus, som befunnits kunna undvaras för epidemivården, apterats till tuberkulossjukstugor. Dessa större anstalter benämnas ofta i enlighet med den andra tuberkuloskommitténs förslag »bygdesanatorier». Andra tuberkulossjukstugor åter äro inrättade såsom avdelningar av sjukstugor, försörjningsinrättningar eller ålderdomshem. Mestadels äro dessa avdelningar mycket små (6—12 platser). På grund av beskaffenheten av den sjukvård, tuberkulossjukstugorna kunna lämna, sammanföras de i det följande, oavsett arten av deras allmänna anordning och utrustning, under beteckningen *B-platser*. Antalet tuberkulossjukstugor uppgick den 1 december 1932 till 74 med sammanlagt 1 540 vårdplatser.

C. *Lasarettsavdelningarna* för tuberkulos utgöras av särskilda, vanligen i egen byggnad inrymda avdelningar vid lasarett eller därmed jämförliga sjukhus. Vid sistnämnda tidpunkt funnos 11 dylika avdelningar, inrymmande sammanlagt 620 vårdplatser[2]. De hava i regel genom sin anknytning till moderna sjukvårdsanstalter tillgång till anordningar för diagnostik och behandling, som helt eller delvis kunna jämställas med sanatoriernas. Däremot saknas för dessa avdelningar bestämmelser angående särskild kompetens för den läkare, som handhar sjukvården vid avdelningen. I de fall, där tuberkulosavdelningen är ansluten till lasarett med medicinsk avdelning, torde vården vid tuberkulosavdelningen kunna anses likvärdig med sanatorievård och platserna betecknas såsom A-platser. Tuberkulosavdelningen förestås nämligen i dessa fall som regel av överläkaren på den medicinska avdelningen, och även om denne icke alltid har sanatorieläkarutbildning, måste han dock genom sin medicinska utbildning och allmänna erfarenhet anses ha förvärvat sådan inblick i lungtuberkulosens diagnostik och behandling, att ett hänförande av ifrågavarande platser till A-typen är berättigat.

En sammanfattning av vad sålunda anförts giver vid handen, att den 1 december 1932 funnos i riket 8 369 vårdplatser för lungtuberkulos, fördelade på 123 vårdanstalter, därav 38 sanatorier, 74 tuberkulossjukstugor och 11 lasarettsavdelningar. Av vårdplatserna torde 6 624 (= 79 %) kunna betecknas såsom A-platser och 1 745 (= 21 %) såsom B-platser. Anstalternas förlägg-

[1] Härvid har sjukhuset S:t Görans medicinska tuberkulosavdelning räknats som sanatorium.
[2] Härvid har vårdhemmet Gibraltars tuberkulosavdelning räknats som lasarettsavdelning.


Tillgången å
TUBERKULOS-
SJUKVÅRDSANSTALTER
OCH
DISPENSÄRER
för landstingsområden
och de städer som icke
deltaga i landsting
i
SVERIGE
december 1932
2 st.
2 st.
2 st.
2 st.
2 st.
Sanatorium
Tuberkulossjukstuga
Tuberkulosavdeln. vid lasarett, sjukstuga eller ålderdomshem
Ägare: landsting eller primärkommun
Folksanatorium
Sanatorium
Tuberkulossjukstuga
Ägare: bolag eller förening
Privatsanatorium
Kustsanatorium eller annan vårdanstalt för kirurgisk tuberkulos
Dispensär

ning inom riket framgår av omstående karta, som även angiver stationeringsorterna för dispensärer. Beträffande vårdplatsernas fördelning å de olika sjukvårdsområdena m. m. hänvisas till tabell 52.

Förutom nu nämnda vårdplatser kunna såsom en platstillgång även räknas *dels* 4 s. k. dag- och sommarsanatorier med sammanlagt 206 platser, vilka, såsom benämningen angiver, hållas öppna endast om sommaren och där patienterna vistas endast om dagarna, medan nätterna tillbringas i deras resp. hem, *dels* det Gävleborgs läns förening mot tuberkulos tillhöriga barnsanatoriet i Glösbo, som hålles öppet endast under 7 månader av året.[1]

Förhållandet mellan platstillgång och tuberkulosdödlighet.

De säkraste uppgifter, vi äga om frekvensen av lungtuberkulos inom ett område, utgöra dödlighetssiffrorna för sjukdomen ifråga (mortaliteten). Som nedan skall närmare beröras, hava ock dessa siffror lagts till grund för en del tidigare beräkningar av platsbehovet för lungtuberkulosvården. Kommittén har därför funnit det vara av intresse att undersöka förhållandet mellan platstillgången och lungtuberkulosdödligheten i riket, den senare sådan den tett sig under den senaste femårsperiod, för vilken officiella siffror föreligga (1926—1930).

Resultatet av denna undersökning framgår av tabell 53. Tabellen utvisar, att för riket i dess helhet mot 100 dödsfall i lungtuberkulos svara 128 vårdplatser, därav 101 A-platser och 27 B-platser; platser, tillgängliga endast en del av året, hava härvid icke medräknats. Vid beräkning av antalet vårdplatser per 100 dödsfall inom de olika sjukvårdsområdena har hänsyn tagits endast till sjukvårdsområdenas egna anstalter och icke till de för hela riket gemensamma folksanatorierna, ej heller till privatsanatorierna. Enligt tabellen utvisa nitton områden en platstillgång, överstigande det årliga antalet dödsfall i lungtuberkulos, nämligen:

1.	Norrköpings stad	229
2.	Göteborgs »	184
3.	Älvsborgs läns landstingsområde	166
4.	Malmö stad	146
5.	Kopparbergs läns landstingsområde	140
6.	Östergötlands » »	139
7.	Norrbottens » »	138
8.	Örebro » »	133
9.	Jämtlands » »	133
10.	Stockholms stad	127
11.	Göteborgs och Bohus » »	123
12.	Västerbottens » »	120
13.	Stockholms » »	119
14.	Skaraborgs » »	114
15.	Värmlands » »	112
16.	Västernorrlands » »	106
17—18.	Kalmar läns norra och södra » -n	104
19.	Malmöhus läns »	104

[1] För närmare uppgifter angående vårdanstalterna hänvisas till den av svenska nationalföreningen mot tuberkulos utgivna publikationen »Tuberkulosanstalter i Sverige, Ställningen 1/5 1931» jämte kompletterande tillägg, angivande ställningen 1/4 1933.

Relationen 100, d. v. s. lika många vårdplatser som årliga dödsfall i lungtuberkulos, finner man inom tvenne områden, nämligen:

20.	Hälsingborgs stad	100
21.	Södermanlands läns landstingsområde	100

Ett antal vårdplatser, som understiger det årliga antalet dödsfall i lungtuberkulos, redovisa återstående tio sjukvårdsområden:

22.	Hallands	läns landstingsområde	96
23.	Uppsala	» »	93
24.	Gävle stad		79
25.	Blekinge	» »	79
26.	Jönköpings	» »	72
27.	Gotlands	» »	69
28.	Västmanlands	» »	69
29.	Gävleborgs	» »	68
30.	Kronobergs	» »	58
31.	Kristianstads	» »	53

Förhållandet mellan A-platser och B-platser varierar i hög grad i olika sjukvårdsområden. Såsom ytterligheter finner man nio områden (Norrköping och Gävle samt Jönköpings, Kalmar, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus och Skaraborgs läns landstingsområden), som hava uteslutande A-platser, och två områden (Hälsingborgs stad och Gotlands läns landstingsområde), som hava uteslutande B-platser. I övrigt uppgå A-platserna till mellan 90—100 % i två områden, 80—90 % i sex områden, 70—80 % i sju områden, 60—70 % i ett område, 50—60 % i tre områden och under 40 % i ett område.

Till jämförelse må lämnas följande totaluppgifter från Danmark och Norge.

Danmark har enligt senast tillgängliga uppgifter 2 629 vårdplatser för lungtuberkulos, av vilka 2 495 (= 95 %) kunna anses såsom A-platser och 134 (= 5 %) såsom B-platser. Antalet dödsfall i lungsot under år 1930 uppgick till 1 936. Mot 100 dödsfall svara alltså 136 vårdplatser, därav 129 A-platser och 7 B-platser.

Norge har 4 760 vårdplatser för lungtuberkulos, därav 1 350 (= 28 %) A-platser och 3 410 (= 72 %) B-platser. Lungsotsdödligheten uppgår i medeltal till 3 492 dödsfall årligen. Mot 100 dödsfall i lungtuberkulos svara alltså även här 136 vårdplatser, därav 39 A-platser och 97 B-platser.

Platstillgången för vård av lungtuberkulos, sedd i förhållande till tuberkulosdödligheten, är sålunda något större i Norge och Danmark än i Sverige. Beträffande fördelningen av platstillgången i sanatorie- och enklare platser råder däremot en högst betydande skillnad. Medan i Danmark så gott som uteslutande med A-platser jämförliga vårdplatser, däri inberäknade s. k. »tuberkulösa hospitaler», kommit till användning, ha i Norge vårdplatser, som närmast kunna jämföras med B-platserna, varit dominerande. Dessa hava varit förlagda till de över hela landet spridda »plejehjemmen», vilka under senare år kompletterats med stora moderna sanatorier. Sverige intager i detta avseende en mellanställning, dock med tydlig tendens till att tillgodose den större delen av vårdbehovet genom verkliga sanatorieplatser (A-platser).

Vårdplatsbehovet.

Efter denna överblick över platstillgången i riket och dess förhållande till tuberkulosdödligheten inställer sig frågan: är rikets behov av vårdplatser fyllt? Eller med andra ord, kan varje lungsiktig, som befinnes vara i behov av anstaltsvård, utan lång väntetid erhålla sådan och vistas på anstalt, så länge det antingen från synpunkten av hans behandling eller från synpunkten av hans isolering såsom smittkälla är behövligt?

Uppgifter från flertalet sjukvårdsområden tala för att så icke är fallet utan att ytterligare vårdplatser behövas. Fråga uppstår då: huru många platser erfordras för att platsbehovet inom ett område skall kunna anses vara på tillfredsställande sätt tillgodosett?

Talrika försök hava gjorts att finna en metod för att åtminstone tillnärmelsevis beräkna detta behov, men någon fullt tillfredsställande lösning av problemet kan ännu icke sägas vara funnen. Det kan härvid synas naturligast och enklast att utgå från *sjukdomsfrekvensen* (morbiditeten) och till besvarande uppställa frågan: huru många platser behövas, om man vet, att inom ett område t. ex. 100 vårdbehövande lungsiktiga finnas och 20 nya fall årligen upptäckas. Här möta emellertid svårigheter så till vida, att sjukdomsfrekvensen icke eller blott ofullständigt är känd och att säkra uppgifter om förhållandet mellan dödlighet och sjukdomsfrekvens icke stå till buds. Strävandena hava därför gått ut på att söka finna en direkt relation mellan *tuberkulosdödligheten*, för vilken ju officiella siffror föreligga, och vårdplatsbehovet. En kort översikt över tidigare verkställda försök att på dylikt sätt beräkna vårdplatsbehovet torde här vara av intresse.

Tidigare beräkningar.

Den första tuberkuloskommittén framlade i sitt betänkande av år 1907 åtskilliga beräkningar angående vårdplatsbehovet. Antalet döda i lungtuberkulos i Sverige var vid denna tid c:a 10 000 per år; antalet vårdbehövande uppskattades av kommittén till samma antal som de årligen avlidna, d. v. s. 10 000. Då en medelvårdtid av 6 månader ansågs tillräcklig, kom alltså totala vårdplatsbehovet att bli lika med halva dödlighetstalet. För de större städerna ansågs dock en något större platstillgång erforderlig. Totala vårdplatsbehovet för landet uppskattades därför av nämnda kommitté till 5 600 platser, d. v. s. 56 vårdplatser mot 100 dödsfall. Mot denna uppskattning erinrades ganska snart, att den med all säkerhet var för låg.

Den andra tuberkuloskommittén framhöll med skärpa de stora vanskligheter, som voro förenade med alla beräkningar av vårdplatsbehovet, delvis beroende på den otillräckliga kunskap, man ägde rörande alla de premisser, som borde ligga till grund för en sådan beräkning. För att emellertid göra ett försök till en sådan beräkning hade kommittén inhämtat upplysningar från samtliga dispensärläkare och en del andra läkare angående lungtuberkulosfrekvensen m. m. På grundval av dessa uppgifter ansåg sig kommittén kunna räkna med ett någorlunda konstant antal av 13 651 fall av vårdbehövande lungsotspatienter i landet; med en beräknad medelvaraktighet för sjukdomen av 2 år och 2 månader samt en medelvårdtid av 1 år kunde alltså platsbehovet uppskattas till 6 300 vårdplatser, d. v. s. föga mer än platstillgången vid denna tidpunkt. Emellertid ansåg kommittén, att såsom en ideal fordran borde

uppställas krav på vård under *hela* sjukdomstiden, bl. a. ur synpunkten av en konsekvent isolering av smittkällor, och kom från denna utgångspunkt fram till ett återstående platsbehov av 6 000 sängar. Hela vårdplatsbehovet skulle alltså enligt denna kommitténs beräkning uppgå till 12—13 000 platser. Kommittén underströk dock, att hela denna beräkning vore synnerligen osäker och att antalet vårdbehövande i verkligheten säkerligen vore större än ovan angivits. Kommittén framhöll jämväl, att då initiativet till anläggning av nya anstalter i regel utginge från landstingen, det icke vore nödvändigt att fastställa bestämda siffror för hela landets vårdplatsbehov samt att det sannolikt vore lättare att åvägabringa behövlig utredning i hithörande frågor länsvis.

I den amerikanska staden *Framingham* företogs åren 1917—1923 ett berömt socialhygieniskt experiment i syfte att utröna effektivaste sättet för tuberkulosens bekämpande. Därvid gjordes även beräkningar angående behovet av platser å tuberkulosanstalt. Enligt den avgivna slutrapporten skulle en stad på c:a 100 000 invånare med ett dödstal för tuberkulos av 100 per år behöva 100 vårdplatser för tuberkulösa, d. v. s. platsbehovet = dödstalet.

Nyligen utförda synnerligen noggranna undersökningar i *Tyskland* bekräfta svårigheten av att genom kalkyler av ifrågavarande slag åstadkomma några värdefulla resultat. Det har därvid framhållits, att en uppskattning av vårdplatsbehovet är i hög grad beroende av växlande uppfattning om åtskilliga hithörande frågor, såsom den erforderliga vårdtidens längd, vilka sjukdomsfall, som böra vårdas å anstalter, m. m.

Av kommittén föranstaltad utredning.

Det har synts kommittén önskvärt att även i samband med förevarande utredning ytterligare belysa den svårlösta frågan om vårdplatsbehovet. För att vinna material till en undersökning i detta avseende anmodades genom medicinalstyrelsens försorg i april 1930 samtliga dispensärstyrelser i landet m. fl. att med ledning av sanatoriernas expektanslistor, dispensärernas kännedom om befintliga sjukdomsfall och övriga tillgängliga upplysningar söka åstadkomma en approximativ kalkyl över det *återstående* vårdplatsbehovet inom resp. sjukvårdsområden. Därvid skulle skillnad göras mellan platsbehovet för vuxna och för barn. För varje grupp begärdes tillika upplysning om huru stort antal av de erforderliga platserna, som ansåges böra utgöras av A-platser, och huru stort antal, som beräknades kunna anordnas som B-platser.

Ett särskiljande mellan vårdplatsbehovet för vuxna och för barn har genom den andra tuberkuloskommitténs utredning blivit aktuellt. Under de senare åren har därjämte ett allt mer ökat intresse ägnats tuberkulosen i barnaåldern, såväl dess diagnosticerande som dess behandling. Det har därvid från olika håll framhållits, att tuberkulösa barn, vilka hittills i regel vårdats på samma avdelning som vuxna och tillsammans med dem, av olika skäl, etiska, pedagogiska och rent sjukvårdstekniska, böra vårdas avskilda från de vuxna. Ett krav på särskilda avdelningar för barn, inrymda i särskilda paviljonger eller avgränsade sanatorieavdelningar, har sålunda uppstått, och kommittén har ansett angeläget att såvitt möjligt söka utröna omfattningen av platsbehovet för barn. Vidare må nämnas, att i anslutning till den andra tuberkuloskommitténs betänkande en livlig diskussion uppstått angående de olika anstaltstypernas an-

vändning, därvid röster höjts dels för ett förläggande av all lungtuberkulosvård till A-platser, dels ock för användning i större eller mindre utsträckning av B-platser. Då det synts kommittén värdefullt att få kännedom om deras uppfattning, som i sitt arbete närmast beröras av detta spörsmål, har, som ovan framgår, upplysning begärts även i sådant hänseende.

En sammanräkning av de inkomna uppgifterna ger vid handen, att ytterligare 3 509 vårdplatser skulle erfordras utöver de platser, som nu stå till sjukvårdsområdenas förfogande. Sammanställas dessa uppgifter med antalet år 1932 befintliga platser under iakttagande av platsernas fördelning dels å vuxna och å barn, dels å A- och B-platser, erhålles följande resultat:

	Vuxna		Barn		Summa
	A-pl.	B-pl.	A-pl.	B-pl.	
Nu befintliga	5 899	1 668	725	77	8 369
Ytterligare behövliga . . .	1 108	1 947	454	—	3 509
	7 007	3 615	1 179	77	11 878

Av enquêten att döma skulle alltså hela vårdplatsbehovet för närvarande utgöra 11 878 eller i runt tal 11 900 platser, d. v. s. något lägre än vad den andra tuberkuloskommittén beräknat. Ehuru de tillfrågade utan tvivel gjort sitt allra bästa och i många fall nedlagt ett synnerligen omfattande och grundligt arbete för att åstadkomma svar på de framställda frågorna, kunna de inkomna svaren dock knappast betraktas såsom ett pålitligt uttryck för omfattningen av det återstående platsbehovet, blott såsom i någon mån vägledande. Växlande synpunkter hava synbarligen anlagts vid beräkningarna, och subjektiva moment hava utan tvivel mångenstädes spelat en stor roll vid bedömandet av situationen i de olika landsändarna. Sålunda framgår bl. a., att ett flertal vid beräkning av det återstående platsbehovet ej tagit hänsyn till den gemensamma tillgång på vårdplatser, som jubileumsfondens sanatorier och privatsanatorierna representera. Ovannämnda siffra å totala platsbehovet, 11 878, torde därför ligga i överkant. Detta bestyrkes ock av en jämförelse med platstillgången i Danmark och Norge, där platsbehovet anses vara i det närmaste fyllt. Med utgångspunkt från nyss angivna platssiffra skulle nämligen platstillgången i vårt land komma att motsvara 182 vårdplatser per 100 dödsfall, varav 125 A-platser och 57 B-platser, vilket ju betydligt överstiger motsvarande tal för nämnda grannländer.

Trots de synnerligen starka växlingar, som enquêtesvaren utvisa beträffande storleken av platsbehovet i de olika sjukvårdsområdena, synas vissa vägledande riktlinjer kunna skönjas. Största enhetligheten förete de sex från landstingen fristående städerna. I fråga om dessa synas svaren giva vid handen, att platsbehovet skulle vara fyllt med c:a 150 vårdplatser, därav drygt 100 A-platser, mot 100 dödsfall. I de städer, där platstillgången understiger detta tal, har behov av ökat platsantal deklarerats, dock att Malmö, vars platstillgång år 1932 uppgick till 146 mot 100 dödsfall, uppgivits hava till-

räckligt antal. Norrköping, vars platstillgång samma år uppgick till 229 mot 100 dödsfall, den högsta i Sverige, har anmält överskott av vårdplatser.

Landstingsområdenas beräknade platsbehov varierar avsevärt starkare än de sex stora städernas. Olikheterna kunna givetvis till en viss grad bero därpå, att olikartade synpunkter anlagts vid beräkningen. Men en väsentligt bidragande orsak till differenserna är otvivelaktigt att söka även däri, att relationen mellan platsbehovet och tuberkulosdödligheten i verkligheten är mycket olika i skilda delar av vårt land, vilket i sin tur ofta beror på olika grad av intensitet hos dispensärverksamheten och dess förmåga att uppspana tuberkulosfallen. Säkerligen medverka härtill även flera andra omständigheter, såsom sociala, hygieniska, ekonomiska och klimatiska, måhända även en olika grad av allmän immunisering av befolkningen inom olika landsändar, frågor vilkas närmare utredning stöter på betydande svårigheter.

Såsom typiskt för våra i nämnda avseenden bäst ställda landstingsområden kan Södermanlands län betecknas. Erfarenheten sedan flera år tillbaka visar, att vårdplatsbehovet därstädes är praktiskt taget fullt tillgodosett. Vårdplatstillgången i detta län uppgår, enligt tabell 53, till 100 platser mot 100 dödsfall. Det torde icke vara oberättigat att anse denna relation såsom den normala för flertalet sjukvårdsområden i södra och mellersta Sverige med undantag för Blekinge samt Göteborgs och Bohus läns landstingsområden, vilka dels visa högre tuberkulosfrekvens, dels enligt utredningar och vunnen erfarenhet synas vara i behov av relativt större platstillgång.

De nordligare sjukvårdsområdena åter förete avsevärt ogynnsammare förhållanden. Den synnerligen grundliga utredning, som i anledning av enquêten gjorts rörande platsbehovet i Jämtlands län, har lett till att platsbehovet där beräknats uppgå till 158 mot 100 dödsfall. Måhända kan denna relation anses som vägledande för beräkningarna av platsbehovet i större delen av Norrland. Dock torde för Norrbottens län dess säregna förhållanden motivera det större platsbehov, som i enquêtesvaren för detta län uppgivits, eller 221 platser mot 100 dödsfall. Denna uppgift stämmer för övrigt tämligen väl överens med tidigare på annat sätt utförda beräkningar av platsbehovet i länet.

Lokala utredningar.

Genom enquêten får anses konstaterat, att ett ytterligare behov av vårdplatser för lungtuberkulos föreligger. Som ovan antytts har kommittén dock icke kunnat undgå att finna det totala platsbehov, som med ledning av enquêten beräknats, vara påfallande stort i jämförelse med vad som i andra länder befunnits tillräckligt. Kommittén har ock i sina kalkyler här ovan räknat med att vården av lungtuberkulos inom hela landet skall kunna på ett tillfredsställande sätt tillgodoses utan att en så betydande nyanskaffning av vårdplatser, som enquêten giver vid handen, skall behöva genomföras. På grund av de stora vanskligheter, som äro förenade med en uppskattning av ifrågavarande art, torde det emellertid bli nödvändigt att, innan nybyggnader planeras eller beslutas, verkställa ytterligare lokala utredningar för utrönande av storleken av återstående platsbehov inom de olika sjukvårdsområdena, därvid hänsyn bör tagas bl. a. till möjlighet att utnyttja eventuella överlopps-

platser inom andra sjukvårdsområden samt anstalter, som äro öppna för patienter från hela landet. Vid dylika lokala utredningar torde medverkan kunna påräknas av såväl medicinalstyrelsen som svenska nationalföreningen mot tuberkulos. Till beaktande vid dessa utredningar vill kommittén för sin del endast beröra några moment, som särskilt påverka storleken av ifrågavarande vårdplatsbehov, nämligen vårdtidens längd och tuberkulosdödlighetens avtagande.

Beträffande *vårdtidens längd* vill kommittén till en början fästa uppmärksamheten på de utomordentligt stora olikheter, som härutinnan råda vid våra tuberkulosanstalter. Dessa framgå tydligt av tabellerna 54 och 55, där uppgifter lämnats om vårdtidens längd åren 1929 och 1930. Enligt desamma utgjorde medelvårdtiden vid sanatorierna:

	1929	1930
över 1 år	å 2 anst.	å 1 anst.
8 mån.—1 år	» 4 »	» 5 »
6—8 mån.	» 7 »	» 9 »
under 6 mån.	» 13 »	» 12 »

Till jämförelse kan meddelas, att medelvårdtiden vid de danska sanatorierna enligt senast tillgängliga uppgifter håller sig omkring 5—6 mån.; den längsta medelvårdtiden har uppgivits till 191 dagar.

Uppenbarligen äro dessa betydande olikheter i vårdtidens längd beroende icke blott på platstillgången utan i väsentlig mån även på den för sjukvården ansvarige läkarens uppfattning om den tid, sjukdomen *bör* behandlas. Detta bestyrkes av att i stort sett den längsta vårdtiden anförda år återfinnes vid samma anstalter. Det torde emellertid vara svårt att på vetenskapliga grunder fixera en normal- eller maximitid för sanatorievistelsens längd. Kommittén inskränker sig därför till att här såsom ett bestämt önskemål uttala, att A-platserna i möjligaste mån reserveras för sådana fall, som kräva verklig *behandling* (av specialutbildad läkare) eller mera specialiserad diagnostik, och sålunda icke i större utsträckning användas till isolering, invalid- eller konvalescentvård.

I detta sammanhang vill kommittén omnämna ett av ordföranden i sanatorieläkarföreningens styrelse, med. doktor *Sigurd Berg*, vilken jämte övriga ledamöter av samma styrelse överlagt med kommittén i förevarande fråga, lämnat uppslag till beräkning av A-platsbehovet inom ett område. Doktor Berg beräknar den erforderliga medelvårdtiden å A-platser för närvarande till drygt 9 månader, vilken vårdtid emellertid enligt hans uppfattning bör kunna nedbringas dels i någon mån genom en underlättad efterbehandling av pneumothoraxfall (se nedan), dels och huvudsakligen genom inrättande av B-platser. Huru långt denna nedpressning skulle kunna ske vore enligt doktor Berg givetvis svårt att uppskatta; sannolikt torde dock vårdtiden ej kunna nedbringas under 6 månader. Kände man nu ungefärliga antalet nytillkomna fall per år, skulle, då i regel samtliga dessa fall behövde vård å A-platser, antalet erforderliga dylika platser kunna direkt härledas ur antalet nya fall ge-

nom division med två. Verkställda stickprov hade visat god överensstämmelse med på andra vägar beräknat vårdplatsbehov.

Metoden synes kommittén lämpligen kunna prövas i sjukvårdsområden, som hava ett väl utvecklat dispensärväsende och där alltså möjlighet att erhålla en någorlunda tillförlitlig kännedom om de nyuppträdande tuberkulosfallen förefinnes.

Den flerstädes betydande *minskning av tuberkulosdödligheten*, som under de senaste årtiondena inträtt såväl i vårt land som i flertalet andra civiliserade länder, måste givetvis även tagas i betraktande vid kalkyler rörande vårdplatsbehovet. Kommittén har därför verkställt en närmare undersökning angående tuberkulosdödlighetens minskning i riket under senare tid. Kommittén har utgått från år 1911, det första år, för vilket användbart statistiskt material rörande tuberkulosdödligheten föreligger för landet i dess helhet, och till jämförelseperioder tagit 5-årsperioderna 1911—1915 samt 1926—1930. Resultatet framgår av tabell 56. Siffrorna i tabellen angiva hela tuberkulosdödligheten, alltså i både lungsot och andra former av tuberkulos. Lungsotsdödligheten uppgår till c:a 81 % av hela tuberkulosdödligheten.

Om man jämför tuberkulosdödlighetens medeltal för den förra och för den senare 5-årsperioden i tabellen, finner man, att minskningen för landet i dess helhet uppgår till 32·5 %. Den visar sig hava varit avsevärt större i städerna (42·9 %) än på landsbygden (27·5 %). Undersöker man närmare, huru denna tillbakagång av tuberkulosdödligheten förhållit sig inom de olika sjukvårdsområdena, framträda högst betydande olikheter inom skilda landsändar. Den största tillbakagången utvisa Norrköpings stad (54·5 %), Södermanlands län (49·4 %), Hälsingborgs stad (47·7 %) och Göteborgs stad (47·6 %); den minsta anträffas i Västerbottens län (17·4 %), Gotlands län (18·3 %) och Norrbottens län (18·8 %). I stort sett kunna de gynnsammaste förhållandena sägas föreligga i de stora städerna samt flertalet av landets södra och mellersta sjukvårdsområden, medan de nordliga länen ävensom Blekinge, Kalmar och Gotlands län förete ett avsevärt ogynnsammare läge.

I tabell 57 lämnas en översikt över tuberkulosdödlighetens storlek inom landets olika sjukvårdsområden under perioden 1926—30, börjande med det område, som utvisar lägsta dödligheten. Tuberkulosdödlighetens medeltal för riket uppgick nämnda period till 1·31 på 1 000 invånare. Av rikets 31 sjukvårdsområden hade 18 en tuberkulosdödlighet, som var mindre än rikets medeltal. Gynnsammaste ställningen hade Södermanlands län, vars tuberkulosdödlighet (0·83 på 1 000 invånare) låg 37 % under rikets medeltal; ogynnsammast ställt och i detta avseende alldeles särskilt svårt hemsökt var Norrbottens län, vars tuberkulosdödlighet var mer än dubbelt så stor som rikets medeltal och mer än tre gånger så stor som dödlighetstalen för Södermanlands och Östergötlands län.

Vårdplatsbehovets tillgodoseende.

I fråga om vårdplatsbehovets tillgodoseende vill kommittén till en början såsom ett angeläget önskemål framhålla, att de sjukvårdsområden, som helt eller delvis sakna A-platser, snarast möjligt söka avhjälpa denna brist. Såsom av den föregående utredningen framgår, gäller detta närmast trenne sjukvårdsområden, nämligen Hälsingborgs stad, Uppsala län och Gotlands län.

A-platser för vuxna.

Angående *Hälsingborgs stad* har kommittén inhämtat, att planer för utvidgning av stadens tuberkulossjukstuga till ett sanatorium föreligga och att dessa torde komma att genomföras, så snart de ekonomiska förhållandena det medgiva. Något förslag från kommitténs sida synes alltså icke påkallat. Kommittén vill dock med hänsyn till vad ovan anförts erinra om önskvärdheten av att frågan om det erforderliga antalet vårdplatser vid den föreslagna anstalten tages under noggrann omprövning.

Beträffande *Uppsala län* har kommittén sig bekant, att av delegerade för Uppsala universitet och Uppsala läns landsting utarbetats ett förslag till uppförande av ett centralsanatorium om 120 platser, beläget vid Uppsala akademiska sjukhus. Detta centralsanatorium skulle, förutom sin egentliga sjukvårdsuppgift, tillgodose även den akademiska undervisningens behov. Medicinalstyrelsen har i skrivelse till Kungl. Maj:t den 28 nov. 1931 tillstyrkt förslaget, vilket dock i nuvarande statsekonomiska läge icke ansetts kunna föreläggas riksdagen.

Kommittén finner väl själva läget för den planerade anstalten, i omedelbar närhet av Uppsala akademiska sjukhus, icke kunna betecknas såsom det bästa. Med hänsyn till de betydande fördelar ur behandlings- och undervisningssynpunkt, som en anslutning till nämnda sjukhus skulle innebära, anser kommittén dock övervägande skäl tala för en sådan förläggning och biträder därför för sin del ifrågavarande förslag. Kommittén förutsätter, att jämväl här platsantalet vid anstalten tages under förnyat övervägande.

Vad slutligen angår *Gotlands län* torde under nuvarande förhållanden knappast kunna ifrågasättas att för tillgodoseende av det trängande behov av mera kvalificerad och specialiserad vård för lungsotspatienter, som där föreligger, låta uppföra ett sanatorium i länet. Enligt kommitténs mening bör emellertid den förefintliga bristen på A-platser kunna i stor utsträckning omedelbart avhjälpas genom avtal med något av jubileumsfondens sanatorier om förhyrande för länets räkning av ett antal sanatorieplatser (jfr nedan). Till komplettering härav torde lämpligen trängande fall böra beredas möjlighet till specialbehandling på det inom en nära framtid utvidgade lasarettet i Visby. På så sätt skulle länets behov av mera kvalificerad lungtuberkulosvård kunna bli i det närmaste tillgodosett.

Vad *övriga* sjukvårdsområden angår är, såsom ovan framhållits, tillgången på A-platser mycket ojämn. Den sammanlagda tillgången på sådana platser är emellertid nog så betydande. Kommittén vill därför förorda, att i första hand åtgärder vidtagas för att genom ett *organiserat utnyttjande av eventuellt förefintliga överloppsplatser* söka i möjligaste mån utjämna nämnda olikformighet och sålunda bereda områden med platsbrist den lättnad i förevarande hänseende, som därigenom kan uppnås. Intill dess erfarenhet vunnits angående verkan av en sådan platsutjämning anser sig kommittén, ehuru det återstående A-platsbehov, som beräknats föreligga, endast till en relativt liten del kommer att täckas genom ovan berörda nybyggnader, med hänsyn till det ovissa i dessa beräkningar icke böra påyrka någon ytterligare utökning av A-platsernas totalantal.

Såsom nämnts har redan ett sjukvårdsområde — Norrköpings stad — anmält överskott på vårdplatser av A-typen. Sannolikheten talar för att sådant platsöverskott inom en icke alltför avlägsen framtid kan komma att uppstå inom flera sjukvårdsområden vid fortsatt tillbakagång av tuberkulosdödligheten. Dessa överloppsplatser, som vanligen ställa sig oekonomiska för det egna sjukvårdsområdet genom att anstalterna icke bliva fullständigt belagda, hava tidigare icke kunnat på ett rationellt sätt utnyttjas för områden med platsbrist, enär enligt då gällande bestämmelser driftbidrag av statsmedel icke utgick för vård av utomlänspatient med mindre än att vårdavgiften för denne fastställts till för inomlänspatient i kungörelse angivet maximum. Detta hinder har numera undanröjts genom en år 1931 vidtagen ändring i vederbörande kungörelse (S. F. S. 1931: 269).

Ett platsutbyte av ifrågavarande slag torde enklast kunna organiseras på följande sätt. I samband med den ansökan om driftbidrag för nästföljande år, som varje statsunderstödd tuberkulosanstalt har att före december månads utgång insända till medicinalstyrelsen, lämnas i de fall, där överloppsplatser vid någon anstalt kunna beräknas vara att tillgå under kommande år, meddelande om dessas antal jämte förslag rörande den patientavgift, som (utöver det ordinarie statsbidraget) skall utgå för dessa platser. Medicinalstyrelsen prövar och fastställer denna avgift och lämnar samtidigt anstalterna en översikt över anmälda överloppsplatser och de fastställda avgifterna för dessa platser. Avtal om disponerande av sådana platser träffas därefter direkt mellan sjukvårdsområdena.

Under senare år hava ock svårigheter uppstått att fullt belägga jubileumsfondens sanatorier. Enligt vederbörande årsberättelser och under hand inhämtade upplysningar har sålunda medeltalet vårdade per dag å fondens fyra sanatorier tillhopa sjunkit från 512 år 1931 till 498 år 1932 och 477 år 1933. Anledningen härtill torde framför allt vara att söka i de relativt höga dagavgifter å allmän sal, som upptagas vid dessa sanatorier. Dagavgifterna därstädes utgå nämligen med 8 kronor för 1-sängsrum samt 5 kronor för allmänt och 2-sängsrum. Vid varje sanatorium finnas 50 platser tillgängliga till nedsatt avgift, nämligen 10 platser à 4 kronor och 40 platser à 2 kronor. Dessa avgifter, även den lägsta, överstiga betydligt patientavgifterna vid länssanatorierna, där dagavgiften i regel icke uppgår till högre belopp än 1 krona. Statsbidrag till driften av jubileumsfondens sanatorier har hittills utgått med en summa, som per vårddag betydligt understigit motsvarande bidrag till länssanatorierna. För budgetåren 1931/1932 och 1932/1933 hava sålunda å folksanatorierna utgått driftbidrag, motsvarande endast 80 resp. 53 öre per vårddag mot 1 krona 75 öre å länssanatorierna. Det är givetvis de relativt höga patientavgifterna, som möjliggjort driftens uppehållande trots det lägre statsbidraget.

För ett effektivt utnyttjande av förefintliga platser synes det kommittén mycket önskvärt, att jubileumsfondens sanatorier gjordes lättare tillgängliga genom en sänkning av dagavgifterna å allmän sal till samma belopp som vid övriga statsunderstödda sanatorier. En dylik sänkning komme väl att med-

föra krav på ökat statsbidrag men torde likväl, genom att möjliggöra en effektivare beläggning av A-platserna och därmed minska behovet av nya sådana, bliva ur allmän synpunkt till ekonomisk fördel. Kommittén förutsätter härvid, att sedan vårdplatserna vid jubileumsfondens sanatorier i förevarande hänseende likställts med länssanatoriernas vårdplatser, avtal komma att i ungefärlig överensstämmelse med vad ovan föreslagits beträffande länssanatoriernas överloppsplatser träffas mellan jubileumsfondens överstyrelse och sådana sjukvårdsområden, som hava behov av ökat antal A-platser. Grunderna för ökat statsbidrag upptager kommittén till behandling i kap. 21.

I detta sammanhang vill kommittén nämna, att en av Sveriges förenade studentkårer tillsatt hälsovårdskommitté, som bl. a. har till uppgift att söka åvägabringa ett effektivare bekämpande av lungtuberkulosen bland studenterna vid landets universitet och högskolor, i skrivelse till statens sjukvårdskommitté framhållit önskvärdheten av att tuberkulösa studenter, som vore i behov av sanatorievård, sammanfördes till en särskild avdelning vid något av jubileumsfondens sanatorier i syfte att bereda dem ökad möjlighet till fortsatta studier, i den mån deras hälsotillstånd så medgåve. För ändamålet föreslog hälsovårdskommittén dels inrättande av en avdelning om 50 platser vid Hässleby sanatorium, där i första hand tuberkulösa studenter skulle emottagas för en avgift, som i det närmaste motsvarade vårdavgiften å allmän sal vid länssanatorierna, dels ock anordnande i anslutning därtill av lämpliga lokaler för studiebibliotek. Erforderliga böcker skulle anskaffas genom studentkårernas försorg.

Den sålunda väckta frågan anser statens sjukvårdskommitté värd allt beaktande. Ur de synpunkter, kommittén har att företräda, och sett mot bakgrunden av kommitténs förslag till underlättande av ett mera effektivt utnyttjande av jubileumsfondens sanatorieplatser reduceras, såvitt kommittén kan finna, berörda spörsmål närmast till en fråga om lämpligheten av ett samarbete i syfte att inom ramen för nuvarande platstillgång koncentrera vårdbehövande studenter från landets universitet och högskolor till ett och samma sanatorium. Även om man icke bör överskatta studenternas förmåga att under sanatorievistelse mera planmässigt bedriva och tillgodogöra sig studier, synes den föreslagna koncentrationen icke minst ur vårdsynpunkt vara ägnad att medföra beaktansvärda fördelar utan att det allmänna därav förorsakas ökade kostnader. Kommittén har på den grund för sin del intet att erinra emot ett samarbete i förevarande syfte.

En åtgärd, som ock är ägnad att i viss mån minska behovet av A-platser och därför bör här något beröras, är understödjande av *ambulatorisk »kvävgasbehandling»* av lungtuberkulos. Denna behandling, som består i införande av en gas i lungsäcksrummet, varigenom lungan bringas i stillhet, har under senare år kommit till allt vidare användning och befunnits äga en mycket större betydelse inom behandlingen av lungtuberkulos än vad tidigare uppfattningar om sjukdomen gåvo anledning antaga. Genom att den i många fall gör en bacillspridande patient smittfri, är den även av stor betydelse för det

profylaktiska arbetet. Metoden har emellertid nackdelen att kräva långvarig behandling; stundom måste den utsträckas över en tidrymd av 2—3 år. Därest patienten kan få tillfälle att regelbundet besöka läkare för påfyllning av gas, behöver han icke vistas mer än någon del av denna tid å sanatorium. Ett underlättande av »kvävgaspatienternas» resor för ovannämnda syfte skulle därför bidraga till en snabbare omsättning vid sanatorierna. Några landsting hava på denna grund redan beviljat särskilda anslag för sådant ändamål.

Fråga har även väckts om bidrag av statsmedel till samma ändamål. Denna fråga behandlar kommittén utförligt i kap. 21. Här må endast förutskickas, att enär ett underlättande av ifrågavarande behandling kan antagas medföra hastigare omsättning vid sanatorierna och ävenledes någon avlastning av desamma, kommittén ansett sig böra tillstyrka statsbidrags utgående under viss försökstid.

B-platser för vuxna.

Vad angår lungtuberkulosvårdens tillgodoseende annorledes än genom A-platser vill kommittén, som givetvis är angelägen om att de tuberkulossjuka äga tillgång till bästa möjliga vård, väl icke förneka, att sanatorierna i fråga om såväl diagnos som behandling hava väsentligt större möjligheter än de enklare tuberkulossjukstugorna, B-platserna, och därför ur ren vårdsynpunkt äro obetingat att föredraga. Kommittén vill emellertid starkt betona, att det ekonomiska läget säkerligen under åtskilliga år framåt innebär en nödvändighet att söka de möjligast billiga utvägarna för lungtuberkulosens bekämpande, och anser sig ur denna synpunkt böra förorda ett fortsatt utbyggande av tuberkulossjukstugorna. Utan eftersättande av goda vårdmöjligheter ställa sig nämligen dessa anstalter ostridigt avsevärt billigare än sanatorierna beträffande såväl uppförande som drift, om ock skillnaden i sistnämnda avseende under de senare åren varit anmärkningsvärt låg. Det torde icke vara oberättigat antaga, att tuberkulossjukstugorna ofta kunna uppföras för halva den kostnad, uppförande av ett sanatorium drager, och att de i åtskilliga fall genom användning av förut befintliga byggnader, t. ex. ett överflödigt epidemisjukhus, kunna åstadkommas för ännu lägre kostnad. Skillnaden torde vad angår återstående behov kunna för riket i dess helhet uppskattas till åtskilliga millioner kronor. Under förutsättning att ränta och amortering medräknas i en anstalts årliga omkostnader, har kommittén enbart med hänsyn härtill uppskattat sanatoriernas dagkostnad till minst en krona högre än tuberkulossjukstugornas. De allmänna driftkostnaderna ställde sig år 1931 vid sanatorierna i medeltal 65 öre högre än vid sjukstugorna. Sammanlagda merkostnaden för sanatoriernas drift skulle alltså kunna beräknas till 1: 65 kr. per vårddag, vilket, om man tänker sig 1 000 nya vårdplatser inrättade, skulle betyda 602 250 kronor årligen.

Patienternas fördelning mellan A- och B-anstalter.

Beträffande fördelningen av sjukdomsfallen mellan de olika anstaltstyperna vill kommittén här understryka vad ovan berörts eller att A-platserna böra huvudsakligen reserveras för akuta fall och sådana fall i övrigt, som kunna bliva föremål för aktiva ingrepp, ävensom för fall, där förefintliga komplikationer kräva speciellt sakkunnig vård. Dessutom böra dit hänvisas patienter, som för observation och fastställandet av diagnos äro i behov av dessa anstal-

ters större resurser. Övriga fall böra hänvisas till B-platserna. Särskilt lämpa sig dessa för sådana fall, som huvudsakligen för att hindra smittspridning kräva isolering å anstalt. Bland dessa fall finnas många uppegående och relativt friska patienter, för vilka tuberkulossjukstugorna kunna tjänstgöra såsom konvalescenthem. Dessa patienter böra ock där i möjligaste mån beredas lämplig sysselsättning. Att för dylika patienter anordna särskilda arbetskolonier synes kommittén däremot av olika skäl icke tillrådligt. Å B-platserna böra även mottagas patienter, som på grund av sjukdomens framskridna stadium äro i behov av läkartillsyn och sköterskehjälp. Kommittén finner det vara synnerligen angeläget, att B-anstalterna icke göras för små och att deras beläggning icke i övervägande grad består av hopplösa fall, enär hela anstalten därigenom lätt får en icke önskvärd prägel. Ur dessa synpunkter anser kommittén nuvarande tuberkulosavdelningar vid ålderdoms- eller försörjningshem föga lämpade för sitt ändamål. Däremot har kommittén intet att erinra emot, att utpräglat kroniska tuberkulosfall, som icke längre kunna bliva föremål för specialbehandling, intagas på särskilda avdelningar å anstalter för kroniskt sjuka.

Samverkan mellan A- och B-anstalter.

Kommittén vill i detta sammanhang fästa uppmärksamheten på, hurusom i vissa landstingsområden åtgärder vidtagits för att genom en organiserad samverkan mellan sjukvårdsområdets sanatorium och dess läkare, å ena, samt tuberkulossjukstugorna och deras läkare, å andra sidan, söka såväl höja de mindre anstalternas kapacitet beträffande diagnostik och vård som underlätta avlastningen av sanatorierna. Avskrift av de bestämmelser, som i sådant hänseende antagits av Kopparbergs läns landsting, bifogas såsom textbilaga 5.

Åtgärderna ifråga innebära i själva verket, att den specialutbildade sanatorieläkaren blir ledare även för de mindre anstalterna och att varje tuberkulossjuk vid behov beredes tillgång till sanatoriets större resurser. Det är påtagligt, att en sådan organisation är ägnad att i hög grad höja B-anstalternas värde och giva den där lämnade behandlingen en karaktär, som närmar sig verklig sanatorievård, samtidigt som bättre möjlighet erhålles att rationellt utnyttja A-platserna. Benämningen »bygdesanatorier», som på vissa håll blivit populär men från andra håll klandrats såsom missvisande, kommer under sådana förhållanden att få ett större berättigande. Kommittén föreslår, att en samorganisation av denna art göres obligatorisk för sjukvårdsområden, där anstalter av båda slagen finnas. Detta kan lämpligen ske genom att sådan samverkan uppställes såsom villkor för erhållande av statsbidrag till de mindre anstalternas driftkostnader. Då olikartade förhållanden inom skilda län lätt kunna betinga vissa variationer i de närmare bestämmelserna för denna samverkan, torde dessa böra utarbetas för varje sjukvårdsområde för sig samt prövas och fastställas av medicinalstyrelsen.

Kommittén finner tillika angeläget framhålla, att det föreslagna samarbetet mellan A- och B-anstalter skulle i hög grad underlättas och därmed effekten av detsamma i motsvarande grad förhöjas, därest landstingen bleve huvudmän för lungtuberkulosvården i dess helhet, alltså även för den vård å enklare anstalter, som nu ombesörjes av primärkommunerna. Genom en enhetlig orga-

nisation efter landstingslinjen skulle ock skapas större förutsättningar för att hålla B-anstalterna på önskvärd nivå med avseende å såväl beläggning som uttrustning. Kommittén återkommer härtill i kap. 20.

Vården av tuberkulösa barn.

Beträffande vården av tuberkulösa barn vill kommittén, i likhet med andra tuberkuloskommittén, betona önskvärdheten av att denna hittills tillbakasatta men utan tvivel synnerligen viktiga del av tuberkulosvården vinner ökat beaktande. I sin utredning angående platsbehovet inom lungtuberkulosvården har kommittén ock i överensstämmelse härmed sökt få fram en uppskattning av antalet erforderliga platser för vård av tuberkulösa barn. I fråga om sättet för barntuberkulosvårdens ordnande ansluter sig kommittén i huvudsak tilll andra tuberkuloskommitténs förslag och vill därvid speciellt understryka vilkten av att särskilda avdelningar för barn inrättas vid de länssanatorier, där sådana ännu saknas. Däremot anser kommittén tillräckliga skäl icke föreligga för inrättande, på sätt föreslagits, av ett för hela landet avsett barnsanatorium. Vården av späda barn med lungtuberkulos torde helst böra förläggas till barnsjukhus eller till centrallasarettens medicinska (ev. pediatriska) avdelningar.

Dispensärverksamhet.

Den för tuberkulosvården så betydelsefulla frågan om dispensärverksamhetens organisation är, enligt vad kommittén har sig bekant, för närvarande under utredning inom medicinalstyrelsen. Kommittén inskränker sig därför till att häir såsom sin mening uttala, att en väl organiserad dispensärvård i organisk anslutning till anstaltsvården synes kommittén vara ett oeftergivligt villkor för ett framgångsrikt bekämpande av de tuberkulösa sjukdomarna.

Sammanfattning.

Kommitténs synpunkter på lungtuberkulosvårdens ordnande kunna sammanfattas sålunda.

1. För vård av lungtuberkulos böra finnas särskilda anstalter eller avdelningar för vuxna och för barn. De akuta eller mera komplicerade fallen böra vårdas å särskilda, med avseende å sakkunskap och utrustning fullt kvalificerade anstalter, sanatorier (A-platser), övriga fall å enklare anstalter, tuberkulossjukstugor, ev. benämnda bygdesanatorier (B-platser).

2. För utvinnande av högsta möjliga vårdkapacitet hos båda dessa anstaltstyper bör en intim samverkan äga rum dem emellan. Av detta och andra skäl böra landstingen omhänderhava lungtuberkulosvården i dess helhet, alltså även dem enklare anstaltsvård, som nu ombesörjes av primärkommunerna.

3. Behov av ytterligare platser för såväl vuxna som barn måste anses föreligga, ehuru behovets omfattning svårligen kan närmare fixeras. Hälsingborgs stad samt Uppsala och Gotlands län sakna helt A-platser. Flertalet områden sakna vidare A-platser för barn. Behov av B-platser föreligger förstädes, särskilt i de norrländska länen.

4. A-platsbehovet för vuxna i Hälsingborgs stad och Uppsala län bör snarast fyllas genom uppförande av nybyggnader. I Gotlands län samt övriga sjukvårdsområden, där brist på A-platser för vuxna förefinnes, bör denna i första hand avhjälpas genom ett organiserat utnyttjande av eventuellt befintliga överloppsplatser å läns- eller folksanatorierna. För Gotlands del böra såsom komplement härtill trängande fall beredas möjlighet att erhålla vård å den beslutade medicinska avdelningen vid lasarettet i Visby. Såsom en försöksåtgärd

till minskande av A-platsbehovet bör därjämte staten tills vidare understödja ambulatorisk kvävgasbehandling genom bidrag till patienternas resor. B-anstalter böra inrättas i erforderlig omfattning, därvid bör observeras, att de icke göras för små. Avdelningar för vård av tuberkulösa barn böra anordnas vid samtliga länssanatorier, där sådana avdelningar ännu saknas. Späda barn, lidande av lungtuberkulos, böra vårdas å barnsjukhus eller centrallasarettens medicinska eller pediatriska avdelningar.

5. För ett framgångsrikt bekämpande av lungtuberkulosen erfordras slutligen ett väl utvecklat dispensärväsende i anslutning till anstaltsvården.

Kap. 7. Vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos.

Inledning.

Frågan om särskilda anstalter för vård av kirurgisk tuberkulos berördes redan av den i föregående kapitel omnämnda s. k. *första tuberkuloskommittén.* I sitt år 1907 avgivna betänkande framhöll denna kommitté, att vid utarbetandet av en fullständig plan för tuberkulossjukvårdens ordnande uppmärksamhet givetvis borde ägnas även åt s. k. kustsjukhus och kustsanatorier, vilka, såsom namnen utmärkte, belägna vid eller i närheten av havskusten vore avsedda för skrofulösa barn, de förra för svårare sjukdomsfall, som krävde verklig sjukhusvård, enkannerligen kirurgisk behandling, och de senare för mera lindrigt sjuka, för vilkas tillfrisknande erfordrades huvudsakligen en god hygienisk vård samt havsluft och havsbad. Kommittén ville dock icke upptaga dylika anstalter i sin plan, enär kostnaderna för planens genomförande måste i möjligaste mån begränsas och tillgodoseendet av anstaltsbehovet för vård av lungtuberkulos, såsom varande en smittsam sjukdomsform, framstode såsom ojämförligt mera angeläget än den kirurgiska tuberkulosvårdens utbyggande. Kommittén sade sig emellertid för sin del anse, att omständigheter kunde förekomma, som gjorde statsunderstöd till ifrågavarande anstalter berättigat, men då de områden, för vilka de borde uppföras och vilka i regel borde omfatta vida mer än ett sjukvårdsområde, svårligen läte sig bestämma på förhand, borde frågan om statsbidrag till dessa anstalter bliva föremål för prövning i varje särskilt fall.

I åtskilliga över kommitténs betänkande avgivna yttranden, bl. a. medicinalstyrelsens, hävdades emellertid vikten av vårdanstalter även för de skrofulösa sjukdomarna och erinrades, att kustsjukhus och kustsanatorier bort givas en mera framskjuten plats än den av kommittén tilldelade.

Inom den *andra tuberkuloskommittén,* som avgav sitt slutbetänkande år 1929, behandlades förevarande fråga av en särskild subkommitté, bestående av numera framlidne stadsläkaren och överläkaren J. S. Almer, sedermera ersatt av sanatorieläkaren Robert Hanson, samt lasarettsläkaren Ernst Tengwall och överläkaren, docenten Henning Waldenström.

Dessa sakkunniga precisera till en början begreppet »kirurgisk tuberkulos» såsom tuberkulos i ben, leder och körtlar. Benämningen »kirurgisk tuberkulos» hade enligt de sakkunniga sin förklaring däri, att en del av hithörande fall kunde bliva föremål för kirurgisk behandling; flertalet behandlades emellertid medelst vila för den sjuka kroppsdelen (immobilisering) samtidigt som de sjukas allmäntillstånd stärktes genom god föda, frisk luft m. m. (sanato-

rievård). Tidigare hade ifrågavarande sjukdomsformer benämnts skrofulos, vilket begrepp även innefattade diverse icke tuberkulösa sjukdomar hos barn, såsom långvariga körtelansvällningar, envisa katarrer i näsa och öron, svåra eksem o. s. v. Enligt nutida uppfattning borde skrofulos betyda »all barntuberkulos utom lungtuberkulos».

Ifrågavarande sakkunniga utgå ifrån att vårdbehovet för den kirurgiska tuberkulosen bör tillgodoses å särskilda anstalter, och framhålla, att dessa lämpligen kunna vara av olika typ och utrustning, enklare för de lättare fallen och mera specialutrustade för de svårare fallen. Anstalterna behövde emellertid icke med nödvändighet förläggas till havskusten eller till högfjäll, utan ett gott vårdresultat kunde vinnas även i andra trakter, blott man beaktade, att anstalterna finge ett läge, som icke hade för många mulna och regniga dagar samt vore skyddat för vinden och öppet för södersolen. Häremot har doktor Almer reserverat sig. Kommittén återkommer härtill längre fram i detta kapitel.

Översikt över vårdens utveckling och nuvarande läge.

Genom enskilda läkares initiativ och med tillhjälp av enskilda medel tillkommo de tre första kustsanatorierna i riket, alla belägna vid västkusten, nämligen kronprinsessan Victorias kustsanatorium vid Barkåkra år 1900, kustsanatoriet vid Apelviken år 1902 och kustsjukhuset å Styrsö år 1908. Anstalterna, som från början voro tämligen enkla samt huvudsakligen avsedda för vård av skrofulösa barn, hava sedermera, med bidrag från staten, utvecklats till större, tidsenliga specialsjukhus för vård av kirurgisk tuberkulos hos såväl vuxna som barn. Som ägare till anstalterna hava alltsedan deras tillkomst stått enskilda föreningar med uppgift att anskaffa nödiga medel för anstalternas drift.

Dessa sjukhus utgjorde länge de enda anstalter, där fall av kirurgisk tuberkulos från hela riket kunde erhålla erforderlig specialvård. Först under det senaste decenniet hava ytterligare två för riket i dess helhet, om ock villkorligt, tillgängliga anstalter tillkommit, nämligen dels en av Malmöhus läns landsting år 1921 uppförd anstalt i Ljunghusen invid Falsterbo, vilken administrativt sett utgör en avdelning av Lunds lasarett, dels ock en av stiftelsen Solhem år 1931 invid Borås öppnad anstalt, avsedd för barn med kirurgisk tuberkulos.

Jämsides med dessa anstalter hava emellertid inrättats anstalter för kirurgisk tuberkulos, avsedda endast för visst eller vissa sjukvårdsområdens behov. Stockholms stad anordnade sålunda redan år 1910 vid sjukhuset S:t Göran en avdelning för hithörande fall från Stockholm. Sedermera hava även Göteborg och Malmö låtit för patienter från resp. städer inrätta särskilda anstalter för ifrågavarande ändamål, den förra å Amundön, den senare vid Höllviken. Slutligen har år 1922 för medel, som av konung Oscar II och drottning Sophia donerats till minne av deras guldbröllop, öppnats en anstalt i Nynäshamn för vård av barn från Stockholms stad och län, lidande av ben- och körteltuberkulos.

En översikt över nuvarande platstillgång för vård av kirurgisk tuberkulos giver vid handen följande:

A. För vård företrädesvis av svårare fall finnas fem anstalter, nämligen

1. Kronprinsessan Victorias kustsanatorium vid *Barkåkra* . . . . . 293 pl.
   därav 259 pl. under hela året, övriga under sommaren;
2. Kustsanatoriet *Apelviken* . . . . . 504 »
   därav 443 pl. under hela året, övriga under sommaren;
3. Kustsjukhuset å *Styrsö* . . . . . 188 »
   därav 141 pl. under hela året, övriga under sommaren;
4. Sjukhuset *S:t Görans* avdelning för kirurgisk tuberkulos, Stockholm . . 102 »
5. Stiftelsen *Solhems* barnsjukhus, Borås . . . . . 80 »

S:a 1 167 pl.

Dessa fem anstalter äro i sin helhet avsedda för vård av kirurgisk tuberkulos och fullt utrustade för operativa ingrepp samt ljus- och sanatoriebehandling. Vid envar av anstalterna bor ständigt där anställd läkare. De fyra fristående anstalterna mottaga patienter från hela landet, vid stiftelsen Solhems barnsjukhus dock med företräde för barn från Borås stad. Sjukhuset S:t Görans avdelning för kirurgisk tuberkulos är avsedd endast för patienter från Stockholms stad. Av de 1 167 vårdplatser, anstalterna inrymma, hållas 1 025 öppna hela året och de övriga 142 endast under viss del av sommaren. Å sommarplatserna vårdas i huvudsak barn med lindrigare körteltuberkulos. Av Apelvikens helårsplatser äro 87 inrymda i mera tillfälliga lokaler och närmast avsedda för vård av konvalescenter.

B. Härjämte finnas ytterligare fyra anstalter, ävenledes avsedda enbart för vård av kirurgisk tuberkulos, nämligen

1. *Guldbröllopsminnet*, Nynäshamn . . . . . 23 pl.
   avsett för barn från Stockholms stad och Stockholms län;
2. *Ljunghusen*, Falsterbo . . . . . 105 »
   (därav 20 pl. hela året och övriga under sommaren) företrädesvis avsett för patienter från Malmöhus läns landstingsområde men villkorligt även för andra;
3. Kustsjukhuset å *Amundön* vid Göteborg . . . . . 33 »
   (därav 20 pl. för hela året och övriga under sommaren) avsett för barn från Göteborgs stad;
4. Sommarhemmet *Höllviken* . . . . . 60 »
   öppet endast under sommarmån. ($5^1/_2$ mån.) och avsett för barn från Malmö stad.

S:a 221 pl.

Vid jämförelse med vårdanstalterna för lungtuberkulos kunna dessa anstalter sägas intaga en mellanställning mellan A-anstalter och B-anstalter. De hava nämligen icke själva full utrustning för specialvård men äro nära anknutna till anstalter, där sådan finnes, och äga tillgång till specialutbildad läkare från dessa. Anstalten i Nynäshamn är anknuten till sjukhuset S:t Görans avdelning för kirurgisk tuberkulos i Stockholm, anstalten i Ljunghusen till Lunds ortopediska klinik, kustsjukhuset å Amundön till Göteborgs barnsjukhus och sommarhemmet vid Höllviken till den ortopediska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus. Av anstalternas 221 vårdplatser hållas 63 öppna hela året och övriga 158 endast under sommarmånaderna. Å anstalterna vårdas huvudsakligen lindrigare fall och konvalescenter.

C. Såsom en platstillgång för vård av hithörande sjukdomar kunna, på sätt den andra tuberkuloskommittén framhåller, betecknas även några huvudsakligen för kirurgisk och ortopedisk vård inrättade sjukhus, där svårare fall av kirurgisk tuberkulos pläga mottagas och meddelas fullt sakkunnig behandling, ehuru sjukhusen icke uteslutande äro avsedda för dylika fall. Hit höra:

Göteborgs barnsjukhus (kirurgiska avdelningen)	30 pl.
Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	40 »
Ortopediska kliniken vid lasarettet i Lund	45 »
Ortopediska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus	25 »
Vanföreanstalten i Hälsingborg omkring	10 »
S:a	150 pl.

Dessa platser, som äro tillgängliga året om, kunna ur behandlingssynpunkt närmast betecknas som A-platser, ehuru någon egentlig sanatorievård ej kan där lämnas.

D. Slutligen hava en del lokala tuberkulosföreningar och dispensärer inrättat särskilda anstalter för vård av lindrigare former av körteltuberkulos. De flesta utgöras av sommarhem, förlagda till västkusten, och hållas, såsom namnet antyder, öppna blott under sommarmånaderna. Ett 10-tal sådana hem finnas med plats för sammanlagt 500—600 barn. Den enda anstalt av detta slag, som hålles öppen under hela året, torde vara det s. k. skrofuloshemmet i Sunne, som äges av Värmlands läns landsting och inrymmer 30 vårdplatser, avsedda för barn från länet.

Sammanlagt finnes sålunda för vård av kirurgisk tuberkulos en tillgång av *dels* 1 088 mera kvalificerade vårdplatser, samtliga tillgängliga hela året, A-platser, *dels ock* inemot 1 000 mindre kvalificerade platser, huvudsakligen tillgängliga endast under sommaren, B-platser. Av de mera kvalificerade platserna äro

167 avsedda uteslutande för visst sjukvårdsområdes patienter,
165 » företrädesvis för visst sjukvårdsområdes patienter och villkorligt för andra samt
756 » för patienter från hela landet utan företräde för visst sjukvårdsområde.

Riktlinjer för utbyggandet.

Andra tuberkuloskommittén.

För att om möjligt få en uppfattning om vårdplatsbehovet för kirurgisk tuberkulos utsände den andra tuberkuloskommittén till alla Sveriges sjukhusläkare ett frågeformulär angående samtliga sjuka av denna kategori, som vårdats å sjukhus under år 1917. På grundval av de inkomna svaren uppskattade kommittén det totala platsbehovet till något över 2 000 kvalificerade vårdplatser. Enär vid tidpunkten för nämnda utredning c:a 1 000 platser av hithörande slag funnos att tillgå i landet, angavs det återstående platsbehovet uppgå till 1 000 platser.

För tillgodoseendet av detta platsbehov framlade samma kommitté till en början (1920) tvenne alternativa förslag.

Alt. 1. Uppförande av stora specialsjukhus om c:a 200 platser, helst förlagda i närheten av något medicinskt centrum eller större länslasarett och fördelade över landets olika delar, förslagsvis ett i Småland, ett i Östergötland, ett i Södermanland eller Uppland, ett i Dalarne och ett i Norrland. Dessutom

borde vid var och en av de tre medicinska fakulteterna anordnas ett sådant sjukhus i samband med de kliniska undervisningssjukhusen.

Alt. 2. Inrättande av särskilda avdelningar för kirurgisk tuberkulos, envar om c:a 100 platser, i anslutning till de ortopediska avdelningarna vid en del centrallasarett. I närheten av lasaretten borde därjämte inrättas konvalescenthem, dit patienter, som endast vore i behov av sanatorievård, kunde förflyttas.

Kommitténs ledamot doktor Almer reserverade sig, som antytts, mot dessa förslag och förordade stora specialsjukhus om c:a 400 platser, uppförda i paviljongsystem och förlagda till västkusten eller Jämtland, samt avrådde från allt »samröre» med vanförevården.

I ett tillägg till sitt betänkande (1929) synes kommittén, i vilken då doktor Robert Hanson inträtt efter doktor Almers frånfälle, hava mera bestämt förordat alternativ 1, d. v. s. fristående specialsjukhus, förlagda intill vissa centrallasarett. Därigenom vunnes enligt kommittén fördelen av konsultationsmöjlighet med medicinsk sakkunskap av olika slag samtidigt som kostnaderna för anstalternas uppförande och drift kunde nedbringas till lägsta möjliga belopp. Kommittén förutsatte, att staten skulle direkt bidraga till dessa sjukhus med halva byggnadskostnaden och att den andra hälften skulle erhållas genom lån från pensionsförsäkringsfonden, vilken för sitt eget klientel hade stort intresse av ifrågavarande vårds utbyggande.

Anstaltsvården för lindrigare fall av körteltuberkulos skulle enligt kommitténs uppfattning med stor fördel kunna anordnas i form av sommarhem och förläggas till någon förhyrd större byggnad på landet, t. ex. en herrgård. Hushållningen borde vara ordnad såsom i ett hem, varför antalet vid varje sommarhem vårdade barn ej borde vara för stort. Enligt doktor Almer borde även sommarhemmen förläggas till västkusten eller ock möjligen till någon plats med höglandsklimat.

Svenska nationalföreningen mot tuberkulos.

Styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos har i yttrande med anledning av den andra tuberkuloskommitténs förslag som sin uppfattning framhållit, att utvecklingen av anstaltsvården för den kirurgiska tuberkulosen borde främjas i överensstämmelse med de av nämnda kommitté uttalade önskemålen, samt därvid särskilt förordat den kombination av fristående anstalt och centrallasarett, som föreslagits i 1929 års tillägg. Därjämte borde särskilt eftersträvas en rationell modernisering och eventuell utvidgning av redan befintliga kustsanatorier.

Kommittén.

För ett rationellt ordnande av vården för kirurgisk tuberkulos synes det kommittén oeftergivligt, att en noggrannare uppdelning av sjukdomsfallen än hittills genomföres. De högst kvalificerade och dyrbaraste vårdplatserna, A-platserna, böra beläggas endast med sjukdomsfall, som äro i verkligt behov av de större resurser, dessa platser erbjuda, främst fall av ben- och ledtuberkulos ävensom svårare fall av körteltuberkulos, under det att fall, som för sin vård huvudsakligen behöva god hygien och allmänt stärkande behandling, böra hänvisas till enklare och billigare vårdplatser, B-platser.

I syfte att vinna någon ledning vid bedömandet av hithörande *platsbehov*

hemställdes i samband med den i föregående kapitel omnämnda, genom medicinalstyrelsens försorg anordnade enquêten till dispensärstyrelserna i landet om en uppskattning av det ytterligare platsbehovet även för kirurgisk tuberkulos och anhölls därvid om särskilda uppgifter för A-platser och B-platser. De inkomna svaren voro ganska ofullständiga; i flera av dem betonades svårigheten att tillförlitligt beräkna detta platsbehov. En sammanräkning av de inkomna uppgifterna ledde emellertid fram till ett behov av c:a 600 nya A-platser och c:a 1 000 nya B-platser.

Då den sålunda erhållna uppskattningen av A-platsbehovet synts kommittén väl hög och med hänsyn jämväl till den starka nedgång av tuberkulosfrekvensen, som kännetecknar de senare åren, har kommittén genom rundskrivelser till kustsanatorierna i Barkåkra, vid Apelviken och å Styrsö samt Solhems barnsanatorium ävensom till lasaretten, därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar och sjukstugorna införskaffat uppgifter rörande *dels* antalet den 31 januari 1934 inneliggande patienter och expektanter å de fyra förstnämnda sjukvårdsinrättningarna jämte deras hemort, *dels* vad angår den senare gruppen sjukvårdsinrättningar antalet den 21 februari 1934 inneliggande patienter och expektanter, som ledo av kirurgisk tuberkulos. En sammanställning av uppgifterna giver vid handen, att vid ifrågavarande tidpunkter, betraktade såsom sammanfallande, funnos inneliggande följande antal fall:

	kustsanatorierna (inkl. Solhem)	lasaretten och sjukstugorna
ben- resp. ledtuberkulos	751	310
körteltuberkulos	120	100
hudtuberkulos resp. lupus	13	21
annan kirurgisk tuberkulos	41	188

När det gäller att med dessa tal som utgångspunkt söka utröna behovet av ytterligare vårdplatser för kirurgisk tuberkulos, bör måhända först klargöras, i vad mån vården av hithörande fall även framdeles kan beräknas bliva med fördel tillgodosedd å lasarett och sjukstugor. Vad först angår fallen av ben- resp. ledtuberkulos kan som allmän regel sägas gälla, att de ur vårdsynpunkt lämpligen böra omhändertagas å för kirurgisk tuberkulos avsedda specialsjukhus. Man kan visserligen ej räkna med att alla dylika fall bli behandlade å specialsjukhus. Vissa fall kunna t. ex. synas vederbörande lasaretts-(sjukstugu-)läkare förete så gynnsamma utsikter till förbättring, att de enligt hans åsikt ej kräva någon behandling å specialsjukhus. Dylika undantagsfall bekräfta emellertid endast huvudregeln. Beträffande gruppen körteltuberkulos utgår kommittén ifrån, att endast de svårare fallen behöva beredas vård å specialsjukhus. Ehuru kommittén är medveten om det godtyckliga i en uppskattning av dessa fall, synes kommittén dock försvarligt att räkna med behov av specialvård för hälften av de å lasaretten och sjukstugorna vårdade fallen av denna kategori. Gruppen hudtuberkulos resp. lupus har så ringa omfattning, att den vid vårdplatsbehovets beräkning praktiskt taget kan lämnas ur räkningen, helst som särskilda vårdanordningar finnas för lupuspatienter. Gruppen »annan kirurgisk tuberkulos» är ur nu förevarande synpunkt mera

svår att bedöma. Hit kunna räknas sådana fall som tuberkulos i njure, könsorgan eller bukhinna ävensom hjärnhinnetuberkulos m. m. Man torde emellertid vara berättigad utgå från att, huru rikligt än vårdplatsbehovet vid sjukhus för kirurgisk tuberkulos må bli tillgodosett, fall, tillhörande sistberörda kategori, ändock komma att i stor utsträckning intagas å lasaretten och att de där på grund av tillgång till vissa undersöknings- och behandlingsresurser i flertalet fall kunna erhålla lika ändamålsenlig behandling som å ett specialsjukhus för kirurgisk tuberkulos. Det behov av efterbehandling, som kan föreligga, sedan hithörande fall blivit utskrivna från lasaretten, synes kommittén lämpligen kunna tillgodoses å de konvalescentavdelningar, som nedan föreslås skola inrättas vid specialsjukhusen för kirurgisk tuberkulos.

Med ledning av vad sålunda anförts kan följande uppskattning göras av platsbehovet för A-fall.

Om för lasarett och sjukstugor dels fallen av körteltuberkulos reduceras med 50 %, dels fallen av hudtuberkulos resp. lupus ävensom »annan kirurgisk tuberkulos» frånräknas, erhålles en totalsumma inneliggande patienter av 1 285. Med utgångspunkt från en medelvårdtid av 255 dagar, motsvarande den för de under år 1932 från kustsanatorierna utskrivna, samt en beläggningstid av 330 dagar per år och vårdplats, skulle nämnda 1 285 patienter kräva $\left(\frac{255 \times 1\,285}{330}\right)$ 993 vårdplatser. Antalet expektanter, lidande av ben- resp. ledtuberkulos och körteltuberkulos, uppgick efter reducering av körteltuberkulosfallen med 50 % vid kustsanatorierna till 161 och vid lasarett och sjukstugor till 12; av de senare hade icke någon anmälts till erhållande av vård vid kustsanatorierna. Dessa 173 expektanter skulle under samma förutsättningar, som nyss nämnts, kräva $\left(\frac{255 \times 173}{330}\right)$ 134 vårdplatser. Sammanlagda antalet erforderliga vårdplatser skulle alltså bli (993 + 134) 1 127. Från detta tal bör emellertid avdrag ske för de å lasarett och sjukstugor inneliggande patienter med ben- resp. ledtuberkulos och körteltuberkulos, för vilka ansökan gjorts om intagning å något av kustsanatorierna, även här med iakttagande av angiven reducering. Detta reducerade patienttal utgör 19 och betingar 15 vårdplatser. Bortsett från den för Stockholms stad avsedda avdelningen för kirurgisk tuberkulos å sjukhuset S:t Göran skulle alltså det totala antalet erforderliga A-platser utgöra 1 112. Frändragas nuvarande helårsplatser vid Barkåkra, Apelvikens, Styrsö och Solhems sanatorier, tillhopa 836, kan behovet av ytterligare A-platser således uppskattas till i runt tal 275.

Enligt vad för kommittén upplysts böra emellertid för vinnande av tillfredsställande vårdförhållanden en del av de nuvarande helårsplatserna vid Apelviken slopas. Efter av överläkaren vid anstalten föreslagna nedskrivningar och sedan viss redan beslutad ombyggnad verkställts, skulle antalet A-platser vid anstalten komma att uppgå till 308 mot nu 356, alltså en minskning med 48 platser. Tages hänsyn härtill, skulle det förefintliga behovet av ytterligare A-platser för kirurgisk tuberkulos stiga till i det närmaste 325 sängar.

Vad härefter angår frågan om *A-platsbehovets tillgodoseende* ansluter sig kommittén i princip till det av andra tuberkuloskommittén framförda och av svenska nationalföreningens mot tuberkulos styrelse tillstyrkta förslaget om inrättande av särskilda specialsjukhus i närheten av för ändamålet lämpliga centrallasarett. Enligt ovan gjorda uppskattning av A-platsbehovet skulle strängt taget för behovets tillgodoseende erfordras en eller möjligen två sådana specialsjukhus om sammanlagt 325 platser. Med hänsyn till tuberkulosens starka tillbakagång under senare år anser sig kommittén dock böra stanna vid att — i avvaktan på vidare erfarenhet — föreslå inrättandet av ett specialsjukhus om 150 platser, vilket enligt kommitténs uppfattning i så fall närmast borde förläggas till Norrland. Av expektanterna vid kustsanatorierna voro nämligen ej mindre än 39 % hemmahörande i Norrland jämte Dalarne. För de inneliggande patienterna vid samma anstalter är motsvarande procenttal 32. Om man, vilket kommittén anser berättigat, utgår från att så gott som samtliga de å lasarett och sjukstugor inneliggande patienterna av hithörande kategori tillhöra det sjukvårdsområde, där resp. anstalt är belägen, voro dessa patienter till 28 % hemmahörande i Norrland och Dalarne. Nu anförda siffror jämte det förhållandet, att nämnda landsdelar helt sakna specialanstalt för vård av kirurgisk tuberkulos, synas kommittén utgöra vägande skäl för att Norrland och Dalarne i första hand böra komma i åtanke vid ett utbyggande av ifrågavarande anstaltsvård. Kommittén anser sig så mycket mer kunna förorda ett utbyggande i denna riktning som enligt numera vunna erfarenheter ett gott behandlingsresultat för hithörande sjukdomar icke med nödvändighet förutsätter västkustklimat.

Beträffande den närmare förläggningen av det föreslagna sjukhuset må erinras, att till kommittén genom remiss den 18 december 1933 överlämnats en av Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott till Konungen den 31 oktober 1931 ingiven skrivelse, vari hemställes om förläggande till Östersund av en anstalt för kirurgisk tuberkulos. För en sådan förläggning tala utan tvivel flera omständigheter, såsom den konstaterade höga frekvensen av kirurgisk tuberkulos inom Jämtlands län samt närheten till såväl ett nyorganiserat centrallasarett som ett nytt centralsanatorium. Emellertid finnas enligt kommitténs mening även andra platser, som här lämpligen kunna komma i fråga, främst Umeå och Örnsköldsvik. Båda dessa orter erbjuda förmånen av närhet till sanatorium för lungtuberkulösa. Umeå erbjuder dessutom, i likhet med Östersund, fördelen av ett med röntgenavdelning försett lasarett, något som Örnsköldsvik ännu saknar. Hänsyn torde ock böra tagas till frågan om det blivande sjukhusets försörjning med bandage. Från denna synpunkt bleve ett kirurgiskt tuberkulossjukhus i Härnösand bäst lottat. Denna stads belägenhet jämte stadens avsaknad av röntgenavdelning och lungtuberkulossanatorium i dess närhet tala emellertid emot en dylik förläggning. I samma riktning talar ock den omständigheten, att med denna förläggning en jämförelsevis liten stad, som icke heller utgör länets centrala ort för den slutna sjukvården, skulle erhålla två stora specialkirurgiska sjukhus. Ett definitivt ståndpunktstagande till frågan om det blivande sjukhu-

sets förläggning kräver en ingående undersökning angående olika orters företräden. Kommittén åtnöjer sig därför med nu gjorda mera allmänna uttalanden och vill i fråga om A-platsvårdens utbyggande endast tillägga, att enär erfarenheten visat, att hithörande sjukdomsformer förekomma hos vuxna i avsevärt större utsträckning än vad man tidigare ansett, det nya sjukhuset bör förses med avdelningar för såväl vuxna som barn.

Vad så angår *B-platsvårdens* utbyggande må till en början erinras, att bland de sjukdomsfall, som icke nödvändigtvis äro i behov av en A-anstalts resurser, kunna i huvudsak urskiljas tvenne grupper, nämligen a) fall, som undergått kirurgisk eller annan behandling på en A-anstalt men för sitt återställande till hälsan kräva en längre eller kortare tids konvalescentvård, sedan den egentliga specialbehandlingen avslutats, samt b) lindrigare former av körteltuberkulos, s. k. skrofulos. Vården av de förra fallen torde lämpligast och billigast kunna tillgodoses genom att i nära anslutning till A-anstalterna anordna speciellt för dessa fall avsedda, hela året runt öppna *konvalescenthem*, ställda under tillsyn och ledning av A-anstalternas läkare. Genom inrättande av sådana konvalescenthem skulle utan tvivel den vårdtid, som eljest måste vara förlagd till A-platser, kunna utan förfång för vårdens kvalitet avsevärt förkortas, varigenom i sin tur A-anstalternas kapacitet skulle i väsentlig grad ökas samt behovet av nya A-platser minskas. Antalet platser å konvalescenthemmen bör givetvis stå i viss relation till platsantalet å resp. A-anstalt. Enligt vad kommittén inhämtat lär en utbyggnad motsvarande 10 procent av A-platserna vara tillräcklig för konvalescentvårdens tillgodoseende. För att i möjligaste mån underlätta erforderlig samverkan med A-anstalterna böra konvalescenthemmen lämpligen utbyggas genom samma huvudmän som A-anstalterna.

De lindrigare formerna av körteltuberkulos, den s. k. skrofulosen, lära, på sätt andra tuberkuloskommittén framhållit, i stor utsträckning kunna med framgång vårdas å av dispensärer eller enskilda inrättade sommarhem. För en del av dessa fall kan emellertid vistelsen under den långa vintern i det ofta fattiga, trångbodda och eljest ohygieniska egna hemmet vara synnerligen ogynnsam. Kommittén finner därför önskvärt, att vårdhem, som hållas öppna hela året, komma till stånd i större omfattning än hittills. Enär frekvensen av lungtuberkulos i viss mån kan sägas utgöra en mätare på graden av smittfara för och därmed även på frekvensen av hithörande klientel, torde för bedömande av den omfattning, i vilken dylika vårdhem böra inrättas, viss ledning kunna inhämtas av de i tab. 57 lämnade uppgifterna angående tuberkulosdödligheten i de olika sjukvårdsområdena. Att döma av erfarenheten från skrofuloshemmet i Sunne, vilket med sina 30 platser uppgives väl täcka vårdbehovet i Värmlands län, skulle en utbyggnad av förevarande vårdform motsvarande 10 procent av tuberkulosdödligheten vara tillräcklig för att tillgodose vårdplatsbehovet. Vårdhemmen, vilka lämpligen kunna benämnas *skrofuloshem*, torde kunna anordnas för en tämligen låg kostnad beträffande såväl uppförande som drift. I åtskilliga fall kunna säkerligen redan befintliga byggnader tagas i anspråk för ändamålet. I fråga om driftkostnaderna

må erinras, att vid de till ett 50-tal uppgående hemmen för friska barn från tuberkulösa familjer, vilka understödjas av svenska nationalföreningen mot tuberkulos, driftkostnaden i allmänhet håller sig vid omkring 2 kr. per dag. Skrofuloshemmen böra enligt kommitténs mening inrättas länsvis genom landstingens försorg samt för underlättande av erforderlig läkartillsyn i möjligaste mån anknytas till någon befintlig sjukvårdsanstalt — t. ex. lasarett eller länssanatorium. Av vikt är, att barnen före intagningen på skrofuloshem noggrant undersökas och arten av deras sjukdom fastställes. Erforderlig medicinsk tillsyn och övervakning i övrigt torde som regel kunna tillgodoses genom ett à två läkarbesök i veckan.

B-platserna inom lungtuberkulosvården skulle alltså inom den kirurgiska tuberkulosvården motsvaras av såväl konvalescenthem i samband med A-anstalterna som skrofuloshem i de olika sjukvårdsområdena.

Slutligen vill kommittén med hänsyn till de relativt stora kostnader, som äro förenade med A-platsernas anläggande och drift, framhålla angelägenheten av att samtliga sådana platser i vidsträcktaste mån utnyttjas. För att möjliggöra detta torde, då en rayonindelning här knappast kan ifrågakomma, en ständig överblick över tillgången och efterfrågan på lediga platser, disponibla för hela riket, erfordras samt tillfälle till en enhetlig granskning av föreliggande inträdesansökningar beredas. Detta synes kommittén lämpligen kunna anordnas på så sätt, att samtliga ansökningshandlingar för vård å de A-anstalter, som icke äro uteslutande avsedda för patienter från ett visst sjukvårdsområde, insändas till en central myndighet, medicinalstyrelsen, vilken därefter med ledning av från anstalterna månadsvis inkomna rapporter angående disponibla platser på lämpligaste sätt placerar de vårdbehövande vid de olika anstalterna. Även ett annat förfarande kan härvid tänkas komma till användning, nämligen att vart och ett av nyssnämnda sjukhus till medicinalstyrelsen insänder uppgift på antalet å bestämd dag inneliggande patienter och inträdessökande. Med ledning härav kunde medicinalstyrelsen sedan meddela anvisningar för de inträdessökandes fördelning å de olika anstalterna.

Frågan om vårdens finansiering upptager kommittén till behandling i kap. 20 och 21.

Kap. 8. Vårdanstalter för vanföra.

Vanförevårdens begrepp och innebörd.

De sjukdomar eller följdtillstånd efter sjukdomar, som vanförevården närmast avser, torde kunna betecknas som fel i kroppens stödje- och rörelseorgan: ben, ledgångar och muskler. Dessa fel medföra i den förändrade lemmens eller kroppsdelens funktioner en mer eller mindre framträdande rubbning, vilken i sin ordning ofta men ingalunda alltid har till följd en nedsättning av den vanföres arbets- och förvärvsförmåga. De vanligaste orsakerna till vanförhet äro förlamningar vid eller efter sjukdomar i nervsystemet (t. ex. barnförlamning), sjukdomar i bensystem (t. ex. tuberkulos och engelska sjukan — rachitis —) och ledgångar (t. ex. ledgångsrheumatism, arthritis deformans och tuberkulos), ävensom skador till följd av olycksfall samt medfödda fel och defekter (t. ex. klumpfot och höftledsluxation).

Vanförevården innefattar två huvudmoment: den *ortopediska* behandlingen, vilken avser att i möjligaste mån återställa den nedsatta eller förlorade funktionsförmågan, samt den *sociala* omvårdnaden, vars syfte är att genom uppfostran och yrkesutbildning sätta den vanföre i stånd att försörja sig genom eget arbete. Det sociala momentet var länge det mest framträdande inom vanförevården. Först under de senare årtiondena har den ortopediska vården, främjad av kirurgiens framsteg, fått en grundläggande betydelse för vanförevården och läkaren tilldelats en central ställning inom denna. Men även om sålunda en väsentlig förskjutning ägt rum mellan de båda momenten inom vanförevården, har härmed ingalunda vikten av samverkan dem emellan förringats. Denna framstår med oförminskad styrka och utgör en oavvislig förutsättning för ett framgångsrikt utövande av vanförevård.

Översikt över vanförevårdens utveckling.

Till underlättande av förståelsen för vanförevårdens nuvarande organisation och läge i vårt land lämnar kommittén nedan en kort översikt över vanförevårdens utveckling.

Vanföreföreningarna och deras verksamhet.

Efter impulser från Danmark bildades på initiativ av doktor Olof Carlander år 1885 en förening för bistånd åt lytta och vanföra i Göteborg. Genom dennas försorg öppnades där samma år den första arbetsskolan för vanföra i vårt land. Intresset för vanförevården var härigenom väckt, och föreningar med enahanda syfte kommo till stånd såväl i Hälsingborg år 1887 som i Stockholm år 1891.

De tre föreningarnas verksamhet utvecklade sig i det stora hela efter samma linjer. Man inriktade sig i första hand på rent social omvårdnad, öppnade arbetsskolor för att bibringa eleverna yrkesutbildning och förmedlade åt härför lämpade elever platser hos yrkesutövare. Nästa steg i utvecklingen var

att skaffa elever, som ej hade sitt hem å anstaltsorten, bostad i samband med arbetsskolorna, s. k. elevhem. Härmed uppkommo två grupper elever: interna, vilka bodde på anstalten ifråga, samt externa, vilka hade sin bostad utanför anstalten. Så småningom anslötos till elevhemmen särskilda aftonskolor, där undervisning i vanliga skolämnen meddelades.

Den ortopediska vården inskränkte sig i början till att de vanföra vid behov försågos med bandage, konstgjorda lemmar och andra mera enkla hjälpmedel. Länge dröjde det emellertid icke förrän bristen på kirurgisk-ortopedisk behandling gjorde sig starkt kännbar. För att i någon mån råda bot på denna brist öppnades år 1890 vid Göteborgsanstalten en ortopedisk poliklinik. Tolv år senare inrättades vid samma anstalt jämväl en ortopedisk sjukavdelning, där större operationer och mera ingående behandling kunde utföras. Liknande polikliniker och sjukvårdsavdelningar kommo till stånd i Hälsingborg och Stockholm omkring år 1910. Härmed hade sjukvård och yrkesutbildning intimt sammanknutits.

Den omfattande invaliditet, som barnförlamningsepidemien åren 1911—12 medförde, ställde i hög grad ökade krav på vanförevården och föranledde extraordinära åtgärder, vilka i viss mån förde utvecklingen in på nya banor. I första hand anordnades och drevs genom Hälsingborgsföreningens försorg men med huvudsakligt understöd av statsmedel en provisorisk vanföreanstalt i Hälsingborg, företrädesvis avsedd för dem, som till följd av barnförlamning under 1912 års epidemi blivit vanföra. Anstalten kunde på en gång mottaga cirka 130 patienter. Patienter, som visade sig sakna tillgång till gäldande av vårdavgift, erhöllo kostnadsfri vård; övriga fingo erlägga en vårdavgift av 1 krona per dag. Ifrågavarande anstalt nedlades dock redan år 1914. Liknande provisoriska anstalter inrättades vid de nyuppförda sinnessjukhusen i Västervik och Säter.

Till de ordinarie anstalterna inkommo emellertid efter hand ett stort antal barn i skolåldern, vilka på grund av sin vanförhet måste kvarstanna vida längre än deras sjukvård krävde men likväl ännu icke kunde draga nytta av yrkesutbildningen. Genom på frivillighetens väg insamlade medel, vilka ställdes till Kungl. Maj:ts förfogande, inrättades därför vid anstalterna särskilda skolhem, avsedda för de barn av ifrågavarande kategori, som icke lämpligen kunde få skolundervisning i sina hemorter. År 1916 var detta program genomfört vid Göteborgsanstalten, och några år därefter hade även vanföreanstalterna i Stockholm och Hälsingborg erhållit dylika skolhem. Därjämte hade i anslutning till sistnämnda anstalt, på initiativ av den för ändamålet bildade föreningen Österhemmet i Hälsingborg och med av densamma insamlade medel, inrättats en asyl för vanföra, hittills den enda vid förenämnda vanföreanstalter. Syftet med denna asyl var att bereda ett stadigvarande hem åt sådana f. d. patienter och elever vid Hälsingborgs vanföreanstalt, vilka voro i synnerligt behov därav. I mån av plats kunna emellertid även f. d. patienter och elever från övriga vanföreanstalter mottagas å hemmet. Vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg förfogade vid sistberörda tidpunkt (år 1916) över tillhopa följande antal platser: å klinik 168, å yrkes-

skola 250 samt å skol- och uppfostringshem 111. Samtliga anstalter ha sedermera ytterligare utvidgats.

Det starkt ökade behovet av platser gav näring åt tanken att inrätta en vanföreanstalt även i norra Sverige. För detta ändamål stiftades år 1915 en förening för bistånd åt lytta och vanföra i Norrland och Dalarne. Denna förening lyckades dock icke få till stånd någon vanföreanstalt. Sedan emellertid med huvudsakligt stöd av statsmedel en vanföreanstalt inrättats i Härnösand åren 1927—30, överläts driften av anstalten åt föreningen för bistånd åt vanföra i Norrland, i vilken nyssnämnda förening uppgått. Verksamheten började år 1931, då anstaltens yrkesskola, elevhem, poliklinik och sjukavdelning öppnades. År 1932 tillkom även ett skol- och uppfostringshem. Anstalten inrymmer 103 platser å klinik, 93 å yrkesskola och 48 å skolhem.

Något samarbete emellan de olika vanföreföreningarna var från början icke planerat. Genom ovanberörda barnförlamningsepidemi kom emellertid vikten av ett hela landet omfattande samarbete för de vanföra att framstå allt tydligare, och redan år 1911 bildades en samorganisation av de då befintliga vanföreföreningarna, benämnd svenska vanföreanstalternas centralkommitté (S.V.C.K.), till vilken sedermera vanföreföreningen i Norrland anslutit sig. Denna kommitté utgör ett slags permanent utskott av de fyra vanföreföreningarna och består av fem medlemmar från varje förening; professorn i ortopedi vid Karolinska institutet är självskriven medlem av såväl kommittén som dess styrelse. Centralkommittén har till uppgift att främja utvecklingen av en rationellt organiserad vanförevård samt att till vanförevårdens fromma förvalta de medel, som stå till dess förfogande. Den söker genom spridande av upplysning om vanförevårdens mål och medel verka för att så många vanföra som möjligt redan tidigt skola komma i åtnjutande av erforderlig vård och utbildning och för att hos de vanföras omgivning vinna förståelse för det behov av stöd och hjälp, som förefinnes hos de vanföra även efter fullbordad yrkesutbildning. Dessutom utövar centralkommittén en omfattande understödsverksamhet, huvudsakligen i syfte att förse de yrkesutbildade vanföra med nödiga verktyg och arbetsmaskiner vid början av deras yrkesutövning. För ändamålet samarbetar kommittén med pensionsstyrelsen.

Eugeniahemmet.

Jämsides med de fyra vanföreföreningarna har en gagnande verksamhet i vanförevårdens tjänst utövats av sällskapet Eugeniahemmet. Initiativet till denna sammanslutning togs år 1879 av prinsessan Eugenie. Sällskapets ändamål angives vara »att bereda bostad, vård och underhåll åt fattiga obotligt sjuka och vanföra barn, som ej äro behäftade med idioti, ävensom att om sådana skyddslingar, som intagits och överlevat barnaåren, fortfarande draga den försorg, som en kristlig barmhärtighet kräver och sällskapets medel medgiva». Verksamheten, som påbörjades redan år 1882, har från och med 1886 varit förlagd till en särskilt för ändamålet uppförd byggnad å Norrbackaområdet invid Stockholm.

Liksom vid övriga vanföreanstalter inriktade sig verksamheten vid Eugeniahemmet i första hand på social omvårdnad. Skolundervisning har bedrivits allt sedan verksamhetens början, och undervisning i praktiska ämnen, hu-

vudsakligen slöjd, har meddelats sedan år 1887. Verklig yrkesutbildning för såväl manliga som kvinnliga elever genomfördes år 1895. I motsats till vad fallet varit vid de övriga vanföreanstalterna har yrkesutbildningen tagit sin början omedelbart efter skolundervisningens avslutande. Den medicinska vården avsåg till en början närmast att söka höja skyddslingarnas allmäntillstånd. År 1896 tillkom emellertid en särskild ortopedisk sjukavdelning. Därigenom försattes givetvis den medicinska vården i ett bättre läge. Först från och med 1910, då anstalten erhöll ständig tillgång till ortopedisk sakkunskap, kom dock verksamheten på Eugeniahemmet att präglas av sådan samverkan mellan ortopedisk behandling och social omvårdnad, som utmärker övriga vanföreanstalter. Egen bandagetillverkning påbörjades år 1899 och har sedermera utvidgats.

Eugeniahemmet kan med hänsyn icke endast till sin organisation utan även till vårdmaterialets art sägas i viss mån intaga en särställning bland landets vanföreanstalter. Den starka medkänsla för de sämst lottade i samhället, som var utmärkande för hemmets grundläggarinna, har under anstaltens hela tillvaro satt sin prägel på dess verksamhet. Även sedan vanförevården kommit in i sina nuvarande banor, ha därför hemmets platser i ej ringa utsträckning upplåtits för sådana patienter, om vilka föga eller intet hopp funnits att kunna sätta dem i stånd att bliva självförsörjande. Behovet av *asylvård* har därför framträtt starkare vid Eugeniahemmet än vid de övriga anstalterna, där ansökningarna väsentligt strängare sovrats med hänsyn till vederbörandes utsikter att kunna i framtiden försörja sig. Asylvård har ock utövats alltsedan hemmets tillkomst.

I dess nuvarande gestaltning ingå i Eugeniahemmet följande vårdavdelningar: en klinisk avdelning om 24 platser för rent vanföra, en yrkesskola för endast interner (omkr. 45), ett skol- och uppfostringshem för omkr. 90 barn samt en asyl för dem, vilkas egentliga vård å hemmet är avslutad; antalet platser å denna asyl är 36 med utvidgningsmöjlighet till 60 platser.

Det allmännas understödsverksamhet.

Såsom av det ovanstående framgår grundades vanförevården i vårt land — liksom för övrigt i flertalet andra länder — på enskilt initiativ. Det var också enskilda krafter, som sedermera närmast togo den i sitt hägn, ledde den och gåvo den sin utformning. Anstalternas omkostnader bestredos under de tidigare åren ävenledes med de olika föreningarnas inkomster av donationer, gåvor samt medlems- och patientavgifter.

Ingendera av anstalterna har emellertid enbart med egna eller andra enskilda, till deras förfogande ställda medel kunnat nå sin nuvarande utveckling eller upprätthålla sin verksamhet. Vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg ha sålunda alltsedan sekelskiftet åtnjutit statsbidrag till driften. Jämväl Eugeniahemmet har, om ock i betydligt mindre omfattning, måst lita till statens hjälp. Samtliga anstalter utom Eugeniahemmet hava även erhållit bidrag av statsmedel för byggnadsändamål. Landsting och städer utanför landsting hava ock sedan 1913 lämnat bidrag till samtliga anstalter för vård eller utbildning av medellösa eller mindre bemedlade patienter.

Slutligen har vanförevården på olika sätt understötts genom bidrag även

från pensionsförsäkringsfonden. Redan i början av sin verksamhet fann pensionsstyrelsen erforderligt att genom beredande av vård eller yrkesutbildning av vanföra söka förebygga invaliditet hos dem och därmed minska belastningen av pensionsförsäkringen. Bidrag till vård och skolundervisning å vanföreanstalt utgingo intill dess nu gällande fattigvårdslag trädde i kraft. Därefter har pensionsstyrelsen hänvisat vederbörande att söka erhålla erforderlig vård å fattigvårdssamhällets bekostnad. Bidrag till yrkesutbildning åter utgå alltjämt. I detta avseende har den nya fattigvårdslagen icke vållat någon ändring. Dessa bidrag ha i första hand avsett utbildning å vanföreanstalt. Då tillgången på platser vid vanföreanstalternas yrkesskolor varit synnerligen knapp i förhållande till antalet utbildningsbehövande och detta förhållande med varje år alltmer skärpts på grund av det ständigt ökade antalet sökande, har pensionsstyrelsen emellertid sökt bereda de vanföra utbildning även hos enskilda yrkesidkare. Sådan utbildning har vanligen ordnats genom pensionsnämndsordföranden i hemkommunen eller ock genom pensionsstyrelsens ombud för orten enligt de närmare grunder, som finnas angivna i en å pensionsstyrelsen utarbetad, till detta betänkande som textbilaga 6 fogad promemoria. Under senaste åren har samarbete sökts med hantverksorganisationerna, och enligt vad kommittén inhämtat väntas förslag från Sveriges hantverksorganisation angående den närmare utformningen av detta samarbete. I ett fåtal fall hava vanföra bekostats utbildning på handelsskola eller handelsinstitut ävensom å småskoleseminarium. Slutligen har pensionsstyrelsen i viss utsträckning lämnat bidrag även till anskaffandet av arbetsmaskiner åt de vanföra.

Angående de kostnader, som genom understödsverksamheten till vanförevården åsamkas det allmänna, och grunderna för understöds utgående hänvisas till kap. 18 resp. 21.

Statlig inspektion.

Redan från år 1901, då statsbidrag första gången utgick till vanföreanstalterna, hava dessa varit underkastade inspektion genom en av statsmyndigheterna utsedd inspektör. Denne hade till en början att övervaka all verksamhet vid klinikerna och yrkesskolorna. Vid tiden för skolhemmens inrättande bestämdes, att inspektionen, som fortfarande skulle avse klinikerna och yrkesskolorna, endast skulle äga rum i ortopediskt-hygieniskt hänseende. År 1920 utfärdades emellertid en ny instruktion för vanförevårdsinspektören, däri inspektionsskyldigheten ånyo utvidgades. Inspektionen skall enligt nämnda instruktion omfatta:

1) de hygieniska anordningarna inom alla delar av anstalterna,
2) den sjukvård av olika slag, som meddelas de vanföra inom anstalterna,
3) de inom undervisningsanstalterna för vanföra använda arbets- och undervisningsmetoderna ävensom den inom skol- och uppfostringshemmen utövade undervisningens anordning med hänsyn till elevernas vanförhet samt
4) anstalternas handhavande i övrigt av vanförevården.

Inspektionen över skolundervisningen såsom sådan tillkommer den myndighet, som har överinseendet över skolväsendet. Då vanföreinspektören bland annat skall granska den sjukvård, som inom anstalterna meddelas de vanföra, förutsättes, att han är läkare. Sedan senast meddelade förordnande för dylik in-

spektör utgått med år 1931, har av besparingsskäl förnyat förordnande för särskild vanföreinspektör icke utfärdats. Därvid har förutsatts, att inspektion av vanföreanstalterna skulle i erforderlig mån utövas direkt av medicinalstyrelsen.

Den ortopediska lasarettsvården.

I anslutning till ovanstående må ock den ortopediska lasarettsvården och dess utveckling här i korthet beröras.

Före tillkomsten av vanföreanstalternas polikliniker och sjukvårdsavdelningar voro de ortopediska fallen för erhållande av erforderlig vård hänvisade till lasaretten och därmed jämförliga sjukhus. Ortopediens utveckling till en egen specialitet med krav på hjälpmedel, som i vissa avseenden icke ingå i den allmänna kirurgiens instrumentarium, den långa vårdtid, som den ortopediska behandlingen ofta kräver, och det oavvisliga behovet av intim samverkan med anstalter för skolundervisning och yrkesutbildning ha emellertid medfört, att sjukhusläkare, som icke haft särskild utbildning i ortopedi, så småningom i allt större utsträckning överlämnat den ortopediska vården till vanföreanstalterna eller till de specialavdelningar för ortopedi, som inrättats vid våra sjukhus. Såsom i kap. 2 nämnts, finnas för närvarande endast två ortopediska lasarettsavdelningar, en vid Malmö allmänna sjukhus och en vid lasarettet i Lund. Vid sjukhuset S:t Göran i Stockholm har dock under senare år inrättats en avdelning för behandling av kirurgisk tuberkulos, där även ortopediska fall mottagas för vård. Dessutom lämnas ortopedisk vård i viss utsträckning å Göteborgs barnsjukhus. Frånsett nu nämnda avdelningar och sjukhus torde den ortopediska behandling, som för närvarande utövas på våra allmänna sjukhus, vara av mycket ringa omfattning och i regel endast avse lätta fall med korta behandlingstider.

Nuvarande läge.

Platstillgång.

Enligt vad kommittén från vederbörande anstalter inhämtat utgjorde antalet platser å vanföreanstalt och ortopedisk lasarettsavdelning vid utgången av år 1929 följande:

Anstalt	Antal platser å		
	klinik	skol- och uppfostringshem	yrkesskola
Eugeniahemmet	24	c:a 90	c:a 45 interna
Vanföreanstalten i Stockholm . . .	53	45	108 interna 16—25 externa
» » Göteborg . . .	97	33	80 interna 20 externa
» » Hälsingborg . .	75[1]	50	100 interna 10 externa
Ortoped. avd. vid las. i Lund . .	109	—	—
Ortoped. avd. vid Malmö allm. sjukhus	46	—	—

Härtill komma 36—60 platser å Eugeniahemmets asyl samt 20 platser å asylhemmet i Hälsingborg, de senare avsedda endast för kvinnliga patienter. Enligt avtal disponerar pensionsstyrelsen dels 30 platser å Göteborgsanstaltens klinik, dels ock 24 platser å ortopediska avdelningen i Lund.

[1] Före samma år verkställd utvidgning: 59.

Efter år 1929 hava tillkommit 35 platser å Stockholmsanstaltens klinik ävensom Härnösandsanstaltens platser, utgörande 103 å klinik, 48 å skol- och uppfostringshem samt 93 å yrkesskola. Tillika må nämnas, att 1931 års riksdag beviljat bidrag av statsmedel till uppförande av en ny byggnad för Stockholmsanstalten å det s. k. Norrbackaområdet, vilken byggnad enligt det av riksdagen godkända förslaget skulle inrymma bl. a. omkring 70 platser å klinik, därav 30 för småbarn, samt förutom nödiga lokaler för praktisk och teoretisk undervisning ett elevhem om 90 platser, varav hälften för kvinnliga elever.

Väntetiden för inträdessökande å klinikerna vid Stockholms-, Göteborgs- och Hälsingborgsanstalterna utgjorde år 1929 i genomsnitt 2 à 3 månader. Beträffande väntetiden vid skol- och uppfostringshemmen har från Stockholmsanstalten meddelats, att denna väntetid tidigare uppgått till 2 à 3 år men att den sannolikt komme att kunna nedbringas till ett år. Från Hälsingborgsanstalten har anmälts, att sökande skolhemsbarn i regel kunnat mottagas vid förstkommande läsårs början. Längst har väntetiden varit vid yrkesskolorna. Sålunda har densamma uppgivits utgöra vid Göteborgsanstalten minst 3 år i fråga om skomakeri- och skrädderiyrkena samt vid Hälsingborgsanstalten 2 à 3 år för kvinnliga och 4 à 5 år för manliga sökande. Antalet expektanter vid yrkesskolorna uppgick vid utgången av år 1929 till 360 vid Stockholmsanstalten, 226 vid Göteborgsanstalten och 251 vid Hälsingborgsanstalten. *Väntetid.*

Med tillkomsten av Härnösandsanstalten har givetvis en avsevärd lättnad i expektansen inträtt, framför allt för Stockholmsanstaltens vidkommande. Enligt vad från denna anstalt upplysts skulle ock antalet expektanter vid yrkesskola i slutet av oktober 1932 ha utgjort endast 92. En jämförelse med motsvarande tal för år 1929 ger vid handen, att antalet ifrågavarande expektanter sedan dess minskat med ej mindre än omkring 75 %. Vid uppgörande av förslaget till Stockholmsanstaltens nybyggnad synes man ock ha räknat med en minskning av anstaltens platsbehov.

Anstalternas ekonomiska ställning redovisas i kap. 18, tab. 73.

Riktlinjer för utbyggandet.

Innan kommittén ingår på prövning av de åtgärder, som kunna anses erforderliga för vanförevarduens ändamålsenliga tillgodoseende, vill kommittén erinra om det av 1918 års vanföresakkunniga framlagda betänkandet i ämnet. Detta betänkande, som för övrigt icke varit föremål för statsmakternas närmare prövning, ligger visserligen åtskilliga år tillbaka i tiden men torde dock vara värt beaktande i detta sammanhang. Betänkandets huvudpunkter torde kunna i korthet sammanfattas sålunda: *1918 års vanföresakkunniga.*

I. Det centrala i en god vanförevård vore vanföreanstalter. Sex sådana borde vara tillräckliga för landets behov[1]; de nya tänktes förlagda till Jönköping, Sundsvall och Umeå. De borde vara inrättade i huvudsak som de nuvarande i fråga om allmän fostran, skolundervisning och yrkesutbildning samt kompletteras med barnhem och förberedande lärlingsskolor. Möjligheterna att följa de vanföra utanför anstalten liksom samarbetet med andra sociala välfärdsinrättningar och myndigheter borde utökas. Den ortopediska vården åter borde omläggas, så att den-

[1] Bortsett från Eugeniahemmet.

samma ej bleve helt skild från landets övriga allmänna sjukhusvård. De ortopediska avdelningar och polikliniker, som skulle ingå i de nya anstalterna, borde därför förläggas vid därför lämpade lasarett. De befintliga anstalterna borde utvecklas i samma riktning. Det intima sambandet mellan sjukavdelningen och vanföreanstalten (den sociala-pedagogiska avdelningen) finge dock icke brytas, varför den senare skulle ligga nära intill den förra, d. v. s. lasarettet. Önskvärt vore ock, att i anslutning till vanföreanstalterna inrättades asyler för sådana vanföra, som väl kunde bibringas viss yrkesfärdighet men dock aldrig kunde bli i stånd att i nämnvärd grad bidraga till sitt uppehälle. För utbyggande av denna vård borde dock åtminstone för det dåvarande enskilda medel och krafter i första hand anlitas.

II. Vanföreanstalterna skulle bliva centraler i var sitt av de sex vanföredistrikt, i vilka landet borde uppdelas. Avgränsningen mellan distrikten skulle dock ej vara så skarp, att en vanför icke undantagsvis kunde intagas för vård i ett »främmande» distrikt.

III. Vanförevården borde åtminstone icke tills vidare förstatligas utan bibehålla sin karaktär av enskild verksamhet. Inom varje distrikt skulle finnas en distriktsförening för bistånd åt de vanföra, vars styrelse skulle leda anstalterna i stort sett som dittills. På grund av det stora intresse, samhället hade av en rationellt ordnad vanförevård, och med hänsyn till det rikliga understöd, det allmänna lämnade densamma, borde staten dock taga del i ledningen av vanföreanstalterna och effektiv statsinspektion av hela vanförevården anordnas.

IV. Distriktsföreningarna borde samorganiseras till en landsorganisation och den nuvarande centralkommittén ombildas till en verklig centralstyrelse för landets vanförevård.

Med antydan om att, därest de tre föreslagna nya anstalterna inom den närmaste framtiden komme till stånd, en utvidgning av de dåvarande anstalterna icke bleve fullt så trängande, lämnade vanföresakkunniga anvisningar om de nya anstalternas lämpliga storlek. Sammanställt med dåvarande platstillgång skulle enligt vanföresakkunnigas förslag antalet platser fördela sig på de olika anstalterna sålunda:

Anstalter	Antal vårdplatser		
	Sjukavdelning	Skolhem	Yrkesskola
A. Befintliga (år 1918)			
Stockholm	53	40	89
Göteborg	56	30	58 (interna)
Hälsingborg	55	40	68
B. Föreslagna			
Jönköping	40	40	50
Sundsvall	40	40	50
Umeå	35	30	35
Summa	279	220	350

Anstaltsledningarnas önskemål 1929.

För att erhålla någon ledning för bedömande av nuvarande behov i fråga om utvidgningar och förbättringar på förevarande område vände sig kommittén i början av sin verksamhet till styrelserna för anstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg med förfrågan i berörda hänseende. Denna enquête gav i huvudsak följande resultat.

Av Stockholmsanstaltens ledning betonades i första hand bristen på erfor-

derliga utrymmen för samtliga avdelningar, en olägenhet, som emellertid torde komma att avhjälpas med uppförandet av anstaltens nybyggnad å Norrbackaområdet. Som önskvärt framhöll anstaltsledningen vidare, *att* väntetiden för yrkesskoleeleverna skulle kunna förkortas och platserna reserveras för de svårare vanföra, som kunde bliva arbetsdugliga, och för dem, som behövde den speciella undervisning och uppryckning, vilken gåves vid en vanföreanstalt, *att* utbildningen för äldre vanföra ej behövde förläggas till anstalten, åtminstone ej såsom interna elever, *att* utbildningstiden inom vissa yrken förlängdes för att bliva jämförbar med andra yrkesskolors, *att* invalidhem inrättades i anstaltens närhet för dem, som ej på annat sätt kunde omhändertagas, samt *att* kuratorsverksamhet genom inspektionsresor ute i distrikten bekostades av statsmedel.

Från Göteborgsanstalten framfördes såsom önskemål, *att* större möjligheter för utbildning utanför anstalterna borde ordnas, eventuellt genom större ersättning till yrkesidkarna, så att platserna å yrkesskolorna skulle kunna reserveras för de svårast vanföra, *att* i sådant syfte samarbete med hantverksorganisationerna borde komma till stånd, *att* stat och kommun ej genom fordran å ovillkorliga friskbetyg utestängde den partiella arbetskraften från arbetstillfällen, särskilt där vanförheten faktiskt ej utgjorde hinder för arbetets utförande, samt *att* de vanföra ej heller utestängdes från fackföreningar och sjukkassor. Frågan om anordnande av invalidhem i varje vanföredistrikt vore av mera privat natur, enär så småningom hem för obotligt sjuka komme att upprättas i varje kommun eller landstingsområde.

Från Hälsingborgsanstalten ha icke framförts några särskilda önskemål; efter den år 1929 verkställda till- och ombyggnaden synes anstalten fylla de behov, som anses böra ställas å densamma.

Kommittén.

Vid ett planerande av erforderliga åtgärder för vanförevårdens tillgodoseende torde med hänsyn till kommitténs uppdrag frågan om *den ortopediska vårdens utbyggande* först böra tagas i beaktande. Härvid är nödvändigheten av ett intimt samarbete mellan sjuk- och socialvård ställd utanför diskussion. Frågan gäller, om den ortopediska vården bör, såsom hittills i stor utsträckning varit fallet, förläggas till vanföreanstalterna eller, i mån av ökat platsbehov, till allmänt sjukhus i anslutning till en för uppfostran och social omvårdnad inrättad anstalt för vanföra. Vanföresakkunniga av år 1918 hava efter ett ingående övervägande stannat för det senare alternativet. Den utveckling, vanförevården sedermera fått, har emellertid gått i motsatt riktning. Härvid torde måhända Härnösandsanstalten icke kunna anföras som ett fullgott exempel, enär en befintlig byggnad varit bestämmande för dess organisation. Mera belysande torde det förhållandet vara, att den till stor del nybyggda Göteborgsanstalten utformats i överensstämmelse med det förra alternativet, att Hälsingborgsanstalten vid den nyligen genomförda utvidgningen kvarblivit vid sin gamla organisation och att någon tillämpning av den av 1918 års sakkunniga förordade linjen icke, såvitt för kommittén är känt, ens varit ifrågasatt. Anmärkas må ock, att det förslag, som ligger till grund för den nya vanföreanstalten på Norrbackaområdet, upptager en sjuk-

avdelning i samma komplex, som är avsett att inrymma lokaler för den sociala omvårdnaden, medan i det av riksdagen godkända förslaget till nytt rikssjukhus på Norrbackaområdet icke ingår någon ortopedisk klinik. 1926 års sjukhuskommission har härutinnan i sitt betänkande framhållit, att frågan om uppförandet av en ortopedisk klinik komme att vinna sin lösning, därest en ny vanföreanstalt förlades till Norrbackaområdet. Häri vill kommittén se ett stöd för den uppfattningen, att vanföreanstalternas sjukavdelningar äro skickade att mottaga även sådana vanförefall, som ehuru i behov av ortopedisk vård icke äro att anse såsom i social mening vanföra. Erfarenheten har ock ådagalagt, att sådana fall i icke ringa utsträckning mottagas till behandling på vanföreanstalternas nuvarande sjukavdelningar. Vid sådant förhållande och då med tillkomsten av Härnösandsanstalten och en ny vanföreanstalt av föreslagen storlek på Norrbackaområdet behovet av vårdplatser för den ortopediska behandlingen inom vanförevården, såvitt med ledning av nu föreliggande material kan bedömas, torde för den närmaste framtiden bliva någorlunda täckt, synes principfrågan om den ortopediska vårdens förläggande för närvarande ej äga någon större praktisk betydelse.

Kommittén är emellertid för sin del ingalunda främmande för de skäl, som anförts för ett förläggande av ortopedisk vård till särskilda avdelningar vid lasarett och därmed jämförliga sjukhus. En sådan anordning skulle onekligen innebära vissa fördelar. Genom det arbete till vanförevårdens fromma, som utförts vid våra nuvarande ortopediska lasarettsavdelningar, hava ock dessa väl hävdat sin plats inom ifrågavarande område. Men med hänsyn såväl till vanföreanstalternas ovan antydda utveckling som till den omständigheten, att erforderligt klientel för ortopedisk specialvård torde kunna påräknas endast vid de allra största sjukhusen, bör man dock vid ett utbyggande av den ortopediska lasarettsvården framgå med stor försiktighet och helst avvakta de erfarenheter, vilka kunna föreligga sedan de fyra vanföreanstalterna i fullt utbyggt skick utövat sin verksamhet under exempelvis en 10-årsperiod. Därest vid något lasarett en kirurgisk avdelning dessförinnan skulle växa ut till en sådan omfattning, att en uppdelning av densamma är påkallad, kan dock inrättande av en avdelning för extremitetskirurgi, till vilken även de ortopediska fallen höra, befinnas lämpligt och tillrådligt. För undvikande av dubbelorganisation och för tillgodoseende av de viktiga vårdfaktorer, som skol- och yrkesundervisningen utgöra, böra på de ortopediska lasarettsavdelningarna intagas endast sådana patienter, vilkas fel och lyten icke kunna antagas medföra varaktig inskränkning av arbets- och förvärvsförmågan eller för vilka den ortopediska behandlingen synes hava goda utsikter att förebygga vanförhet i social mening. Uppenbarligen bör man söka undvika en utveckling i sådan riktning, att vanförefallen komme att remitteras till vanföreanstalterna först sedan den ortopediska behandlingen på lasarettsavdelning visat sig icke medföra önskat resultat och att vanföreanstalternas kliniska avdelningar på så sätt endast bleve ett slags sekundäravdelningar till de ortopediska lasarettsavdelningarna. En avvikelse från denna princip synes berättigad endast med hänsyn till den medicinska undervisningens krav. Med kommitténs ställning

till detta spörsmål blir givetvis följden, att patienter i behov av ortopedisk specialvård skola vara berättigade till vård vid vanföreanstalternas ortopediska avdelningar, oavsett om syftet med behandlingen är att förebygga vanförhet i social bemärkelse eller icke. Att graden av de olika sökandenas vårdbehov skall vara bestämmande för intagningen, då utrymmesskäl påfordra en gallring, synes kommittén självfallet.

Vad härefter angår frågan om *den sociala vårdens tillgodoseende* har, såsom framgår av förenämnda enquête, något behov av ytterligare platser å skol- och uppfostringshem ej anmälts av vederbörande anstaltsledningar. Även här torde alltså med åtgärder för anskaffande av ytterligare platser kunna anstå, tills vidare erfarenhet vunnits. Däremot synes alltjämt föreligga ett missförhållande mellan efterfrågan och tillgång å platser vid yrkesskola. Möjligheterna att åstadkomma ett närmare besked om platsbehovet å sådan skola hava noggrant övervägts av 1918 års vanföresakkunniga. De hava avstått från en engångsräkning av de vanföra på i betänkandet närmare angivna skäl, vilka kommittén för sin del finner väl grundade. För en någorlunda tillförlitlig uppskattning av vårdbehovets omfattning under kommande år torde för övrigt en fortlöpande statistik vara erforderlig. Kommittén åtnöjer sig därför med att härutinnan hänvisa till ovan lämnade uppgifter angående expektansen vid yrkesskolorna. Till komplettering må nämnas, att, enligt från vanföreanstalten i Stockholm inhämtade upplysningar, av de i oktober år 1932 väntande 92 inträdessökande icke mindre än 87 beräknades vara i behov av bostad inom anstalten. Med hänsyn till den avsevärt ökade platstillgång för vanföras yrkesutbildning, som under de senaste åren tillkommit och genom Stockholmsanstaltens nybyggnad väntas uppstå, anser kommittén emellertid, att med slutlig prövning av frågan om ytterligare utökning av platsantalet å yrkesskola bör anstå till dess vidare erfarenhet vunnits om platsbehovets omfattning.

En rationell lösning av de vanföras yrkesutbildningsfråga kräver ock, att andra utvägar att bereda yrkesutbildning än genom vanföreanstalternas yrkesskolor sökas och prövas. Den av pensionsstyrelsen i vissa fall praktiserade anordningen med yrkesutbildning hos enskilda yrkesidkare torde härvid främst böra komma i åtanke. Anstalterna själva hava numera genom anordnande av kuratorsverksamhet fått ökade möjligheter att förhjälpa vanföra till utbildning även utom anstalten. Förutom att denna verksamhet är ägnad att i icke oväsentlig grad underlätta ett rationellt utnyttjande av vanföreanstalternas yrkesskolor för de svårare fallen och minska behovet av nya anstaltsplatser för ifrågavarande ändamål, har erfarenheten givit vid handen, att vanför, som erhållit sin yrkesutbildning utom anstalt, på grund av den närmare kontakten med ortsbefolkningen har betydligt större möjligheter att vinna anställning och försörjning än en å anstalt utbildad vanför. Den utomanstaltliga utbildningen ställer sig dessutom i regel avsevärt billigare än anstaltsutbildningen. Starka skäl synas kommittén sålunda föreligga för en vidgad tillämpning av denna form av yrkesutbildning för vanföra, eventuellt med stöd av statsmedel.

I detta sammanhang förtjänar frågan om *vården av de s. k. asylfallen* att närmare beaktas. Givetvis böra de fall av ifrågavarande kategori, som kunna

få försvarlig vård i sina hem, vårdas därstädes. De övriga däremot torde samhället vara pliktigt att omhändertaga. Härvid äro med avseende å vanförhetens art och grad olika grupper att beakta. En del äro att anse som kroniskt sjuka. Hit höra personer, vilka i högre ålder på grund av sjukdomar i leder eller det centrala nervsystemet eller till följd av svåra kroppsskador o. d. blivit oförmögna till snart sagt varje slags arbete, som har någon betydelse för beredande av uppehälle, och som därtill ofta äro i behov av ständig tillsyn och övervakning. För ett stort antal av dessa torde ortopediska hjälpmedel icke vara till något gagn vare sig för höjande av arbetsförmågan eller för underlättande av livsföringen eller vården i övrigt eller ock äro dessa hjälpmedel av enklare slag, t. ex. kryckor och gångstolar. Såsom kroniskt sjuka måste ock anses sådana yngre personer, som äro så höggradigt vanföra, att ortopediska hjälpmedel och undervisning icke kunna förhjälpa dem ens till någon grad av arbetsduglighet. Dessa vanföra synas kommittén böra hänvisas till hemmen för kroniskt sjuka.

För sådana vanföra åter, vilkas tillvaro och skötsel kunna upphjälpas och underlättas genom mera komplicerade bandage eller dylikt och vilka på så sätt ävensom genom en väl genomförd arbetsledning och arbetsförmedling kunna beredas vissa möjligheter till sysselsättning, vore otvivelaktigt en fortsatt vård i nära anslutning till en vanföreanstalt av stor betydelse, bl. a. för lättande av elevbelastningen vid yrkesskolorna. Intagas dessa vanföra å ålderdomshem eller hem för kroniskt sjuka, möta stora svårigheter och även kostnader för tillsyn av deras bandage eller andra hjälpmedel. Ur ekonomisk synpunkt lära icke heller kunna resas några större betänkligheter emot en viss centralisering av vården av dessa asylfall. Kostnaderna torde nämligen icke bliva nämnvärt högre, om de vårdas på särskilda asylhem i närheten av vanföreanstalterna än om de intagas på sjukhem runt om i landet. Härjämte må beaktas, att på sådana asylhem större möjligheter finnas att genom god arbetsledning, anskaffande av arbetsmaskiner m. m. upphjälpa deras arbetsförmåga. Kommittén har funnit det praktiskt taget omöjligt att uppskatta behovet av antalet sådana asylplatser och kan därför för denna vårds utbyggande icke anvisa annat förfarande än att till de vanföreanstalter, som nu sakna asylhem, försöksvis anslutes ett dylikt hem av den storlek, att *en* skolad sköterska kan ansvara för vården därstädes.

Som nämnts hava 1918 års vanföresakkunniga framfört enahanda synpunkter. De ansågo dock ej tiden inne för att förorda ett utbyggande av denna vård på bekostnad av allmänna medel utan hänvisade i första hand till den enskilda offerviljan och initiativkraften. Även ledningen för vanföreanstalten i Göteborg synes ha hyst en liknande uppfattning. Utan att under rådande ekonomiska förhållanden ingå på bedömande av utsikterna till enskilda initiativ och gåvor för ifrågavarande ändamål anser kommittén angeläget, att det allmänna ingriper stödjande även i förevarande hänseende. Enär staten redan iklätt sig bidrag för såväl anläggning som drift av hem för kroniskt sjuka, skulle någon ny princip för statsbidrag därmed icke komma att tillämpas. Det synes lämpligt, att de föreningar, som för närvarande svara för vanföreanstal-

terna, jämväl taga asylfrågan om hand. På så sätt torde erforderligt samarbete mellan moderanstalten och asylen bäst garanteras.

Frågan om *huvudmannaskapet för och finansieringen av vanförevården* upptager kommittén till behandling i annat sammanhang (kap. 20 och 21). Här må endast nämnas, att ehuru skäl kunna anföras för ett förstatligande av vanföreanstalterna, kommittén likväl stannat för att förorda ett bibehållande i huvudsak av nuvarande organisation, därvid dock staten avsetts erhålla ett väsentligt starkare inflytande på anstalternas ledning än vad hittills varit fallet. I detta sammanhang må ock framhållas önskvärdheten av att, därest kommitténs i förenämnda kapitel framlagda förslag till vanförevårdens finansiering vinner statsmakternas bifall, särskild inspektör för vanförevården åter förordnas.

Kommittén vill slutligen något beröra den av vanföresakkunniga upptagna frågan om *central ledning för landets vanförevård*. Nämnda sakkunniga hava förordat den nuvarande centralkommitténs ombildande till en verklig centralstyrelse. Av den korta redogörelse för centralkommitténs uppkomst och arbetsuppgifter, som lämnats i samband med översikten över vanförevårdens utveckling, framgår, att centralkommittén hittills haft en huvudsakligen rådgivande karaktär. Icke desto mindre har den otvivelaktigt haft ett stort inflytande på vanförevårdens utveckling och i ej oväsentlig mån bidragit till enhetlig utformning av anstalternas arbetsprogram.

Kommittén anser för sin del, att centralkommitténs ställning bör stärkas såtillvida, att säte och stämma därstädes bör beredas representanter för de statliga institutioner, som kunna anses hava särskild sakkunskap i hithörande angelägenheter eller särskilt intresse därför. Kommittén avser härvid närmast medicinalstyrelsen och pensionsstyrelsen ävensom riksförsäkringsanstalten och socialstyrelsen. Finnes en särskild statens inspektör för vanförevård, bör denne hava rätt att deltaga i centralkommitténs förhandlingar. Vidare synes ändamålsenligt, att ett inom centralkommittén valt arbetsutskott omhänderhar de löpande ärendena samt förbereder viktigare angelägenheter, som skola föreläggas kommittén. Kungl. Maj:t bör utse ordförande i såväl centralkommittén som dess arbetsutskott.

Däremot anser sig kommittén icke böra för närvarande tillstyrka någon förändring i centralkommitténs formella befogenhet. Svårigheterna att rätt avgränsa en verklig centralstyrelses uppgifter från dem, som skulle tillkomma de olika anstalternas styrelser, torde vara rätt stora. En dylik centralstyrelse bleve lätt ett ämbetsverk, inskjutet mellan vanföreanstalterna och den centrala medicinska myndigheten, varigenom förvaltningen inom vanförevårdsväsendet bleve tyngre. Så länge vanföreanstalterna icke äro flera än nu, torde en sådan centralstyrelse icke heller vara av behovet påkallad.

Sjukvårdskommittén håller före, att, därest centralkommitténs sakkunskap kompletteras på föreslaget sätt, dess inflytande bleve väsentligt större samt att dess råd och anvisningar i praktiken finge samma betydelse som om centralkommittén ägde att fatta för anstaltsledningarna bindande beslut. Sådana uppgifter som att inkomma med förslag till nya eller förbättrade vårdanordningar

för vanföra, avgiva yttranden i anledning av remisser från myndigheter i principiellt viktiga frågor samt omhändertaga vårdangelägenheter, som icke kunna eller böra läggas på de lokala styrelserna, torde centralkommittén kunna fullgöra i det stora hela lika väl utan att någon ändring i dess formella befogenhet vidtages. Med hänsyn till dess befogenhet torde centralkommittén lämpligen böra benämnas svenska vanföreanstalternas centralråd.

Sammanfattning. De av kommittén föreslagna riktlinjerna för vanförevårdens vidare utveckling kunna sammanfattas sålunda:

1. Vanförevården bör såsom hittills i huvudsak tillgodoses genom särskilda anstalter. Efter fullbordandet av Stockholmsanstaltens nybyggnad böra några väsentliga utvidgningar icke vidtagas, förrän vidare erfarenheter vunnits. Dock bör övervägas, huruvida icke ett hem för s. k. asylfall bör inrättas i anslutning till varje anstalt, där sådant hem saknas. Yrkesundervisningen bör i ökad utsträckning, där förhållandena så medgiva, förläggas utanför anstalterna. Den delvis i detta syfte påbörjade kuratorsverksamheten bör utvidgas efter hand som gynnsamma erfarenheter vunnits och behov därav uppstår. Skulle likväl ett avsevärt vårdbehov icke kunna täckas eller ett ytterligare sådant uppstå, bör inrättande av en ny anstalt på lämplig plats tagas under omprövning. Ortopediska avdelningar vid lasarett böra däremot icke anordnas med mindre den kirurgiska avdelningen nått sådan storlek, att en uppdelning av densamma är ur arbetsfördelningssynpunkt påkallad.

2. Vanförevårdens karaktär av enskild verksamhet bör bibehållas, men staten bör tilldelas större inflytande å anstalternas ledning.

3. Svenska vanföreanstalternas centralkommitté bör förstärkas genom ombud för i hithörande angelägenheter sakkunniga eller intresserade statliga myndigheter. Den bör alltjämt endast vara en rådgivande sammanslutning och lämpligen benämnas svenska vanföreanstalternas centralråd.

Kap. 9. Vårdanstalter för epidemiska sjukdomar.

Anstaltsvården för epidemiska sjukdomar har vuxit fram som en gren för sig inom landets offentliga sjukhusvård. Dess tidigare organisation och utveckling ha, då vården ifråga åvilade primärkommunerna, tilldragit sig ett jämförelsevis ringa intresse och torde därför vara föga kända. På grund härav anser sig kommittén böra lämna en kort översikt över de viktigaste författningar och stadgar, som föregått nu gällande lagstiftning i ämnet.

Tidigare bestämmelser.

Genom kungl. cirkulär den 25 augusti 1813 med därtill hörande underrättelser från sundhetskollegium om vad iakttagas borde till förekommande av smittsamma sjukdomars och farsoters utbredning ålades församlingarnas prästerskap den närmaste omsorgen om hälsovårdens handhavande och anvisades vissa åtgärder till förekommande av allmän sjuklighet överhuvud. Jämlikt kungl. kungörelse den 27 februari 1828 tillkom kyrkorådet att utöva inseendet över den allmänna hälsovården inom församlingarna. Vid sidan härav utfärdades den 12 november 1831, till bekämpande av koleran, en särskild kungl. förordning, enligt vilken för varje stad eller prästgäll på landet skulle utses särskilda sundhetsnämnder att för tillfället handhava hälsovården inom församlingarna. Varje trakt borde, där så prövades nödigt, indelas i smärre kretsar, inom vilka sundhetsnämnden ägde att till sitt biträde förordna särskilda uppsyningsmän. Kyrkorådets ovannämnda befattning med hälsovården överflyttades genom kungl. förordning den 29 augusti 1843 på sockennämnderna.

Med upphävande av samtliga i hithörande avseenden tidigare meddelade bestämmelser utfärdades den 30 december 1857 en ny kungl. förordning angående vad som borde iakttagas till förekommande och hämmande av farsoter och smittsamma sjukdomar bland rikets invånare. Enligt denna förordning tillkom inseendet över och befattningen med allmänna hälsovården å landet socknenämnd och i stad en ständig sundhetsnämnd. Från förordningens tillämplighetsområde undantogs Stockholms stad. Sockennämnden ersattes genom 1862 års förordning om kommunalstyrelse på landet av kommunalnämnden.

Nästa steg i utvecklingen betecknas av hälsovårdsstadgan för riket den 25 september 1874 och kungl. förordningen den 19 mars 1875 angående åtgärder mot införande och utbredning av smittsamma sjukdomar bland rikets invånare, den s. k. epidemistadgan. Närmaste inseendet över och befattning med allmänna hälsovården skulle enligt hälsovårdsstadgan tillkomma i stad och för vissa fall även i köping, hamn, fiskeläge och annat ställe med större sammanträngd befolkning en för sådant ändamål tillsatt hälsovårdsnämnd samt på landet i övrigt kommunalnämnden. Stadgans kap. 4 innehöll särskilda föreskrifter med avseende å farsoter och smittsamma sjukdomar, vari hälsovårds- och kommunal-

nämnder, var inom sin kommun, anbefalldes verka för att kommunens allmänna sjukvård kunde vid farsots utbrott skyndsamt ordnas och utvidgas efter som behovet påkallade. Jämlikt den s. k. epidemistadgan hade hälsovårdsnämnden att i avseende å kolera, smittkoppor, tyfus, tyfoidfeber, scharlakansfeber, elakartad halssjukdom (difteri) och rödsot (dysenteri) icke allenast vid först inträffade sjukdomsfall och så länge endast spridda sådana fall förekommo utan även under farsot föranstalta, att de sjuka ofördröjligen blevo intagna till vård å särskilt sjukhus eller i annan tillräckligt avskild lägenhet, så vida de icke på egen bekostnad eller genom andras försorg bereddes enskild vård i särskilt rum och de för detta ändamål vidtagna åtgärderna voro av beskaffenhet att kunna av nämnden godkännas eller ock med läkarintyg styrktes, att den sjuke icke utan fara för livet kunde forslas till sjukanstalt. Hälsovårdsnämnd hade ock »att bereda de sjuke lätt tillfälle att komma till sjukvårdsinrättning», eller m. a. o. att sörja för tillgång till lämpliga transportmedel för de sjuka. Å ort, där hälsovårdsnämnd icke fanns, ålåg det tillkallad läkare att underrätta kommunalnämndens ordförande om inträffat fall av sådan sjukdom, som nyss sagts, och att meddela denne skriftlig anvisning angående de åtgärder, som borde vidtagas till förekommande av sjukdomens utbredning, varefter kommunalnämnden var skyldig att så vitt möjligt bringa till verkställighet de av läkaren föreskrivna åtgärderna. För Stockholms vidkommande skulle, så länge hälsovårdsnämnd där icke funnes, sundhetsnämnd fullgöra hälsovårdsnämnds åligganden.

Med anledning av den stora spridning, koleran erhöll i slutet av 1800-talet, utfärdades år 1893 åter en särskild kungörelse angående vissa åtgärder till förekommande av kolerans utbredning bland rikets invånare. Denna kungörelse ålade varje kommun att för isolering och vård av person, som lede av sjukdom, vilken misstänktes vara kolera, anordna lämpligt sjukhus eller sjukstuga med nödig sjukvårdsbetjäning och utrustning; och skulle medicinalstyrelsen äga meddela närmare föreskrifter rörande sjukstugas anordning ävensom, därest giltiga skäl därtill förekomme, medgiva befrielse från eller anstånd med sjukstugas anordnande. Vissa lättnader för kommunerna i nu berörda avseende bereddes genom kungl. brev den 10 juli 1894, dels så att två eller flera närliggande kommuner ägde, efter medicinalstyrelsens prövning, förena sig om anordnande av gemensam sjukstuga, dels ock på det sätt att det ansåges tillräckligt, om vederbörande kommun på grund av träffat bindande avtal eller annorledes visade sig äga disponera lämpligt hus, när helst sådant för sjukvårdsändamål erfordrades.

Gällande bestämmelser. Gällande epidemilag av år 1919 har ett betydligt vidare tillämplighetsområde än 1875 års förordning (epidemistadgan). Epidemilagen avser — såsom framgår av dess 2 § 1 mom. — i första hand följande sjukdomar, nämligen pest, kolera, smittkoppor, fläckfeber, nervfeber, paratyfus, scharlakansfeber, difteri, akut barnförlamning, smittsam hjärnfeber och rödsot. Konungen äger därjämte förordna, att vad i lagen är stadgat angående nu nämnda sjukdomar skall äga tillämpning jämväl å annan smittsam sjukdom (24 §). Hittills (sept. 1933) har förordnats, att sådan tillämpning skall äga rum beträffande återfallsfeber,

sömnsjuka och undulantfeber. Vidare äger vederbörande länsstyrelse att, efter förste provinsialläkarens hörande, för länet i dess helhet eller del därav för viss tidd förordna, att vad i epidemilagen är stadgat angående de i lagens 2 § 1 mom. omnförmälda sjukdomarna jämväl skall i de delar, som prövas nödigt, vinna tillämpning beträffande annan smittsam sjukdom, som vunnit större utbredning å een ort eller uppträder i mera elakartad form (25 §). Från epidemilagens tillämplighetsområde äro lungsot och könssjukdomar uttryckligen undantagna (3§4 §). — Till skillnad mot den gamla epidemistadgan, enligt vilken vård genom det allmännas försorg kunde ske icke blott å särskilt sjukhus utan även »i annan tillräckligt avskild lägenhet», föreskriver epidemilagen, att om någon av läkare förklarats behäftad med sådan sjukdom, som i 2 § 1 mom. omförmäles, skall hälsovårdsnämnden tillse, att den sjuke ofördröjligen erhåller vård å i för ändamålet avsedd sjukvårdsinrättning. Liksom förut medgives befrielse fråån obligatorisk anstaltsvård, därest den sjuke beredes nödig vård på enskild bekostnad och de därvid mot smittas spridande vidtagna åtgärder äro av beskaffenhet att kunna av hälsovårdsnämnden godkännas, ävensom för det fall, attt den sjuke enligt intyg av läkare icke utan fara för livet kan förflyttas. Emahanda skyldighet, som ovan sagts, åligger hälsovårdsnämnd, därest någon misstänkes vara behäftad med nyss nämnd sjukdom och läkare finner hans intagande på sjukvårdsinrättning vara av behovet påkallat. Lagen medgiver desssutom hälsovårdsnämnden rätt att låta underkasta person, vilken utan att vara sjuk likväl av läkare misstänkes föra smitta av hithörande sjukdom, den observation och isolering, som nämnden i det särskilda fallet kan finna erforderlig (3 §).

I fråga om själva organisationen av epidemivården föreskriver lagen bland annat, att varje landstingsområde ävensom stad, som icke deltager i landsting, skall utgöra ett epidemidistrikt. Jämväl stad, som deltager i landsting, må med Kungl. Maj:ts medgivande utgöra eget epidemidistrikt[1] (16 §). Epidemidistrikts angelägenheter handhavas i stad, som utgör eget epidemidistrikt, av stadsfullmäktige och å annan ort av landstinget (17 §). Varje epidemidistrikt skall äga tillgång till erforderligt antal platser å sjukhus, avsedda för personer, som äro behäftade med någon av de i 2 § 1 mom. uppräknade sjukdomarna. Sådana epidemisjukhus skola vara ändamålsenligt förlagda och anordnade samt försedda med nödig utrustning, och vid dem skola anställas läkare samt den övriga personal, som av behovet påkallas. Varje epidemidistrikt skall därjämte vara försett med erforderlig utrustning för sådana tillfälliga sjukvårdslokaler, vilkas inrättande kan nödvändiggöras av särskilda omständigheter. Varje epidemidistrikt, som omfattar landsbygd, skall tillika äga tillgång till nödigt antal sjuksköterskor för beredande av vård åt dem, som intagits å tillfällig sjukvårdslokal eller för vilka platser å sjukhus eller å dylik lokal ej kunnat beredas (18 §). Förvaltningen av epidemisjukhus tillkommer i stad, som utgör eget epidemidistrikt, hälsovårdsnämnden och å annan ort en för epidemidistriktet tillsatt epideminämnd, bestående av förste provinsialläkaren i länet samt tre inom distriktet bosatta personer, vilka jämte lika antal suppleanter

[1] Sådant medgivande har hittills (sept. 1933) lämnats Eskilstuna, Örebro och Sundsvall.

väljas av landstinget för en tid av fyra kalenderår (19 §). Hälsovårdsnämnd resp. epideminämnd skall verka för att sjukvården inom epidemidistriktet är så ordnad, att den, då epidemisk sjukdom av hithörande slag utbryter och så länge sjukdomen varar, må fullt motsvara behovet. I sådant syfte skall uppgöras en plan över sjukvårdens ordnande för den händelse de för distriktet tillgängliga platserna å epidemisjukhus skulle visa sig otillräckliga. Dylik plan skall upptaga de lägenheter, över vilka nämnden vid förefallande behov kan förfoga för inrättandet av tillfälliga sjukvårdslokaler, ävensom den personal och utrustning, som för dessa finnas att tillgå. Planen skall omedelbart kunna bringas till verkställighet, i den mån omständigheterna det påkalla (20 §). Högsta tillsynen över allmänna sjukvården vid smittsamma sjukdomar ävensom över åtgärder till förekommande av sådana sjukdomars utbredning tillkommer medicinalstyrelsen. Epidemisjukhusen stå under överinseende av nämnda ämbetsverk bland annat i allt vad som rörer sjukvården. Länsstyrelserna skola, var inom sitt län, vaka över att städer och landsting ävensom hälsovårdsnämnder och epideminämnder samt vederbörande läkare fullgöra sina åligganden enligt epidemilagen (26 §).

Epidemivården är kostnadsfri för patienterna. Kostnaderna skola bestridas av epidemidistriktet (23 §). Till epidemisjukhusens drift ävensom till uppförande, inrättande eller inlösen av epidemisjukhus utgår dock statsbidrag enligt särskilda kungörelser. Angående de närmare villkoren härför hänvisar kommittén till kap. 21.

Ur epidemilagens motiv.

Till grund för gällande epidemilag ligger ett av 1909 års hälsovårdsstadgekommitté den 1 april 1915 avgivet betänkande. Däri framhålles, att man vid ett tillgodoseende av epidemivårdens krav hade att räkna dels med ett mera permanent behov av sjukhusplatser för omhändertagande såväl av de första fallen av hithörande sjukdomar som ock för vård i anledning av samma sjukdomar under tider, då de kunde vara relativt vanliga men dock ej kunde sägas hava vunnit allmän utbredning inom en ort, dels ock ett mera tillfälligt sådant, avsett för mer omfattande epidemier. Det *permanenta* behovet av vårdplatser vore enligt kommittén relativt större i städer och andra mera tätt bebyggda samhällen än å landsbygden. Kommittén beräknade, att för städer i allmänhet erfordrades ett permanent minimiantal av två platser för varje påbörjat 1 000-tal invånare. För de största städerna bleve, på av kommittén närmare utvecklade skäl, platsbehovet något mindre, för de minsta något större. Vad landsbygden beträffade hade kommittén kommit till den övertygelsen, att i genomsnitt ett minimiantal platser å epidemisjukhus av en för varje påbörjat 1 000-tal invånare kunde anses tillräckligt för mera vanliga förhållanden. En förutsättning härför vore dock, att vårdplatserna i möjligaste mån sammanfördes till relativt större sjukhus, där de kunde bättre utnyttjas än om de fördelades å ett flertal mycket små sjukstugor. En dylik koncentration kunde emellertid icke drivas utöver vissa gränser. Av en enquête i ämnet framginge, att förste provinsialläkarna i allmänhet ansåge vanlig landsvägstransport av hithörande sjuka lämpligen icke böra försiggå utöver omkring 3 mil. I ett eller annat län torde det för landsbygden behövliga platsantalet

lämpligast låta sammanföra sig till några få centralsjukhus, i andra åter måste säkerligen större delen av sjukplatserna fördelas på mindre sjukhus, måhända till och med i varje läkardistrikt. Oftast framstode såsom önskligt, att ett epidemisjukhus, eventuellt efter uppgörelse med stad om gemensamt sjukhus, bleve anordnat för varje hälsovårdsområde (läkardistrikt) på landet. Kommittén förklarade sig finna önskvärt, att distriktens skyldighet att anordna permanenta vårdplatser närmare fixerades i lagstiftningen, men hade dock, på anförda skäl, ansett sig böra stanna vid ett generellt åläggande för varje distrikt att äga tillgång till *erforderligt antal* platser å sjukhus för ifrågavarande ändamål.

För tillgodoseendet av mer *tillfälliga* behov av vårdplatser måste distriktet äga tillgång till lokaler, lämpliga att användas såsom tillfälliga sjukhus, t. ex. skolor, samlingslokaler, ordenshus, ävensom nödig flyttbar utrustning. För städer i allmänhet borde enligt kommitténs åsikt sådana tillfälliga vårdplatser kunna mobiliseras till ett antal av omkring 50 % av de fasta platserna. För landsbygden ställde sig förhållandena härutinnan något annorlunda. Tillgång till tillfälliga, ändamålsenligt förlagda sjukvårdslokaler måste nog även där finnas efter minst samma beräkningsgrund, som angivits för städer, men ytterst sällan eller aldrig komme sjukdomarna samtidigt att taga en sådan utbredning över ett helt läns landsbygd, att alla tillfälliga lokaler och sjukplatser behövde på en gång iordningställas. Den flyttbara sjukvårdsutrustningen borde därför icke behöva hållas i beredskap i större omfattning än att samtidigt kunde mobiliseras extra sjukplatser till ett antal av omkring 25 % av det för varje läns landsbygd beräknade antalet fasta platser. De fasta sjukhusen finge anses som lämpliga förvaringsplatser för ifrågavarande utrustning, enär de skulle vara förlagda på platser med goda transportmöjligheter och utrustningen där kunde bliva tillsedd och vårdad på bästa sätt.

Den slutna epidemivårdens utveckling och nuvarande läge.

Den slutna vården för epidemiska sjukdomar har senare än andra vårdgrenar blivit föremål för en efter nutida uppfattning rationell organisation. Härtill ha otvivelaktigt bidragit de tidigare stadganden i ämnet, som ålade primärkommunerna att anordna denna slutna sjukvård. Dessa enheter voro i regel för små för att kunna bära upp en sjukvårdsorganisation även av blygsamma mått. Längre eller kortare tider var man helt fri från de epidemiska sjukdomar, då gällande bestämmelser avsågo, varför kravet på fasta vårdanordningar gjorde sig endast periodiskt påmint. Man inrättade sig i mycket stor utsträckning endast temporärt för att kunna nödtorftigt tillgodose de tidvis uppkommande vårdbehoven. 1875 års epidemistadga föreskrev icke heller ovillkorligt sjukhusvård utan medgav, att de sjuka fingo åtnjuta vård genom det allmännas försorg även i annan tillräckligt avskild lägenhet än särskilt sjukhus.

Otvivelaktigt gav ovan omnämnda 1893 års s. k. koleraförordning en beaktansvärd impuls till inrättande av anstalter för epidemisjukvård. Detta belyses därav, att i mitten av år 1894 funnos författningsenligt anordnade sjukstugor i icke mindre än 2 083 av de till ett antal av 2 327 uppgående kommunerna inom 20 län (de 4 nordligaste uteslutna). Kolerafaran var emellertid

övergående. Förordningen ansågs pålägga kommunerna för stora kostnader och mötte mycken kritik. Som ovan anförts medgåvos ock redan 1894 lättnader i kommunernas åligganden. De sjukstugor, som inrättades, kunde av lätt insedda skäl icke annat än i undantagsfall göra anspråk på att bereda någon kvalificerad sjukvård. De anordnades väsentligen som isoleringsrum och voro även såsom sådana behäftade med brister.

Emellertid hade med nämnda förordning utgått en kraftig maning att vidtaga isoleringsåtgärder och anordna sjukvård på sjukvårdsanstalt. Detta förhållande jämte den förändring i uppfattningen av den allmänna sjukvårdens betydelse, som kännetecknar de senast förflutna 50 åren, bidrog kraftigt till den slutna epidemisjukvårdens utveckling. Svårigheterna att bygga en tillfredsställande sådan vård med primärkommunerna såsom huvudmän hade även föranlett landsting att omhändertaga och organisera denna vård redan långt innan detta genom nu gällande lag gjordes till ett deras åliggande. 1909 års hälsovårdsstadgekommittés betänkande upplyser sålunda, att år 1912 Västmanlands, Södermanlands, Blekinge och Östergötlands läns landsting ägde samtliga epidemisjukhus å landsbygden inom sina respektive områden. År 1913 hade Älvsborgs läns landsting beslutat att övertaga epidemisjukhusvården i dess helhet inom länet. Gävleborgs läns landsting hade redan år 1906 beslutat att ekonomiskt kraftigt understödja kommunerna för anordnande av epidemisjukhusvård vad såväl anläggnings- som driftkostnader beträffade.

Utvecklingen hade sålunda i viss mån berett jordmån för nuvarande organisation av epidemivården: landstingsområdet såsom enhet för epidemidistrikt och landstinget såsom huvudman för epidemidistriktet. Tack vare den stora förtrogenhet, landstingen förvärvat med den slutna kroppssjukvården i övrigt, ställdes de icke genom den nya lagen inför en dem helt främmande uppgift, och ehuru lagens föreskrifter vad angår epidemidistriktets skyldighet att anordna erforderligt antal platser å sjukhus och tillfälliga sjukvårdslokaler icke skulle äga full tillämpning förrän från och med den 1 januari 1933, togo landstingen i allmänhet mycket snart efter lagens ikraftträdande sig an ordnandet av epidemisjukhusvården.

För belysande av den slutna epidemivårdens utveckling efter gällande epidemilags ikraftträdande lämnar kommittén i tabell 58 en översikt över antalet epidemisjukhus och platser å desamma under åren 1919—1930. Av tabellen framgår, att antalet epidemivårdplatser i riket ökat från 6 222 år 1919 till 7 229 år 1926, varefter det sjunkit till 6 534 år 1930. Antalet epidemisjukhus var åren 1919—1926 relativt stationärt (229—225 med maximum 1924: 244) men har sedan kontinuerligt nedgått till 160 år 1930. I tabell 18, där epidemiplatsernas beläggning redovisats, angives antalet vårdplatser per 1 000 invånare i respektive sjukvårdsområden sistnämnda år. Kommittén återkommer härtill längre fram. Här må endast tilläggas, att vid 1930 års utgång landstingen i Kronobergs, Värmlands och Västernorrlands län ännu icke övertagit epidemivården. Enligt vad kommittén erfarit har emellertid i förstnämnda län landstinget numera låtit uppföra ett epidemisjukhus i Växjö om 64 platser och ett i Ljungby om 44 platser, vilka båda voro får-

diga att tagas i bruk vid ingången av år 1933. I Värmlands län har landstinget låtit inrätta nya epidemisjukhus i Torsby, Kristinehamn, Dalby, Säffle, Filipstad och Karlstad med sammanlagt c:a 170 platser. I Västernorrlands län har 1933 års landsting, med ändring av tidigare i princip godkänt förslag om uppförande av nya epidemisjukhus i anslutning till länets lasarett, beslutat tillgodose behovet av epidemivårdplatser genom övertagande och iordningställande av vissa primärkommunala anstalter.

Aktuella spörsmål ang. epidemisjukhusvården.

De erfarenheter, som vunnits angående beläggningsförhållandena å epidemisjukhusen, hava givit anledning till flera frågeställningar. Den viktigaste av dessa, ur vilken för övrigt flera av de övriga härleda sig, gäller det erforderliga antalet ständiga vårdplatser. Så som frekvensen av de epidemiska sjukdomarna gestaltat sig under senare år, har ett avsevärt antal platser stått onyttjat, varför ett flertal landsting ansett sig kunna minska sin beredskap av permanenta vårdplatser. Samtidigt har fråga uppstått om eventuella överskottsplatsers lämpligaste användning. På grund av de oproportionerligt höga dagkostnader, som bliva en oundviklig följd av en gles beläggning av ett flertal epidemisjukhus, har jämväl en koncentration av vården framstått som en angelägenhet av ekonomisk betydelse. Det har slutligen ifrågasatts, om icke lagens bestämmelser om de sjukas isolering på epidemisjukhus kunde uppmjukas, varigenom kravet på vårdplatser skulle i viss mån kunna minskas. I samband härmed har även diskuterats möjligheten av att genom förebyggande behandling med vaccin och sera minska frekvensen av epidemiska sjukdomar och därmed behovet av vårdplatser. På samma gång som sålunda förslag framlagts att minska kravet på permanent beredskap mot de i lagen upptagna epidemiska sjukdomarna hava önskemål framställts om upplåtande av epidemisjukhusen för vård av dels sådana smittsamma sjukdomar som mässling, kikhosta och influensa, i synnerhet då de förlöpa med komplikationer, dels sådana infektionssjukdomsfall som halsfluss och andra akuta halsinfektioner, rosfeber m. fl., vilkas tillfredsställande isolering på lasarett och sjukstugor ofta bereder svårigheter.

Det är sålunda ett flertal med varandra nära sammanhängande spörsmål, som i detta sammanhang böra belysas och om möjligt besvaras. Spörsmålens art och omfattning hava föranlett kommittén att överlägga med följande på området speciellt sakkunniga: professorerna *Carl Kling* och *A. Lichtenstein*, överläkaren medicine doktorn *Harald Ernberg*, medicinalråden *M. Herrlin* och *J. Byttner* samt förste provinsialläkarna *Ch. Lundberg* och *N. Wranne*. De frågor, som härvid särskilt gjorts till föremål för överläggning, hava varit:

a) den praktiska betydelsen av förebyggande behandling med bakteriella medel, vacciner och sera,

b) tillrådligheten av att uppmjuka epidemilagens bestämmelser angående de sjukas isolering på epidemisjukhus,

c) lämpligheten av att för vård å epidemisjukhus mottaga fall av sådana epidemiska eller andra infektionssjukdomar, som icke nu omnämnas i epidemilagen.

a) Bakteriella hjälpmedels betydelse i förebyggande syfte.

De sakkunniga.

Beträffande den första frågan erinrades inledningsvis, att de senaste årens forskningar frambragt tvenne undersökningsmetoder, *de s. k. Schick- och Dickreaktionerna*, vilkas värde låge däri, att man med hjälp av desamma med viss grad av sannolikhet kunde avgöra, huruvida en individ vore mottaglig för difteri (Schickreaktionen) resp. scharlakansfeber (Dickreaktionen) eller icke. Båda dessa reaktioner utfördes på så sätt, att ett mycket utspätt gift, härrörande från kulturer av difteribaciller resp. vid början av scharlakansfeber i svalget regelbundet framträdande bakterier (streptokokker), insprutades i ringa mängd i huden. Uppkomme härvid å insprutningsstället en lokal ansvällning å huden, d. v. s. utfölle reaktionen positivt, hade man anledning antaga, att personen ifråga vore mottaglig för difteri resp. scharlakansfeber. Det betonades emellertid att även i fall, där negativ reaktion erhölles, det dock kunde inträffa, att personen ifråga insjuknade i difteri resp. scharlakansfeber. Båda reaktionerna vore ännu föremål för diskussion med hänsyn såväl till det kvantitativa bedömandet av reaktionerna som till de slutsatser, som kunde vara berättigade på grund av utfallet av reaktionerna ifråga. Detta gällde framför allt Dickreaktionen men även i viss mån Schickprovet. Fortsatta undersökningar vore nödvändiga. Den praktiska betydelsen av dessa båda reaktioner syntes för närvarande vara begränsad till bekämpande av nämnda sjukdomar inom slutna grupper av individer å olika slags anstalter.

Det vore emellertid icke endast för s. a. s. gallring av personer, vilka hade utsatts för smittrisk, som nya metoder anvisats. Sådana hade ock i form av *skyddsympning* utarbetats för att skydda individen för insjuknande beträffande de båda ovannämnda sjukdomarna. Vad scharlakansfebern anginge måste man nog anse, att allt, som hittills försökts, fortfarande befunne sig på experimentstadium, om också en del lovande resultat erhållits. Metoden vore därför icke färdig att rekommenderas till användning i allmän praxis. Beträffande skyddsympning mot difteri framhölls, att under de senaste åren aktiv immunisering med anatoxin och andra preparat förekommit i synnerligen stor utsträckning i Amerika samt i rätt betydlig omfattning även i vissa europeiska länder. Man syntes allmänt vara överens därom, att användning av anatoxin, berett under vederbörlig kontroll och noga utprövat, icke medförde någon risk av allvarligare art. En väsentlig nackdel med detsamma vore emellertid, att med de hittills använda vanliga anatoxinpreparaten 3 injektioner, med resp. 3 och 2 veckors intervall, syntes nödvändiga för ett tillfredsställande resultat, bedömt med ledning av Schickreaktionen. På allra sista tiden hade man emellertid särskilt i Danmark gjort försök att uppnå immuniserande verkan medelst en enda injektion. Visade sig dessa försök leda till åsyftat resultat, underlättades givetvis i hög grad metodens genomförande.

Vid bedömandet av det praktiska värdet av immuniseringsmetoden mot difteri hade man på olika sätt velat sluta till avsett resultat av densamma. Så hade man velat se en gynnsam verkan av immuniseringen i en minskning av difterisjukdomens frekvens. I Amerika hade nämligen på ett flertal ställen en dylik minskning kunnat iakttagas. Emellertid funnos även i Amerika städer, där trots företagen immunisering difterisjukligheten och -dödligheten

snarare ökat än minskat under de senare åren. Därtill komme, att man icke av ett avtagande i sjukdomens frekvens efter företagen difteriimmunisering utan vidare finge sluta till en verkan av de profylaktiska åtgärderna. Sålunda hade uppmärksamheten fästs på hurusom dödligheten i difteri sjunkit minst lika mycket i städer, där ingen difterivaccination utförts. Något statistiskt bevis för difteriympningens gynnsamma verkan i detta hänseende förelåge ännu icke.

Det kunde dock icke bestridas, att vissa erfarenheter talade för möjligheten av att genom difterivaccination åstadkomma ett visst skydd. Så visade en jämförelse mellan vaccinerade och icke vaccinerade barn i Holland, att difteri förekomme c:a 7 gånger oftare bland de icke-vaccinerade än bland de vaccinerade barnen, och liknande erfarenheter hade gjorts i Ungern och England. Även en del iakttagelser å slutna anstalter talade i samma riktning. De prov med anatoxin, som verkställts i Sverige dels på epidemisjukhuset i Stockholm, dels vid några anstalter i landsorten, hade bekräftat anatoxinets oskadlighet, samtidigt som erfarenheterna om dess skyddsverkan syntes uppmuntra till fortsatta försök. Tyvärr hade man emellertid med anatoxinet i dess nuvarande form icke lyckats att immunisera mer än c:a 90 % av de behandlade. Man kunde då fråga sig, om icke återstående 10 % vid en difteriepidemi bildade det s. a. s. mest brännbara materialet, medan de med konst lätt immuniserbara kanske ock spontant lätt immuniserades, t. o. m. utan att alls behöva insjukna.

Sammanfattande framhölls, att den aktiva difteriimmuniseringen ännu icke vore mogen för att mera allmänt tagas i bruk. I anatoxinet syntes vi dock äga ett medel, som ingåve förhoppningar. Detsamma borde därför i mindre skala, t. ex. vid anstaltsepidemier och dylikt, noggrant prövas med hänsyn till sin skyddsverkan. En dylik prövning syntes helt ofarlig, om den utfördes under nödiga försiktighetsmått, och vore även önskvärd med hänsyn därtill, att difterifrekvensen i Sverige inom en relativt snar framtid sannolikt komme att stiga från nuvarande synnerligen låga nivå.

Kommittén.

Kommittén har av den med de sakkunniga i detta ämne förda överläggningen fått den uppfattningen, att varken de nämnda reaktionerna, vilka skänka oss möjlighet att med en viss grad av sannolikhet avgöra huruvida en individ är mottaglig för difteri resp. scharlakansfeber, eller skyddsympningsmetoderna för närvarande kunna tillmätas någon praktisk betydelse för bedömandet av frågan om möjligheterna att begränsa den försvarsberedskap emot ifrågavarande sjukdomar, som epidemisjukhusen utgöra.

b) Uppmjukning av isoleringstvånget?

Vad beträffar det andra tema, som var föremål för överläggning med de sakkunniga, nämligen tillrådligheten att uppmjuka epidemilagens bestämmelser angående de sjukas isolering, må till en början erinras, att isolering på sjukhus för närvarande icke är ovillkorligen påbjuden. Lagen föreskriver nämligen i detta avseende, att därest någon av läkare förklarats behäftad med sådan sjukdom, som i 2 § 1 mom. omförmäles, skall hälsovårdsnämnden tillse, att den sjuke ofördröjligen erhåller vård å för ändamålet avsedd sjukvårdsinrättning, *såvida icke* nödig vård på enskild bekostnad beredes honom och de därvid mot smittas spridning vidtagna åtgärderna äro av beskaffenhet att kunna av nämnden god-

kännas eller ock med läkares intyg styrkes, att den sjuke icke utan fara för livet kan förflyttas. Motsvarande äger jämväl tillämpning, då någon misstänkes vara behäftad med sjukdom, som i 2 § 1 mom. sägs, och läkare finner hans intagande på sjukvårdsinrättning vara av behovet påkallat.

Västerbottens läns läkarförening.

Till grund för diskussionen i förevarande fråga lades en till generaldirektören för medicinalstyrelsen från Västerbottens läns läkarförening ingiven, sedermera till sjukvårdskommittén överlämnad skrift angående ändrade isoleringsbestämmelser för scharlakansfebersjuka i Västerbottens län. I skriften framhölls bland annat, att nämnda sjukdom under senare årtionden ändrat karaktär till det bättre med hänsyn till såväl dödlighetssiffran som tillstötande komplikationer. Med gällande bestämmelser hade läkarna svårt att individualisera isoleringsåtgärder från fall till fall. Uppenbarligen vore dylika åtgärder av stor smitthindrande betydelse, då fall av scharlakansfeber inträffade på slutna anstalter och i skolor, där en tidig diagnos kunde ställas. Föreningen ifrågasatte emellertid, huruvida samma isoleringsåtgärder vore berättigade, när scharlakansfeber inträffade i hemmen inom ett glest befolkat län. Enligt tjänsteläkarnas erfarenhet droge sig befolkningen, trots den fria vården, för att söka läkare på grund av väntade isoleringsåtgärder. Föreningen hemställde därför, att förslag måtte framläggas om sådana undantagsbestämmelser för Västerbottens län, att isoleringstvånget för scharlakansfebersjuka därstädes bleve upphävt eller mildrat.

De sakkunniga.

Under den efterföljande överläggningen biträdde ingen av de sakkunniga framställningen om särföreskrifter för Västerbottens län. Meningarna voro emellertid delade angående önskvärdheten av en uppmjukning i allmänhet av epidemilagens bestämmelser rörande isolering. Å ena sidan erinrades, särskilt beträffande isolering inom lanthushåll, vilket nyssnämnda framställning närmast avsåg, att mjölken spelade en stor roll såsom smittspridare och att därför en noggrann isolering av scharlakansfeberfall i sådana lanthushåll, från vilka mjölk avyttrades, vore av stor betydelse, i synnerhet som även personer, vilka själva voro friska och vårdade sjuka, kunde överföra smittämne i mjölken. Det vore visserligen fullt riktigt, att isolering såsom förebyggande åtgärd mot smittspridning hade sin största betydelse i tidiga sjukdomsstadier och att särskilt vid lindriga insjuknanden diagnosen försummades på den grund, att läkare icke tillkallades. Detta vore emellertid icke skäl för lindring av isoleringstvånget utan borde fastmera leda till en effektivare upplysning bland allmänheten om betydelsen av att i tid kalla läkare, då sjukdomen kunde misstänkas. Sant vore, att scharlakansfeber under senare årtionden uppträtt under lindrigare former, men följdsjukdomar, t. ex. njur- och öronsjukdomar, vore dock allt fortfarande vanliga. För övrigt medgåve nuvarande bestämmelser den av läkarföreningen önskade individualiseringen inom en ganska vid ram. Lagen tillåte de sjukas kvarstannande i hemmet, om de isoleringsåtgärder, som där vidtoges, av läkaren ansåges betryggande. Att kraven härvid kunde ställas väsentligt mindre i familjer, som bodde isolerade och även under normala förhållanden icke hade några nämnvärda förbindelser med grannar, än beträffande familjer i tätt bebyggda samhällen, hyreskaserner och dylikt vore uppenbart. Det vore ock

mindre sannolikt, att hälsovårdsnämnden, som jämlikt lagens bestämmelser hade att godkänna isoleringsåtgärderna, skulle vidtaga någon skärpning i de fordringar, vederbörande läkare föreskreve. Då scharlakansfebern vore den sjukdom, vid vilken lindring av isoleringsåtgärder i första hand kunde ifrågakomma, erfordrades med denna ståndpunkt intet yttrande i fråga om övriga under epidemilagen fallande sjukdomar.

Å andra sidan betonades den betydelse, som lindriga sjukdomsfall, vilka knappast gåve några symptom, s. k. abortivfall, hade som smittspridare. Många av dessa bleve aldrig diagnostiserade. Isoleringstvånget tillmättes ej sällan allt för stor betydelse som förebyggande åtgärd för spridning av scharlakansfeber och även av sjukdomar med liknande smittvägar som denna. En uppmjukning av isoleringstvånget syntes därför kunna utan eftersättande av behörig aktsamhet företagas. Ett smidigare förfaringssätt skulle ernås, om såsom i Danmark endast fall av de svåraste epidemiska sjukdomarna, såsom pest, asiatisk kolera, gula febern, rödsot, smittkoppor och fläckfeber, bleve *under alla förhållanden* isoleringspliktiga, medan vid andra smittsamma sjukdomar isoleringsplikt skulle gälla endast vid vissa svårare eller särskilda förhållanden.

Isoleringstvånget i de nordiska grannländerna.

De i Finland, Danmark och Norge gällande bestämmelserna om isoleringstvång vid epidemiska sjukdomar äro mjukare än de svenska. Kommittén hänvisar härutinnan till textbilaga 7, där en kort översikt över förstnämnda bestämmelser ävensom därtill knuten praxis lämnas. Av de uppgifter, som i sistberörda hänseende lämnats av vederbörande statsmyndigheter, förefaller det emellertid, som om i praktiken isoleringsförfarande tillämpas i samma utsträckning som hos oss icke blott vid de allvarligaste smittsamma sjukdomarna — koppor, kolera, pest, fläcktyfus och återfallsfeber — utan även vid de vanligast förekommande, difteri och scharlakansfeber, åtminstone i Finland och Danmark. Från Finland meddelas sålunda, att så gott som alla i allmänfarlig smittsam sjukdom insjuknade isoleras i epidemisjukhus eller i för tillfället anordnade extra sjukhus. Från Danmark upplyses likaledes, att isolering å sjukhus äger rum i praktiskt taget alla fall av difteri, scharlakansfeber, smittsam hjärnhinneinflammation och akut barnförlamning samt vid tyfoidfeber, paratyfus och paradysenteri, även om sjukdomarna ifråga icke med tillämpning av gällande författningar förklarats vara föremål för offentlig behandling. Norge intager i viss mån en undantagsställning, i det att man där under senare år för att i någon mån minska det allmännas utgifter för de epidemiska och smittsamma sjukdomarnas bekämpande anbefallt särskild »försiktighet» beträffande isolering på sjukhus av scharlakansfeberpatienter. Sådan isolering borde endast ske, då sjukdomen vore av särskilt elakartad natur eller visade sig medföra komplikationer, som ökade eller förlängde smittfaran, eller eljest särskilda omständigheter förelåge.

Kommittén.

Såsom ovan framgår är scharlakansfebern den sjukdom, varom diskussionen i förevarande avseende närmast rört sig. Det är kommittén dock icke obekant, att uppmjukning av isoleringstvånget ifrågasatts även vid sådana sjukdomar som nervfeber, paratyfus och rödsot, där smittämnet i huvudsak är lokaliserat till de sjukas tarmuttömningar och där en sakkunnig och omsorgsfull vård

möjligen kan göra en sträng isolering överflödig. Spörsmålet synes kommittén vara av invecklad natur. Kommittén har tagit under övervägande, om kommittén borde göra en ingående utredning av detsamma, men har funnit sig böra avstå från en dylik uppgift. Även om kommittén efter verkställd utredning hade kommit till den uppfattningen, att en lättnad av isoleringstvånget borde förordas, kunde detta näppeligen ha i nämnvärd mån influerat på kommitténs ställning till det för dess arbetsprogram så viktiga spörsmålet om det erforderliga antalet vårdplatser å epidemisjukhus. Kommittén finner nämligen uppenbart, att *rätt* till fri sjukvård bör tillkomma envar, som lider av någon av de ifrågavarande sjukdomarna. På grund härav och då enligt kommitténs förmenande i ett mycket avsevärt antal fall sjukhusvård torde med hänsyn till den sjukes egen behandling vara att föredraga framför hemvård, komme en lättnad i isoleringstvånget måhända icke att innebära någon mera betydande minskning av epidemisjukhusens beläggning. Först efter ett flertal år kan tillräcklig erfarenhet härom vinnas. Härtill kommer, att en reservläggning av epidemisjukhus kan tjäna ett flertal olika betydelsefulla hälsovårdande och sjukvårdande uppgifter. Under sådana omständigheter torde det sakna praktisk betydelse, att kommittén icke tagit ställning till ifrågavarande spörsmål. Kommittén vill emellertid förorda, att detsamma göres till föremål för en allsidig utredning och belysning genom medicinalstyrelsens försorg.

c) Vård å epidemisjukhus för vissa i epidemilagen ej omnämnda sjukdomar.

De sakkunniga.

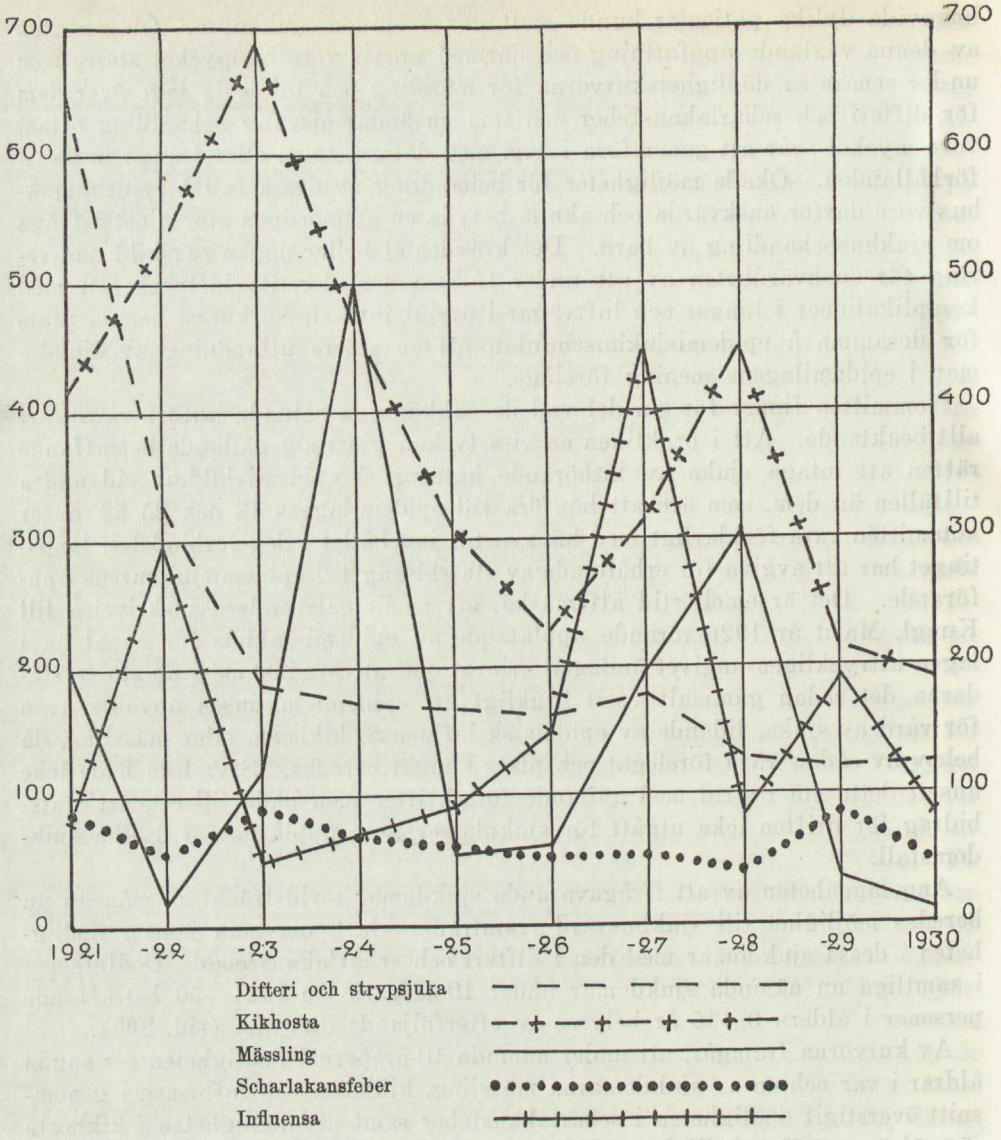
Det tredje ämne, som upptogs till överläggning med nämnda sakkunniga, var som nämnts frågan om lämpligheten av att bereda plats å epidemisjukhus för sjuka, lidande av i epidemilagen ej upptagna epidemiska sjukdomar, främst mässling och kikhosta. Till en början framhöllo de sakkunniga, att det för närvarande vore förenat med stora svårigheter att bereda personer, lidande av komplikationer till nämnda sjukdomar, plats på våra offentliga sjukhus. På lasaretten mottoges sådana personer endast undantagsvis till följd av den stora smittrisken för andra patienter, framför allt barn, som icke genomgått dessa sjukdomar. Beträffande epidemisjukhusen vore dessa enligt gällande epidemilag visserligen icke avsedda enbart för de i lagens 2 § särskilt omnämnda sjukdomarna. Länsstyrelsen hade jämlikt lagens 13 § att, om annan smittsam sjukdom vunnit stor utbredning, genast vidtaga de åtgärder och meddela de föreskrifter till sjukdomens förekommande eller hämmande, som kunde på länsstyrelsen ankomma. Enligt 25 § i samma lag ägde vidare länsstyrelse, därest sådan smittsam sjukdom vunnit större utbredning på en ort eller uppträdde i mera elakartad form, att efter förste provinsialläkarens hörande förordna, att vad i lagen stadgades angående där omnämnda sjukdomar jämväl skulle i de delar, som prövades nödigt, vinna tillämpning beträffande andra smittsamma sjukdomar. Vid förekommande behov av sjukhusvård för ifrågavarande sjukdomar i andra fall än nu nämnda hade i vissa distrikt, t. ex. de tre största städerna, då så kunnat ske utan men för övriga patienter, intagits sjuka, lidande av komplikationer i samband med mässling, kikhosta eller influensa, oftast lunginflammation. Patienter med mässling och kikhosta hade stundom intagits även på sociala indikationer. I andra distrikt åter hade ovisshet rått,

huruvida dylika patienter kunde mottagas å epidemisjukhusen. Olägenheten av denna växlande uppfattning och därmed praxis vore så mycket större som under senare år dödlighetskurvorna för mässling och kikhosta låge över dem för difteri och scharlakansfeber och som en ändamålsenlig behandling oftast vore mycket svår att genomföra i hem med dålig hygien eller trånga bostadsförhållanden. Ökade möjligheter för behandling av dessa fall å epidemisjukhus vore därför önskvärda och skulle betyda en synnerligen stor vinst i fråga om sjukhusbehandling av barn. Det krävdes ej heller någon särskild motivering för önskvärdheten av att under sådana perioder, då influensafall med komplikationer i lungor och luftvägar i övrigt inträffade, kunna bereda plats för desamma å epidemisjukhusen utan att en större utbredning av sjukdomen i epidemilagens mening förelåge.

Kommittén finner för sin del vad de sakkunniga sålunda anfört vara värt allt beaktande. Att i praktiken en viss tvekan gjort sig gällande beträffande rätten att intaga sjuka av hithörande kategori å epidemisjukhus vid andra tillfällen än dem, som äro att hänföra till epidemilagens 13 och 25 §§, anser kommittén vara förklarligt med hänsyn till innehållet i den förbindelse, landstinget har att avgiva för erhållande av statsbidrag till epidemisjukhusens uppförande. Det är emellertid att märka, att medicinalstyrelsen i skrivelse till Kungl. Maj:t år 1926 rörande upplåtande av epidemisjukhus för annat än i lagen uttryckligen angivet ändamål erinrat om, att åtminstone i de större städerna det sedan gammalt varit brukligt att epidemisjukhusen använts även för vård av sjuka, lidande av epidemisk influensa, kikhosta eller mässling, då behov av sådan vård förelegat och plats kunnat beredas. Styrelsen hade icke ansett detta stå i strid med gällande föreskrifter men hade tillsett, att statsbidrag för driften icke utgått för sjukplatser, som upplåtits för dylika sjukdomsfall. Kommittén.

Angelägenheten av att ifrågavarande sjukdomar i vidsträcktare mån än nu beredas möjlighet till sjukhusvård framträder klart, om man jämför dödligheten i dessa sjukdomar med den i difteri och scharlakansfeber. Dödligheten i samtliga nu nämnda sjukdomar under 10-årsperioden 1921—30 beträffande personer i åldern 0—15 år belyses av efterföljande diagram (sid. 260).

Av kurvorna framgår, att under nämnda 10-årsperiod dödligheten för sagda åldrar i var och en av sjukdomarna mässling, kikhosta och influensa i genomsnitt överstigit dödligheten i scharlakansfeber samt att dödligheten i kikhosta jämväl överträffat dödligheten i difteri. Det synes kommittén därför vara av synnerlig vikt att, där sjukdomens art så påfordrar och det utan men för övriga sjuka kan ske, fall av mässling, kikhosta eller influensa intagas för vård å epidemisjukhus. Ett medgivande av denna innebörd förutsätter emellertid med hänsyn till berörda sjukdomars stora smittfarlighet, att betryggande isoleringsåtgärder vidtagas. Under denna förutsättning kunna även på mindre sjukhus utan nämnvärd smittrisk ifrågavarande sjukdomsfall vårdas samtidigt med patienter, lidande av andra sjukdomar, vilket särskilt bör hållas i minnet, då om- eller tillbyggnad av epidemisjukhus planeras. En tillfredsställande vård av ett blandat klientel i en och samma byggnad kräver ock all-



tid en mycket kunnig och uppmärksam vårdpersonal. Förfogar epidemidistrikt över ett flertal mindre sjukhus, något som vanligen är fallet, där en stark koncentration icke är genomförd, torde vid behov ett eller annat epidemisjukhus kunna helt disponeras för vård av ifrågavarande fall. Å större sjukhus eller där flera paviljonger ingå i sjukhuset kan givetvis en betryggande isolering åstadkommas med större lätthet än eljest. Kommittén anser det vara av sådan vikt, att mässlings-, kikhoste- och influensapatienter med allvarliga komplikationer erhålla vård å epidemisjukhus, att ett öppnande av tomma, i reserv lagda sjukhus för omhändertagande av sådana sjuka enligt kommitténs uppfattning stundom kan vara väl motiverat.

Som tidigare antytts hava önskemål uttalats, att även sådana infektiösa sjukdomar som rosfeber, elakartad halsfluss och svårare infektioner i luftvägarna kunde beredas vård på epidemisjukhus. Detta gäller även svåra variga inflammationer i underhudsbindväven eller bensystemet m. fl. Ifrågavarande sjukdomsfall bereda, enligt vad för kommittén upplysts, lasarettsvården ofta stora svårigheter, i synnerhet under trånga beläggningsförhållanden. Kommittén finner därför ett tillmötesgående i möjligaste mån av nämnda önskemål befogat. Särskilt de vid lasaretten belägna epidemisjukhusen torde i detta hänseende kunna bliva till gagn. Av tabell 59 framgår emellertid, att även de stora städernas fristående epidemisjukhus emottaga fall av denna art (grupp c) till vård, varför dessa sjukhus icke må i detta sammanhang förbises. För nu ifrågavarande upplåtelser böra uppenbarligen gälla enahanda villkor som vid förenämnda epidemiska sjukdomar.

Här föreslagen utvidgning av epidemisjukhusens användning synes böra medföra viss ändring i gällande bestämmelser om statsbidrag till epidemisjukvården. Härtill återkommer kommittén i kap. 21. Frågan om användande av epidemisjukhus för annat ändamål än nu nämnts upptager kommittén till behandling längre fram i detta kapitel.

Behovet av permanenta vårdplatser.

Efter att sålunda hava tagit ställning till ovan under a)—c) angivna spörsmål övergår kommittén till frågan om erforderliga antalet stadigvarande eller *permanenta* platser för epidemisjukvården i landet.

Allmänna synpunkter.

Vid prövning av denna fråga måste man hålla i minnet, att epidemisjukvården erbjuder vissa särdrag, främmande för andra grenar av sjukvård. Dessa särdrag härröra ur variationerna i de epidemiska sjukdomarnas framträdande. Epidemisjukvården måste självfallet städse intaga en beredskapsställning och därför vara försedd med ett antal vårdplatser redo för ett vårdbehov utöver det »normala». Sjukvårdskommittén är fullt ense med 1909 års hälsovårdsstadgekommitté därutinnan, att man icke kan anordna denna beredskap i en sådan omfattning, att den med permanenta vårdplatser kan möta extra ordinära vårdbehov. För tillgodoseende av dylika behov måste man som regel räkna med tillfälliga vårdanordningar. Uppenbart är att, i den mån som ramen för den permanenta vården minskas, i samma mån måste anspråken på de tillfälliga vårdanordningarna höjas såväl kvalitativt som kvantitativt. En annan synpunkt, som måste noga beaktas vid en uppskattning av det erforderliga antalet permanenta vårdplatser, är, att två eller flera epidemiska sjukdomar kunna uppträda samtidigt och att sålunda icke samtliga på ett epidemisjukhus tillgängliga platser böra beräknas för vård av en slags sjukdom. Detta gäller särskilt i distrikt, där en sträng centralisering av epidemisjukvården genomförts.

Platstillgång och beläggning.

Såsom utgångspunkt för en uppskattning av ifrågavarande platsbehov torde lämpligen böra i korthet erinras om nuvarande platstillgång å epidemisjukhusen ävensom om epidemiplatsernas beläggning under de senaste tio åren.

Som ovan nämnts förordade 1909 års hälsovårdsstadgekommitté ett utbyggande av den permanenta platstillgången för epidemivården till minst 2 platser per 1 000 invånare för städer i allmänhet och 1 plats per samma antal invånare

för landsbygden. Enligt tabell 18, som grundar sig å den officiella statistiken, hade vid 1930 års utgång ingen av de fyra största städerna uppnått det för städerna föreslagna platsantalet. Främst låg Göteborg med ett platsantal av 1·5 pro mille, sist Norrköping med ett platsantal av 1·0 pro mille. Av landstingsområdena hade sexton uppnått eller överskridit kvottalet 1:1 000, fem[1] hade uppnått ett platsantal av 0·5—0·9 pro mille, medan för återstående tre platsantalet understeg 0·5 pro mille. Siffrorna för Kronobergs, Värmlands och Västernorrlands län äro i detta sammanhang av underordnat intresse, enär dessa läns epidemidistrikt vid den tidpunkt, uppgifterna avse, ännu icke övertagit den slutna epidemisjukvården. Platstillgången för riket i dess helhet utgjorde 1·1 pro mille. Tabellen ifråga utvisar jämväl, att medeltalet vårdade per dag nämnda år för hela riket uppgick till omkring 24 % av de 6 534 befintliga vårdplatserna. Icke inom något sjukvårdsområde hade medeltalet vårdade uppnått platssiffrans storlek. Högst var medelbeläggningen i Norrbottens län, där den utgjorde nära 67 % av antalet vårdplatser.

Den ringa beläggning, som kännetecknar år 1930, är i det stora hela utmärkande även för närmast föregående år. Detta förhållande framgår av tabell 60, som utvisar, att under åren 1924—1928 medeltalet vårdade per dag icke i något sjukvårdsområde uppgått till mera än 65·1 % av medeltalet vårdplatser. För det närmast därefter kommande området var motsvarande procenttal 39·1.

För att ytterligare belysa beläggningsförhållandena har kommittén i tabell 61 sammanställt högsta antalet vårdade på epidemisjukhusen någon dag under vart och ett av åren 1921—1930, dels absolut, dels i procent av antalet »ordinarie»[2] vårdplatser. Varje absolut tal representerar här summan av det högsta antal, som någon dag vårdats på visst områdes samtliga epidemisjukhus. Det torde dock vara endast i sällsynta undantagsfall, som alla sjukhus inom ett givet område haft sin maximalbeläggning samtidigt, varför talen i regel visa ett väsentligt högre antal än det, som i verkligheten vårdats *samma dag* å samtliga sjukhus inom området. Endast i de områden, som förfoga över *ett* sjukhus, återspegla talen de faktiska förhållandena. Såsom framgår av tabellens procentsiffror, har inom 12 områden inträffat, att en på dylikt sätt uträknad maximalbeläggning under ett eller flera av nämnda år överstigit det befintliga antalet vårdplatser. I 6 av dessa områden har detta överskridande förekommit under 1 år och i 3 områden under 2 år, medan i återstående 3 områden överskridande ägt rum under resp. 3, 6 och 8 år. Tabellen utvisar vidare, att inom 5 av övriga områden motsvarande beläggningssiffra under något eller några av åren 1921—1930 nått upp till mellan 100—90·1 % av platssiffran och inom 8 områden till mellan 90—80·1 %, medan inom 3 områden den högst uppgått till mellan 70—50·1 %.

Än mer belysande för beläggningsförhållandena å epidemisjukhusen under ifrågavarande tidsperiod är tabell 62. Densamma upptager för de olika sjukvårdsområdena dels totala antalet epidemisjukhusplatser vid utgången av 1930,

---

[1] Kalmar läns båda landstingsområden härvid räknade som ett område.

[2] Betecknar i den officiella statistiken det *faktiska* antalet permanenta platser, vilket stundom kan avvika från det av medicinalstyrelsen för ändamålet *godkända* antalet.

dels antalet vid samma tidpunkt för ständigt bruk upplåtna platser, båda uppgifterna i enlighet med av landstingens förvaltningsutskott m. fl. lämnade upplysningar (jfr tabell 19), dels ock antalet erforderliga permanenta vårdplatser, beräknat för landstingsområdena efter kvottalet 1: 1 000 samt för de fyra största städerna efter kvottalet 1·5: 1 000. Av tabellen framgår först och främst, att vid nämnda tidpunkt Göteborg och Malmö hade en total platstillgång, som översteg kvottalet 1·5: 1 000, samt att av de 25 landstingsområdena 15 hade större platstillgång än vad som erfordrats enligt kvotsiffran 1: 1 000. De landstingsområden, som icke uppnått denna kvot, voro Kronobergs, Kalmar läns norra och södra, Kristianstads, Malmöhus (jämte Hälsingborg), Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Värmlands, Västernorrlands samt Jämtlands läns landstingsområden, varvid dock beträffande Kronobergs, Värmlands och Västernorrlands läns landstingsområden må beaktas, att landstingen vid ifrågavarande tidpunkt ännu icke övertagit epidemisjukvården därstädes. Ser man åter till de för ständigt bruk upplåtna platserna, befinnes ingen av de fyra största städerna nå upp till kvottalet 1·5: 1 000. Av landstingsområdena ligga ej färre än 16 under kvottalet 1: 1 000. Över samma kvottal ligga Stockholms, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Gotlands, Hallands, Örebro, Västmanlands och Norrbottens läns landstingsområden. Tabellen utvisar vidare förhållandet mellan nämnda platssiffror var för sig och medeltalet för högsta beläggningsfrekvensen någon dag under åren 1921—30. Liksom i tabell 61 har detta senare tal framgått ur summan av högsta antalet någon dag vårdade på vart och ett av resp. områdens sjukhus. Största intresset i detta sammanhang erbjuder förhållandet mellan nämnda medeltal vårdade och antalet erforderliga platser, beräknat efter förut angivna grunder (tabellens sista kolumn). Kommittén skall nedan upptaga detta förhållande till närmare granskning.

Säsongvariationerna i de epidemiska sjukdomarnas framträdande.

Innan kommittén går vidare, vill kommittén något beröra växlingarna i de epidemiska sjukdomarnas framträdande. Det är för envar, som intresserat sig för hithörande frågor, väl känt, att de epidemiska sjukdomarnas frekvens företer stora växlingar såväl för olika årstider (säsongvariationer) som för längre tidsperioder. För att få en uppfattning om säsongvariationerna och deras inverkan på platsbehovet har kommittén hänvänt sig till aktuarien i statistiska centralbyrån fil. lic. I. Uhnbom, som för kommitténs räkning verkställt vissa beräkningar angående dessa variationer på grundval av förste provinsialläkarnas resp. förste stadsläkarnas halvmånadsrapporter över anmälda fall av i epidemilagen angivna smittsamma sjukdomar under åren 1926—1931. Undersökningen ifråga har, såsom framgår av tabell 63, bekräftat, att i flertalet län ett mera eller mindre utpräglat maximum i hithörande sjukdomsfrekvens föreligger för perioden oktober—november. De avvikelser, som vissa län (Östergötlands, Blekinge, Hallands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län) förete, kunna åtminstone i några fall tillskrivas tillfälligheter. Tabell 64 belyser säsongväxlingarna för de särskilda sjukdomarna, varvid för att göra materialet fylligare siffrorna sammanförts för hela riket i stället för områdesvis. Denna tabell giver vid handen, att av hela antalet i epidemilagen upptagna, på dessa år belöpande sjukdomsfall, utgörande cirka 70 000, scharlakansfebern

representerar ungefär 42 500 och difterin omkring 19 400. Tillsammans utgöra dessa sjukdomar sålunda inemot 90 % av det totala antalet. Uppenbarligen äro till följd härav säsongväxlingarna för samtliga epidemiska sjukdomar tillhopa i väsentlig grad bestämda av motsvarande växlingar för de båda nu nämnda sjukdomarna. Maximifrekvensen för scharlakansfebern och difterin framträder under oktober—november månader.

Kommittén. I och för sig intressanta synas de verkställda undersökningarna angående säsongvariationerna i de epidemiska sjukdomarnas framträdande icke kunna giva någon säker ledning för en uppskattning av behovet av permanenta vårdplatser i de olika epidemidistrikten. Av kostnadsskäl har kommittén icke låtit ombesörja någon undersökning beträffande variationerna i de epidemiska sjukdomarnas förekomst, omfattande längre tidsperioder. Det torde för övrigt kunna starkt ifrågasättas, om en sådan undersökning kunnat nämnvärt bidraga till föreliggande frågas lösning. Under alla förhållanden torde det vara förhastat antaga, att den ringa omfattning, i vilken de epidemiska sjukdomarna förekommit under det senaste decenniet, skall bliva för framtiden bestående.

Större värde för bedömande av den permanenta beredskapens erforderliga omfattning synas kommittén de i tabellerna 61 och 62 gjorda sammanställningarna hava. Under antagande att högsta beläggningen inträffat samma dag på samtliga epidemisjukhus, över vilka ett distrikt förfogar, har enligt tabell 62 medeltalet för högsta beläggningsfrekvensen åren 1921—1930 endast i Norrköpings stad uppgått till 100 % av såväl totala antalet platser som antalet för ständigt bruk upplåtna platser. Anledningen till den ogynnsamma ställning, denna stad intager, är att söka i den synnerligen utbredda scharlakansfeberepidemi, som rådde därstädes under åren 1924 och 1925. I förhållande till antalet erforderliga permanenta vårdplatser efter kvottalet 1·5: 1 000 invånare den 31 december 1930 stannar ifrågavarande medeltal vid 73 %. Vid ett motsvarande kvottal av 1: 1 000 för landstingsområdena överstiger medeltalet för högsta beläggningsfrekvensen antalet erforderliga permanenta platser endast i Södermanlands län (118 %) och i Norrbottens län (132 %). Det ogynnsamma läget för dessa två län synes icke bero på en sådan tillfällig stegring som den i Norrköping. Av tabell 61 framgår nämligen, att för Södermanlands län summan av högsta antalet vårdade i procent av antalet »ordinarie» sjuksängar ligger högre än medeltalet för riket under icke mindre än sex av ifrågavarande tio år. I Norrbottens län var summan av högsta antalet vårdade i procent av antalet »ordinarie» sjuksängar högre än medeltalet för riket under vart och ett av åren 1921—1930. De höga talen för Norrbottens län äro måhända beroende på att åldersgruppen 0—15 år är där så talrikt representerad. I detta sammanhang må anföras, att för perioden 1921—1930 medeltalet vårddagar å epidemisjukhusen per 1 000 invånare var högst i Norrbottens (186) och Södermanlands (150) län; för hela riket utgjorde det 89.

Såsom tabell 61 utvisar, fluktuerar beläggningen inom flertalet sjukvårdsområden väsentligt från år till år. Givetvis försvårar detta förhållande möjligheten av att angiva ett någorlunda exakt minimiantal för erforderliga per-

manenta vårdplatser. Det synes emellertid kommittén att, om man än måste vara försiktig med råd och anvisningar i detta hänseende, vissa slutsatser dock kunna dragas av ifrågavarande statistiska uppgifter. Summan av högsta antalet samtidigt vårdade under perioden 1921—1930 (tabell 61) har nämligen endast inom 12 landstingsområden överstigit det efter en beräkningsgrund av en vårdplats per 1 000 invånare uppskattade antalet erforderliga permanenta vårdplatser den 31 december 1930 (tabell 62). Så har skett, förutom i Norrbottens län under 8 år och Södermanlands län under 5 år, i Stockholms län under 4 år, vart och ett av Gävleborgs, Östergötlands och Västmanlands län under 3 år, vart och ett av Älvsborgs, Hallands, Blekinge och Uppsala län under 2 år samt vartdera av Kopparbergs och Örebro län under 1 år. I Norrköpings stad har enahanda förhållande rått under två år. Där har antalet vårdbehövande under de avsedda åren nått en sådan höjd, att det varit otänkbart att tillgodose vårdbehovet med enbart permanenta vårdplatser. Detsamma kan med fog sägas om det höga antalet vårdbehövande under ett år i vartdera av Örebro (290) och Blekinge (237) län samt under två år i Gävleborgs län (442, 432). Bortser man emellertid från dessa höga beläggningstal har, procentuellt sett, beläggningen i de olika länen i förhållande till antalet enligt angivna beräkningsgrund erforderliga permanenta platser uppgått i medeltal till 132 i ett län (Norrbotten), 118 i ett län (Södermanland), 100—91 i ett län, 90—81 i ett län, 80—71 i tre län, 70—61 i fem län, 60—51 i fyra län, 50—41 i ett län, 40—31 i två län, 30—21 i fyra län och 10 i ett län (Kronoberg). De faktiska procenttalen framgå av tabell 62, dock att för Blekinge, Örebro och Gävleborgs län talen, vid frånräknande av angivna höga beläggningssiffror, bliva resp. 63, 60 och 79 i stället för å tabellen angivna 73, 68 och 94.

Under sådana förhållanden synes kommittén en permanent beredskap av en vårdplats per 1 000 invånare vara för landstingsområdena i allmänhet väl rikligt tilltagen och förty medgiva reservläggning eller upplåtelse för annat ändamål av nu befintliga vårdplatser i viss utsträckning. Huru långt detta må ske, kan på grundval av föreliggande material knappast tillfredsställande besvaras generellt för samtliga sjukvårdsområden. Härför äro växlingarna i de epidemiska sjukdomarnas förekomst inom de skilda områdena alltför stora. Det förefaller emellertid kommittén som om den permanenta beredskapen borde vara på ett nöjaktigt sätt tillgodosedd, om antalet permanenta vårdplatser sattes till omkring 10 procent över medeltalet för det under senaste 10-årsperiod högsta antalet vårdade. För de fyra största städernas del kan en dylik uppskattning möjligen anses väl knapp, enär en epidemi därstädes av naturliga skäl lättare får en större och hastigare utbredning. Å andra sidan äro möjligheterna att effektivt bekämpa en epidemi med tillfälliga vårdanordningar avsevärt större i dessa städer än i landstingsområdena. Den angivna beräkningsgrunden torde därför kunna tillämpas även beträffande ifrågavarande städer. Med tillämpning av densamma å 10-årsperioden 1921—1930 skulle i de olika sjukvårdsområdena erfordras permanenta vårdplatser till det antal, som nedan i *kol. a* angives, varvid till jämförelse upptagits dels antalet för ständigt bruk upplåtna vårdplatser vid utgången av år 1930 *(kol.*

Sjukvårdsområde	a	b	c
Stockholms stad	313	439	753
Göteborgs »	195	252	366
Malmö »	[1])	190	192
Norrköpings »	74	64	92
Stockholms läns landstingsområde	256	295	265
Uppsala » »	117	133	138
Södermanlands » »	245	302	189
Östergötlands » »	220	271	249
Jönköpings » »	138	243	232
Kronobergs » »	18	20	156
Kalmar läns norra och södra landstingsområden	86	146	232
Gotlands läns landstingsområde	15	64	57
Blekinge » »	117	120	145
Kristianstads » »	75	98	246
Malmöhus » »	251	376	383
Hallands » »	97	203	150
Göteborgs o. Bohus » »	94	148	213
Älvsborgs » »	213	292	313
Skaraborgs » »	130	199	242
Värmlands » »	79	110	270
Örebro » »	163	279	219
Västmanlands » »	165	184	162
Kopparbergs » »	184	216	250
Gävleborgs » »	290	278	280
Västernorrlands » »	77	126	279
Jämtlands » »	91	128	134
Västerbottens » »	151	186	204
Norrbottens » »	290	333	200

b), dels ock antalet erforderliga permanenta vårdplatser efter beräkningsgrunden 1·5 resp. 1 plats per 1 000 invånare *(kol. c)*.

Såsom av tablån framgår, understiger det enligt kommitténs beräkningsgrund erforderliga antalet permanenta platser i de olika sjukvårdsområdena nästan genomgående de år 1930 för ständigt bruk upplåtna platserna. Endast för Norrköpings stad och Gävleborgs läns landstingsområde råder motsatt förhållande; skillnaden är dock här obetydlig. Beträffande Kronobergs län är tablån direkt missvisande. Epidemisjukhusvården därstädes var nämligen år 1930 ännu mycket ofullständigt utbyggd, på grund varav en stor del epidemiskt sjuka dittills vårdats i hemmen. Talet i kol. a är därför i motsvarande grad för lågt. Tablån belyser för övrigt det vanskliga i beräkningar av platsbehovet efter enhetliga grunder för olika sjukvårdsområden. Jämför man två sådana områden som Värmlands och Kopparbergs län, vilka beträffande läge, natur, folkmängd, befolkningstäthet och andra förhållanden äro någorlunda jämbördiga, finner man, att med utgångspunkt från befintliga platsers högsta beläggning under tio år platsbehovet i Värmlands län är

[1] Då något medeltal för högsta beläggningsfrekvensen icke kunnat erhållas, har ej heller någon uppgift å erforderliga antalet platser här kunnat lämnas.

knappt hälften så stort som i Kopparbergs län. Liknande är förhållandet mellan Västernorrlands och Gävleborgs län; skillnaden i platsbehovet är där t. o. m. ännu större. Den anmärkningsvärt låga siffran för Västernorrlands län torde väl åtminstone delvis förklaras därav, att enligt vad förste provinsialläkaren i länet upplyst, lindrigare fall i viss utsträckning inlagts på smärre kommunala isoleringsanstalter, vilka icke redovisats i den officiella statistiken. Det oaktat torde emellertid ur epidemiologisk synpunkt knappast finnas något skäl för en så avsevärd skillnad beträffande platsbehovet, som siffrorna för här nämnda län utvisa. De av kommittén framlagda siffrorna rörande antalet erforderliga permanenta platser äro därför icke ägnade att direkt läggas till grund för en reservläggning eller upplåtelse för annat ändamål av befintliga epidemiplatser men synas dock kunna vara av visst värde vid bedömande av hithörande spörsmål.

Det svar, kommittén sålunda lämnat på berörda, inom landstingen så aktuella fråga, giver med all sannolikhet icke den ledning för inskränkande av beredskapen mot de epidemiska sjukdomarna, som på många håll önskats. Den nyckfullhet, med vilken de i kvantitativt hänseende viktigaste epidemiska sjukdomarna — difteri och scharlakansfeber — till synes uppträda, och den ojämna fördelning av dem på olika landstingsområden under ett och samma år, som härav är en följd, ha emellertid omöjliggjort för kommittén att lämna mera bestämda anvisningar i förevarande hänseende.

Tillfälliga vårdanordningar. Nuvarande läge.

På grund av växlingarna i epidemiska sjukdomars förekomst förutsätter, som nämnts, en tillfredsställande epidemivård, förutom permanenta vårdplatser, en beredskap av tillfälliga vårdplatser. Gällande lagstiftning utgår ock härifrån, då den stadgar, att varje epidemidistrikt skall vara försett med erforderlig utrustning för sådana tillfälliga sjukvårdslokaler, vilkas inrättande kan nödvändiggöras av särskilda omständigheter (epidemilagens 18 §, 4 st.), samt att epideminämnden skall uppgöra en plan över sjukvårdens ordnande för den händelse att de för distriktet tillgängliga platserna å epidemisjukhus skulle visa sig otillräckliga (samma lags 20 §, 2 st.). Till belysande av den omfattning, i vilken dessa föreskrifter länt till efterrättelse i praktiken, må anföras några kortfattade uppgifter, som härutinnan lämnats av förste provinsialläkarna med anledning av en av medicinalstyrelsen år 1929 föranstaltad enquête rörande sjukhusvården för epidemiskt sjuka. Såvitt av denna enquête framgår, skulle utrustning för ifrågavarande ändamål vara helt eller delvis ordnad för 22 av landets 34 epidemidistrikt. I 9 epidemidistrikt hade man därvid träffat avtal med röda korset om tillhandahållande av dylik utrustning. Från 2 distrikt sade man sig ha för avsikt att vid förekommande behov anlita röda korset. En slutgiltig plan för tillgodoseende av de sjukvårdsbehov, som ej kunna beräknas täckas genom befintliga epidemisjukhus, synes hava utarbetats endast i 7 distrikt, därav 3 städer, som bilda eget distrikt. I 2 landstingsområden hade provisoriska planer uppgjorts. Från 5 landstingsområden uppgavs, att man för ifrågavarande ändamål räknat med befintliga skolhus. Nekande svar hade ingått från 14 landstingsområden och 2 icke-landstingsstäder.

Kommittén. Som synes hade vid tiden för nämnda enquête gällande föreskrifter angående planerande av tillfälliga vårdplatser vunnit beaktande endast i 22 av 34 epidemidistrikt. Detta kan med hänsyn till den ringa efterfrågan på permanenta platser, som varit rådande, väl finna sin förklaring. Uppenbarligen måste det dock betecknas såsom en angelägenhet av stor praktisk betydelse, att föreskrifterna härutinnan efterföljas.

Det ligger i sakens natur, att då de tillfälliga vårdplatserna måste anordnas i byggnader, uppförda och avsedda för andra ändamål än sjukvård, desamma så gott som undantagslöst bliva de permanenta underlägsna ur vårdsynpunkt. I regel lämpa de sig därför icke för sjukdomsfall i akuta stadier och framför allt icke för svåra sådana. Helst böra de användas endast för konvalescentvård. Med hänsyn härtill är det önskvärt, att de tillfälliga vårdplatserna anordnas i en nära epidemisjukhus belägen och i övrigt lämplig byggnad. Vid mycket stora epidemier låter sig antagligen en fördelning av vårduppgiften, på sätt antytts, icke helt genomföra, men självfallet böra här nämnda synpunkter i möjligaste mån beaktas.

Behovet av tillfälliga sjukvårdslokaler kan givetvis lättast tillgodoses på ett tillfredsställande sätt i de städer, som utgöra eget epidemidistrikt. En för ändamålet lämpligt beskaffad och belägen byggnad torde där kunna i allmänhet utan svårighet anskaffas. Goda möjligheter finnas ock att i en sådan byggnad på förhand vidtaga anordningar i syfte att, när så påfordras, inom en mycket kort tidsfrist kunna inmontera erforderliga tvättställ och sköljanordningar o. d. Redan vid t. ex. en skolbyggnads planläggning och inredning kan hänsyn tagas till dess eventuella användning som tillfälligt epidemisjukhus. Annorlunda är förhållandet inom landstingsområdena. Även om deras epidemisjukhus till stor del ligga i städer, torde svårigheterna att anordna tillfälliga epidemivårdplatser i närheten av dessa sjukhus vara väsentligt större i landstingsområdena än i förenämnda städer. Epidemisjukhusen i landstingsstäderna hava att emottaga sjuka från en tämligen vidsträckt rayon, varför ett överfyllt sådant sjukhus ingalunda behöver betyda, att en större epidemi är rådande i vederbörande stad. Vid sådant förhållande finnes måhända ingen anledning att därstädes vidtaga sådana åtgärder som stängande av skolor, förbud mot möten etc. Svårigheter kunna därför uppstå att erhålla en dylik lokal disponibel. Därest inom dessa områden tillfälliga vårdplatser icke kunna på här antydda sätt anordnas, vill kommittén förorda, att konvalescenterna beredas vård i exempelvis en hemortsskola, vid vilken undervisning till följd av epidemien måst inställas.

Olika lokala förhållanden kunna uppenbarligen göra olika vägar framkomliga vid planläggning av denna ingalunda oviktiga angelägenhet. Huvudsaken är emellertid, att en plan verkligen uppgöres och detta i så god tid, att ett improvisorium med dess olägenheter undvikes. Med hänsyn till oberäkneligheten i de epidemiska sjukdomarnas uppträdande förutsätter en sådan plan i regel en ej obetydlig rörlighet i anordningarna för att kunna anses tillfredsställande. I planen bör även ingå tillgodoseende av dessa tillfäl-

liga sjukhus med sängar, sängutrustning, för den personliga hygienen och mathållningen erforderliga utensilier m. m.

Kommittén har för sin del intet att erinra mot att, på sätt hittills i några fall skett, avtal träffas med röda korset om tillhandahållande av utrustning för ifrågavarande sjukhus. De förråd, över vilka röda korset förfogar, sakna emellertid, enligt vad kommittén inhämtat, en del av den erforderliga utrustningen. Denna torde kunna uppdelas i väsentligen fyra grupper: 1) sängar, sängkläder, sänglinne och underkläder för de sjuka, 2) möbler för dagrum och sjukrum, 3) sjukvårdsteknisk utrustning, 4) köksutrustning. De under grupp 1) upptagna artiklarna torde i tillräcklig omfattning kunna påräknas från röda korsets förråd, dock med undantag av sängar och sängkläder för barn samt underkläder för barn och kvinnor. Dessa senare artiklar, särskilt sängutrustningarna, draga icke så alldeles oväsentliga kostnader. Kommittén vill därför anbefalla till övervägande, om icke till komplettering av röda korsets tillgångar härutinnan borde, förslagsvis genom svenska landstingsförbundets förmedling, på tre eller fyra lämpligt belägna platser i riket anordnas förråd av dessa artiklar, att vid behov förhyras av epidemidistrikt. Detsamma gäller i fråga om sängbord. Erforderliga möbler för dagrum torde utan större svårighet kunna förhyras. Den sjukvårdstekniska utrustningen lärer, i den mån röda korsets förråd icke förfogar över dylik, kunna kompletteras ifrån landstingsområdets egna sjukhus. För anskaffande av köksutrustning och matserviser torde inga svårigheter möta.

Vad angår den omfattning, i vilken tillfälliga vårdplatser böra planeras och utrustas, är denna, som tidigare nämnts, givetvis beroende av antalet permanenta platser inklusive i reserv lagda, eventuellt för annat ändamål under viss tid upplåtna epidemisjukhusplatser. Den av 1909 års hälsovårdsstadgekommitté gjorda uppskattningen av erforderliga antalet tillfälliga vårdplatser, beräknad till 50 % av de permanenta platserna för städer i allmänhet och till 25 % för landsbygden, är givetvis i ej ringa mån godtycklig. En beredskap av denna omfattning synes dock kommittén vara tillräcklig, enär den bör giva epidemidistrikten erforderligt rådrum för anskaffande av ytterligare platser, om sådana skulle visa sig behövliga.

Koncentration av epidemivården. Tidigare uttalanden i ämnet.

Redan 1909 års hälsovårdsstadgekommitté framhöll, på sätt ovan närmare utvecklats, vikten av att epidemivårdplatserna sammanfördes till jämförelsevis störrre sjukhus. Även medicinalstyrelsen har vid olika tillfällen givit uttryck åt den uppfattningen, att epidemivården skulle vinna på en koncentration i viss utsträckning, och därvid hävdat liknande synpunkter som hälsovårdsstadgekommittén.

En koncentration av epidemivården har jämväl förordats på grund av statsfinansiella skäl. I 1929 års statsverksproposition framhöll sålunda föredragande departementschefen, under erinran om angelägenheten av att söka nedbringa landstingens och därmed även statens utgifter för epidemivården, att ett effektivt medel för vinnande av detta syfte utan rubbning av de grunder för vårdnadsskyldigheten, som stadgades i epidemilagen, vore en i lämplig omfattning

vidtagen koncentration i avseende å epidemidistriktens vårdmöjligheter. Genom en sådan omläggning vunnes i allmänhet dels besparing i byggnadskostnader, dels ock minskning i personalutgifter, i det att en mera jämn beläggning erhölles. Till följd av de senare årens snabba utveckling på kommunikationsväsendets område med därav betingad förbättring av möjligheterna för transport av sjuka behövde en dylik koncentration icke innebära ett eftersättande av sjukvårdens effektivitet, helst om åtgärder vidtoges för anskaffande av sjukambulanser i nödig omfattning eller för att eljest underlätta möjligheterna för en snabb transport av sjuka. I de distrikt, där epidemivården ännu icke slutligt ordnats, borde därför tagas under noggrant övervägande, huruvida planerade sjukhusbyggen, särskilt sådana å mera avskilda orter, verkligen borde komma till stånd eller om icke platsbehovet på bättre sätt kunde fyllas genom ändrad disposition av redan befintliga anstalter eller eljest genom större centralisering av vården. De distrikt åter, som redan ordnat sin epidemivård, syntes hava anledning att överväga, om icke vissa sjukhus, vilka på grund av belägenhet, obetydlig beläggning eller av annan orsak ställde sig relativt dyra i drift, med hänsyn särskilt till utvecklingen av trafikväsendet kunde läggas i beredskap och sjukvården centraliseras till ett mindre antal centralt belägna anstalter. Åtgärder i sådan riktning hade redan vidtagits inom flera distrikt, och detta syntes hava visat sig vara ekonomiskt fördelaktigt, även då man ansett sig böra lämna särskild reseersättning åt patienter, vilka skulle hava haft kortare väg till något av de nedlagda sjukhusen. Om, såsom på vissa håll tillämpats, de reservlagda sjukhusens personal ej avskedades utan anlitades som reservpersonal vid andra sjukvårdsanstalter, funnes möjlighet att i händelse av behov utan dröjsmål åter taga dessa epidemisjukhus i bruk.

Genom brev den 10 maj 1929 anbefallde Kungl. Maj:t länsstyrelserna i samtliga län att meddela vederbörande landstings förvaltningsutskott innehållet av departementschefens sålunda gjorda uttalande, vilket av riksdagen lämnats utan erinran.

Kommittén. Såsom av tabell 58 framgår har en koncentration av epidemisjukhusen fortgått allt sedan gällande epidemilag trätt i kraft. Antalet epidemisjukhus steg visserligen från 229 år 1919 till 244 år 1924, men samtidigt ökade platsantalet med icke mindre än 555 platser (från 6 222 till 6 777). Vid utgången av år 1930 hade antalet epidemisjukhus sjunkit till 160, vilka dock inrymde tillhopa 6 534 vårdplatser. Det genomsnittliga antalet platser per sjukhus uppgick alltså nämnda år till resp. 27, 28 och 41. En jämförelse mellan åren 1919 och 1930 ger vid handen, att under berörda tidsperiod antalet epidemisjukhus sjunkit med 30 %, under det att antalet platser per sjukhus ökat med 52 %.

Som denna fråga för närvarande ligger till, torde det vara överflödigt att här ånyo tillråda en koncentration och angiva skäl härför. Till vad härutinnan anförts av föredragande departementschefen i 1929 års statsverksproposition har kommittén intet av vikt att tillägga. Såvitt kommittén inhämtat, hava inga påtagliga olägenheter försports av den koncentration, som hittills skett. Endast undantagsvis hava betänkligheter framförts från barnens föräldrar i fråga om de längre avstånd, som blivit en följd av koncentrationen, såsom i

Kalmar län, där för vissa orter avståndet till närmaste epidemisjukhus uppgivits uppgå till 10 mil.

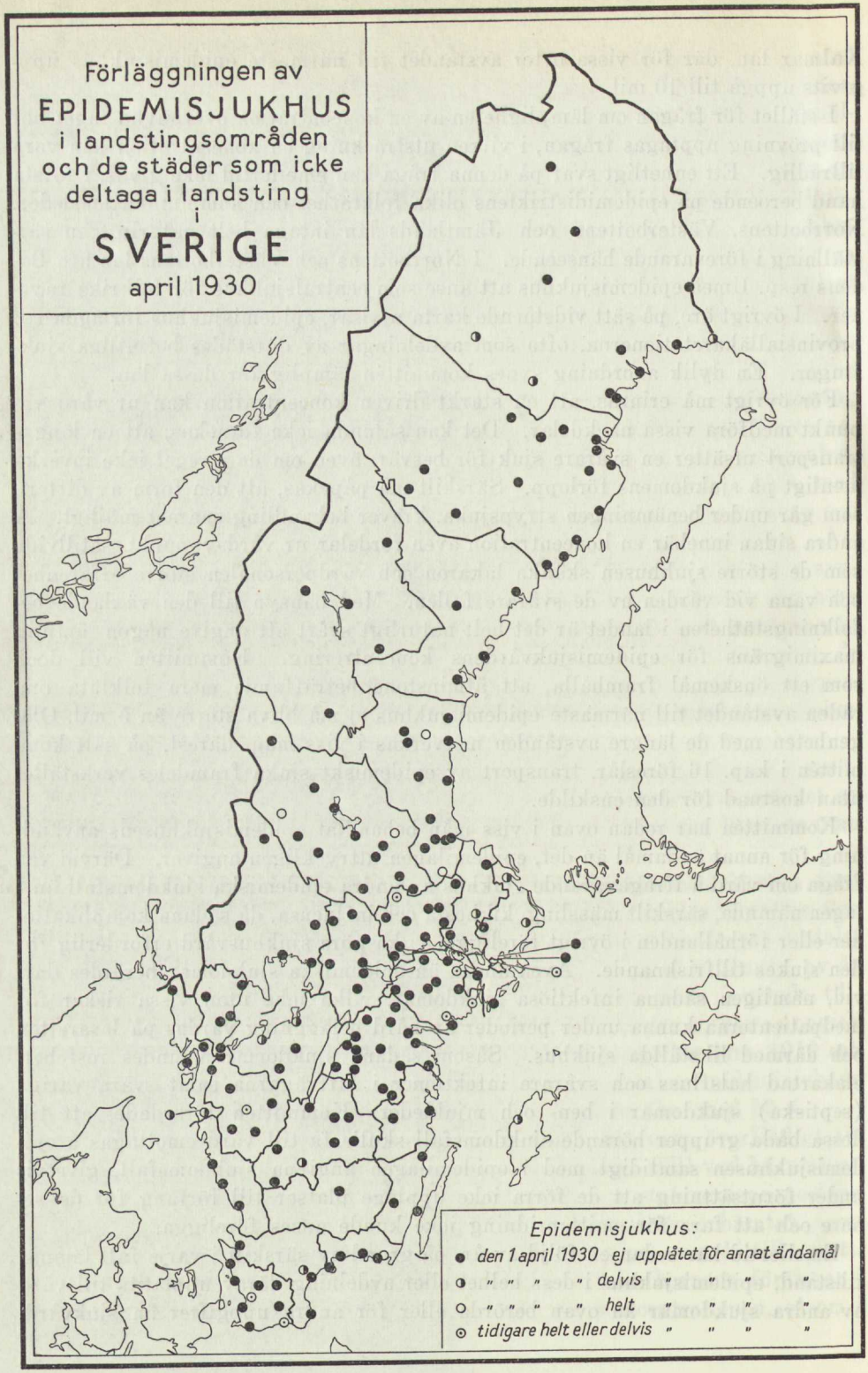
I stället för frågan om lämpligheten av en koncentration överhuvud taget bör tilll prövning upptagas frågan, i vilken utsträckning en koncentration kan vara tilllrådlig. Ett enhetligt svar på denna fråga kan emellertid icke givas, i första hand beroende på epidemidistriktens olika folktäthet och kommunikationsleder. Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län intaga helt naturligt en särställning i förevarande hänseende. I Norrbottens och Västerbottens län äro Bodens resp. Umeå epidemisjukhus att anse som centralsjukhus för folkrika rayoner. I övrigt äro, på sätt vidstående karta utvisar, epidemisjukhus förlagda till provinsialläkarstationerna, ofta som avdelningar av därstädes befintliga sjukstugor. En dylik anordning synes kommittén lämplig för dessa län.

För övrigt må erinras, att en starkt driven koncentration kan ur vårdsynpunkt medföra vissa nackdelar. Det kan sålunda icke förnekas, att en längre transport utsätter en svårare sjuk för besvär, även om de i regel icke inverka menligt på sjukdomens förlopp. Särskilt må påpekas, att den form av difteri, som går under benämningen strypsjuka, kräver behandling snarast möjligt. Å andra sidan innebär en koncentration även fördelar ur vårdsynpunkt såtillvida som de större sjukhusen skänka läkaren och vårdpersonalen större erfarenhet och vana vid vården av de svårare fallen. Med hänsyn till den växlande befolkningstätheten i landet är det helt naturligt svårt att angiva någon lämplig maximigräns för epidemisjukvårdens koncentrering. Kommittén vill dock som ett önskemål framhålla, att åtminstone beträffande mera folktäta områden avståndet till närmaste epidemisjukhus ej må bliva större än 5 mil. Olägenheten med de längre avstånden motverkas i viss mån, därest, på sätt kommittén i kap. 16 föreslår, transport av epidemiskt sjuka framdeles verkställes utan kostnad för den enskilde.

Användning av epidemisjukhus för annat ändamål.

Kommittén har redan ovan i viss mån behandlat epidemisjukhusens användning för annat ändamål än det, epidemilagen uttryckligen angiver. Därvid var fråga om vård å ifrågavarande sjukhus av andra epidemiska sjukdomsfall än i lagen nämnda, särskilt mässling, kikhosta och influensa, då sådana komplikationer eller förhållanden i övrigt föreligga, vilka göra sjukhusvård erforderlig för den sjukes tillfrisknande. Även andra än epidemiska sjukdomar berördes därvid, nämligen sådana infektiösa sjukdomar, vilka icke utan vissa risker för medpatienterna kunna under perioder av hård beläggning vårdas på lasaretten och därmed likställda sjukhus. Såsom sådana sjukdomar nämndes rosfeber, elakartad halsfluss och svårare infektioner i luftvägarna samt svåra variga (septiska) sjukdomar i ben- och mjukleder. Kommittén förordade, att till dessa båda grupper hörande sjukdomsfall skulle få till vård emottagas å epidemisjukhusen samtidigt med i epidemilagen angivna sjukdomsfall, givetvis under förutsättning att de förra icke upptoge platser till förfång för de senare och att fara för smittspridning icke kunde anses föreligga.

Emellertid har sedan en följd av år, på grund av särskilt i varje fall lämnat tillstånd, epidemisjukhus i dess helhet eller avdelning därav upplåtits till vård av andra sjukdomar än ovan berörda eller för andra uppgifter än sjukvård.


Förläggningen av
EPIDEMISJUKHUS
i landstingsområden
och de städer som icke
deltaga i landsting
i
SVERIGE
april 1930
Epidemisjukhus:
den 1 april 1930 ej upplåtet för annat ändamål
" " " " delvis " " " "
" " " " helt " " " "
tidigare helt eller delvis " " " "

Särskilt tillstånd har erfordrats, enär jämlikt kungl. kungörelsen den 7 september 1920 angående statsbidrag för uppförande, inrättande eller inlösen av epidemisjukhus som villkor för dylikt bidrags utgående föreskrivits, att vederbörande förbinder sig att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande i framtiden använda epidemisjukhuset till annat än det därmed avsedda ändamålet.

Tidigare uttalanden m. m.

I utlåtanden över ansökningar i förenämnda syfte har *medicinalstyrelsen år 1926* anfört, att åren 1922—1925 kunde ur epidemisk synpunkt, frånsett scharlakansfebern, betecknas såsom ovanligt gynnsamma, vilket förklarade, att flera epidemisjukhus varit påfallande ringa belagda. Önskemålen om användande av en del mindre epidemisjukhus och delar av andra epidemisjukhus även för annan vård än den från början avsedda borde enligt styrelsens åsikt tillgodoses, i den mån epidemisjukvården icke därav bleve lidande. Det vore emellertid ingalunda säkert eller ens sannolikt, att det dåvarande goda hälsotillståndet komme att fortfara någon längre tid. Man måste därför vara beredd på att de epidemiska sjukdomarna tidvis återkomme i ökad omfattning, så att epidemisjukhusen helt måste upplåtas för vården av dessa sjukdomar. Detta borde emellertid icke utgöra hinder för bifall till de gjorda framställningarna, under förutsättning att endast smärre epidemisjukhus eller vissa tillräckligt isolerade avdelningar av övriga sjukhus upplätes för annan sjukvård, att snabb utrymning kunde och skulle äga rum efter anmodan samt att statsbidrag för driften av epidemisjukhusen icke utginge för sjukdomsfall, som icke föllo under epidemilagen.

I statsverkspropositionen till *1927 års riksdag* berörde föredragande departementschefen för socialärenden i sammanhang med anslaget till uppförande m. m. av epidemisjukhus vissa på Kungl. Maj:ts prövning då beroende frågor om användning av epidemisjukhus för annat ändamål än det därmed ursprungligen avsedda. En av dessa frågor avsåg tillfällig användning av epidemisjukhus för annat sjukvårdsändamål under tider, då platserna därstädes icke behövdes för vård av epidemiska fall. En annan avsåg anordnande i visst landsting tillhörigt, då stängt epidemisjukhus av sådant arbetshem för kvinnor, som avses i 33 § av fattigvårdslagen, med rätt för landstinget att för arbetshemmets anordnande tillgodoräkna sig det för epidemisjukhusets uppförande uppburna statsbidraget eller, därest återbetalning av detsamma skulle äga rum, uppbära motsvarande statsbidrag.

Departementschefen betonade till en början önskvärdheten av att söka för andra *sjukvårds*ändamål utnyttja epidemisjukhusplatser å de orter där och under de tider då sådana platser ej krävdes för vård av epidemiska fall. Sådana upplåtelser måste anses ägnade att medföra ett bättre tillvaratagande av förefintliga, med avsevärda ekonomiska uppoffringar från det allmännas sida anordnade epidemisjukhusplatser, och de kunde även bidraga att i någon mån minska behovet av platser å andra sjukvårdsanstalter. Visserligen kunde sådant utnyttjande ske endast i viss begränsad omfattning, ty med hänsyn till nödvändigheten att vid förefallande behov tillräckligt hastigt kunna återtaga erforderligt antal sjukhusplatser i bruk för deras egentliga ändamål kunde den tillfälliga upplåtelsen endast komma att avse användning för sådana sjuk-

domsfall, där en förflyttning av patienterna utan tidsutdräkt vore möjlig. Vidare måste tillses, att fullt betryggande anordningar kunde vidtagas för att förhindra icke blott överförande av epidemisk smitta till patienter å sådana sjukhusavdelningar, som tillfälligtvis upplåtits för annan sjukvård, utan även i förekommande fall smittöverföring från där inlagda patienter till epidemiskt sjuka.

Beträffande den andra av förenämnda frågor fann departementschefen det vara ur statsverkets synpunkt fördelaktigt, att det stängda epidemisjukhuset även utan återbärande av statsbidraget finge komma till användning för det avsedda nya ändamålet (arbetshem för kvinnor). Visserligen skulle landstinget vid byggnadens omändring till arbetshem äga i statsbidrag uppbära endast hälften av kostnaderna för nödiga om- eller tillbyggnadsarbeten, vilka kostnader avsevärt understege det uppburna statsbidraget, men å andra sidan skulle, om landstinget nödgades uppföra ny byggnad för arbetshemmet och läte epidemisjukhusbyggnaden fortfarande stå oanvänd, statsbidrag till nybyggnaden utgå med hälften av byggnadskostnaderna intill ett belopp av 2 500 kronor för vårdplats. Det syntes departementschefen på den grund lämpligt, att, där så prövades skäligt, användning gjordes av den enligt gällande författning för Kungl. Maj:t till buds stående möjligheten att dispensera från återbärande av statsbidrag, då epidemisjukhus toges i bruk för annat ändamål än det ursprungligen avsedda. Sådan dispens borde ifrågakomma, då epidemisjukhus, som funnes ej vidare vara behövligt för sitt ändamål, användes till anstalt, för vars uppförande eller inrättande statsbidrag eljest skulle utgå, t. ex. arbetshem eller alkoholistanstalt. Givetvis borde sådant medgivande lämnas efter noggrann prövning såväl av frågan om sjukhusplatsernas behövlighet för epidemivården som av behovet av anstaltsplatser för det ifrågasatta nya ändamålet. Därvid borde också tillses, att möjligheten till omändring av epidemisjukhus för annat ändamål utan återbärande av statsbidrag ej utnyttjades i syfte att kringgå gällande bestämmelser beträffande statsbidrag för olika förekommande anstaltsändamål.

1927 års riksdag uttalade för sin del, att även om vissa betänkligheter kunde riktas mot en upplåtelse av epidemisjukhusen för de ändamål, departementschefen angivit, riksdagen likväl icke kunnat undgå att finna förslagen såväl ur ekonomisk som praktisk synpunkt så beaktansvärda, att riksdagen ansett sig icke böra framställa någon erinran mot desamma. Riksdagen förbisåge ej härvid, att genom dylik upplåtelse svårigheter i vissa fall kunde uppstå att vid inträffande epidemier med önskvärd skyndsamhet åter taga sjukhusen i anspråk för sitt egentliga ändamål. Enligt riksdagens mening torde en användning av epidemisjukhusen, på sätt sålunda ifrågasatts, synnerligen väl lämpa sig i fråga om konvalescenter.

Med anledning av vad sålunda förekommit bemyndigade Kungl. Maj:t genom *brev den 6 maj 1927* medicinalstyrelsen att efter framställning från vederbörande epideminämnd eller hälsovårdsnämnd medgiva *tillfällig* användning av epidemisjukhus eller avdelning av sådant sjukhus för annat *sjukvårds*ändamål än det därmed avsedda med iakttagande av bland annat:

att vid framställningen fogades förbindelse av vederbörande att, då så erfordrades, skyndsamt låta utrymma ifrågavarande sjukhuslokaler och sjukhusområden,

att medgivande finge lämnas endast där så funnes kunna ske utan att epidemisjukvården därav bleve lidande,

att medgivande finge lämnas allenast för viss tid, med rätt för medicinalstyrelsen att före utgången av nämnda tid återkalla medgivandet, då skäl till en sådan åtgärd kunde anses föreligga,

att medicinalstyrelsen i samband med medgivande av förevarande art hade att meddela föreskrift om vidtagande av de anordningar, som kunde finnas påkallade för att på ett fullt betryggande sätt förhindra icke blott överföring av epidemisk smitta till patienter, inlagda å för annat sjukvårdsändamål använt epidemisjukhus eller avdelning av dylikt sjukhus, utan även smittöverföring från sådana patienter till epidemiskt sjuka, samt

att statsbidrag till driften av epidemisjukhus icke finge utgå för tid, varunder vederbörande sjukplatser å sådant sjukhus eller avdelning därav varit belagda för andra sjukdomsfall än de i epidemilagen avsedda.

I *1929 års statsverksproposition* berörde föredragande departementschefen för socialärenden uppkommen fråga om utvidgning av rätten att använda epidemisjukhus till annat än dess ursprungliga ändamål utan skyldighet att återbära uppburet statsbidrag. Departementschefen anförde därvid, att fråga allt emellanåt uppkomme om användning av epidemisjukhus för annat allmännyttigt ändamål än för annan sjukvård eller såsom anstalt, till vars uppförande eller inrättande statsbidrag överhuvud eljest skulle utgå. Som sådana andra allmännyttiga ändamål angavs användning såsom hem för barn från tuberkulossjuka familjer samt såsom barnavårdsinrättningar av olika slag. I dessa fall framkomme ganska allmänt den uppfattningen, att då epidemisjukhusens anskaffande föranletts av en av statsmakterna beslutad lagstiftning, det icke vore fullt rimligt, att, när sedan sjukhusen bleve överflödiga, den härigenom uppkomna förlusten helt skulle stanna på epidemidistrikten. Å andra sidan kunde starka principiella skäl anföras för att rätten att under dylika omständigheter behålla statsbidragen begränsades till de fall, då sjukhusen skulle användas för ändamål, till vilkas främjande byggnadsbidrag av statsmedel utginge. Därest en utvidgning därutöver skulle befinnas lämplig, bleve det en angelägenhet av ganska invecklad beskaffenhet att rättvist uppdraga en ny slutlig gränslinje.

Mot vad departementschefen sålunda anfört framställdes icke någon erinran från riksdagens sida.

Förevarande spörsmål anmäldes ånyo till *statsrådsprotokollet för socialärenden den 3 juli 1931*. Föredragande departementschefen erinrade därvid, att frågan, i vilken utsträckning och under vilka villkor befrielse från skyldighet att återbära statsbidrag borde kunna inträda, om epidemisjukhus användes till annat allmännyttigt ändamål än sådant, för vilket statsbidrag utginge, ännu kvarstode olöst. Kungl. Maj:t hade visserligen nyligen i två särskilda fall på vissa villkor medgivit, att epidemisjukhus finge användas

till upptagningsanstalter för friska barn från tuberkulösa familjer utan skyldighet för vederbörande landsting att återbära för uppförandet uppburet statsbidrag eller del därav, men dessa medgivanden, som begränsats att gälla tillsvidare intill den 1 juli 1932,[1] innefattade endast ett provisorium i avbidan på ett principiellt ståndpunktstagande i frågan. Åt medicinalstyrelsen borde därför uppdragas att verkställa utredning och avgiva förslag i ämnet.

Sedan i enlighet härmed sådant uppdrag meddelats medicinalstyrelsen, har emellertid Kungl. Maj:t på framställning av styrelsen den 4 december 1931 återkallat det styrelsen meddelade uppdraget samt i stället uppdragit åt statens sjukvårdskommitté att verkställa ifrågavarande utredning ävensom avgiva det förslag, vartill utredningen kunde giva anledning. Som motiv för sin framställning hade medicinalstyrelsen anfört bland annat, att sjukvårdskommittén redan verkställt förberedande utredning i frågan ävensom att enligt styrelsens åsikt starka skäl talade för att frågan upptoges i ett större sammanhang och såges i samband med spörsmålet om upplåtande även av andra sjukhus än epidemisjukhus för annat ändamål än sådant, för vilket vederbörande sjukhus vid statsbidragets beviljande varit avsett.

Omfattningen av nuvarande upplåtelser.

Tillstånd till användande av epidemisjukhus för annat än det därmed avsedda ändamålet utan skyldighet för vederbörande att återbära för uppförandet uppburet statsbidrag eller del därav har till och med 1932 års utgång av Kungl. Maj:t meddelats i 15 fall. Av dessa avse 9 användning till hem för kroniskt sjuka, 2 till tuberkulossjukstugor, 1 till beredande av vård åt tuberkulospatienter i behov av sanatorievård (vederbörande landsting har sedermera frånträtt sitt beslut om epidemisjukhusets användande för ifrågavarande ändamål), 1 till barnsanatorium, 1 till upptagningsanstalt för friska barn från tuberkulösa familjer och 1 till arbetshem för kvinnor. Åtskilliga av nu nämnda tillstånd avse upplåtelse för alltid, andra upplåtelse för viss tid.[2]

Medicinalstyrelsen har *dels* med stöd av Kungl. Maj:ts förenämnda bemyndigande den 6 maj 1927 medgivit tillfällig användning av epidemisjukhus eller avdelning av sådant sjukhus för annat sjukvårdsändamål i ett rätt stort antal fall, avseende användning till vård av kroniskt sjuka, tuberkulösa, sinnessjuka, septiska fall, konvalescenter samt sjuka, som eljest skolat intagas å lasarett eller sjukstuga, *dels* på grund av särskilda bemyndiganden medgivit dylik tillfällig användning till skoländamål, fattigvårdsändamål och såsom hem för friska barn från tuberkulösa familjer. I samtliga fall har den permanenta beredskapen i de områden, vederbörande sjukhus haft att betjäna, varit så väl tillgodosedd, att en inskränkning kunnat ske utan fara för epidemisjukhusvårdens behöriga utövande under »normala» förhållanden.

Det antal vårdplatser, som med vederbörligt tillstånd under hela året eller del av året nyttjats och kunnat nyttjas för annat ändamål än epidemisjukvård, uppgick år 1927 till 335, år 1928 till 398, år 1929 till 543 och år 1930 till 575. I tabell 65 lämnas en per den 31 december 1930 upprättad förteckning över de

[1] Tillståndet i ett fall utsträckt till 1/7 1934.

[2] I 10 andra fall, avseende avhändande för beständigt av epidemisjukhus, har återleverering av beviljat statsbidrag eller del därav föreskrivits.

epidemisjukhus, som på grund av vederbörligt tillstånd för viss tid nyttjats eller kunnat nyttjas för annat ändamål än epidemisjukvård. Enligt denna förteckning gällde dylikt tillstånd för 463 platser. Då antalet sjuksängar å epidemisjukhusen nämnda dag enligt från landstingens förvaltningsutskott m. fl. inhämtade uppgifter (tabell 19) utgjorde 7 111, uppgick alltså det *medgivna* antalet platser, som finge användas för annat ändamål, till 6·5 % av hela antalet platser. Det *faktiska* antalet för annat ändamål upplåtna platser uppgick enligt sistnämnda tabell till 539 eller 7·6 % av totala antalet platser.

Kommittén.

Frågan angående epidemisjukhusens upplåtande till annat ändamål än det, för vilket de äro ursprungligen avsedda, har, såsom ovan antytts, såväl en rent sjukvårdsorganisatorisk som en ekonomisk sida. Frågans omfattning och innebörd synas kunna återgivas på följande sätt:

A. Upplåtande av epidemisjukhus eller del därav
   a) för annat sjukvårds- eller hälsovårdsändamål;
   b) för icke sjukvårds- eller hälsovårdsändamål.

I båda fallen kan upplåtelse tänkas ske antingen för ständigt bruk eller ock för viss begränsad tid åt gången (periodisk upplåtelse). Med periodisk upplåtelse avses att förbinda villkoret, att platserna skola ställas till epidemivårdens förfogande, så snart behov därav visar sig.

B. Återbetalning av statsbidrag, då epidemisjukhus eller del därav upplåtes för
   a) sådant ändamål, för vilket statsbidrag utgår;
   b) sådant ändamål, för vilket statsbidrag icke utgår.

Spörsmålet under B., som är av rent ekonomisk natur, behandlar kommittén i kap. 21. Den rent sjukvårdsorganisatoriska delen av ifrågavarande ämne skall däremot här upptagas till behandling.

Kommittén har ovan lämnat vissa anvisningar för beräknandet av det erforderliga antalet permanenta vårdplatser i rikets sjukvårdsområden. Därvid ha dock starkt betonats de vanskligheter, som äro förenade med en dylik beräkning. Med hänsyn härtill finner kommittén försiktigheten bjuda, att där upplåtelse av epidemivårdplatser för annat ändamål kan ifrågakomma, upplåtelse för *ständigt* bruk sker först efter ingående överväganden och sedan tillräcklig erfarenhet om storleken av det s. a. s. ordinarie platsbehovet vunnits. För vilka ändamål sjukhus sålunda avhändas epidemivården, är i detta sammanhang av underordnad betydelse. Kommittén lämnar därför frågan i denna del åsido.

Vid *periodisk* upplåtelse av epidemisjukhus för annat ändamål kan man givetvis bestämma antalet permanenta vårdplatser snävare än då fråga är om ett utbrytande helt och hållet av sjukhus från epidemisjukvården. Huru långt man härvid kan gå beror på flera omständigheter, såsom geografiska förhållanden, sjukhusens storlek m. m. Ett avsevärt inflytande bör ock tillmätas det nya ändamålets art. Kommittén vill i detta hänseende som sin åsikt uttala, att epidemisjukhus böra endast i trängande fall upplåtas för andra ändamål än sådana, som falla inom ramen för sjukvård och hälsovård. Även om förbindelse lämnas, att sjukhuset vid behov skall omedelbart utrymmas, kunna lätt

meningsskiljaktigheter uppstå mellan vederbörande myndigheter beträffande möjligheten att inom den tidrymd, hälsovårdsmyndigheten bestämt, utrymma sjukhuset. Den för sjukvården ansvariga myndigheten äger härvid ofta icke tillräcklig överblick över möjligheten för en snabb evakuering, och härigenom kunna för sjukvården menliga förhållanden uppstå. Ju längre upplåtelsen varat, desto lättare kunna förvecklingar av denna art uppstå. Annorlunda gestaltar sig denna fråga, då upplåtelsen skett för sjuk- eller hälsovårdsändamål. I dessa fall har den medicinska myndigheten helt annan kompetens och därmed väsentligt större möjligheter att bedöma läget, vårdbehovet och utvägarna för dess tillgodoseende. Ur nämnda synpunkt kunna och böra enligt kommitténs uppfattning sjukvårds- och hälsovårdsändamål framdeles helt jämställas, d. v. s. förfarandet vid ansökan om periodisk upplåtelse för t. ex. vård av friska barn från tuberkulösa hem bör bliva detsamma som då ansökan avser sjukvårdsändamål.

Det ligger i öppen dag, att om åtminstone en del av vårdplatserna upplåtes till vård åt sådant klientel, som vid ett hastigt påkommande behov kan så gott som omedelbart utskrivas, tillstånd till ifrågavarande förändring kan och bör beviljas inom en vidare ram än om upplåtelse medgives för vård, som kräver en långsammare evakuering. Lättast att evakuera torde vara personer, som intagits för förebyggande vård, samt konvalescenter. Möjligheterna att evakuera kroniskt sjuka äro givetvis mindre, men även för denna grupp torde i dylik belägenhet platser stå att inom rimlig tidsfrist uppbringa i patienternas hem eller på ålderdomshem. Svårare kunna förhållandena ställa sig för lungtuberkulösa och sinnessjuka. Epidemisjukhus, som kunna beräknas komma att stå i första beredskap närmast efter de permanenta, böra därför icke upplåtas för sjuka, tillhörande någon av sistnämnda grupper.

Det synes kommittén lämpligt, att det medicinalstyrelsen genom kungl. brev den 6 maj 1927 lämnade bemyndigandet att medgiva periodisk användning av epidemisjukhus för annat sjukvårdsändamål utvidgas till att avse jämväl dylik användning för annat ändamål än sjukvård, framför allt hälsovård (förebyggande vård). Det torde vara en onödig omgång, att, såsom hittills skett, tillstånd till upplåtelse för sådant ändamål lämnas av medicinalstyrelsen först efter i varje särskilt fall av Kungl. Maj:t erhållet bemyndigande. Kommittén förordar ock, att villkoren för medgivanden av hithörande art skärpas därhän, att en av medicinalstyrelsen godkänd plan för epidemivården inom distriktet skall förefinnas, innefattande jämväl eventuell reservläggning av epidemisjukhus.

Ovan har antytts, att i förevarande sammanhang jämväl borde beaktas spörsmålet om upplåtelse av *andra* sjukhus än epidemisjukhus för annat ändamål än sådant, för vilket vederbörande sjukhus vid statsbidragets beviljande varit avsett. De sjukhus, som härvid torde hava avsetts, äro sanatorier, tuberkulossjukstugor samt hem för kroniskt sjuka. För dessa sjukvårdsinrättningar ligga emellertid förhållandena annorlunda till än för epidemisjukhusen. Beläggningen är mera stabil, och platsbehovet kan lättare överblickas. Endast i sällsynta fall torde det därför bliva fråga om periodisk upplåtelse av dessa

sjukhus för annat ändamål än det ursprungligen avsedda. Skulle åter genom klart påvisad reduktion av beläggningen ett dylikt sjukhus icke längre visa sig behövligt, bör detsamma för beständigt upplåtas för annat ändamål. Därmed avföres sjukvårdsanstalten från den grupp, den tillhört, och spörsmålet överföres till att bliva av ekonomisk art. Kommittén hänvisar i denna del till kap. 21.

Sammanfattning.

Kommitténs förslag angående organisationen av vår slutna epidemisjukvård kan i huvudsak sammanfattas sålunda.

Den slutna epidemisjukvården bör såsom hittills förfoga över två slag av vårdplatser, nämligen a) permanenta platser, avsedda att täcka det »ordinarie» vårdbehovet och inrymda i särskilda för ändamålet uppförda sjukhus, och b) tillfälliga platser, avsedda att vid extra ordinära behov kunna anordnas i härför lämpade lokaler. Omfattningen av det permanenta platsbehovet kan svårligen bestämmas enhetligt utan måste prövas särskilt för varje epidemidistrikt. Där de geografiska förhållandena och befolkningstätheten så medgiva, bör hithörande vård koncentreras till större sjukhus. Befintliga epidemisjukhus, som icke erfordras för det »ordinarie» epidemivårdbehovets tillgodoseende, böra förläggas i reserv, eventuellt upplåtas för annat ändamål. Periodisk upplåtelse för annat ändamål — med skyldighet för vederbörande att vid behov återställa sjukhuset för dess ursprungliga ändamål — bör förutsätta en hela distriktet omfattande, av medicinalstyrelsen godkänd plan för epidemivården. Bestående upplåtelse för annat ändamål bör ej ifrågakomma förrän ingående kännedom vunnits om det »ordinarie» platsbehovet.

Andra infektiösa sjukdomsfall än de i epidemilagens 2 § upptagna böra, då de sjukas vård så kräver samt platstillgången och isoleringsmöjligheterna det medgiva, kunna intagas på epidemisjukhus även under andra förhållanden än dem, som avses i epidemilagens 13 och 25 §§. I första hand gäller detta fall av mässling, kikhosta och influensa, men även fall av rosfeber, elakartad halsfluss, svårare infektioner i luftvägarna, variga inflammationer i underhudsbindväv och bensystem o. d. böra härvid komma ifråga. För detta ändamål synas främst vid lasarett belägna epidemisjukhus böra komma till användning.

Av synnerlig vikt är slutligen, att en noggrann plan uppgöres för tillgodoseende av det platsbehov, som ej bör eller kan täckas med den permanenta platstillgången. I denna plan bör ingå, förutom anskaffande av erforderliga lokaler, dessas utrustande med sängar och sängkläder samt för den personliga hygienen och mathållningen behövliga utensilier. Ifrågavarande platser böra i första hand användas för vård av konvalescenter och därför helst förläggas i närheten av de permanenta epidemisjukhusen.

Kap. 10. Vårdanstalter för barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis (s. k. Welanderhem).

Inledning. För vård av barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis var man tidigare hänvisad till barnsjukhusen samt lasaretten med deras kuravdelningar. De vårdmöjligheter, som sålunda stodo till buds, voro emellertid föga tillfredsställande. Att lasarettens kuravdelningar icke lämpade sig för nämnda vårduppgift torde ligga i öppen dag. Barnsjukhusen åter ägde alltför ringa platstillgång för att kunna i någon nämnvärd utsträckning mottaga hithörande klientel. Vissa omständigheter gjorde för övrigt även barnsjukhusen mindre ägnade för ifrågavarande vård.

De bristfälliga vårdmöjligheterna på förevarande område gjorde sig särskilt kännbara på grund av de ofta mycket ödesdigra följder, som sjukdomen ifråga visat sig medföra. Sjukdomen har nämligen, om den icke i tid blir föremål för sakkunnig behandling, ett synnerligen ogynnsamt inflytande på barnets kroppsliga och andliga utveckling. Ögonsjukdomar, som ej sällan medföra blindhet, och öronlidanden, vilka orsaka nedsatt hörselförmåga eller dövhet, äro vanliga yttringar av medfödd syfilis. Sjukdomen kan för övrigt lokalisera sig till snart sagt vilket organ eller organsystem som helst och giva anledning till utvecklingshämmande förstörelser. Icke sällan följer sålunda nedsättning av själslivets funktioner — idioti, imbecillitet eller andra, lindrigare rubbningar — på en obehandlad eller ofullständigt skött medfödd syfilis. På så sätt har syfilis varit en vanlig orsak till en redan från barndomen förefintlig kroppslig eller andlig invaliditet, och ett icke ringa antal barn, som vårdas på våra blind- och dövstumsskolor, sinnesslöanstalter och skolor för efterblivna barn, hava just genom denna sjukdom bragts på livets skuggsida.

Den främste förkämpen för beredande av bättre vårdmöjligheter för ifrågavarande barn var numera avlidne professorn Edvard Welander. I sin omfattande verksamhet vid bekämpandet av de smittsamma könssjukdomarna kom denne snart nog till insikt om den stora uppgift, en ändamålsenligt ordnad anstaltsvård av dessa barn hade att fylla. Det var framför allt trenne faktorer, han härvid hade för ögonen. En av dessa var den avsevärda smittrisk, för vilken barnens omgivning utsattes. Då barnen oftast vore födda utom äktenskapet, kunde de i allmänhet ej erhålla vård i sina mödrars hem utan utackorderades. Därvid förtego mödrarna av lätt insedda skäl barnets sjukdom. På grund härav uteblev i de flesta fall erforderlig behandling, och utbrott av syfilis följde, vilka under de tre första levnadsåren i regel äro mycket smittsamma. En annan omständighet var, att en konsekvent genomförd antisyfi-

litisk behandling innebar möjlighet att fullständigt bota de av sjukdomen angripna. Slutligen var det givetvis av stor vikt för samhället, att orsakerna till ovan antydda tidiga invaliditet bleve så vitt möjligt undanröjda.

Vid sekelskiftet såg professor Welander sitt mål uppnått såtillvida som en första anstalt med uppgift att omhändertaga ifrågavarande barn, det s. k. Lilla Hemmet i Stockholm, då började sin verksamhet. Anstaltens syfte och verksamhet vunno tidigt uppmärksamhet såväl inom som utom landet. Så öppnades redan år 1905 ett liknande hem i Köpenhamn. Ytterligare sådana hem hava sedermera inrättats såväl i vårt land som i Danmark, Norge, Finland, Tyskland och möjligen även i andra länder. I Sverige kallas hemmen efter sin upphovsman Welanderhem. Även i Danmark har professor Welanders namn knutits till dylika hem.

Översikt över de svenska Welanderhemmen.

En kortfattad redogörelse för de svenska Welanderhemmens tillkomst och utveckling lämnas här nedan.

Lilla Hemmet i Stockholm har grundats genom enskilda medel, som för ändamålet ställts till professor Welanders disposition. Hemmet var ursprungligen inrymt i en liten, av staden hyresfritt upplåten byggnad vid Fridhemsgatan, det s. k. tullhuset, men flyttades år 1910 till sin nuvarande byggnad vid Kungsholmsgatan. Det nya hemmet var inrett för c:a 20 barn. I särskilda av professor Welander år 1915 utfärdade »Bestämmelser angående Lilla Hemmet» förordnades, att efter professor Welanders död eller om han dessförinnan skulle finna sig oförmögen att själv ombesörja Lilla Hemmets angelägenheter vården om dessa skulle övertagas och ombesörjas av en styrelse, bestående av 5 personer. Avkastningen av hemmet tillhöriga kapitaltillgångar, som icke finge förminskas, skulle användas för barnens vård, byggnadens underhåll och andra dylika nödvändiga uppgifter. Uppstode behov att utvidga hemmets verksamhet, finge sådan utvidgning företagas endast, därest nya donationer influtit, som möjliggjorde en dylik utvidgning utan tillgripande av det förutvarande kapitalet. Ändamålet med Lilla Hemmet finge icke förändras.

Antalet å anstalten vårdade barn uppgick år 1916 till 44. Patientfrekvensen för åren 1928—1931 framgår av nedanstående tablå:

År	Kvarliggande vid årets början	Antal under året inskrivna	Antal under året utskrivna	Kvarliggande vid årets slut
1928	43	13	12	44
1929	44	13	15	42
1930	42	12	20	34
1931	34	13	7	40

Ett antal inskrivna av 13 per år anses, enligt vad i berättelsen för år 1929 angives, utgöra ett ungefär normalt tillskott. Anstaltens läkare har på förfrågan meddelat, att då anstalten kunde emottaga upp till 50 patienter, platsantalet icke syntes vara i behov av utökning.

Vid Lilla Hemmets 25-årsjubileum lämnades en summarisk redogörelse för resultatet av anstaltens verksamhet under den gångna tiden. Av denna redogörelse inhämtas bland annat följande:

Å Lilla Hemmet hade intill 1925 inskrivits 231 patienter, av vilka 37 då vore kvar å hemmet. 20 barn hade avlidit under vistelsen på anstalten. I intet av dessa fall kunde vid obduktionen upptäckas makroskopiska (med blotta ögat iakttagbara) tecken på syfilis; alla barnen hade under kortare eller längre tid behandlats med antisyfilitiska medel. Frånräknades de inneliggande och å anstalten avlidna barnen, återstode 174 fall, som kunde bliva föremål för efterforskning. Rörande flertalet av dessa (av grannlagenhetsskäl ej beträffande ett antal äldre) hade ock anstalten genom frågecirkulär eller annorledes anställt efterforskning rörande barnens kroppsliga och andliga utveckling, vissa för äldre barn med medfödd syfilis karakteristiska symptom, verkställda blodprov, undergången behandling m. m. Efterforskningen hade i huvudsak givit följande resultat: Av 158 från hemmet utskrivna barn hade 18 avlidit, de flesta under de tidigare levnadsåren. I intet fall hade dödsorsaken uppgivits vara syfilis. Återstående 140 barn kunde uppdelas i två grupper. Till den ena kunde räknas 22 barn, behäftade med mer eller mindre svåra lyten, vilka säkert, sannolikt eller möjligen hade sin grund i medfödd syfilis. Förutom i 1 fall, där idioti förelegat redan vid intagandet, kunde endast i 3 fall lytet med säkerhet sägas vara en följd av nämnda sjukdom. 4 fall av sinnesslöhet hade uppgivits vara sannolikt beroende på syfilis, men på grund av ärftlig psykisk belastning vore situationen dock oklar beträffande två av dessa. I 13 fall hade barnen betecknats som psykiskt efterblivna. I ett flertal av dessa fall kunde man ej med visshet härleda symptomen från syfilis, men ett sådant antagande var ej heller uteslutet. Slutligen utgjordes 1 fall av sinnessjukdom, där dock inga symptom av syfilis antecknats under två hospitalsvistelser. Betecknande för den andra gruppen, som omfattade övriga 118 barn, vore, att symptom av syfilis vid företagna undersökningar icke yppats. I icke mindre än 71 fall hade vid undersökning år 1925 enligt Wassermanns metod negativ reaktion erhållits; bland dessa hade befunnit sig några av de äldsta patienterna. Återstående 47 patienter hade ej undersökts av läkare. Observationstiden hade varierat mellan 25 och 4 år; i icke mindre än 74 av de 118 fallen hade den uppgått till 10 år eller därutöver.

De siffror, som framginge av undersökningen, finge trots dennas oundgängliga brister anses tillfredsställande. För att erhålla verklig visshet fordrades dock kontinuerlig läkarobservation av samtliga patienter under decennier. Säkerligen hade detta mål föresvävat professor Welander, då han planerade ett »fortsättningshem». Frågan om fortsatt observation hade delvis erhållit en provisorisk lösning därigenom, att en del från Lilla Hemmet utskrivna barn mottagits å Frimurarebarnhuset i Stockholm samt möjlighet även öppnats att å Prins Carls uppfostringsinrättning å Gålön intaga barn av ifrågavarande kategori.

Göteborgs Welanderhem tillkom år 1917 på initiativ av doktor C. G. Åhman, sedermera läkare vid hemmet. Anstalten var till en början under namn av »Doktor Åhmans barnhem» inrymd i en förhyrd lägenhet, och kostnaderna för verksamheten bestredos, frånsett hyresbidrag av Göteborgs stad, helt med enskilda medel, som för ändamålet ställdes till doktor Åhmans personliga förfogande. År 1919 beslöts emellertid, att en stiftelse, benämnd »Stiftelsen Göteborgs Welanderhem», skulle övertaga barnhemmet. Genom donation av skeppsredaren Dan Broström bereddes denna stiftelse möjlighet att år 1920 vid Kärralund i Örgryte församling inrätta ett tidsenligt Welanderhem. Av donationsbeloppet, 300 000 kronor, skulle 50 000 kronor bilda en stående fond,

vars avkastning skulle användas till fastighetens underhåll. Det nya hemmet öppnades hösten samma år, därvid 30 barn mottogos för vård.

Sedan 1920 har anstalten av Göteborgs stad åtnjutit visst driftbidrag för varje å anstalten intaget, i staden hemmahörande barn. I enlighet med för stiftelsen gällande reglemente utse Göteborgs stadsfullmäktige styrelse och revisorer för stiftelsen. Även pensionsstyrelsen har sedan 1920 understött stiftelsens verksamhet. Som villkor har gällt, att vården skulle avse barn, som hade »normala» utsikter att återställas till hälsan och sålunda undgå invaliditet, samt att även barn utom Göteborgs stad finge vårdas å anstalten, varjämte styrelsen förutsatt, att även vederbörande kommuner skulle lämna skäligt bidrag till verksamheten.

Anstalten utvidgades år 1927 med en ny avdelning, vilken sedermera använts dels för behandling med ympmalaria, dels ock såsom tillfällig isoleringsavdelning. Ytterligare ökat utrymme för vården erhölls samma år provisoriskt därigenom, att en del av personalens bostadsrum togs i anspråk för ändamålet. Anstalten disponerar enligt uppgift numera över 45 vårdplatser jämte 2 reservplatser.

Åren 1928—1931 vårdades å hemmet följande antal barn (antalet i Göteborg hemmahörande barn angives inom parentes):

År	Kvarliggande vid årets början	Antal under året inskrivna	Antal under året utskrivna	Kvarliggande vid årets slut
1928	43 (17)	17 (9)	18 (6)	42 (20)
1929	42 (20)	26 (14)	27 (11)	41 (23)
1930	41 (23)	19 (6)	18 (9)	42 (20)
1931	42 (20)	18	22	38 (16)

På förfrågan har hemmets läkare uppgivit, att hemmet synes vara tillräckligt för den rayon, varifrån barnen för närvarande mottagas, nämligen Göteborgs stad samt Göteborgs och Bohus läns, Hallands, Älvsborgs, Skaraborgs, Jönköpings och Värmlands läns landstingsområden. I detta sammanhang må nämnas, att hemmet, som till en början var så gott som uteslutande avsett för vård av spädbarn och barn under de första levnadsåren, numera emottager även barn i högre ålder till och med den senare skolåldern.[1] Denna utveckling hade, enligt vad i årsberättelsen för år 1930 framhålles, betingats av omständigheter av vitt skilda slag. Närmaste orsaken syntes dock vara den stora minskning i syfilisfrekvensen, som inträdde under efterkrigsåren, och den därav följande minskningen av hithörande spädbarnsfall. Tillkomsten av lex veneris hade sannolikt ock medfört, att en stor del syfilitiska mödrar på grund av tidigare behandling framfött barn i så pass gott allmäntillstånd, att barnens sjukdom upptäckts först flera år senare, stundom först i skolåldern. Slutligen hade det förhållandet, att ett stort antal fall av medfödd syfilis i lands-

[1] Lilla Hemmet i Stockholm torde ej emottaga barn över 4 år och Welanderhemmet i Malmö väl flickor men ej gossar över 4 år.

orten icke upptäckts förrän vid senare år, t. ex. skolåldern, icke varit aktuellt för anstaltens del tidigare.

Welanderhemmet i Malmö har även tillkommit på enskilt initiativ. År 1919 påbörjades sålunda en penninginsamling i syfte att få till stånd ett sådant hem i staden. Insamlingen omhänderhades till en början av enskild person men övertogs året därpå av en för ändamålet bildad stiftelse. Först sedan denna erhållit tillstånd att anordna några varulotterier samt Malmö stad och »Malmö barnhusfond» bidragit med vardera 10 000 kronor, kunde emellertid syftet förverkligas och i augusti 1922 ett hem öppnas vid Kulladal strax söder om Malmö. Hemmet beräknades kunna mottaga 18 barn, huvudsakligen spädbarn. Till hemmets drift hade pensionsstyrelsen utfäst sig att bidraga med visst belopp per dag för varje å hemmet vårdat barn, vars föräldrar icke kunde bekosta barnets underhåll. Därjämte hade Malmö stad garanterat ett bidrag av 500 kronor om året för varje å hemmet vårdat, i staden mantalsskrivet barn.

Hemmet var ursprungligen avsett endast för barn från Malmö stad. Mycket snart kommo emellertid anmälningar från andra håll i Skåne ävensom från Blekinge och Småland. Hemmet var ock under några år starkt överbelagt (upp till 23 barn). För barn från »främmande» kommuner erlade vederbörande kommun till en början samma avgift som Malmö stad. Senare har dock på grund av svårigheterna att få driftkostnaderna täckta avgiften för dessa barn måst höjas.

Vid början av år 1929 var antalet inneliggande barn 20. Under året utskrevos efter slutad behandling 8 och intogos 6 nya barn. Barnantalet vid årets slut utgjorde alltså 18. Enligt vad hemmets förre läkare, numera avlidne med. doktorn Carl Cronqvist för kommittén upplyst hade en starkare överbeläggning vid anstalten under år 1929 kunnat undvikas endast genom att sökande från främmande ort hänvisats till Lilla Hemmet i Stockholm. Det hade ock ifrågasatts, huruvida icke hemmets verksamhet borde utvidgas till att omfatta totalbehovet för hela södra Sverige. En av doktor Cronqvist i anledning härav föranstaltad enquête hade emellertid givit vid handen, att icke mindre än omkring 60 platser erfordrades för att täcka vårdbehovet i Skåne samt Blekinge, Hallands och Kronobergs län; uteslötes Hallands län reducerades antalet erforderliga platser till omkring 55. Till en så stor utvidgning hade erforderliga medel under rådande förhållanden icke kunnat anskaffas. Kvar stode dock behov av ökat utrymme för det från början beräknade barnantalet (18) med möjlighet till någon tillfällig ökning. En av anstaltens styrelse för sådant ändamål planerad utbyggnad hade fått anstå i avvaktan på ett eventuellt förverkligande av nyssnämnda utvidgningsplaner.

Angående resultatet av hemmets verksamhet har doktor Cronqvist i maj 1930 uppgivit, att sammanlagt 47 barn dittills genomgått behandling å hemmet. Antalet överåriga barn hade i början varit relativt stort; under de senaste 4 åren däremot hade intet sådant anmälts till intagning. Av de från hemmet utskrivna hade 35 barn kunnat undersökas efteråt, flertalet årligen. Med undantag av 4 fall hade dessa barn utvecklat sig psykiskt normalt, såvitt dittills

kunnat bedömas. De under år 1929 efterundersökta — 16 stycken — voro samtliga symptomfria och hade negativ Wassermannreaktion.

Beträffande Welanderhemmens *ekonomiska ställning* hänvisas till kap. 18. Här må endast förutskickas, att såväl Göteborgsanstalten som Malmöanstalten för täckande av driftkostnaderna äro till övervägande del beroende av bidrag från det allmänna.

Riktlinjer för vårdens utbyggande.

Till följd av de allvarliga själs- och kroppssjukdomar, som medfödd eller tidigt förvärvad syfilis ofta medför, finner kommittén ifrågavarande vårdangelägenhet vara ur flera synpunkter synnerligen betydelsefull. Av hittills verkställda efterforskningar att döma synes ock resultatet av vården kunna betecknas som tillfredsställande. Omvårdnaden av de hereditärsyfilitiska barnen anser kommittén därför vara i hög grad förtjänt av det allmännas stöd och bistånd.

Platsbehovet.

Att döma av det resultat, vartill ovannämnda enquête rörande Malmöanstalten lett, skulle det nuvarande antalet vårdplatser i landet, sammanlagt 113, vara avsevärt för litet. Häremot talar dock erfarenheten från Stockholmsanstalten, där vid utgången av 1931 en reserv av 10 platser redovisats. Vid sådant förhållande har kommittén övervägt att föranstalta en ny enquête i frågan. Först efter genomförandet av en omfattande moderskapsvård torde man emellertid ha utsikt att erhålla en mera tillförlitlig uppskattning av antalet syfilitiska mödrar och därmed av platsbehovet för syfilitiskt infekterade barn. Kommittén har därför icke ansett tiden nu vara lämplig för en dylik enquête.

Kommittén torde emellertid icke göra sig skyldig till ett förhastat omdöme, då den håller före, att behovet av ytterligare platser icke lärer vara större än att det utan olägenhet kan successivt tillgodoses allteftersom behovet uppenbaras. På grund härav och då vården, med hänsyn till såväl vårduppgifterna som den relativt ringa frekvensen av ifrågavarande sjukdomsform, synes vara ägnad för en stark centralisering, vill kommittén föreslå, att vården tillsvidare bygges på de tre nuvarande anstalterna. Kommittén utgår dock ifrån, att ett utbyggande av Malmöanstalten, främst för åstadkommande av bättre hygieniska förhållanden därstädes, snarast kommer till stånd. Platsantalet å anstalten torde därvid lämpligen böra sättas till 25, motsvarande en vanlig vårdenhet. Anstaltens utbyggande bör givetvis planläggas så, att möjlighet till utvidgning i olika avseenden finnes.

Anstalternas verksamhetsområde.

Såvitt kommittén inhämtat lägga förefintliga donationsbestämmelser icke hinder i vägen för en rayonindelning mellan anstalterna. Vid sådant förhållande synes kommittén lämpligt att överenskommelse om en ändamålsenlig sådan träffas. I viss mån har för övrigt en rayonindelning redan tillämpats. Från Göteborgs Welanderhem har på förekommen anledning framhållits angelägenheten av att — för möjliggörande även i fortsättningen av en ekonomisk drift av hemmet — Hallands län ej överflyttades från hemmets rayon till Malmöanstaltens. Förslagsvis kunde de olika anstalternas rayoner omfatta följande delar av landet:

Stockholmsanstalten: hela Norrland och Svealand, utom Värmlands län, ävensom Gotlands, Östergötlands och Kalmar län,

Göteborgsanstalten: Göteborgs stad samt Göteborgs och Bohus, Hallands, Älvsborgs, Skaraborgs, Jönköpings och Värmlands län,

Malmöanstalten: Skåne, Blekinge och Kronobergs län.

Givetvis bör för bästa möjliga utnyttjande av platstillgången ett samarbete mellan anstalterna ordnas. Anvisningar härför böra givas av medicinalstyrelsen. Visar sig platstillgången otillräcklig, torde anordnande av en mindre anstalt i Norrland böra tagas i övervägande, vilken i så fall kunde förläggas till exempelvis Umeå eller Sundsvall.

Vårdens finansiering m. m.

Frågan om lämpligaste sättet för finansieringen av förevarande vårdgren upptager kommittén till behandling i kap. 20. Spörsmålet om beredande av möjligheter till fortsatt observation av hithörande patienter synes kommittén böra göras till föremål för närmare utredning först sedan statsmakterna tagit ställning till själva grunderna för vårdens finansiering. Detsamma gäller vissa andra detaljfrågor, såsom spörsmålen om maximering av vårdtiden och särskilda anordningar för barn i skolåldern.

Kap. 11. Vårdanordningar för lupussjuka.

Inledning.

Under namnet lupus inrymmas två från varandra fullt skilda hudsjukdomar, framkallade av olika orsaker och med olika förlopp. De betecknas som lupus vulgaris resp. lupus erythematosus. Den senare är en icke smittsam hudsjukdom, som för sin behandling icke kräver vårdanordningar, vilka fordra särskilda anstalter, och därför i detta sammanhang lämnas åsido. Lupus vulgaris åter är en kronisk tuberkulossjukdom, som uppstår genom inverkan av tuberkelbaciller i huden och angränsande slemhinnor. Den förekommer företrädesvis i ansiktet, där den vid större utbredning eller starkare sönderfall i den sjuka hudvävnaden verkar oerhört vanställande. Genom sjukdomens lokalisering till huden kunna stora förstörelser ske utan att den angripnes liv direkt hotas. Fara föreligger dock alltid för att tuberkelsmittan överföres från huden till inre organ, såsom luftstrupe och lungor. Lupus vulgaris kräver ofta mycket långvarig vård. Den kan även i svårare fall läkas genom behandling med ultravioletta strålar, den s. k. ljusmetoden. Metoden ifråga uppfanns år 1895 av den danske professorn Niels R. Finsen och gav redan från början ett glänsande resultat, i det att även fall, som dittills trotsat varje behandling, blevo botade. Året därpå inrättades i Köpenhamn Finsens medicinske lysinstitut, vilket sedermera tjänat som förebild för ljusinstitut i andra länder.

Lupusvårdens utveckling och läge i Sverige.

I vårt land anordnades år 1902 vid sjukhuset S:t Göran i Stockholm en första anstalt för ljusbehandling av lupussjuka enligt Finsens metod. Några år senare inrättade med. doktor I. Bagge i Göteborg ett privat institut, där behandling enligt Finsenmetoden lämnades. Efter doktor Bagges död år 1925 överflyttades vården av de lupussjuka till Holtermanska sjukhuset. För närvarande är detta sjukhus jämte sjukhuset S:t Göran den enda anstalt i Sverige, där ljusbehandling av lupussjuka i större omfattning meddelas.

I syfte att i vidsträcktaste mån möjliggöra för de lupussjuka att komma i åtnjutande av ljusbehandling väcktes redan vid 1903 års riksdag motioner om understöd av statsmedel för beredande av sådan vård åt medellösa lupuspatienter. I motiveringen härför framhölls, att de lupussjuka på grund av sitt vanställda yttre ofta skyddes av omgivningen, vilket i högsta grad förbittrade deras liv. Sjukdomen varade i allmänhet i årtionden, och regeln vore, att om ej döden följde av tillfälliga sjukdomar, tuberkulos i inre organ tillstötte, vilken ändade livet. Sjukdomens tidigare behandling hade lämnat mycket övrigt att önska, men ljusbehandlingen enligt Finsens metod hade visat utmärkta resultat och hastigt vunnit allmänt erkännande. Vid Finsens institut i Köpenhamn hade tillfredsställande resultat vunnits i 94 procent av de behand-

lade fallen. Resultaten av lupusbehandlingen vid bland annat sjukhuset S:t Göran i Stockholm hade till fullo bekräftat de i Köpenhamn vunna. Emellertid vore lupus en fattigmanssjukdom och kostnaderna för Finsens ljusbehandling rätt höga. Många av dem, som önskat komma under behandling, hade därför av kostnadsskäl måst helt avstå därifrån eller ock upphöra med behandlingen i förtid. Staten borde därför, liksom i Danmark, taga sig an sådana sjuka, som ej på annat sätt kunde erhålla hjälp till att genomgå kuren. För landsortens lupussjuka bleve kuren dyrare till följd av resekostnaderna, och man kunde ej begära, att landsbygdens kommuner, av vilka många vore ekonomiskt sämre ställda än Stockholms stad, skulle i likhet med denna bekosta sina obemedlade lupussjukas behandling.

Riksdagen erinrade, att omsorgen om beredande av läkarbehandling för de lupussjuka, där de ej genom eget eller anhörigas föranstaltande kunde erhålla nödig vård, enligt dittills följda grunder måste anses närmast åligga vederbörande kommuner och landsting. Med hänsyn till motionernas synnerligen behjärtansvärda syfte och då de dyrbara anordningarna för lupuspatienters behandling syntes lägga hinder i vägen för anordnande av sådan behandling å sjukhusen i deras hemorter, ansåg sig riksdagen dock böra underställa frågan Kungl. Maj:ts bedömande, därvid riksdagen särskilt betonade, att staten icke syntes böra bevilja understöd åt patient, med mindre för dennes vård av kommun eller landsting lämnades motsvarande bidrag.

Kungl. Maj:t infordrade utlåtande i ärendet från medicinalstyrelsen, som tillstyrkte statsbidrag för ändamålet under förutsättning, att motsvarande bidrag från kommun eller landsting utginge. Kommunerna syntes nämligen i fråga om lupuspatienter icke böra befrias från den dem åliggande allmänna skyldigheten att taga vård om sina fattiga sjuka; deras utgifter därför komme dock att genom statsbidraget väsentligen inskränkas. Från Stockholms stads hälsovårdsnämnd hade medicinalstyrelsen inhämtat, att med en antagen behandlingstid av tre månader för varje patient avdelningen vid sjukhuset S:t Göran beräknades kunna årligen emottaga omkring 50 lupuspatienter från främmande kommuner, dock mot en avgift per patient av 80 kronor för första månaden och 70 kronor för varje därpå följande månad. Vidare hade från Finsens medicinske lysinstitut i Köpenhamn meddelats, att lupuspatienter från Sverige kunde mottagas till behandling vid institutet. Lämpligast och mest överensstämmande med föreskrifterna i då gällande förordning om fattigvården syntes medicinalstyrelsen kostnaderna böra så fördelas, att staten bestrede kostnaden för själva ljusbehandlingen och vederbörande kommun eller landsting kostnaden för patientens resa från och till hemorten samt underhåll under behandlingstiden.

I en till 1904 års riksdag i ämnet avlåten proposition framhöll föredragande departementschefen bl. a., att den av medicinalstyrelsen föreslagna kostnadsfördelningen mellan staten, å ena, samt landsting eller kommun, å andra sidan, syntes honom riktig, då därigenom statens bidrag bleve lika för alla, som gjordes delaktiga därav, och de övriga kostnaderna, växlande efter boningsortens belägenhet i förhållande till anstalten, såsom sig borde komme att vid-

kännas av dem, vilka den sjukes omvårdnad ålåge. Det kunde dock tänkas, att den del av kostnaderna, som icke bestredes av statsmedel, skulle även i annan ordning än uteslutande genom bidrag från landsting eller kommun kunna anskaffas åt den sjuke. Även för sådant fall borde rätt till delaktighet av statsunderstödet kunna påräknas under förutsättning, att den sjuke själv vore medellös. Möjligheten att för enahanda vård jämväl å annan anstalt än vid sjukhuset S:t Göran erhålla bidrag av statsmedel borde icke heller vara utesluten. I överensstämmelse härmed hemställde Kungl. Maj:t, att riksdagen måtte för år 1905 anvisa ett anslag av 7 000 kronor, att enligt de närmare bestämmelser, Kungl. Maj:t meddelade, användas till bekostande av behandling enligt den s. k. ljusmetoden av medellösa, med sjukdomen lupus vulgaris behäftade personer från landsorten, under villkor att genom bidrag från vederbörande landsting eller kommun eller annorledes bestredes det belopp, som erfordrades för patientens resa fram och åter mellan hemorten och den anstalt, där behandlingen ägde rum, ävensom för hans underhåll under behandlingstiden. Propositionen blev av riksdagen bifallen.

Riksdagen har därefter för varje år anvisat medel för ifrågavarande ändamål. Beträffande de belopp, som för närvarande utgå för ändamålet, hänvisas till kap. 18.

Gällande bestämmelser om statsbidrag till lupussjuka återfinnas i en kungl. kungörelse i ämnet av den 9 juli 1920 (nr 558). Enligt nämnda kungörelse, vars bestämmelser närmare redovisas i kap. 21, tillkommer det medicinalstyrelsen att pröva ansökningar om understöd för ifrågavarande ändamål och förmedla plats vid ljusinstitut. Med anledning härav har medicinalstyrelsen genom särskilda avtal med Stockholms och Göteborgs städer sökt trygga tillgången till vård för hithörande patienter. Jämlikt dessa avtal må med lupus vulgaris behäftade medellösa personer, boende utom Stockholm, som av medicinalstyrelsen hänvisas till sjukhuset S:t Göran i Stockholm resp. Holtermanska sjukhuset i Göteborg för att på statens bekostnad erhålla behandling för sjukdomen ifråga, därstädes mot viss närmare angiven ersättning, som gäldas av medicinalstyrelsen, undergå såväl lokal behandling enligt Finsenmetoden som allmän bågljusbehandling. Avtalen gälla tillsvidare intill dess tre månader förflutit från det uppsägning från någondera sidan ägt rum. Medellösa lupuspatienter hänvisas även till Finsens medicinske lysinstitut i Köpenhamn.

De flesta lupussjuka hava icke kunnat intagas å den anstalt, där ljusbehandling lämnats. På grund av de lupussjukas ofta vanställda yttre hava ock svårigheter mött att bereda dem bostad ute i staden. Med anledning härav lät en för ändamålet bildad stiftelse redan år 1907 — efter mönster från utlandet — i nära anslutning till sjukhuset S:t Göran i Stockholm inrätta ett särskilt hem, där lupussjuka, som undergingo behandling vid nämnda sjukhus, kunde mot låg avgift erhålla nödig inackordering och tillsyn. Hemmet, som till en början inrymde plats för 24 patienter, har sedermera utvidgats och kan för närvarande, efter inflyttning i en nyligen uppförd nybyggnad, mottaga upp till 60 personer. Patienter i barnaåldern beredas erforderlig

vård och uppfostran genom hemmets föreståndarinna och en särskilt anställd lärarinna.

I Göteborg finnes ej något särskilt hem för lupussjuka, utan mottagas patienterna därstädes, så långt ske kan, på Holtermanska sjukhuset och beredas i övrigt inackordering i enskilda hem.

Sjukdomens frekvens. I syfte att i någon mån belysa frekvensen i landet av ifrågavarande sjukdom lämnar kommittén i nedanstående tablå uppgift för vissa år å det antal personer, som av medicinalstyrelsen beviljats understöd av statsmedel för behandling mot sjukdomen, därvid fallen fördelats allt eftersom de åtnjutit understöd för första gången eller för fortsatt behandling från föregående år.

År	Antalet statsunderstödda fall av lupus vulgaris											
	Första behandling				Fortsatt behandling				Totala antalet			
	Stockholm	Göteborg	Köpenhamn	Summa	Stockholm	Göteborg	Köpenhamn	Summa	Stockholm	Göteborg	Köpenhamn	Summa
1905	50	—	7	57	—	—	—	—	50	—	7	57
1910	27	16	3	46	53	14	11	78	80	30	14	124
1915	55	17	5	77	80	18	36	134	135	35	41	211
1920	45	14	2	61	133	24	49	206	178	38	51	267
1925	32	8	5	45	187	43	27	257	219	51	32	302
1930	28	13	3	44	167	28	33	228	195	41	36	272

Till komplettering av dessa uppgifter må nämnas, att enligt årsberättelserna för 1930 å ljusavdelningarna vid sjukhuset S:t Göran och Holtermanska sjukhuset behandlats 198 resp. 42 fall av lupus vulgaris. En jämförelse med siffrorna för samma år i ovanstående tablå (195 resp. 41) ger vid handen, att praktiskt taget samtliga fall åtnjutit understöd av statsmedel.

Kommittén. Såsom av det ovan återgivna framgår, hänför sig vården av de lupussjuka väsentligen till den öppna sjukvården. Det kan med hänsyn härtill möjligen ifrågasättas, om kommittén, vars uppdrag i huvudsak avser den slutna kroppssjukvården, bör till behandling upptaga frågan om förevarande vårds tillgodoseende. Enär emellertid lupusbehandlingen är bunden vid sjukhus och staten lämnar densamma understöd, har kommittén icke ansett sig böra förbigå hithörande vårdproblem.

Ovan intagna tablå över antalet statsunderstödda lupusfall visar, att någon gång efter år 1925 den dittills oavbrutna stegringen av antalet dylika fall förbytts i sänkning. En återblick på statens kostnader för lupusvården giver ock vid handen, att dessa nästan oavbrutet ökats intill budgetåret 1927/1928 men därefter i stort sett nedgått. För budgetåret 1930/1931 har visserligen en mindre ökning inträtt, men denna har åtminstone delvis sin förklaring däri, att vissa under budgetåret 1929/1930 förfallna belopp erlagts först påföljande budgetår. Ser man till antalet nybehandlade fall, för vilka statsunderstöd utgått, framgår av förenämnda tablå, att detta antal varit i sjunkande sedan år 1915. Under den senaste 5-årsperioden har dock antalet ifråga varit

mera stationärt, åtminstone av talen för åren 1925 och 1930 att döma. Huruvida denna sänkning är att tillskriva en minskning i sjukdomens frekvens eller beror på andra omständigheter, kan kommittén icke med säkerhet bedöma. Möjligt är, att nedgången är endast skenbar, delvis beroende på att ett eller annat sjukhus anskaffat en mindre Finsenapparatur och självt omhändertagit behandlingen av tidiga lupusfall. Under alla förhållanden styrka emellertid de statistiska uppgifterna, att behov av särskild behandling för lupussjuka alltjämt kvarstår.

Enligt vad kommittén inhämtat är behandling enligt Finsenmetoden, numera kompletterad med s. k. kolbågeljus eventuellt röntgen, fortfarande den enda effektiva behandlingen för lupus. Vid sådant förhållande och med hänsyn såväl till de relativt kostsamma anordningarna för behandlingen som framför allt till önskvärdheten av att densamma står under en specialutbildad läkares ledning, anser kommittén den nuvarande organisationen av lupusbehandlingen böra i huvudsak bibehållas oförändrad. I vissa avseenden torde emellertid kompletterande åtgärder få anses önskvärda.

Vad först angår *anordningar för ljusbehandling* har som en brist betecknats, att någon lupusbehandlingsstation icke finnes i södra Sverige. Enligt kommitténs förmenande vore det i viss mån en vinst, om en sådan station anordnades på lämplig ort. Många skäl tala härvid för Lund, där anordningar för lupusbehandling även lära hava varit på tal. Kommittén har emellertid i kap. 3 i) föreslagit Malmö såsom en ur skilda synpunkter lämplig plats för kombinerad köns- och hudavdelning. På grund härav och då den kliniska undervisningen torde kunna gottgöra sig undervisningsmaterialet även på en ljusavdelning i Malmö, finner kommittén sistnämnda stad vara att föredraga framför Lund. Frågan om anordnande av en ljusavdelning i södra Sverige synes dock kommittén med hänsyn till det ringa antal lupusfall, som remitteras till Finseninstitutet i Köpenhamn, vara ur vårdsynpunkt av tämligen underordnad betydelse. Kommittén avser icke heller, att staten skulle till någon del bestrida anläggningskostnaden för en sådan avdelning. Detta har icke varit fallet vare sig i Stockholm eller Göteborg. Härav följer icke, att vederbörande huvudman skulle berövas möjlighet att erhålla gottgörelse för dessa kostnader, i vad de komma att belöpa sig på utomlänspatienterna. För enhetlighetens skull böra dessa, såsom hittills varit fallet vid avdelningarna i Stockholm och Göteborg, täckas av behandlingsavgifterna.

Vad härefter angår frågan om *de lupussjukas bostad* under behandlingstiden torde det måhända få anses vara en brist, att ett särskilt hem för i Göteborg behandlade lupussjuka saknas. Ett dylikt hem har förutom sin sociala uppgift även en direkt medicinsk sådan. De lupussjuka, som i regel komma från fattiga hem, där hygien och kost lämna mycket övrigt att önska, äro i likhet med andra tuberkulösa patienter i behov av vila, vistelse i friska luften, lämplig och närande föda, eventuellt dietkost m. m. Ett tillgodoseende av nämnda behov och därmed ett höjande av patienternas allmäntillstånd utgör en synnerligen viktig terapeutisk faktor beträffande vården av de lupussjuka. Givetvis är ett för lupussjuka inrättat hem ägnat att kunna väl tillgodose denna

del av de lupussjukas vård. Erfarenheterna från hemmet i Stockholm bestyrka detta. Emellertid har kommittén av vederbörande läkare inhämtat, att vården av de lupussjuka i Göteborg även under nuvarande förhållanden kan på ett tillfredsställande sätt tillgodoses. Då kommittén förutsätter, att den för de sjukas behandling ansvarige ledaren jämväl övervakar inackorderingshemmens lämplighet ur nu ifrågavarande synpunkt, anser sig kommittén därför icke böra för närvarande föreslå några ändrade anordningar i förevarande hänseende.

Av största vikt är att de lupussjuka komma under behandling på ett så tidigt stadium av sjukdomen som möjligt. Förutom att härigenom läkningen försiggår med mindre framträdande ärrbildningar och att den nedsättning i förvärvsmöjligheten, som ett vanställt utseende innebär, kan förebyggas, avkortas behandlingstiden ej oväsentligt. I nämnda syfte ävensom för att i övrigt underlätta för mindre bemedlade lupussjuka att erhålla erforderlig behandling föreslår kommittén nedan i kap. 20 viss utvidgning av nu utgående statsunderstöd till lupusvården.

Kap. 12. Vårdanordningar för spetälskesjuka.

Spetälskans karaktär och utbredning.

Spetälska (lepra) är en smittsam sjukdom med smygande kroniskt förlopp. Den förorsakas av leprabacillen, även benämnd Hansenbacillen efter dess upptäckare, den norske läkaren A. Hansen. Leprabacillen lokaliserar sig företrädesvis till perifera nerver och huden, där den åstadkommer de mest utpräglade förändringarna. Man kan urskilja två huvudformer av spetälska: den knöliga (lepra tuberosa) och den anästetiska (lepra /maculo-/anaesthetica). Lepra tuberosa leder efter ett eller annat årtionde i de flesta fall till döden; någon gång övergår den så småningom i den anästetiska formen. Lepra anaesthetica läker vanligtvis så småningom ut, och den därav angripne kan uppnå mycket hög ålder men får ofta i högsta grad vanställd tillbringa sitt liv i ett hjälplöst, beklagansvärt tillstånd. Något säkert verkande läkemedel mot spetälskan har ännu icke upptäckts; viktigast vid sjukdomens behandling synes tillsvidare vara höjandet av den sjukes allmänna tillstånd och ett förbättrande av de hygieniska förhållanden, i vilka han lever. Sjukdomen visar tendens att sprida sig, om ej energiska åtgärder vidtagas mot densamma. Övervakande av sjukdomen och isolering av de angripna äro därför av mycket stor betydelse.

Spetälskan hade tidigare relativt stor utbredning i Sverige. Genom flera samverkande omständigheter, bland annat de sjukas isolering eller övervakande, har den under de senare decennierna gått betydligt tillbaka. Sjukdomen har varit och är alltjämt främst lokaliserad till Hälsingland men även i rätt stor utsträckning till Dalarne. Hela antalet leprafall i Sverige uppgick år 1908 till 80. Därav voro ej mindre än 30 från Hälsingland och 26 från Dalarne; å övriga delar av riket belöpte sig alltså endast 24 fall. Av samtliga 80 fall vårdades 41 å Järvsö spetälskesjukhus, landets enda vårdanstalt för spetälska; de övriga övervakades i hemorten. År 1915 hade antalet spetälskesjuka ytterligare sjunkit till 60, fördelade med 32 på Hälsingland, 18 på Dalarne och 10 på övriga delar av landet. Vid 1930 års utgång var antalet kända fall av spetälska i hela riket endast 20, varav 9 från Hälsingland, 7 från Dalarne, 2 från Medelpad, 1 från Uppsala län och 1 från Göteborgs och Bohus län. 11 fall vårdades å Järvsö spetälskesjukhus och 1 fall å ålderdomshem; de övriga vistades i hemmen. Av de 20 fallen utgjorde 3 lepra tuberosa, 13 lepra anaesthetica och 4 lepra mixta (blandad form); 7 voro män, 13 kvinnor. Åldersfördelningen var följande: 1 fall 25 år, 1 fall 31—40 år, 3 fall 41—50 år, 4 fall 51—60 år, 4 fall 61—70 år, 6 fall 71—80 år samt 1 fall 81 år. Under år 1931 tillkommo 2 nya fall men avledo 4; antalet fall vid årets utgång var alltså 18. Under år 1932 skedde härutinnan ingen förändring.

Spetälskevårdens utveckling och nuvarande läge.

Riksdagen anslog redan tidigt — i mitten på 1800-talet — medel till vård och skötsel av i Hälsingland bosatta, med spetälska behäftade personer. Med

tillhjälp av statsmedel och anslag från Gävleborgs läns landsting uppfördes under senare delen av 1860-talet i grannskapet av Järvsö provinsialläkarstation det förut omnämnda sjukhuset för spetälska. Sjukhuset, som från början var avsett för 20 patienter, har sedermera utvidgats till 34 platser. Kostnaderna för sjukhusets underhåll och drift bestredos intill sekelskiftet av staten och Gävleborgs läns landsting gemensamt, därvid dock under årens lopp allt större del av kostnaderna överflyttades på staten. I samband därmed utvidgades sjukhusets skyldighet till att, så långt utrymmet medgåve, emottaga spetälskesjuka även från andra län än Gävleborgs. Från och med år 1900 övertog staten helt ansvaret för anstaltens underhåll och drift. I den proposition, som i ämnet avläts till riksdagen, framhölls som skäl härför, att sjukdomen ifråga innebure en allmän samhällsfara, vars rationella bekämpande krävde åtgärder, som ej borde göras beroende av lokalekonomiska intressen.

Gällande bestämmelser angående Järvsö sjukhus' styrelse och förvaltning innehållas i kungl. brev av den 22 november 1889 och den 27 oktober 1900. Enligt dessa skola numera å anstalten emottagas spetälskesjuka från hela riket, så långt utrymmet medgiver. Vården skall vara avgiftsfri. Sjukhusets angelägenheter ombesörjas av medicinalstyrelsen såsom överstyrelse. Den närmaste förvaltningen av sjukhuset handhaves av en direktion, i vilken landshövdingen i Gävleborgs län är självskriven ordförande och som i övrigt utgöres av provinsialläkaren i Järvsö distrikt, tillika sjukhusets läkare, jämte fyra av Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen förordnade ledamöter. Beträffande såväl sjukvården som användningen och redovisningen av för sjukhuset anslagna medel skola för sjukhuset i tillämpliga delar lända till efterrättelse bestämmelserna i stadgan angående sinnessjuka den 2 november 1883, allt enligt de närmare föreskrifter, medicinalstyrelsen äger att därom meddela. I stället för nämnda stadga gäller numera Kungl. Maj:ts stadga angående sinnessjukvården i riket av den 19 september 1929.

I början av 1900-talet uppstod fråga om upprättande av ett spetälskesjukhus även i Dalarne. Medicinalstyrelsen hemställde sålunda i skrivelse till Kungl. Maj:t år 1905 om avlåtande av proposition till riksdagen för inrättande av ett dylikt sjukhus i Mora socken, men denna hemställan föranledde icke någon åtgärd. Genom en vid 1912 års riksdag väckt motion bragtes frågan ånyo på tal, och riksdagen hemställde om utredning i ärendet. Efter av Kungl. Maj:t verkställd utredning anvisade 1916 års riksdag visst anslag för uppförande av ett spetälskesjukhus i Mora socken under villkor, att tomt härför tillhandahölles kostnadsfritt av landsting, kommuner eller enskilda. Det avsedda sjukhuset kom emellertid icke till stånd. Med anledning av en vid 1920 års riksdag väckt motion beslöts, att med uppförandet av sjukhuset skulle tillsvidare anstå, och hemställdes tillika hos Kungl. Maj:t dels om förnyad utredning angående behovet av sjukhuset, dels ock om utredning beträffande frågan om och i vad mån statsmedel borde anvisas för beredande av vård åt spetälskesjuka, som icke vore intagna å vårdanstalt, samt för understöd åt de sjukas familjer. Medicinalstyrelsen, åt vilken utredningen ifråga anförtroddes, fann i ett år 1922 avgivet yttrande i ärendet, att ett spetälske-

sjukhus i Dalarne ej vore av behovet påkallat, enär spetälskefallen därstädes i hög grad minskats under de senare åren. Däremot borde vården av de spetälska förbättras genom beredande av röntgenbehandling m. m. För utförande av dylik behandling, som ej kunde meddelas i hemorten eller å Järvsö sjukhus, vore inrättandet av en mindre anstalt i Stockholm önskvärt. På grund av såväl rådande ekonomisk depression som den stadiga minskningen i antalet spetälskefall ville dock styrelsen för det dåvarande icke framlägga ett formligt förslag därtill. Staten borde emellertid tillsvidare medverka till att spetälskesjuka, för vilka specialbehandling vore särskilt önskvärd, bereddes tillfälle att erhålla sådan vid Serafimerlasarettet och vissa sjukhus i landsorten, exempelvis lasaretten i Falun och Gävle. Såväl sjuka, vilka vistades i sina hem, som patienter å Järvsö sjukhus borde bliva föremål för specialbehandling. De för resorna och behandlingen erforderliga medlen syntes böra bekostas av staten. Beträffande frågan om understöd åt spetälskesjukas familjer förordade styrelsen statsunderstöd ej blott till å sjukvårdsanstalt vårdades familjer utan även till familjer med i hemmet varande spetälskesjuka, allt under förutsättning att de vore mindre bemedlade. Denna understödsverksamhet borde i undantagsfall få avse även kostnader för sådana smärre reparationer m. m. i de spetälskesjukas hem, som kunde vara nödvändiga för förbättrande av hemmens hygien. Understödsbeloppets storlek borde i varje särskilt fall få bestämmas av medicinalstyrelsen.

De av medicinalstyrelsen sålunda framlagda synpunkterna biträddes av statsmakterna. Kungl. Maj:t, som med anledning av medicinalstyrelsens förslag redan hösten 1922 bemyndigat styrelsen att av anslaget till bestridande av kostnader för allmän hälso- och sjukvård använda ett belopp av högst 3 000 kronor för beredande av specialbehandling å sjukvårdsanstalter av spetälskesjuka, som därav vore i behov, samt för deras resor till och från anstalten, har därefter tid efter annan förnyat detta bemyndigande, dock ej senare än under år 1928. Till beredande av understöd åt mindre bemedlade spetälskesjukas familjer har riksdagen från och med 1923 anvisat medel, i regel 3 000 kronor per år.

Alltsedan staten började bevilja bidrag till spetälskevården har statlig tillsyn över densamma utövats. För Hälsingland förordnades sålunda redan 1861 särskild föreståndare för spetälskesjukvården. Från och med år 1906 förordnades särskild föreståndare även för Dalarne. Föreståndarnas rättigheter och skyldigheter reglerades genom särskilda av Kungl. Maj:t givna föreskrifter. Med upphävande av dessa föreskrifter har Kungl. Maj:t genom beslut den 26 februari 1926 bemyndigat medicinalstyrelsen att uppdraga åt därtill lämplig legitimerad läkare att i enlighet med de närmare föreskrifter, styrelsen äger meddela, genom minst en gång varje år verkställda tjänsteresor dels undersöka för spetälska misstänkta personer, dels ock öva tillsyn över av spetälska angripna personer och därvid särskilt såväl genom hänvändelse till de sjuka och deras anhöriga som genom vederbörande kommunala myndigheter verka för de spetälskas intagande till vård å spetälskesjukhus eller i därför

lämpade fall för deras befordrande till sjukhus för specialbehandling. Över inspektionsresorna skall årligen avgivas berättelse till medicinalstyrelsen.

Kommittén. Av vad ovan anförts framgår, att spetälskesjukdomen i vårt land sedan åtskilliga år tillbaka är stadd på retur och att dess förekomst numera är synnerligen ringa. Järvsö spetälskesjukhus är vad platsantalet beträffar icke blott tillräckligt för nuvarande behov utan inrymmer även ett flertal obelagda platser. Ur synpunkten av en tillfredsställande specialbehandling av spetälskesjuka, t. ex. vid sjukdomens lokalisering till ögonen, vore det önskvärt, att den slutna vården av de spetälska förlades till en särskild avdelning vid något centralsjukhus i landet, i första hand ett kliniskt sådant. För en dylik anordning tala för övrigt även hänsyn till undervisningens krav. Ett förläggande av spetälskevården till ett centralsjukhus skulle emellertid medföra en väsentlig olägenhet såtillvida, som de spetälske i regel komme att få tillbringa en stor del av sitt liv på ett avsevärt avstånd från sina hemorter. Vid sådant förhållande har kommittén funnit sig icke böra föreslå någon förflyttning av hithörande vård från Järvsö. Kommittén har emellertid erfarit, att en närbelägen byggnad (epidemisjukhus), som bättre än det nuvarande spetälskesjukhuset motsvarar det minskade behovet av vårdplatser för spetälskesjuka, kan upplåtas för ifrågavarande ändamål, och vill därför förorda, att genom medicinalstyrelsens försorg utredning i sådant syfte verkställes.

Kap. 13. Hem för kroniskt sjuka.

Historik.

Redan tidigt meddelades bestämmelser i syfte att förebygga, att våra lasarett i alltför stor utsträckning belades med personer, som ledo av obotliga sjukdomar. Sådana bestämmelser förekommo i såväl 1798 års instruktion för läkarna vid länslasaretten som 1864 års lasarettsstadga. Den närmast därpå följande lasarettsstadgan av år 1901 föreskrev härutinnan, att obotligt sjuk icke finge mottagas, såvida icke hans sjukdom av läkaren ansåges vara av den beskaffenhet, att någon tids lasarettsvård skulle för den sjuke medföra väsentlig lindring i hans tillstånd eller för någon tid möjligen återställa hans förvärvsförmåga, och hinder för andra inträdessökande icke genom mottagandet vållades. Under inga förhållanden finge obotligt sjuk emottagas, därest hans sjukdom kunde medföra större obehag för övriga sjuka.

I nu gällande sjukhuslagstiftning hava villkoren för intagning av obotligt eller, som de där benämnts, kroniskt sjuka på lasarett och sjukstugor skärpts. Sjukhuslagen, som undantager anstaltsvård för kroniskt kroppssjuka från dess tillämplighetsområde, stadgar, att å sjukhus i lagens mening — däribland lasarett och sjukstugor — icke må, ändå att fråga är om vård, varför sjukhuset är inrättat, intagas den, som lider av kronisk kroppssjukdom, därest sjukdomen skulle medföra avsevärt obehag för andra sjuka.

Trots att restriktioner beträffande obotligt eller kroniskt sjukas vård på lasarett förekommit redan i våra tidigare stadganden rörande lasarettsväsendet, vidtogos under en lång följd av år icke några tillfredsställande åtgärder för att tillgodose sjukhusvårdbehovet för denna grupp av sjuka. Detta torde få tillskrivas flera omständigheter. I främsta rummet var tidigare generationers uppfattning om de sociala förpliktelserna mot nödställda en annan än vår. De primära kommunerna hade att lämna fattigvård åt dem, som voro oförmögna att förvärva det till livsuppehället oundgängliga och som voro i avsaknad av egna medel eller vård av annan. Till följd härav erhöllo kroniskt sjuka genom fattigvårdens försorg skydd och vård, oftast bristfällig även efter dåtida begrepp, på fattighus eller genom utackordering. Säkerligen mottogos ock, oavsett gällande restriktioner, sjuka av hithörande kategori i ej ringa omfattning även på lasaretten. Förhållandena på försörjningsinrättningarna förbättrades emellertid under hand, och i de större fattigvårdssamhällena anordnades för sjuka försörjningstagare sjukavdelningar eller åtminstone sjukrum på fattighusen. Genom enskilda donationer och välgörenhetssammanslutningar främjades ock vården av de kroniskt sjuka, ehuru i tämligen ringa utsträckning.

I och med tillkomsten av 1918 års fattigvårdslag blev emellertid anordnande av anstaltsvård för kroniskt sjuka ett aktuellt spörsmål. Lagen förpliktade visserligen icke vare sig landsting eller primärkommuner att inrätta hem för kroniskt sjuka, men genom densamma tillförsäkrades primärkommunerna för vård av dylika sjuka viss ekonomisk hjälp av landstingen. I 41 § nämnda lag stadgades nämligen, att därest genom landstings försorg upprättades anstalt för personer, som ledo av annan kronisk eller obotlig sjukdom än tuberkulos eller vanförhet, borde tillfälle till vård åt fattiga sjuka där beredas; och finge landstinget fastställa en avgift, ej överstigande halva vårdkostnaden, som vederbörande fattigvårdssamhälle hade att erlägga för å sådan anstalt intagen fattig. Hade fattigvårdssamhälle åt fattiga sjuka, som ovan nämnts, å särskild, samhället eller annan tillhörig anstalt eller å en vid fattigvårdsanstalt för ändamålet anordnad särskild avdelning, vilken stode under läkares tillsyn, berett vård, som av förste provinsialläkare intygades vara tillfredsställande, ägde det samhälle, som hade att ansvara för vårdkostnaden, av vederbörande landsting erhålla gottgörelse för hälften av vårdkostnaden. Landstinget ägde för beviljande av sådan gottgörelse uppställa de villkor, som kunde befinnas lämpliga. Dessa bestämmelser gälla i huvudsak allt fortfarande.

Med anledning av sist berörda stadgande hava landstingen i regel, utöver de i fattigvårdslagen angivna villkoren, föreskrivit särskilda villkor för ersättning av vård åt kroniskt sjuka. Dessa villkor voro tidigare synnerligen skiftande till sitt innehåll men synas numera utformas efter mera enhetliga grunder. Däri framhålles ofta uttryckligen, att den omständigheten, att en åldring ej kan taga vård om sig själv, i och för sig icke utgör motiv för intagning å anstalt eller avdelning för kroniskt sjuka. Endast för den händelse verkligt behov av sjukvård föreligger, bör intagning å dylik anstalt äga rum, och endast i dylikt fall är landstinget skyldigt att ersätta vårdkostnaderna. Till styrkande av vårdbehovet kräva landstingen ofta, att särskilt läkarutlåtande skall fogas vid de för gottgörelse erforderliga ansökningshandlingarna.

Fattigvårdslagstiftningskommittén, vars betänkande låg till grund för fattigvårdslagens ifrågavarande bestämmelser, hade emellertid framhållit, att tillfredsställande vårdförhållanden icke kunde förväntas komma till stånd allenast genom de åtgärder, kommittén föreslagit. Det syntes därför kommittén oundgängligt, att staten trädde hjälpande emellan. I främsta rummet borde statsbidrag lämnas till landsting och kommuner för underlättande av tillkomsten av vårdanstalter för de sjukas underhåll, men jämväl till de sjukas vårdande å dylika anstalter borde bidrag utgå. Frågan borde tagas upp till snar utredning. Då behov av sjukvård förelåge icke blott för fattiga utan för kroniskt sjuka i allmänhet, fölle emellertid denna fråga utanför fattigvårdslagstiftningens område.

För åvägabringande av en allsidig belysning av spörsmålet uppdrogs, jämlikt Kungl. Maj:ts bemyndigande den 17 december 1920, åt dåvarande pensionsfullmäktigen Bernhard Eriksson i Grängesberg och lasarettsläkaren, med. doktorn K. H. Giertz att jämte statens fattigvårdsinspektör inom socialdepartementet biträda med verkställande av utredning och avgivande av

förslag beträffande vården av kroniskt sjuka. I uttalande till statsrådsprotokollet i ämnet anförde föredragande departementschefen, att undersökning borde verkställas, huruvida icke de mindre svårt sjuka, vilka krävde mindre skötsel och omvårdnad, skulle kunna omhändertagas av kommunerna. För dessas räkning kunde de särskilda avdelningarna för vård av fattiga kroniskt sjuka vid ålderdomshemmen eller någon annan liknande anordning tänkas komma till användning, medan landstingen på sina anstalter liksom de privata sjukhemmen endast skulle behöva mottaga de av andras hjälp helt beroende sjuka.

De sakkunnigas betänkande förelåg redan den 24 februari 1921. Däri föreslogs statsbidrag till såväl uppförande som drift av hem för kroniskt sjuka. I fråga om de principer, som ansågos böra gälla för statsbidrag till ifrågavarande hem, anförde de sakkunniga i huvudsak följande: Statsbidrag för anläggning av anstalt för vård av kroniskt sjuka borde utgå till såväl landsting och kommuner som föreningar och enskilda. Enär sjukhemsfrågan enligt de sakkunnigas mening tillfredsställande kunde ordnas efter flera olika linjer, borde vederbörande lämnas stor frihet i organisationen. Planen för byggnaden skulle emellertid statligt gillas och byggnaden avsynas. En läkare skulle anställas som chef. Slutligen framhölls, att förslaget innefattade åtgärder för beredande av sjukhusvård för såväl fattiga som andra kroniskt sjuka.

Någon proposition i ämnet framlades icke de närmast följande åren. Sedan emellertid 1926 års riksdag med anledning av väckt motion anhållit, att Kungl. Maj:t måtte snarast möjligt framlägga förslag rörande statsbidrag till sjukhem för kroniskt sjuka, anbefallde Kungl. Maj:t medicinalstyrelsen att efter den ytterligare utredning i ämnet, som kunde befinnas erforderlig, till Kungl. Maj:t inkomma med dylikt förslag. Styrelsen, som fann den redan åstadkomna utredningen medgiva tillräcklig möjlighet för bedömande av förevarande fråga, avgav i september 1926 ett förslag, som i det väsentliga överensstämde med de sakkunnigas. Endast i vissa detaljer, vilka i detta sammanhang torde kunna betecknas såsom mindre väsentliga, hade styrelsen en från de sakkunniga avvikande mening, delvis i anledning av de utlåtanden över de sakkunnigas förslag, som av Kungl. Maj:t infordrats.

Gällande bestämmelser.

På grundval av medicinalstyrelsens förslag framlades proposition i ämnet för 1927 års riksdag. Propositionen bifölls med mindre väsentliga ändringar, varefter Kungl. Maj:t den 27 juni 1927 utfärdade dels kungörelse angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka (nr 245), dels ock kungörelse angående statsbidrag till driftkostnaderna vid dylika hem (nr 246), vilka kungörelser med vissa ändringar ännu gälla. Enligt den förra kungörelsens ursprungliga lydelse ägde landsting, kommuner och kommunalförbund erhålla statsbidrag för anordnande — såsom fristående anstalt eller avdelning av anstalt för annat ändamål — av hem för sådana kroniskt — obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka, »vilka äro i behov av sjukhusvård och därför icke lämpligen kunna vårdas å allmän fattigvårdsanstalt men vilkas tillstånd icke berättigar till och vilka icke heller kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga an-

stalter äro avsedda» (§ 1). Sedan emellertid statens sjukvårdskommitté i skrivelse till Kungl. Maj:t den 25 november 1930 erinrat, att enligt den uppfattning, som kommit till uttryck i såväl fattigvårdslagstiftningskommitténs betänkande som kungl. propositionen i ämnet, den kroniska sjukvården borde avse icke endast fattigvårdsbehövande sjuka utan även personer, som fölle utanför fattigvårdslagens tillämpningsområde, samt att ordalydelsen i berörda paragraf syntes påfordra ett förtydligande i denna riktning, ha genom kungörelse den 15 maj 1931 orden »och därför icke lämpligen kunna vårdas å allmän fattigvårdsanstalt» uteslutits. Från statsbidrag är utesluten anstalt, som av den, vilken använder eller ämnar använda densamma såsom hem för kroniskt sjuka, vid ingången av år 1927 brukades för sjukvård, även om sjukvården helt eller delvis avsåg vård av andra än kroniskt sjuka, samt anstalt, vars uppförande eller inrättande för ifrågavarande ändamål av den, som söker statsbidrag, påbörjats före ingången av år 1927 eller som av sökanden för samma ändamål förvärvats före nämnda tidpunkt. Undantag från denna regel har dock förekommit, i det att 1929 års riksdag medgivit, att statsbidrag finge utgå för anordnandet av vissa landsting tillhöriga hem för kroniskt sjuka, vilka för ändamålet uppförts eller inrättats under åren 1919—1926.

Statsbidrag till driften av hem, som ovan nämnts, kan enligt kungörelsen nr 246 utgå icke blott till landsting, kommuner och kommunalförbund utan även till föreningar och enskilda. Båda kungörelserna angiva, att å statsunderstödda hem för kroniskt sjuka skola företrädesvis vårdas sådana sjuka, som lida av elakartade svulster såsom kräfta, sarkom m. fl., hjärn- och ryggmärgssjukdomar samt andra nervsystemets sjukdomar, kronisk rheumatism och denna närstående sjukdomar, svår vanförhet, cirkulationsorganens sjukdomar, patologisk senilitet samt kronisk astma. Anstalt, för vilken statsbidrag av det ena eller andra slaget beviljats, skall stå under överinseende av förste provinsialläkaren eller med denne likställd stadsläkare, där fråga icke är om anstalt, anordnad vid lasarett, och skall vidare stå under tillsyn av särskilt förordnad, i anstaltens närhet boende läkare. Anstalten skall vara så anordnad, att de sjuka där kunna erhålla en ur medicinsk synpunkt tillfredsställande skötsel, och vid densamma skall vara anställd vårdpersonal i tillräckligt antal och med erforderlig utbildning.

Beträffande statsbidrag till såväl anordnande som drift av hem för kroniskt sjuka gäller jämväl, att bidrag icke må sammanlagt resp. för samma tid utgå för flera sjukplatser än en på varje tal av tvåtusen av invånarna i stad, som icke deltager i landsting, och en på varje tusental av invånarna i landstingsområde. Vid beräkning av det antal sjukplatser, för vilket statsbidrag sålunda högst må utgå, skall dock hänsyn icke tagas till anstalter, avsedda för vård av sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från viss eller vissa kommuner eller från visst landstingsområde eller, då fråga är om driftkostnadsbidrag, anstalter som drivas av föreningar eller enskilda. Däremot skall, enligt tillägg den 10 maj 1929 till kungörelsen nr 245, vid beräkning av det antal sjukplatser, för vilket statsbidrag för anordnande av hem högst må sammanlagt utgå, hänsyn tagas till de platser, vilka icke innefattas under nämnda kungörelse

men för vilka likväl jämlikt särskilt av Kungl. Maj:t och riksdagen fattat beslut bidrag utgått från anslaget till uppförande av hem för kroniskt sjuka.

Ansökningar om statsbidrag till anordnande av hem för kroniskt sjuka prövas av Kungl. Maj:t, ansökningar om driftbidrag av medicinalstyrelsen. Beviljat bidrag utbetalas av medicinalstyrelsen. Angående bidragsbeloppens storlek och de närmare villkoren för statsbidrags erhållande hänvisas till kap. 21. Här må endast erinras, att Kungl. Maj:t i syfte att säkerställa ett godkännande av anstalter, som äro enkelt byggda men likväl ur sjukvårdssynpunkt fylla de krav, som rimligen böra ställas på ett hem av ifrågavarande slag, den 11 maj 1928 fastställt vissa särskilda fordringar å hem för kroniskt sjuka för erhållande av statsbidrag. Dessa fordringar äro icke absolut oeftergivliga, utan kunna i enstaka fall lokala förhållanden eller andra särskilda omständigheter föranleda jämkning i ett eller annat hänseende.

Nuvarande organisation och platstillgång.

Anstaltsvården för kroniskt sjuka, anordnad efter de grunder som i förenämnda kungörelser och anvisningar angivas, är sålunda ny. Dessförinnan hade emellertid, som ovan antytts, särskilt efter fattigvårdslagens tillkomst inrättats åtskilliga anstalter för ifrågavarande ändamål. Omfattningen av denna vård, vad platsantalet beträffar, belyses av nedanstående uppgifter, som återfinnas i de sakkunnigas betänkande av år 1921 och Kungl. Maj:ts proposition av år 1927.

Såvitt nämnda sakkunniga kunde överblicka, funnos i början av år 1921 minst följande antal vårdplatser för vård av kroniskt sjuka:

16 enskilda sjukhem med	837	platser
5 landstings » »	181	»
33 avdelningar vid fattigvårdsanstalter, godkända för landstingsbidrag, med	683	»
6 sjukhus i städer utanför landsting med	940	»
Summa	2 641	platser.

I den kungl. propositionen angives ställningen hösten 1925 som följer:

å 19 privata sjukhem, anordnade av föreningar eller enskilda	937	platser
å 9 landstingsanstalter	320	»
å avdelningar vid fattigvårdsanstalter:		
a) i städer med minst 15 000 invånare	506	»
b) i andra landstingskommuner	878	»
å sjukhus i städer utanför landsting	995	»
Summa	3 636	platser.

En översikt över platstillgången den 1 mars 1930 giver, därest av 1929 års landsting beslutade anstalter medräknas, följande resultat:

16 enskilda anstalter med	565	platser
36 landsting eller stad utanför landsting tillhöriga anstalter	1 245	»
157 primärkommunala anstalter	2 315	»
Summa	4 125	platser.

Av platserna å landstings- eller primärkommunala hem voro 1 920 godkända av medicinalstyrelsen för åtnjutande av statsbidrag och 1 168 godkända av

förste provinsialläkare för erhållande av landstingsersättning, samtliga fördelade på 28 landstings- och 148 primärkommunala hem (jfr tabell 20). Av dessa hem hade

17 st. högst	5 vårdplatser	10 st.	26—30 vårdplatser
57 »	6—10 »	6 »	31—40 »
39 »	11—15 »	7 »	41—50 »
28 »	16—20 »	1 »	51—60 »
5 »	21—25 »	6 »	mer än 60 »

De flesta hemmen hade sålunda ett ringa antal vårdplatser. Icke färre än omkring 42 % hade högst 10 och 64 % högst 15 sängar. Inom ramen för det antal vårdplatser, som kan anses motsvara en vanlig sjukavdelning (26—30 pl.), föllo endast 10 hem; antalet hem med mer än 30 platser uppgick till 20.

Största intresset torde knyta sig till de statsunderstödda anstalterna såsom varande de ur sjukvårdssynpunkt mest ändamålsenliga. Kommittén har därför dels i tabell 21, dels ock i tabell 66 sammanställt vissa ytterligare uppgifter angående dessa anstalter, därvid kommittén med hänsyn till den snabba utvecklingen på området använt sig av vid tidpunkten för sammanställningen senast tillgängliga årsberättelser, eller för år 1931. Tabell 21 utvisar fördelningen av de statsunderstödda platserna på de olika sjukvårdsområdena ävensom medelbeläggningen på anstalterna ifråga. Som synes äro de statsunderstödda anstalterna rätt hårt belagda, särskilt landstingsanstalterna. Medeltalet vårdade i förhållande till ordinarie[1] antalet vårdplatser utgjorde sålunda år 1931 i genomsnitt omkring 90 % å landstingsanstalterna och 85 % å de primärkommunala anstalterna. Av tabellen framgår ock, i vilken omfattning rätten till statsbidrag utnyttjats inom sjukvårdsområdena vid utgången av år 1931. Endast Gävle och Göteborg hade till fullo eller åtminstone i det närmaste helt utnyttjat statsbidragsrätten. I övrigt hade blott Kalmar läns norra samt Göteborgs och Bohus läns landstingsområden i någon avsevärd grad begagnat sig av statens hjälp; de flesta hade icke uppnått 50 % av det platsantal, för vilket statsbidrag kunnat utgå.

Med hänsyn till det intresse, anstalternas fördelning på städer och landsbygd erbjuder, har kommittén i tabell 66 (kol. 2, 3, 6 och 7) sammanställt i detta avseende lämnade uppgifter. De primärkommunala anstalternas fördelning synes vara förtjänt av särskild uppmärksamhet. Av dessa anstalter voro 35 belägna i städer samt 77 på landsbygden.

En annan fråga av ej oväsentlig betydelse är om hemmen inrättats fullt fristående eller anslutits till lasarett, försörjningsinrättning eller ålderdomshem, antingen som en del av den byggnad, i vilken nämnda inrättning eller hem är inrymt, eller som en särskild, denna närbelägen byggnad. En sammanställning efter denna indelningsgrund återfinnes jämväl i tabell 66 (kol. 4, 5, 8 och 9) samt utvisar, att medan landstingsanstalterna till övervägande del voro fristående, detta endast undantagsvis var förhållandet med de primärkommunala hemmen.

[1] Ang. begreppet »ordinarie antal» jfr not 2 sid. 262.

Kommittén har vidare undersökt huru många av de primärkommunala hemmen, som ägas och drivas av *en* kommun, och huru många, som tillkommit genom samverkan av flera kommuner i en eller annan form: kommunalförbund, byggnadsbidrag från angränsande kommuner, m. m. Undersökningen gav vid handen, att av 93 år 1930 statsunderstödda primärkommunala anstalter allenast 10 var för sig drevos av mer än en kommun.

Av intresse för vårdens utbyggande vore givetvis att erhålla en jämförelse mellan vårdkostnaden på fristående eller till lasarett anknutna anstalter och på de till fattigvårdsanstalter anslutna avdelningarna. Det har emellertid visat sig svårt att åstadkomma en tillförlitlig sådan. En av anledningarna härtill är, att antalet fristående anstalter, som varit i verksamhet och hunnit komma in i normala beläggningsförhållanden, är relativt litet. En annan orsak är att söka däri, att uppgifterna från de i försörjningshemmen ingående avdelningarna äro att anse såsom mycket approximativa. Den sammanställning, som kommittén i detta avseende är i stånd att framlägga, synes därför behäftad med vissa brister. Med hänsyn till frågans stora intresse återgives dock densamma i tabell 67 med nämnda reservation från kommitténs sida. Statens, landstingens och primärkommunernas kostnader för den kroniska sjukvården redovisas i kap. 18.

Det må slutligen erinras, att i Malmöhus län samarbete äger rum mellan det föreningen för obotligt sjuka i Skåne tillhöriga Ribbingska sjukhemmet i Lund och landstingets perifera sjukhem. Landstinget, som bidrager med ej oväsentliga belopp till det Ribbingska hemmets drift, har förbehållit sig rätt att belägga 20 platser å hemmet med sådana sjuka, som med hänsyn till de perifera hemmens utrustning och resurser i övrigt icke kunna erhålla erforderlig vård därstädes. På så sätt kompletterar det rikhaltigare utrustade och inredda Ribbingska sjukhemmet de i dessa avseenden mindre väl tillgodosedda hemmen. Detta samarbete har lämnat ett gott resultat.

Behovet av plan för vårdens utbyggande.

Behovet av en plan för den kroniska sjukvårdens utbyggande i vårt land gjorde sig redan tidigt gällande och har vid ett flertal tillfällen vitsordats. Redan innan frågan om statsbidrag till den kroniska sjukvården förelåg till behandling vid 1927 års riksdag, hade föreningen för invärtes medicin påpekat önskvärdheten av en sådan. Föredragande departementschefen framhöll i propositionen till nämnda riksdag, att föreningens förslag icke för det dåvarande kunde låta sig förverkliga, men uttalade den förhoppningen, att, sedan ifrågavarande vårdverksamhet erhållit en större omfattning och rikligare erfarenheter därav kunnat inhämtas, det så småningom skulle låta sig göra att åstadkomma en mera rationell organisation. Denna skulle då närmast gå ut på dels att tillse, att vårdmöjligheterna bleve någorlunda jämnt fördelade efter behovet i de särskilda landsdelarna, dels att åstadkomma en uppdelning av de vårdbehövande å olika slag av anstalter allt efter dessas möjlighet att meddela mera komplicerad eller endast enklare vård. I de fall, där ett landsting i samråd med primärkommunerna från början ville planlägga verksamheten inom länet, innebure detta naturligtvis en fördel.

De gångna årens erfarenheter hava otvivelaktigt visat, att den frihet, som

i ämnet gällande bestämmelser giva, icke enbart är av godo. Det kan icke förnekas, att det förhållandet, att landsting och primärkommuner inom samma landstingsområde kunna samtidigt och oberoende av varandra vidtaga åtgärder för tillgodoseende av denna vård, innebär vissa risker för en icke ändamålsenlig organisation av vården, framför allt beträffande vårdanstalternas fördelning i lokalt hänseende. De enskilda kommunernas rätt att erhålla bidrag reglerar som nämnts icke en lämplig fördelning av hemmen inom sjukvårdsområdet.

Ser man till förhållandena, sådana de framgå av tabellerna 21 och 66, kan man som regel ej heller spåra en organisationsplan som grund för den år 1931 förevarande anordningen i de olika länen eller att man i något län bestämt sig vare sig för någon renodlad linje — landstingslinje eller primärkommunal linje — eller för en kombination av båda efter vissa grunder. Ett undantag torde måhända Kristianstads län utgöra, där landstinget inrättat tre större hem om sammanlagt 131 vårdplatser och de primärkommunala anstalterna äro endast två, belägna i städer. Detsamma torde kunna sägas gälla Malmöhus län, där landstinget på sju särskilda hem anordnat 141 vårdplatser och de enda ifrågavarande primärkommunala anstalterna, två till antalet, likaledes finnas i städer. Av de län, som i någon större omfattning använt sig av möjligheten till statsbidrag, kan man ock i de båda västkustlänen spåra en konsekvens i organisationen efter den primärkommunala linjen. Göteborgs och Bohus län, som uppnått 84 % av det antal vårdplatser, för vilket länet jämlikt gällande beräkningsgrunder skulle vara berättigat till bidrag, har sålunda endast primärkommunala anstalter (17 hem om tillhopa 178 vårdplatser). Detsamma är förhållandet med Hallands län; vårdplatsantalet är där 79, fördelat på fyra primärkommunala hem.

Att förhållandena i berörda avseende icke varit tillfredsställande, därom vittnar ock, förutom chefens för socialdepartementet uttalande i ämnet i samband med kommitténs tillsättande, jämväl ett uttalande av denne i statsverkspropositionen till 1930 års riksdag, vari framhölls önskvärdheten av att länsstyrelserna efter samråd med medicinalstyrelsen, där så icke redan skett, påkallade landstingens och kommunernas intresse för ett mera rationellt ordnande av ifrågavarande sjukvård inom de särskilda landstingsområdena. Enligt vad kommittén erfarit har medicinalstyrelsen med anledning härav riktat en cirkulärskrivelse till länsstyrelserna i riket och därvid givit dem en orienterande överblick över hemmens antal och fördelning inom de olika länen. Kommittén har jämväl erfarit, att medicinalstyrelsen numera infordrar länsstyrelses yttrande över ansökning av primärkommun om statsbidrag för anordnande av hem för kroniskt sjuka.

Det är emellertid icke endast omsorgen om en ur lokal hänsyn lämplig fördelning, som utgör skäl för uppgörande av plan för den kroniska sjukvårdens vidare utbyggande. Såväl i de sakkunnigas betänkande av år 1921 som i kommitténs direktiv har tillika erinrats om vikten av en differentiering av dessa hem efter de olika sjukvårdsbehoven. Därvid har såsom helt natur-

ligt framhållits, att landstingsanstalter i allmänhet syntes lämpliga för de mera svårskötta fallen och primärkommunala för de mera lättskötta.

Riktlinjer för utvecklingen.

Vid ett planmässigt utbyggande av den kroniska sjukvården synas närmast tre linjer erbjuda sig, nämligen landstingslinjen, den primärkommunala linjen eller en kombination av dessa. För ett rätt ståndpunktstagande härutinnan kräves kännedom om ett flertal förhållanden, som kommittén här nedan först vill söka belysa.

Allmänna synpunkter.

1. Enligt vad kommittén erfarit, ha i flera avseenden svårigheter förefunnits att i praktiken tillämpa gällande bestämmelser, i vad de avse den kroniska sjukvårdens omfattning. Detta gäller redan bedömandet, huruvida behov av sjukhusvård föreligger. Åtskilliga faktorer kunna här inverka. Det är först och främst underkastat läkarens subjektiva omdöme, och säkerligen finnas många fall, där den ene läkaren anser sjukhusvård erforderlig, den andre icke. De yttre förhållanden, under vilka den sjuke lever, spela helt naturligt även en viss roll vid detta bedömande. Vidare har i de fall, då den kroniskt sjuke erhåller fattigunderstöd eller på grund av sin ohälsa måste ifrågakomma till sådant, vederbörande kommun till följd av gällande bestämmelser om ersättning för lämnad sjukvård visat sig ej sällan ha en viss benägenhet att giva sjukhusvårdbehovet en vidare tillämpning än läkaren finner skäligt. Här spelar sålunda ett rent ekonomiskt intresse in. Olika meningar hava även rått beträffande vilka sjukdomar och sjukliga tillstånd, som enligt bestämmelserna företrädesvis berättiga till vård å ifrågavarande hem. Härvid ha närmast avsetts de s. k. funktionella nervsjukdomarna (hysteri och neurasteni), epilepsi samt den patologiska seniliteten.

För att lämna någon ledning härutinnan har medicinalstyrelsen åren 1928 och 1930 utfärdat tvenne cirkulärskrivelser till vederbörande läkare, båda återgivna i Medicinalförfattningar av år 1930, nr 22. Efter att hava betonat, att verkligt behov av sjukhusvård är ett oeftergivligt villkor för rätt till vård å ifrågavarande anstalter, framhåller styrelsen, att patienter, lidande av hysteri och neurasteni, icke böra mottagas till vård å hemmen, enär dessa icke äro ägnade för lämplig vård åt dem. Beträffande epilepsien synes ställningstagandet ha berett styrelsen större svårigheter. Att alla fall av epilepsi med sinnessjukdom äro uteslutna från vård på sådana hem har dock ansetts självfallet. Kommittén har erfarit, att styrelsen härmed även avsett epileptici med asociala tendenser. Som en allmän regel hävdar styrelsen, att epileptici, som utan att lida av sinnessjukdom ändock äro i behov av anstaltsvård, böra i främsta rummet erhålla sådan på särskilda, för epileptici avsedda anstalter. Alldenstund antalet platser på dylika anstalter ännu vore för ringa, torde dock enligt styrelsen otvivelaktigt sådana fall förekomma, där ömmande humanitära skäl talade för ett intagande av epileptici på hem för kroniskt sjuka; dock borde intagning ske endast för så vitt det vore förenligt med tillbörlig hänsyn till övriga sjuka och hemmets vårdanordningar för övrigt vore sådana, att en betryggande vård kunde givas epileptici. Beträffande den patologiska seniliteten erinrar styrelsen, att svårare akuta liksom påverkbara kroniska sjukdomar hos åldringar behandlas lika väl på sjukhus och lasarett som motsvarande

sjukdomar hos icke åldringar. Det är först sedan en kronisk irreparabel skada stött till, vilken gör patienten i behov av sjukhusvård eller omöjlig att utan vantrevnad för andra vistas på ålderdomshem eller i familjen, som den gamle kan betraktas såsom patologisk senil. Vanligen är det då fråga om förändringar i kärlsystemet, den s. k. arteriosklerosen, med ty åtföljande förändringar i hjärna, hjärta eller njurar. Den gamle är då som regel ej i stånd att vara uppe. Ofta är han delvis förlamad, psyket är omtöcknat eller fullt av defekter, brand har tillstött, m. m. Styrelsen påpekar, att det icke ligger inom de praktiska möjligheternas gränser att härvid uppdraga en skillnad mellan fall av patologisk senilitet, som äro i behov av sjukhusvård, och sådana som icke äro det. På detta område komme det subjektiva omdömet att bliva avgörande. I allmänhet torde dock, enligt styrelsen, en ständigt sängliggande sådan person oavbrutet vara i behov av den vård, som å sjukhus lämnas av sjukvårdskunnig personal, bl. a. till förebyggande av stora liggsår och andra komplikationer.

Vad ovan anförts torde giva en god bild av de svårigheter, som möta vid ifrågavarande bestämmelsers tillämpning. Därav framgår ock, att svårigheterna icke kunna helt undanröjas eller förebyggas. Kommittén anser det icke desto mindre vara av vikt, att man vid tillämpningen söker fasthålla vid den begränsning, lagstiftaren avsett, enär man eljest lätt löper fara att få ett ej ringa antal personer överflyttade från ålderdomshem eller enskilda hem till ifrågavarande anstalter utan att verkligt sjukhusvårdbehov föreligger. Att denna fara är större vid de primärkommunala anstalterna än vid landstingsanstalterna är ingen konstruktion. De erfarenheter, som medicinalstyrelsen och jämväl sjukhemmens inspektörer gjort, bestyrka detta. Givetvis är detta en omständighet att beakta, då det gäller att uppdraga riktlinjer för den kroniska sjukvårdens utveckling.

2. Vid val mellan landstingslinjen, vilken oftast medför en viss centralisation, och den primärkommunala linjen torde hänsyn jämväl böra tagas till det förhållandet, att många hithörande patienter, som icke kunna förväntas under livstiden bliva utskrivna från hemmet, måhända äro obenägna att lämna sina hemorter för vård å landstingsanstalt. Redan vid överläggningar, som på föranstaltande av socialdepartementet höllos före tillsättandet av de sakkunniga av år 1920, upptogs denna fråga till ingående diskussion. Målsmän för båda uppfattningarna — en viss centralisation och en stark decentralisation — uppträdde. Kommittén vill för sin del långt ifrån söka göra gällande, att här berörda betänkligheter mot en centralisation icke kunna äga ett visst berättigande, men vill dock erinra, att under tidigare år erfarenheterna i detta hänseende voro mycket begränsade. Då funnos nämligen endast ett mycket ringa antal centrala anstalter. I de flesta länen hade man inga rön att bygga på. Det må ock erinras om att de olägenheter, som de större avstånden då inneburo, genom automobilismen och vägväsendets förbättrande avsevärt förminskats och att befolkningen blivit allt mera rörlig, båda omständigheter, ägnade att i väsentlig grad motverka känslan av avskildhet från hemorten. Ifrågavarande betänkligheter torde därför få anses hava förlorat i betydelse. Detta bekräftas ock av en enquête, som kommittén i frågan anordnat med läkarna vid

en del landstingsanstalter. Samstämmigt hava därvid läkarna vid de hem, där en nämnvärd erfarenhet kunnat förvärvas, uttalat, att någon obenägenhet från mera avlägset boende patienters sida att söka inträde på hemmen icke förmärkts samt att hemlängtan icke föranlett utskrivningar från hemmen förhållandevis mera bland dessa sjuka än bland dem, som bo i hemmens närmare grannskap.

3. Vidare vill kommittén bringa följande i erinran. Erfarenheten har visat, att ju större antal vårdplatser, som kommer till stånd, desto större blir inom vissa gränser antalet inträdessökande och vårdade, bl. a. beroende därpå, att en god tillgång på vårdplatser ofta aktualiserar ett latent vårdbehov. Till en början, då platsbehovet är trängande, kunna endast de mest nödställda och sämsta fallen intagas. I den mån, som dessa avgå med döden och antalet platser blir större, förändras patientmaterialet så, att det i viss utsträckning närmar sig lasarettens. Dessa sjukvårdsanstalter komma att, hårt belagda, sträva efter att i de fall, där sjukdomen övergått i kroniskt stadium, snarast möjligt få patienten överflyttad till hem för kroniskt sjuka. Då lasaretten äro dyrare än dessa hem både i anläggning och drift, är en ökning av antalet vårdplatser å dylika hem ur ekonomisk synpunkt sett önskvärd. En sådan ökning torde icke heller möta gensaga ur sjukvårdssynpunkt under förutsättning, att hemmen icke göras till s. a. s. rena förvaringsanstalter, där de sjukas vård inskränkes till att sörja för deras behov av lämplig kost och för den kroppens ans och vård, som de icke själva på grund av sitt sjukliga tillstånd kunna bibringa sig, utan alltjämt förbliva sjukvårdsanstalter, där den omvårdnad, patienternas sjukdom kräver, kan i erforderlig omfattning lämnas. Härvid kunna en hel del åtgärder utanför den rena läkemedelsbehandlingen ifrågakomma, t. ex. bad, behandling med värme, ljus och röntgen etc. För undvikande av dubbelanläggningar vore det givetvis till stor fördel, om man härutinnan kunde i förekommande fall lita till redan förefintliga anordningar. Härmed kommer man osökt in på frågan om anslutning av hem för kroniskt sjuka till lasarett i länet, där ifrågavarande sjuka emottoges för en vård, vilken måhända ofta kunde icke blott bringa lindring och möjliggöra en fortsatt vård i deras egna hem utan jämväl i viss mån skänka dem arbetsförmågan åter. Kommittén finner för sin del dessa synpunkter väl värda beaktande vid ett fortsatt utbyggande av sjukhusvården.

4. En allvarlig olägenhet med den primärkommunala linjen ligger i svårigheten att med densamma vinna en lämplig fördelning av hemmen inom landstingsområdena och en ur sjukvårdssynpunkt väl avpassad storlek av hemmens vårdplatsantal. Enär primärkommunerna som regel äro för små för att kunna var för sig uppbära en sluten sjukvård av lämplig omfattning, kräves nämligen för ernående av en i förevarande hänseende ändamålsenlig ordning samarbete mellan två eller flera kommuner. Att i erforderlig utsträckning åstadkomma ett sådant samarbete åter har visat sig möta avsevärda hinder. Följden har blivit inrättandet av många alltför små anstalter, avsedda att täcka endast en eller två primärkommuners behov och ur sjukvårdssynpunkt lidande av många svagheter. Ifrågavarande hem äro i regel belägna inom eller vid

vederbörande kommuns försörjningsanstalt, varför mången sjuk, som ej behöver fattigvård, hyser obenägenhet mot att låta sig vårda på dessa hem. Sköterskorna hava ofta icke heller den utbildning i sjukvård, som kräves för vården av hithörande patienter. Med hänsyn till patienternas ringa antal och deras ofta stationära tillstånd synes föreskriften om minst ett läkarbesök i veckan ej sällan såväl hemmets huvudman som läkaren onödigt sträng. Å andra sidan finner en sjuk, som lider av smärtor och svåra besvär, ett läkarbesök i veckan vara väl litet. Anskaffande av hjälpmedel för behandling, vilka kräva någon större kostnad, kan oftast av ekonomiska hänsyn icke ifrågakomma. Slutligen möta till följd av hemmens begränsade rayon icke sällan svårigheter att rationellt utnyttja lediga platser.

Kommitténs ståndpunkt.

Vid prövning, efter vad sålunda anförts, av de fördelar och nackdelar, landstingslinjen och den primärkommunala linjen erbjuda, finner kommittén starka skäl tala för ett utbyggande av ifrågavarande vård efter landstingslinjen. Landstingen äga i sina lasarett och sjukstugor inrättningar, vilka väl lämpa sig såsom moderanstalter till hem för kroniskt sjuka. Vissa sjukvårdssynpunkter göra ock, som ovan antytts, en närmare samorganisation mellan dessa anstaltstyper önskvärd. Vårdkostnaderna vid landstingsanstalterna ligga visserligen, enligt vad tabell 67 utvisar, högre än vid hem, kombinerade med försörjningsanstalter. Med hänsyn till dels deras större värde ur vårdsynpunkt dels ock den omständigheten, att de icke bära någon fattigvårdsprägel, äro landstingsanstalterna emellertid att anse som mera effektiva. Med ett utbyggande av vården efter landstingslinjen får densamma endast en målsman, vilket i hög grad underlättar en lämplig fördelning och ett rationellt utnyttjande av tillgängliga platser. De olägenheter, som en centralisation av hemmen för närvarande till äventyrs kan medföra för den enskilde, komma att genom förbättrade kommunikationer alltmer förminskas. För landstingslinjen talar även den omständigheten, att man därmed undviker det missbruk av ersättningsbestämmelserna i 41 § i fattigvårdslagen, som ovan påtalats och varigenom orättmätigt på landstingen överflyttas kostnader för ren fattigvård.

På grund härav och då, enligt vad kommittén inhämtat, erfarenheterna från de sjukvårdsområden, där en organisation efter landstingslinjen i huvudsak införts, visat sig vara mycket gynnsamma, vill kommittén livligt förorda, att den kroniska sjukvården i möjligaste mån utbygges efter nämnda linje. Detta gäller i första hand de sjukvårdsområden, där den primärkommunala vägen icke blivit i nämnvärd utsträckning beträdd och där ej heller landstingen ännu tagit sig an vården ifråga. Kommittén kan i detta avseende peka på sådana landstingsområden som Kalmar läns södra, Älvsborgs, Västmanlands och Västernorrlands läns. Älvsborgs läns landsting har för övrigt redan fattat beslut i princip i här åsyftad riktning. Det kan vidare ifrågasättas, om det icke i Västerbottens län med dess sjukstugusystem skulle vara fördelaktigt även ur ekonomisk synpunkt att komplettera vårdtillgången vid åtminstone vissa sjukstugor med ett lämpligt antal platser för kroniskt sjuka. Detsamma gäller Norrbottens län. I de sjukvårdsområden, där primärkommunala

anstalter redan kommit till stånd i ett större antal, torde en renodlad landstingslinje vara helt utesluten. Här bör dock förhållandet mellan landstingets och primärkommunernas vårduppgifter snarast klargöras, därvid gränsen torde böra uppdragas efter de grunder, som i föregående uttalanden härutinnan anvisats. Under alla förhållanden är det önskvärt, att en plan härför kommer till stånd, innan kommunerna tagit i anspråk så stor del av det högsta statsbidragsberättigade platsantalet, att någon avsevärdare statsunderstödd anläggning av dylika anstalter icke kan påräknas. Där landstingen ej äro villiga att åtaga sig ansvaret för vården å hem för kroniskt sjuka eller landstingslinjen av annan orsak ej kan ifrågakomma, vill kommittén förorda, att för ändamålet bildas kommunalförbund av tillräcklig omfattning. Det synes kommittén, att man på denna väg kan utan större eftersättande av de principer, kommittén vill stödja med avseende å nämnda vård, vinna i det närmaste enahanda förmåner som dem, vilka landstingslinjen erbjuder.

Frågan, i vad mån och på vad sätt en utveckling i här angiven riktning må kunna främjas genom åtgärder från statens sida, upptager kommittén till behandling i kap. 20 och 21.

Kap. 14. Anstalter för konvalescentvård.

Inledning. Med hänsyn till de höga kostnader, som äro förenade med uppförande och drift av lasarett och därmed jämförliga sjukhus, har det, som ovan flerstädes antytts, framstått som en angelägenhet av stor vikt, att lasarettsvården begränsas till sådana fall, vars ändamålsenliga behandling förutsätter de dyrbara vårdanordningarna på dessa sjukhus, samt att vårdtiden därstädes icke utsträckes längre än behandlingen kräver. Detta har i sin tur framkallat önskemål om inrättande av enklare och billigare anstalter för sådana sjuka, som utan att vara i behov av lasarettsvård dock erfordra sluten vård.

Redan professor *John Berg* beaktade behovet av särskilda anstalter för ifrågavarande ändamål. I sitt meromnämnda »förslag till vissa systemändringar i de svenska offentliga sjukvårdsanstalternas anordning med hänsyn till önskemålet av en verksammare invalid- och vanförebehandling»[1] föreslog sålunda professor Berg inrättande av en ny typ anstalter, benämnda »vårdanstalter för ortopedisk och fysikalisk terapi» och avsedda att från »läns- och stadssjukhusen» emottaga patienter, vilka för återvinnande av arbets- och förvärvsförmåga främst vore i behov av sådan vård, som fölle inom begreppet fysikalisk behandling. Professor Berg tager detta begrepp i dess vidaste mening, omfattande icke blott bad-, värme-, elektrisk och mekanisk behandling utan även arbets- och rörelseterapi. Å dessa anstalter skulle alltså mottagas stora grupper av konvalescenter.

Frågan om en avlastning av de dyrbarare sjukvårdsanstalterna utan uppgivande av den slutna vårdens fördelar har upptagits jämväl av de år 1920 tillkallade *sakkunniga för utredning beträffande vården av kroniskt sjuka.* I sitt betänkande framhålla dessa, att det av kostnadsskäl lärer bliva »nödvändigt att bygga sjukhus av olika typer, så att ingen sjuk vårdas å ett i förhållande till hans sjukdom för dyrbart sjukhus, och vidare att ingen kvarhålles å även våra enklaste sjukhus eller sjukvårdsinrättningar av annan anledning än verklig sjukdom».[2] De erinra ock om att fattigvårdens krav på sjukvård i vissa större städer fört fram en både i anläggning och drift billigare sjukhusvård än den, som eljest lämnas å dessa städers sjukhus. De sakkunniga anföra härefter följande:

»Man bör gå vidare på den där inslagna vägen, men söka åstadkomma sjukhus av tre olika klasser. Någon gradering av de olika sjukhusen i rang betyder ej detta. Alla äro lika nödvändiga och ha i så måtto samma uppgift att fylla, som de alla åsyfta att om möjligt ge patienterna hälsan åter eller, om detta är ogörligt, vårda

[1] Allmänna svenska läkartidningen 1918, sid. 1.
[2] »Betänkande angående vården av kroniskt sjuka avgivet den 24 februari 1921 av tillkallade sakkunniga», sid. 31.

och från onödiga smärtor och kval befria sjuka medmänniskor, som ej kunna vårdas utom sjukhusen.

Sjukhus av I klassen måste utrustas med alla till buds stående tekniska hjälpmedel för att ge skickliga fackläkare möjligheter att ställa diagnos och lämna även den tekniskt svåraste och mest dyrbara behandling. Dessa sjukhus komma alltid att ställa sig dyrbara, både i uppförande och drift, och därför skola på dem aldrig intagas andra fall, än de, som äro i behov av den högst kvalificerade sjukhusvården. Ej heller böra patienter här behållas längre än som är oundgängligen nödvändigt.

Rekonvalescenter och patienter, som för att nå social funktionsduglighet äro i behov av viss efterbehandling, liksom personer med lindriga, lätt behandlade sjukdomar, kunna mycket väl vårdas å sjukhus av II klassen. Då patienterna å dessa sjukhus böra åtminstone delvis kunna gå uppe, förflytta sig själva, kläda sig själva och äta utan hjälp, kunna dessa sjukhus både byggas av en helt annan och enklare typ och drivas på ett mycket billigare sätt än sjukhus av I klassen. De böra förläggas i omedelbar närhet av sjukhusen av I klassen, vilkas specialläkare och specialbehandlingsmetoder vid behov skola stå även patienterna å sjukhusen av II klassen till förfogande. En förutsättning härför blir att mottagnings-, röntgen-, bad- och andra avdelningar, som avse att tjäna även det polikliniska materialet, å sjukhusen av klass I ej tilltagas för små vid sjukhusens anläggning.

För sådana patienter, som icke å sjukhusen av klass I och klass II kunnat inom rimlig tid återställas till hälsan, måste inrättas ett särskilt slag av sjukhus — sjukhusen av III klassen motsvarande vad som i det föregående kallats *sjukhem*.»

Av det allmänna vidtagna åtgärder för konvalescentvård.

Ser man efter denna inledning tillbaka på vad som i Sverige av det allmänna åtgjorts för konvalescentvårdens befrämjande, finner man, att resultatet är synnerligen ringa. En rundfråga i ämnet har givit vid handen, att endast de tre största städerna samt Västmanlands och Malmöhus läns landsting vidtagit åtgärder för anordnande av egna konvalescenthem eller för understödjande av på enskilt initiativ tillkomna dylika hem.

Stockholms stad äger och driver för närvarande fem speciellt för konvalescentvård inrättade anstalter, samtliga tillkomna i anledning av enskilda donationer. Dessa hem, som redovisats i kap. 2 (tabell 22), omfatta sammanlagt 165 platser, därav 8 avsedda för tuberkulossjuka kvinnor. Av de övriga platserna äro 30 avsedda för män, 112 för kvinnor och 15 för barn. Med undantag av ett konvalescenthem, som står under samma ledning som Sabbatsbergs sjukhus, förvaltas ifrågavarande hem från och med år 1931 av en av hälsovårdsnämnden tillsatt gemensam styrelse; tidigare hade varje hem sin särskilda styrelse, tillsatt i enlighet med vederbörande donationsbestämmelser. I syfte att erhålla ytterligare vårdmöjligheter för manliga patienter har Stockholms stad träffat avtal med Stockholms centrala diakoniråd om rätt för staden att mot avgift och visst årligt bidrag belägga 20 platser å ett diakonirådet tillhörigt konvalescenthem å Ribbingebäck i Uppsala län. Manliga patienter, lidande av neurotiska åkommor, mottagas även å ett av stadsmissionen år 1930 öppnat konvalescenthem vid Skytteholm å Ekerö, inrymmande sammanlagt 40 platser. Även kvinnliga konvalescenter beredas genom stadens försorg vård å enskilda konvalescenthem, om ock i mindre omfattning. För i Stockholm mantalsskrivna sjukkassemedlemmar, såväl manliga som kvinnliga, finnas härjämte sedan år 1932 tillgängliga 50 platser å ett Stockholms registrerade sjukkassors centralförsamling tillhörigt konvalescenthem vid Tobo herrgård i Uppsala

län. Till hemmets uppförande har Stockholms stad lämnat ett räntefritt lån om 30 000 kronor, vilket icke behöver återbetalas så länge fastigheten användes såsom konvalescenthem, mot det att staden äger företrädesrätt att belägga 10 platser å hemmet. Till bestridande av driftkostnaderna vid hemmet lämnar Stockholms stad visst bidrag per vårddag för i Stockholm mantalsskrivna sjukkassemedlemmar. Slutligen må nämnas, att beslut numera fattats att med medel, som framlidne bankiren Ph. Geber för ändamålet donerat till Stockholms stad (för närvarande uppgående till omkring 1 000 000 kronor), uppföra ett konvalescenthem om 120 platser, därav hälften för vuxna och hälften för barn. Staden skall tillhandahålla tomt för anstalten och har även förbundit sig att driva hemmet. I Stockholm bosatta personer skola äga företrädesrätt till vård å hemmet.

Göteborgs stad har, med medicinalstyrelsens medgivande, för viss tid upplåtit en vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset belägen epidemipaviljong för vård av patienter, vilkas tillstånd tillåter ett överflyttande från sjukhusets olika avdelningar. *Malmö stad* har nyligen inrett en konvalescentavdelning om 15 platser i samband med ett hem för kroniskt sjuka vid stadens allmänna sjukhus. För ändamålet ha donationsmedel funnits tillgängliga. *Västmanlands läns landsting* har i anslutning till ett hem för kroniskt sjuka, som inrymts i den gamla lasarettsbyggnaden i Västerås, låtit anordna en för konvalescenter avsedd vårdavdelning om 10 platser. Slutligen har *Malmöhus läns landsting* fr. o. m. år 1932 beviljat Skånes sjukkassors centralförening visst bidrag till driften av föreningens i trakten av Höör belägna konvalescenthem.

Erfarenheterna från Stockholm äro i viss mån belysande för konvalescenthemmens utnyttjande. Såsom av tabell 22 framgår, voro de platser, som år 1930 stodo till stadens förfogande för vård av medellösa och mindre bemedlade konvalescenter, belagda med sammanlagt 1 635 patienter. Medelvårdtiden för dessa utgjorde omkring 31 dagar, vilket måste anses vara en mycket måttlig tid. Medeltalet vårdade per dag uppgick till 139 eller 75 % av vårdplatsantalet. Med en beläggningskapacitet per år och vårdplats av 330 vårddagar voro hemmen till 83 % belagda. Härtill må fogas den upplysningen, att enligt inhämtade uppgifter medelkostnaden per vårddag vid dessa hem nämnda år uppgick endast till 3: 76 kr., medan motsvarande kostnad belöpte sig vid Sabbatsbergs sjukhus till 8: 09 kr. och vid Maria sjukhus till 8: 94 kr. Skillnaden i underhållskostnad är sålunda avsevärd.

Riktlinjer för vårdens utbyggande.

Allmänna synpunkter.

Till grund för den slutna konvalescentvården ligger, såsom i inledningen till detta kapitel antytts, principen att sjuka, som utan att vara i behov av lasarettsvård dock erfordra sluten vård, böra vårdas å enklare och billigare anstalter. Lika riktig som denna grundprincip torde vara, lika svår är densamma att i praktiken förverkliga eller rättare sagt lika skiftande ter sig dess tillämpning i de enskilda fallen. Detta beror närmast på två omständigheter: sjukdomarnas olika natur samt de sociala förhållanden, under vilka den sjuke lever.

Det är en alldaglig erfarenhet, som icke fordrar någon närmare förklaring, att sjukhusbehovet gestaltar sig väsentligt olika för ekonomiskt välsituerade

och för fattiga. De förra kunna utanför ett sjukhus erhålla vård för en hel del sjukliga tillstånd, vilkas behandling, då det gäller obemedlade eller mindre bemedlade, fordrar sjukhusvård. De kunna ock ofta förkorta en sjukhusvistelse genom att bereda sig nödig efterbehandling i sina hem eller på enskilda konvalescenthem eller rekreationsanstalter, under det att konvalescenter, hörande till den senare kategorien, sakna dessa möjligheter och därför behöva kvarstanna längre på de allmänna sjukhusen. Att från nu antydda synpunkt svårigheter kunna uppstå för ett rätt bedömande av den sjukes möjligheter till vård utanför sjukhuset ligger i öppen dag.

Än svårare kan det vara att träffa ett avgörande rörande den sjukes vårdmöjligheter utanför sjukhuset med hänsyn till sjukdomens art samt den sjukes kynne och psyke. För stora grupper av sjuka — t. ex. sådana, som genomgått operativ behandling för akuta sjukdomar eller behandlats för benbrott eller vårdats för akuta medicinska sjukdomar — är det säkerligen ofta ganska likgiltigt, om de under en konvalescenstid få tillsyn av annan läkare än den, som behandlat patienten på sjukhuset. För det stora flertalet av dessa betyder läkarens person mindre än hans tekniska skicklighet och speciella erfarenhet. För andra grupper åter och för en mångfald sjuka, som lida av kroniska sjukdomar, för vilkas behandling en ingående kännedom om den sjukes psykiska och fysiska konstitution är av väsentlig betydelse och där den sjukes förtroende för den behandlande läkaren kan vara avgörande för vårdens och behandlingens resultat, ställer sig frågan om den tillfrisknandes utskrivning från sjukhuset annorlunda. Här kan otvivelaktigt den ekonomiska vinst, som göres genom en överflyttning till en billigare vårdanstalt eller genom en tidig utskrivning till hemmet, ofta lätt bliva skenbar och förbytas i ökade kostnader genom återfall i sjukdomen och därmed förenat nytt behov av sjukhusvård. Här föreligger emellertid också en skillnad mellan den bemedlade och den obemedlade, i det att den förre har väsentligt större möjligheter till ett fritt läkarval än den senare.

Vårdens omfattning.

Kommittén har med dessa allmänna synpunkter, vilka visserligen icke innehålla något nytt, endast velat uttala en varning mot en för långt driven förenkling av ifrågavarande vårdproblem. Några betänkligheter mot en av det allmänna anordnad eller understödd konvalescentvård innebära de anförda synpunkterna i och för sig icke. Emellertid hava sådana betänkligheter, grundade på andra förhållanden, framförts, enligt kommitténs förmenande icke utan bärande skäl. Kommittén åsyftar härvid i första hand det förhållandet, att konvalescentvård är ett tämligen diffust begrepp och att inrättandet av särskilda anstalter för dylik vård kan aktualisera ofta tvivelaktiga vårdbehov i den omfattning, att den slutna sjukvården endast skenbart skulle förbilligas genom en utbyggd konvalescentvård. Det är därför av vikt att i detta sammanhang närmare precisera begreppet konvalescentvård.

Håller man fast vid att med konvalescent avses en person, som är stadd i tillfrisknande efter sjukdom, falla de s. k. vilo- och rekreationshemmen utanför ramen för konvalescentvården. Dessa hem avse nämligen närmast att bereda personer, som därav äro i behov, lugn och ro efter ansträngande arbete

eller dylikt. Kommittén förbiser ingalunda, att välordnade sådana hem kunna i vissa fall hava en sjukdomsförebyggande betydelse och därför kunna i någon mån lätta på behovet av lasarettsplatser. Vikten av ett begränsande av ifrågavarande vårdproblem fordrar dock, att dessa hem i det stora hela lämnas utanför denna framställning.

Jämlikt direktiven har kommittén att i första hand beakta en konvalescentvård, som omedelbart ansluter sig till föregående lasarettsvård. Spörsmålet, om det allmänna bör inskränka sig till att ombesörja en på så sätt begränsad konvalescentvård, är emellertid alltför närliggande för att här helt lämnas åsido. Rent administrativt sett kunna otvivelaktigt skäl anföras för en sådan begränsning. Från medicinsk synpunkt måste emellertid en gränsdragning, varigenom intagande på konvalescenthem direkt från den öppna sjukvården skulle bli uteslutet, te sig konstlad. Kommittén finner sig därför icke kunna i princip förorda en dylik begränsning, om ock av naturliga skäl ett utbyggande av konvalescentvården i första hand bör taga sikte på behovet av sådan vård i omedelbar anslutning till åtnjuten lasarettsvård. Med uppgivande av kravet på omedelbart föregången sjukhusvård måste man emellertid hålla i minnet, att skaran vårdbehövande vidgas högst väsentligt, att sökandens behov av konvalescentvård ofta icke varit föremål för den prövning, som kan äga rum under en sjukhusvistelse, och att sålunda faran för ett utnyttjande av denna vård utöver de gränser, som betingas av rent medicinska och sociala skäl, ej oväsentligt ökas. Ett noggrant beaktande av dessa synpunkter synes kommittén vara desto angelägnare som här är fråga om en vårdangelägenhet, vilken det allmänna hittills i stort sett ställt sig utanför.

Vårdens tillgodoseende.

För att fylla sin uppgift böra anstalter för konvalescentvård vara försedda med anordningar för massage- och sjukgymnastikbehandling ävensom med sådana hjälpmedel, som tillhöra den s. k. fysikaliska terapien, d. v. s. falla under bad-, värme- och elektrisk behandling. Med hänsyn härtill kan det starkt ifrågasättas, om icke ifrågavarande anstalter lämpligen böra anordnas som enklare inredda, mera eller mindre »hembetonade» avdelningar i samband med lasarett. Dessa hem skulle jämväl kunna tillgodose vård av kroniskt sjuka och bleve under sådana förhållanden närmast att likna vid en anstaltstyp, åt vilken även föreningen för invärtes medicin lämnat sitt förord. Hinder torde icke möta att för den del av dessa anstalter, som avses för kroniskt sjuka, komma i åtnjutande av statsbidrag jämlikt gällande kungörelser angående bidrag till uppförande och drift av hem för kroniskt sjuka, därest härför föreskrivna villkor i övrigt iakttagas.

Emot förfarandet att anordna konvalescentvård i samband med lasarett kan helt naturligt den invändningen göras, att anläggningskostnaderna skulle ställa sig relativt höga. Dessa kunde eljest i viss mån reduceras genom att äldre byggnader, uppförda för andra ändamål, t. ex. corps de logier vid herrgårdar o. d., toges i anspråk. Häremot må emellertid anföras, att till lasaretten förlagda konvalescentavdelningar böra kunna både till anläggning och drift förbilligas genom anordnande av en med lasarettet gemensam bad- och fysikalisk behandlingsavdelning. Konvalescentavdelningen kunde ock draga fördel av

andra lasarettets, för såväl medicinska som administrativa ändamål avsedda lokaler. Bland de förra vill kommittén nämna dietkök och laboratorier. Emot en dylik typ av konvalescenthem kan måhända erinras, att den bleve rätt aktivt behandlingsbetonad och att den lätt komme att bliva en faktisk lasarettsavdelning samt att förty den grupp av konvalescenter, som vore i behov enbart av ro och vila, icke vunne tillräckligt beaktande. Även om utvecklingen skulle gå i denna riktning, vore emellertid enligt kommitténs förmenande därmed ingen skada skedd. Det innebure i allt fall ett steg i den riktningen, att vårdanordningarna icke göras dyrbarare än de sjukas vård kräver, och skulle under förutsättning av en noggrann prövning av vårdbehovet leda till besparing. Jämlikt sin principiella inställning till vårdproblemet har kommittén med sitt förslag jämväl avsett att i görligaste mån begränsa den genom det allmännas försorg ordnade konvalescentvården för patienter, tillhörande sist berörda kategori.

Sedan ett flertal år lämna några landsting bidrag till vissa bad- och brunnsanstalter för beredande av vård därstädes åt obemedlade och mindre bemedlade personer, i främsta rummet konvalescenter. Den vård, som kan lämnas vid dessa anstalter, har, på sätt kommittén i kap. 3 c) närmare utvecklat, i regel sin givna begränsning, bl. a. på grund av den korta tid under året, de kunna hållas öppna. Genom de vårdresurser, varöver en del bad- och brunnsanstalter förfoga, kunna de dock bereda den allmänna sjukvården en viss lättnad. Kommittén har därför intet att erinra mot att bidrag jämväl i fortsättningen utgår till anstalter av ifrågavarande art, förutsatt att de äro på tillfredsställande sätt utrustade. Som villkor bör ock gälla, att det klientel, vars vård man genom nämnda bidrag vill främja, blir delaktigt av all den behandling, som patienternas tillstånd erfordrar, och att härvid ingen skillnad göres mellan patienter, tills vars vård bidrag från det allmänna utgår, och patienter, som på egen bekostnad åtnjuta vård vid anstalterna ifråga. Vad här sagts om bad- och brunnsanstalterna gäller även vilo- och rekreationshem med tillgång till för konvalescenter erforderliga vårdresurser.

Frågan om konvalescentvårdens tillgodoseende vad angår personer, som lida av lungtuberkulos eller kirurgisk tuberkulos, har av kommittén berörts i kap. 6 och 7.

Sammanfattning.

Av det ovanstående torde framgå, att enligt kommitténs mening en sluten konvalescentvård, som icke avser tuberkulospatienter, främst bör anordnas på enkelt inredda och utrustade avdelningar i omedelbar anslutning till lasarett, varvid lasarettets vårdtekniska hjälpmedel böra komma konvalescentavdelningen till gagn. Å dessa avdelningar böra i första hand mottagas konvalescenter från lasaretten, men de böra även stå öppna för andra konvalescenter. Ett utbyggande av konvalescentvården efter dessa linjer bör icke utesluta ett understödjande från det allmännas sida av sådana enskilda bad- och brunnsanstalter resp. vilo- och rekreationshem, som förfoga över för konvalescentvård erforderlig utrustning.

Kap. 15. Social kuratorsverksamhet vid sjukhus.

Verksamhetens ursprung och syfte.

Den sociala kuratorsverksamheten vid kroppssjukhus leder, åtminstone i sin nuvarande utformning, sitt ursprung från Amerikas förenta stater. Där ävensom inom anglosachsiska länder torde den ock hava nått sin största utbredning; vid vissa sjukhus finnes sålunda en hel stab av på området verksamma funktionärer. Verksamheten går i huvudsak ut på att genom undanröjande av sociala och ekonomiska svårigheter söka bereda från sjukhuset utskrivna patienter möjlighet att erhålla den fortsatta vård och komma i sådana miljöförhållanden, att de kunna draga avsedd nytta av sin föregående sjukhusvistelse samt återvinna arbetsförmåga och upptaga sin sysselsättning. För detta ändamål har kurator att göra sig underrättad om den vårdades hem och levnadsförhållanden och att före utskrivningen från sjukhuset söka planera för honom allt efter hans behov i nämnda avseenden. I åtskilliga fall kunna åtgärderna begränsas till beredande av vård på konvalescent- och vilohem, i andra att anvisa ett för vederbörandes hälso- och krafttillstånd anpassat arbete; i åter andra fall krävas mera ingripande och komplicerade åtgärder, såsom beredande av utbildning för lämpligt yrke (t. ex. vid vanförhet) eller tillrättaläggande av den sjukes hela livsföring (t. ex. vid psykoneurosfall).

Verksamhetens omfattning i Sverige.

Den sociala kuratorsverksamheten vid de svenska kroppssjukhusen är av ungt datum samt vad lasarett och därmed jämförliga sjukhus angår begränsad till huvudstaden. Där har sedan år 1920 varit anställd en social kurator, gemensam för stadens samtliga kroppssjukhus. Planer föreligga emellertid på att inom den närmaste framtiden utvidga denna verksamhet. År 1930 tillkom en liknande befattningshavare vid Serafimerlasarettet. Enligt från samtliga övriga sjukvårdsområden inhämtade upplysningar hade så sent som år 1931 hemställan om anslag till dylik verksamhet gjorts endast av sjukvårdsmyndigheterna i Malmö stad.

Den *av Stockholms stad tillsatta kuratorn* lyder direkt under sjukhusdirektören. Vid tillsättningen angavs helt kort kuratorns uppgift vara »att bistå patienterna med råd och hjälp i deras enskilda angelägenheter». Närmare instruktioner för verksamhetens bedrivande hava icke meddelats. Enligt vad för kommittén uppgivits, har kuratorn daglig mottagning å hälsovårdsnämndens lokaler, dit patienterna hänvisas från bl. a. stadens polikliniker, samt besöker 1 à 2 gånger i veckan stadens sjukhus. Över klientelet föres kortregister med personalia och anteckningar om vidtagna åtgärder. Den huvudsakliga uppgiften har hittills gått ut på ordnande av konvalescentvård samt ombesörjande av utdelning ur de fonder och anslag, sjukhusen förfoga över för hjälp

till behövande patienter. Dylika bidrag hava som regel tillhandahållits i form av kläder, ersättning för bostad, kost, resor m. m. och ha alltid föregåtts av undersökning angående hjälpbehovet. I vissa fall hava även sjukhusens läkare påfordrat undersökning och utredning av patienters sociala förhållanden. Kuratorn har ock biträtt patienterna med ansökningar av olika slag, såsom om understöd, folkpension, kurortsvård, yrkesutbildning och intagning å ålderdomshem och andra anstalter, ävensom ombesörjt omhändertagande av tillhörigheter, anordnande av begravning samt andra uppdrag av skiftande slag i sådana fall, då anhörig eller annan saknats, som kunnat därvid biträda. Sammanfattande kunna förekommande uppgifter sägas hava varit av undersökande, förmedlande, rådgivande och stödjande art.

Kuratorn vid Serafimerlasarettet hade till en början endast att handlägga och bedöma fall, som sökte kostnadsfri poliklinisk vård. Till kurator remitterades emellertid så småningom jämväl inneliggande sjuka icke blott för beredande av konvalescentvård utan även för anskaffande av tillfällig hjälp, t. ex. för inköp av kläder, bidrag till hyra eller hjälp i hemmen. Under det första verksamhetsåret november 1930—oktober 1931 hava enligt uppgift 498 fall varit föremål för kuratorns omsorger. Belysande för verksamhetens art är följande av kuratorn lämnade sammanställning:

Understöd genom fattigvården	128 st.
Remiss till barnavårdsnämnd, barnavårdsbyrå	26 »
Hjälp genom enskilda välgörenhetsinrättningar	89 »
Till konvalescenthem, sanatorier, kuranstalter	219 »
Till ålderdomshem och hem för kroniskt sjuka	34 »
Till vårdhem, asyler, tillfälligt nattlogi	81 »
Till erhållande av glas- och emaljögon	17 »
Till erhållande av proteser	19 »
Till erhållande av kläder	53 »
Hjälp till arbete	19 »
Pension, hemhjälp	29 »
Hembesök (delvis gjorda av diakonissor)	35 »
Reshjälp till hemort, sanatorier etc.	50 »

Inom *vanförevården* har under senare år kuratorsverksamhet ingått som ett betydelsefullt led i anstalternas uppgifter. Kurator anställdes vid Stockholmsanstalten år 1927, vid Göteborgsanstalten år 1928 och vid Hälsingborgsanstalten år 1929. Deras verksamhet är reglerad genom särskilda instruktioner och går i huvudsak ut på *att* förmedla arbete för vanföra, som utbildats vid resp. vanföreanstalt, och medverka vid ordnande av vanföras utbildning utanför vanföreanstalt, *att* för sådant ändamål söka förbindelse med hantverkare, industriidkare, hantverks- och hemslöjdsföreningar samt sådana sociala inrättningar, som hava beröring med arbetsanskaffning och arbetsförmedling, *att* söka intressera även ortsmyndigheter för de vanföras utkomst genom arbete, *att* företaga inspektionsresor i vederbörande anstaltsdistrikt för att följa forna elevers förhållanden, förvärvsförmåga och utkomstmöjligheter *samt att* kontrollera handhavandet av de arbetsmaskiner, som ställts till de vanföras förfogande. Av de rapporter, kuratorerna avgivit för år 1930, framgår bland

annat, att kuratorerna på olika vägar sökt bereda de förra eleverna utkomstmöjligheter samt att denna förmedling kunnat bedrivas med framgång. Från och med budgetåret 1931/32 har bidrag av statsmedel utgått till uppehållande av kuratorsverksamhet vid såväl nu nämnda vanföreanstalter som den nyinrättade vanföreanstalten i Härnösand.

För fullständighetens skull vill kommittén nämna, att kuratorsverksamhet hos oss först kom till stånd på *sinnessjukvårdens* område, där den visat sig mycket välsignelsebringande. Den första sociala kuratorn vid sinnessjukhus tillkom på enskilt initiativ i Stockholm år 1914 och är sedan 1918 befattningshavare i stadens tjänst. Sedermera har kuratorsverksamhet upptagits i Göteborg och Norrköping och jämväl med statsunderstöd bedrivits inom S:t Lars sjukhus' i Lund upptagningsområde. Kuratorsverksamheten vid sistnämnda sjukhus har från och med år 1931 uppgått i sjukhusets egen hjälpverksamhet.

Kommittén. Självfallet är en verksamhet av denna art av desto större betydelse, ju mindre utvecklade samhällets sociala organ utanför sjukhusen äro. Ett vitt förgrenat och väl organiserat understödsväsende och en effektiv socialförsäkring underlätta i hög grad kuratorsverksamheten. Att under alla omständigheter de stora samhällenas mera komplicerade och svåröverskådliga förhållanden accentuera dess betydelse synes kommittén uppenbart.

I vad mån den sociala kuratorsverksamheten är ägnad att minska sjukhusens beläggning genom att möjliggöra tidigare utskrivningar från sjukhusen torde för närvarande vara omöjligt att bedöma. Vid Stockholms stads egna sjukhus har, enligt vad kommittén inhämtat, verksamheten ifråga icke lett till någon bestämd uppfattning härutinnan, och detsamma kan sägas om verksamheten vid Serafimerlasarettet. Ej heller kan med säkerhet bedömas, huruvida kuratorn bidragit till att göra effekten av sjukhusvården varaktigare och därigenom förebyggt eller uppskjutit ett återintagande på sjukhus. Att belysa detta med siffror torde för övrigt möta stora svårigheter. Men även om kuratorsverksamheten icke skulle lämna resultat, direkt märkbara genom en minskning av vårdtiden, synes densamma kommittén icke desto mindre vara till obestridligt gagn för sjukvården och väl försvara sin plats inom densamma. Redan såsom förbindelselänk mellan sjukhuset och den sociala hjälpverksamheten utanför detsamma (fattigvården, barnavården, socialförsäkringens och arbetsförmedlingens olika organ etc.) har den sociala kuratorn möjlighet att vara sjukvården till nytta, t. ex. genom införskaffande av upplysningar om den sjuke, erforderliga för läkarens råd och anvisningar om patientens behandling ur rent medicinsk synpunkt eller för patientens ändamålsenliga vård i övrigt. Det synes kommittén ock sannolikt, att sådana åtgärder som planerande av konvalescentvård, underhandling med arbetsförmedlingsbyråer m. m. skola bidraga till en förkortning av vårdtiden. Sin största betydelse torde kuratorn dock ha genom det psykiska stöd, han utgör för patienter, som efter längre sjukhusvistelse och med ännu nedsatta kropps- och själskrafter skola återupptaga kontakten med det levande livet.

Om ock hållpunkterna för ett bedömande av den sociala kuratorsverksamhetens betydelse för kroppssjukvården i allmänhet äro tämligen obestämda och

vaga, synes det kommittén emellertid redan nu uppenbart, att verksamheten är av särskilt värde för vissa grenar av sjukhusvården. Erfarenheterna från vanförevårdens område tala härvid ett ganska tydligt språk. Vad lasarettsvården beträffar har, såsom var att vänta, behov av social kuratorsverksamhet framträtt särskilt i storstäderna. Sjukhusledningarna i dessa städer sträva ock efter att få till stånd kuratorsbefattningar vid sina sjukhus. Såvitt nu kan bedömas, torde endast vid de största sjukhusen arbetets omfång motivera anställande av en befattningshavare för enbart kuratorsuppgifter. Härmed är icke sagt, att icke jämväl landsortens mindre lasarett och sjukhus stundom kunna vara i behov av särskilda arbetskrafter för ifrågavarande ändamål. Under alla förhållanden vore det till stor fördel för såväl patienterna och deras anhöriga som vederbörande kommunala ortsmyndigheter, om på sjukhusen funnes en bestämd befattningshavare, till vilken de kunde vända sig för erhållande av råd och anvisningar i de spörsmål av ovan antydd art, som kunna uppstå i samband med utskrivningen. Lämpligast skulle ifrågavarande arbetsuppgifter kunna anförtros åt någon sjukhusets befattningshavare, t. ex. en husmoder, sjuksköterska eller sysslomannen, vars förutsättningar och arbetsförhållanden i övrigt så medgåve. Därigenom kunde sjukhusens merutgifter för ändamålet begränsas till små belopp och bliva lätt överkomliga. Kommittén vill i detta sammanhang framhålla, att den kännedom om vår sociala lagstiftning, som en verksamhet av förevarande art och omfattning kräver, lätt torde kunna förvärvas av en person, som härför har intresse, och att för övrigt, såvitt för kommittén upplysts, en orientering i detta ämne enligt föreliggande planer för sjuksköterskeundervisningen skulle ingå i blivande sjuksköterskors utbildning. Det torde i allt fall icke möta större svårigheter att, om så skulle visa sig erforderligt, anordna särskilda kuratorskurser, avpassade för de mindre sjukhusens behov.

Kommittén vill även erinra, att kommittén i kap. 3 c) i samband med sin framställning om vården av psykoneuroser förordat anordnande inom vissa områden av centraler för övervaknings- och konsultationsverksamhet, avseende utom anstalt vårdade psykoneurosfall. Med ett förverkligande av detta önskemål bleve behovet av social kuratorsverksamhet för denna stora grupp av sjuka beaktat.

Kuratorsverksamheten är slutligen av särskild vikt jämväl för tuberkulosvården. Här torde den sociala kuratorns uppgifter kunna väl fyllas av dispensärerna, framför allt av dispensärsköterskorna. Dessa äro visserligen icke som befattningshavare knutna till sanatorierna, men en anmälan från sanatorieläkaren till vederbörande dispensär synes kommittén vara tillfyllest för att den sjuke skall komma i åtnjutande av den hjälp och det stöd, som kan vara av behovet påkallat.

Kap. 16. Sjuktransportväsendet.

Inledning. Frågan om sjuktransportväsendets ordnande utgör en integrerande del av sjukvårdsproblemet i dess helhet och inverkar i ej ringa mån på planläggningen av landstingens sjukvårdande verksamhet. De möjligheter, som automobilismens snabba utveckling erbjuder ur transportsynpunkt, äro nämligen ägnade att i viss grad möjliggöra en centralisering och koncentrering av sagda verksamhet med de fördelar, som därigenom stå att vinna. En dylik koncentrering av sjukhusvården har under de senaste åren ägt rum i ett flertal län, särskilt beträffande epidemisjukvården, där man ofta med frångående av tidigare planer på en decentraliserad vård alltmera inrättat sig efter ett centraliserat system. Samtliga landsting hava ock under senare år — med början år 1919 i Östergötlands, Gotlands, Värmlands och Norrbottens län — vidtagit omfattande åtgärder för sjuktransportväsendets befrämjande, närmast i vad angår de sjukas transporterande mellan sjukhuset och hemorten eller närmaste järnvägsstation eller hamn.

Genom hänvändelse till landstingens förvaltningsutskott och svenska stadsförbundet har kommittén sökt få kännedom om sjuktransportväsendets nuvarande läge vad angår av landsting och icke-landstingsstäder vidtagna åtgärder. Kommittén redogör här nedan i korthet för resultatet av denna utredning samt lämnar i anslutning därtill en översikt över statens medverkan till sjuktransportväsendets utveckling. Däremot ingår kommittén icke på sjuktransportsällskapens eller enskilda personers insatser till sjuktransportväsendets fromma i annan mån än de härvid åtnjutit understöd från det allmänna. Sjuktransport med järnväg lämnas jämväl åsido.

Åtgärder av landsting.

Antal fordon och deras stationering.

Kommitténs enquête till landstingens förvaltningsutskott avsåg närmast att få uppgift å av landstingen hittills anskaffade ambulans- och sjuktransportbilar samt dessas stationering. Vid svarens avgivande hava emellertid uppgifter influtit även beträffande vissa ambulans- och sjuktransportbilar, som tillhöra annan än landsting men helt eller delvis disponeras för landstingspatienter; dessa fordon redovisas jämväl här nedan.

Såvitt svaren giva vid handen, ägde landstingen vid utgången av september 1932 tillgång till 95 ambulansbilar och 100 sjuktransportbilar. Deras stationering var följande:

vid lasarett eller sjukstuga: 35 ambulansbilar, varav 33 tillhöriga landsting, 1 stadskommun och 1 röda korset, samt 5 sjuktransportbilar, tillhörande landsting;

vid epidemisjukhus: 18 ambulansbilar och 16 sjuktransportbilar, samtliga tillhörande landsting;

vid lasarett eller sjukstuga *jämte* epidemisjukhus: 10 ambulansbilar och 6 sjuktransportbilar, samtliga tillhörande landsting;
vid annan sjukvårdsinrättning: 1 ambulansbil och 3 sjuktransportbilar, även dessa tillhörande landsting;
å annan plats än sjukvårdsinrättning: 31 ambulansbilar, varav 10 tillhörande kommun, 3 röda korset och 18 enskilda, samt 70 sjuktransportbilar, varav 2 tillhörande kommun, 4 röda korset och 64 enskilda.
Vid några lasarett och epidemisjukhus voro två ambulansbilar stationerade.

Av enquêten inhämtas vidare, att av de 82 enskilda bilarna belöpte ej mindre än 75 å Kalmar, Malmöhus och Gävleborgs län. I förstnämnda län skulle enligt avtal med röda korset 18 av länsstyrelsen för sjuktransport godkända trafikautomobiler i första hand användas till dylika transporter. Sjuktransportväsendet i Malmöhus län handhades av enskilda sällskap, vilka för vård av gemensamma angelägenheter voro sammanslutna till en centralförening. Dessa sällskap disponerade över sammanlagt 17 ambulansbilar och åtnjöto anslag av landstinget samt kommuner. Som villkor för landstingets bidrag gällde, att viss av landstinget fastställd taxa för transport av epidemiskt sjuka tillämpades. I Gävleborgs län slutligen hade med bistånd av länsstyrelsen avtal träffats med 40 trafikbilägare om sjuktransporter enligt gällande taxa. Bilarna finge vara försedda med röda korsets märke. Det allmänna beviljade dels visst bidrag till sjukbårar, dels ock ett mindre årligt belopp till uppmuntran åt bilägarna. Här kan tilläggas, att enligt vad för kommittén är känt funnos vid nämnda tidpunkt jämväl två för sjuktransport avsedda motorbåtar, den ena stationerad vid Lysekils epidemisjukhus i Göteborgs och Bohus län och den andra i Sorsele i Västerbottens län.

Blandade transporter.

Transporter av epidemiskt sjuka och andra sjuka med samma bil, s. k. blandade transporter, förekommo, såvitt enquêten giver vid handen, inom flertalet län. Såsom en nästan undantagslös regel gällde, att i orter, där både lasarett och epidemisjukhus funnos men automobil för sjuktransport var stationerad vid allenast ettdera sjukhuset, fordonet ifråga finge användas av båda anstalterna. Icke från något håll har försports, att smitta spritts genom dylika blandade transporter eller att andra olägenheter därav uppstått. Från Jönköpings län har framhållits, att systemet visat sig vara ekonomiskt fördelaktigt.

Taxor.

Taxor för sjuktransporter hava i enquêtesvaren omnämnts för endast 9 län; dylik taxa finnes emellertid enligt 1931 års landstingstryck i åtminstone ytterligare ett län. Jämlikt berörda svar och vad i övrigt är för kommittén känt var vid tiden för enquêten transport *till* epidemisjukhus avgiftsfri i åtminstone 13 län. I ett mindre antal län synes även transport *från* epidemisjukhus ske utan ersättning. I Göteborgs och Bohus län debiterades däremot vid transport av epidemiskt sjuka vederbörande hälsovårdsnämnd 3 kronor för avstånd intill 10 km och 5 kronor för längre avstånd; beträffande återstående 10 län utgick avgift för epidemitransport i åtminstone ett par av dem.

Taxorna för annan sjuktransport än epidemitransport förete, i den mån de genom enquêten eller annorledes äro för kommittén kända, ganska stora olik-

heter. Sålunda utgjorde vid tiden för enquêten taxan för ett län 50 öre per km för de första 10 km, 45 öre per km för därpå följande 10 km, 40 öre per km för därpå följande 10 km o. s. v., medan i ett annat län (vid transport av högst 2 personer) ersättning utgick med 20 öre för varje km intill 20 km, 15 öre för varje km därutöver intill 60 km och 10 öre för varje ytterligare km. Lägsta taxan utgjorde dock i det senare länet 4 kronor, medan den i det förra länet bestämts till endast 2 kronor 50 öre.

Landstingens anslag.

Landstingens anslag till sjuktransportväsendets befrämjande hava uppgått till betydande belopp. Sålunda beviljade landstingen under åren 1919—1931 för berörda ändamål ett sammanlagt belopp av omkring 1 440 000 kronor. Häri ingå anslag till inköp av motorfordon ävensom till underhåll och drift av dylika fordon, i den mån de ej tillhöra landstingen eller dessas sjukvårdsinrättningar.

Framförda erinringar.

Sjuktransportväsendet i landstingsområdena synes av enquêten att döma ha i stort sett fungerat tillfredsställande. Enligt kommitténs förmenande väsentliga anmärkningar i detta hänseende ha framförts endast beträffande Stockholms, Älvsborgs och Jämtlands län. Så har vad angår förstnämnda län uttalats, att vissa svårigheter förelåge vid ordnandet av länets sjuktransporter för områden, belägna närmast Stockholm söder och öster ut; viss förbättring hade dock redan inträtt, och utsikter förefunnes för ytterligare förbättring. Från Älvsborgs län ha påpekats de svårigheter i fråga om rekvisition, som kunde uppstå genom att landsortens telefonstationer icke hölles öppna dygnet om. Från Jämtlands län slutligen har anmälts brist på automobil för sjuktransporter inom östra Härjedalen, där landskapets lasarett är beläget.

Åtgärder av icke-landstingsstäder.

En sammanställning av de från svenska stadsförbundet bekomna uppgifterna, vilka samtliga avse icke-landstingsstäder tillhöriga automobiler, giver vid handen följande:

Antal fordon, deras stationering och användning.

I *Stockholm* funnos år 1932 för transport av olycksfall och icke-epidemiska sjukdomsfall åtta ambulansbilar, vilka handhades av brandkåren. För transport av epidemiskt sjuka disponerade hälsovårdsnämnden två ambulansbilar, stationerade vid epidemisjukhuset. I *Göteborg* förfogade brandkåren år 1931 för transport av sjuka över fem hälsovårdsnämnden tillhöriga ambulansvagnar, därav en uteslutande för epidemitransport. *Malmö* stad ägde samma år sex för sjuktransport avsedda automobiler. Tre hava rubricerats som reservbilar; av de övriga användes två för icke-epidemiska sjukdomsfall och olycksfall samt en för epidemiska sjukdomsfall. Undantagsvis insattes en av reservbilarna för epidemitransport. Samtliga bilar handhades av brandkåren. *Norrköping*, *Hälsingborg* och *Gävle* ägde vardera tre sjuktransportbilar, av vilka en användes uteslutande för epidemifall. Bilarna handhades i samtliga dessa städer av brandkåren.

Av ovanstående uppgifter synes framgå, att uti ifrågavarande städer s. k. blandade transporter icke förekommo i annan mån än att en av Malmö stads reservbilar undantagsvis insattes även för epidemitransport.

Taxor.

Epidemitransporterna voro vid berörda tidpunkter avgiftsfria i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping, i sistnämnda stad såväl för i staden man-

talsskriven som för annan person. I Gävle uttogs ersättning för epidemitransport med samma belopp som för annan sjuktransport. Beträffande Hälsingborg innehöllo de av hälsovårdsnämnden meddelade bestämmelserna om ersättning för sjuktransport intet undantag för epidemitransport, varför det torde få antagas, att ersättning för sådan transport uttogs med samma belopp som för annan sjuktransport.

Taxebeloppen för annan sjuktransport än epidemitransport varierade mellan 5 och 3 kronor vid transport inom stadens område; avgift utgick dock icke för medellösa i Stockholm och Göteborg, ej heller för transport av personer, som drabbats av olycksfall å allmän plats inom staden, beträffande samtliga fall i Stockholm, beträffande i staden mantalsskrivna i Malmö och beträffande medellösa i Hälsingborg. Vid transport utanför stadens område voro taxorna följande: i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg 20 kronor för första timmen samt för varje därutöver påbörjad halvtimme 10 kronor i Göteborg och 5 kronor i de andra städerna, i Malmö 40 öre per km, i Norrköping 30 öre per km för i staden mantalsskriven och 60 öre per km för annan person, i Gävle mellan 6 och 15 kronor.

Statliga åtgärder.

Beträffande ödemarksområdena.

Med anledning av väckta motioner anhöll 1920 års riksdag om utredning — eventuellt i samråd med röda korset — angående *dels* huruvida och på vad sätt genom statens ingripande lämpligare sjuktransporter kunde åstadkommas å landsbygden vid färd till och från sjukhus, *dels* vad som ytterligare från statens sida kunde och borde göras för att bereda befolkningen i övre Norrlands fjällbygder nödig sjukvård. Sedan Kungl. Maj:t anbefallt medicinalstyrelsen att i samråd med överstyrelsen för röda korset verkställa den begärda utredningen, tillsattes en samarbetskommitté, som den 8 mars 1921 avgav betänkande angående förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden. Däri ingick ett förslag till provisoriska åtgärder för transport av läkare och sjuka under åren 1921—1925, vilket i stort sett utgjorde en tillämpning för ödemarksområdena av vissa förberedande riktlinjer, som nämnda kommitté uppdragit för sjuktransportväsendets ordnande å hela rikets landsbygd.

Kommittén framhöll i sitt betänkande, hurusom lösningen av sjuktransportfrågan för ödemarksområdena vilade framför allt på möjligheten att där kunna utplacera ett stort antal transportmedel av jämförelsevis billigt och enkelt slag, avpassat efter arten av förbindelserna. För fjärrtrafik syntes ambulansbilen knappast vara en ändamålsenlig typ i dessa bygder med hänsyn till de jämförelsevis fåtaliga och mindre goda vägförbindelserna. Kommittén förordade i stället s. k. läkarbilar, försedda med bårar samt med plats för läkare och en liggande sjuk, samt föreslog, att försöksvis för vart och ett av åren 1921—1925 ett förslagsanslag skulle ställas till Kungl. Maj:ts förfogande för att användas såsom bidrag åt tjänsteläkare eller kommun till anskaffande, drift och underhåll av läkarbil mot förpliktelse för vederbörande att under minst två år hålla dylik och utnyttja densamma enligt av medicinalstyrelsen utfärdade närmare bestämmelser. Kommittén hemställde tillika om anslag för anskaffande av och försök med motorcyklar med sidvagn, lämpad för sjuktransport, ävensom för anskaffande och drift av 4 st.

motorbåtar att förslagsvis placeras vid fyra större sjösystem, en vid varje. Erforderliga hjulbårar till sjukhärbärgena samt enkla bårar till fristående sköterskor och samariter komme enligt kommittén att tillhandahållas av röda korset.

Sedan medicinalstyrelsen i allt väsentligt anslutit sig till samarbetskommitténs förslag och på grundval av detsamma proposition i ämnet (nr 296) förelagts 1921 års riksdag, beviljade riksdagen vissa belopp såsom bidrag till läkarbilar, till försök med motorcyklar samt till anskaffande och drift av motorbåtar. Angående användningen av dessa anslag meddelade Kungl. Maj:t närmare bestämmelser dels i brev till medicinalstyrelsen beträffande motorcyklar, dels i övrigt genom kungörelse den 26 september 1921 (nr 555) angående statsbidrag till förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden. Enligt denna kungörelse kunde till anskaffande, drift och underhåll av för sjukvårdsändamål avsedd automobil eller motorbåt i ödemarksområdena utgå statsbidrag med, för år räknat, minst 2 000 och högst 3 500 kronor för automobil samt högst 750 kronor för motorbåt. Med ödemarksområden avsåges de nordligaste delarna av Värmlands och Kopparbergs län, västra delarna av Jämtlands län, Västerbottens läns lappmark samt Norrbottens läns lappmark och område norr om polcirkeln. Den sammanlagda årliga bidragssumman begränsades för automobiler till 10 000 kronor för år 1921 och 20 000 kronor för år 1922 samt för motorbåtar till 3 000 kronor för år 1922. Statsbidragen skulle utgå till tjänsteläkare, kommun eller sammanslutning av kommuner, som anordnat trafik av ifrågavarande slag och förbundit sig att under minst två år hålla densamma i gång enligt av medicinalstyrelsen meddelade föreskrifter. Statsbidrag beviljades och utanordnades av medicinalstyrelsen.

Riksdagen har sedermera fortsatt att bevilja anslag till sjuktransportväsendet i ödemarksområdena. Kungörelsen av år 1921 upprepades åren 1922 (nr 414) och 1923 (nr 227), den senare avseende anslag för budgetåret 1923/1924 ävensom anslag, som för följande budgetår kunde komma att för samma ändamål anvisas. Enligt 1923 års kungörelse må statsbidrag till automobil och motorbåt utgå, förutom till tjänsteläkare, landsting, landskommun, sammanslutning av landskommuner (kommunalförbund), jämväl till sjukvårdsförening, som iklätt sig förbindelse av ovan nämnd art. Samtidigt ha ur begreppet ödemarksområde uteslutits de nordligaste delarna av Värmlands och Kopparbergs län. Den utbetalande myndigheten utgöres av vederbörande länsstyrelse i stället för medicinalstyrelsen. Kungörelsen har, i vad den avser bidrag till motorfordon, ändrats åtskilliga gånger. De viktigaste av dessa ändringar äro dels att från och med budgetåret 1926/1927 de sammanlagda årliga bidragen till automobiler och motorbåtar få utgöra tillsammans högst 33 000 kronor, dels ock att från och med budgetåret 1932/1933 bestämmelsen om ett minsta bidrag till automobil helt bortfallit.

För sjuktransportändamål i ödemarksområdena har för tiden 1921—$^{30}/_{6}$ 1933 av statsmedel anslagits sammanlagt högst 15 000 kronor för motorcyklar (för år 1921) och högst 344 500 kronor för automobiler och motorbåtar. Emellertid har endast en del av de till förfogande ställda anslagen tagits i anspråk

för sitt ändamål. I medio av mars 1933 hade sålunda, enligt från medicinalstyrelsen inhämtade uppgifter, för ödemarksbilar utbetalats statsbidrag om sammanlagt 215 611 kronor. 30 bilar hade erhållit bidrag 1921—1928 och 22 bilar 1928—1932. Bilarna hade i regel tillhört provinsialläkare.

Beträffande landet i övrigt.

Som ovan nämnts hade åt den av medicinalstyrelsen och överstyrelsen för röda korset tillsatta samarbetskommittén uppdragits att verkställa utredning även rörande sjuktransportväsendets ordnande för riket i dess helhet. Genom beslut av Kungl. Maj:t i februari 1922 upplöstes emellertid kommittén, innan den slutfört denna uppgift. Överstyrelsen för röda korset åtog sig då att på grundval av kommitténs preliminära riktlinjer söka fullfölja utredningen ifråga, och den 20 maj 1924 överlämnade överstyrelsen ett betänkande med förslag i ämnet.

Betänkandet omfattar såväl transport av sjuka som transport av sjukvårdspersonal (läkare, sjuksköterskor, barnmorskor). I det förra fallet skiljes mellan transportmedel för fjärrtrafik och transportmedel för närtrafik; i det senare fallet ifrågasättas särskilda anordningar endast för fjärrtrafik.

För *fjärrtrafik* upptagas till behandling följande slag av transportmedel:

1) Motordrivna fordon:
   a) ambulansbilar (bilar, uteslutande avsedda för transport av sjuka till sjukvårdsanstalt)
   b) sjuktransportbilar (personbilar, apterade för sjuktransport)
   c) läkarbilar (personbilar, apterade för sjuktransport men främst avsedda för befordran av tjänsteläkare), antingen förhyrda eller tillhörande läkaren eller annan vederbörande
   d) motorcyklar
   e) sjuktransportaeroplan
2) Järnvägstransportmedel:
   a) sjukvagnar
   b) sjukkupéer
   c) motordressiner för sjuktransport
3) Sjuktransportmedel för vattenförbindelser:
   a) motorbåtar
   b) anordningar för sjuktransport å ångfartyg och motorfartyg
4) Slädfordon.

Som transportmedel för *närtrafik* förordas båren, vid behov kompletterad med anordningar för dess ändamålsenliga förflyttning (hjulbår, cykelbår, klövjebår och skidbår).

I fråga om transportmedlens anskaffande, användande och underhåll anföres i huvudsak följande:

Det vore av alldeles särskild vikt, att de moderna motordrivna fordonen i vidsträcktaste grad komme till användning i sjuktransportväsendets tjänst. *Ambulansbilar* borde uppställas vid och sortera under större sjukvårdsinrättningar. Bilarna borde i allmänhet uppköpas genom statens försorg, och vederbörande myndighet borde fastställa lämplig typ för nyanskaffning. Anskaffningskostnaderna borde bestridas till hälften av staten och till hälften av landstingen. De senare skulle även bekosta garage och bära driftkostnaderna, dock att för Norrbottens och Västerbottens län staten syntes böra bidraga med ungefär halva driftkostnadsbeloppet. Bidrag borde utgå endast till bilar vid sådana sjukvårdsanstalter, som

åtnjöte anslag av staten eller landsting. Transportavgifterna skulle tillfalla landstingen. Staten borde beträffande redan befintliga ambulansbilar övertaga sin eventuella del i driftkostnaderna och ersätta bilägaren med 25 % av bilens värde vid den tid, då ett blivande förslag i ämnet trädde i kraft. *Sjuktransportbilar* erfordrades i städer och eljest vid läkarstationer samt i stations-, industri- och municipalsamhällen. Länsstyrelserna borde, efter vederbörande lokala myndigheters hörande, bestämma stationsorterna och antalet bilar. Sjuktransportbil skulle visserligen i första hand stå till allmänhetens förfogande, men vid rekvisition skulle företrädesrätt givas för transport av sjuk eller av i tjänsteärende stadd läkare, sjuksköterska eller barnmorska. Liggplats med tillhörande bår skulle underhållas av bilägaren. Vederbörande kommun(er) borde lämna dels ett engångsbidrag till bilägaren för de behövliga anordningarnas vidtagande, dels, då så ansåges behövligt, för verkställda sjuktransporter ett mindre tillägg till den eljest fastställda taxan. Inom Norrbottens och Västerbottens län borde staten eller landstingen lämna medel till där ifrågasatt taxeförhöjning och därjämte till ersättning för 25 % av den ordinarie taxan, detta för att möjliggöra för befolkningen att oaktat de långa avstånden begagna sig av bilarna.

Behovet av *läkarbilar* borde i första hand tillgodoses genom anlitande av tillgängliga hyresbilar, avsedda för fjärrtrafik, vilka borde apteras för transport av liggande sjuk på samma sätt som sjuktransportbil. Tjänsteläkaren borde genom avtal med bilägaren så vitt möjligt tillförsäkras tillgång till sådan bil för sina resor för sjukvården. I dylika avtal, som skulle fastställas av länsstyrelsen, borde föreskrivas, att bilen endast med tjänsteläkarens för varje särskilt fall lämnade medgivande finge av ägaren disponeras för transport utom stationeringsorten under längre tid än t. ex. 3 timmar om dagen. Ägaren borde av landstingsmedel uppbära ett årligt fast bidrag, avpassat efter en ungefärlig uppskattning av den genom avtalet förlorade trafikförtjänsten, dock högst 1 000 kronor om året inklusive ersättning för bilens aptering för liggande sjuk. Läkaren skulle äga tillgodoräkna sig ersättning för verkställd resa enligt gällande resereglemente. I andra hand syntes tjänsteläkarna böra beredas möjlighet att hålla egna bilar på ungefärligen samma villkor som gällde inom ödemarksområdena. För ett sådant åtagande borde läkarna allt efter i orten rådande förhållanden tillerkännas ersättning av statsmedel med 500 à 3 500 kronor. Tjänsteläkare skulle därjämte äga rätt att vid resor för sjukvården uppbära avgift enligt gällande resereglemente; om därvid sjuksköterska eller sjuk medtoges i bilen, syntes särskild gottgörelse härför icke böra utgå. Inom Norrbottens och Västerbottens län borde gälla samma bestämmelser om taxelindring, som föreslagits för sjuktransportbilar. *Motorcyklar* med sidvagn kunde visserligen mången gång väl lämpa sig för transport av sjukvårdspersonal, men för transport av svårt sjuka hade detta transportmedel ännu icke visat sig besitta tillräcklig stadga i gång och erforderlig bekvämlighet. Motorcykeln borde därför icke inrangeras i sjuktransportorganisationen som ett fullgott sjuktransportfordon. Frågan om sjuktransport med *aeroplan* vore under utredning, varför styrelsen icke vore beredd att i denna del göra något uttalande.

Beträffande sjuktransport med *järnväg* förordade överstyrelsen fullföljande av påbörjad modernisering av sjukvagnar och inrättande av sjukkupéer samt anställande av försök med motordressiner, apterade för sjuktransport. För anskaffande av *sjuktransportmedel för vattenförbindelser* borde avtal träffas mellan vederbörande lokala myndigheter och ägare till sådana motorbåtar, som lämpade sig för sjuktransport. Därjämte borde rederier uppmanas vidtaga anordningar för sjuktransport å sina i reguljär insjö- eller kusttrafik gående ångfartyg eller motorfartyg. Till rederi, som vidtoge dylika åtgärder, skulle av statsmedel utgå ett engångsbidrag av intill 50 % av havda kostnader. Som lämpliga *slädfordon* för sjuktransport i fjärrtrafik förordades s. k. norrbottensrisslor. Sådana borde finnas tillgängliga vid varje läkar- och distriktssköterskestation inom hela Norrland. Något sär-

skilt anslag av statsmedel syntes dock icke böra eller behöva ifrågakomma för anskaffande av dylika slädar.

Sjukbårarna vore närmast avsedda att inom en ort betjäna den rent lokala transporten till vederbörande läkare, sjukvårdsanstalt, järnvägsstation m. m., oberoende av om andra, mera dyrbara transportmedel funnes tillgängliga eller ej, men även att möjliggöra transport å jämförelsevis längre sträckor, särskilt inom ödebygder, där fjärrtrafikmedlen icke kunde komma till användning. Det borde ankomma på ortsmyndigheterna att under samverkan med röda korset övertaga ansvaret för en lämplig lösning av frågan om anskaffande av närtrafikmedel. För att uppmuntra kommunerna till anskaffande av dylika trafikmedel föreslogs emellertid ett mindre statsanslag. — Frågor angående sjuktransportväsendet borde handläggas av medicinalstyrelsen i samråd med vederbörande länsstyrelse.

Vid överstyrelsens förslag var fogad en översikt över de engångs- och årliga kostnader, som i händelse av förslagets genomförande skulle drabba staten, landstingen och primärkommunerna. Av engångskostnaderna, 950 000 kronor, skulle belöpa å staten 395 000 kronor, å landstingen 320 000 kronor och å kommuner m. fl. 225 000 kronor samt å rederier 10 000 kronor. Av de årliga kostnaderna skulle 24 800 kronor utgå av statsmedel och 478 000 kronor av landstingsmedel.

År 1928 gjordes överstyrelsens förslag i vissa delar till föremål för proposition till riksdagen. I propositionen utmönstrades anslagen till ambulansautomobiler, enär, såsom bl. a. svenska landstingsförbundet i yttrande över förslaget framhållit, genom landstingens försorg förefintliga behov av dylika bilar vore på god väg att fyllas utan statens ingripande med undantag för de allra nordligaste länen; i dessa län finge åter, åtminstone vad ödemarkerna beträffade, anordnandet av sjuktransporter med flygplan anses såsom det viktigaste. Ej heller förslagen om statsbidrag till för sjuktransport apterade hyresbilar eller förhyrda läkarbilar m. m. upptogos i propositionen, utan densamma inskränkte sig till att äska anslag för s. k. egna läkarbilar och skidbårar. För det förra ändamålet begärdes 50 000 kronor och för det senare 3 000 kronor, därvid propositionen med avseende å bidragsbelopp och villkor för bidrag i huvudsak anslöt sig till överstyrelsens förslag. Riksdagen beviljade de sålunda äskade anslagen och gjorde i fråga om de av Kungl. Maj:t föreslagna villkoren för ifrågavarande anslags användning allenast den ändringen, att minsta årsbidraget till läkarbil reducerades från 1 000 till 500 kronor. Högsta bidraget sattes i enlighet med Kungl. Maj:ts förslag till 2 500 kronor, och bidragen till skidbårar bestämdes, likaledes i enlighet med propositionen, till $^2/_3$ av anskaffningskostnaden, dock högst 50 kronor för varje bår. De närmare villkoren för statsbidrags utgående för ifrågavarande ändamål återfinnas i särskild kungörelse i ämnet av den 14 juni 1928 (nr 208). Statsbidrag må enligt denna kungörelse icke utgå för område och tid, varför statsbidrag till anskaffande, drift och underhåll av automobil, avsedd för användning till sjukvårdsändamål inom samma område eller del därav, utgår enligt kungörelsen den 15 juni 1923 (nr 227) angående statsbidrag till förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden.

År 1929 beviljade riksdagen jämväl 50 000 kronor såsom bidrag till läkarbi-

lar; till skidbårar hade av Kungl. Maj:t intet nytt belopp äskats. Sedermera har för ifrågavarande ändamål intet anslag beviljats, enär tidigare anslag icke åtgått. Statsbidrag enligt 1928 års kungörelse hade intill medio av mars 1933 utgått för 13 bilar med sammanlagt 43 048 kronor.

Sjuktransport med flygmaskin.

Sjuktransport med flygmaskin har i vårt land ägt rum sedan år 1923. Nämnda år ställde Kungl. Maj:t till överstyrelsens för röda korset förfogande visst belopp som bidrag till inköp av ett aeroplan, avsett för sjuktransporter i Norrbottens och Västerbottens län. Sedan detta aeroplan förslitits, verkställdes sjuktransporter inom övre Norrland med ett militärt aeroplan, stationerat i Boden. Från och med 1927 har riksdagen beviljat anslag till underhålls- och driftkostnader för sjuktransportaeroplan. De för sjuktransport avsedda aeroplanen voro 1929/1930 fyra, varav två stationerade å Frösön och två i Boden. Två av dessa, ett å Frösön och ett i Boden, tillhörde röda korset, de övriga två voro militära reservflygplan. Driftkostnaderna för båda flygplanen i Boden bestredos av röda korset intill 1932, då staten övertog ansvaret för det där stationerade civila flygplanets driftkostnader. 1932 års riksdag anslog ock medel för att, sedan det civila flygplanet å Frösön kasserats, möjliggöra sjuktransportverksamhetens upprätthållande därstädes. Riksdagen tog dock icke någon principiell ståndpunkt till frågan, huruvida staten framdeles borde övertaga anskaffandet av flygplan för berörda verksamhet, utan uttalade sig endast för att verksamheten borde provisoriskt upprätthållas på sätt Kungl. Maj:t funne möjligt och lämpligt. Numera har av medel, som ställts till förfogande av Kungl. Maj:t, röda korset och svenska luftfartsförbundet, för ändamålet inköpts och utrustats ett civilt sjuktransportflygplan.

Sedan 1929 har vid flygkåren i Hägernäs invid Stockholm funnits stationerat ett till största delen av svenska luftfartsförbundet bekostat civilt sjuktransportaeroplan, avsett för befolkningen i Stockholms skärgård och å Mälaröarna. Detta har emellertid numera förstörts genom haveri. För att möjliggöra detsammas ersättande med ett nytt flygplan har svenska skärgårdsförbundet erhållit 60 000 kronor i lotterimedel, varjämte av luftfartsförbundet insamlade medel avses komma till användning för ändamålet. Stockholms läns landsting har för år 1933 anslagit ett mindre belopp som bidrag till kostnader för transport av sjuka med detta flygplan. Enligt vad för kommittén under hand meddelats hade skärgårdsförbundet för avsikt att hos Kungl. Maj:t anhålla om medel dels till motor för det nya flygplanet i Hägernäs, dels till ett reservplan med samma stationering, dels till två sjuktransportflygplan, avsedda att stationeras i Karlskrona resp. Göteborg, dels ock till en reservmotor att vid behov användas för något av flygplanen i Hägernäs, Karlskrona och Göteborg. Flygvapnet avsåges komma att betjäna samtliga flygplanen ävensom att ställa reservplan till förfogande i Karlskrona. Driftkostnaderna för dessa flygplan skulle helt bestridas av statsmedel.

Kommittén. Sjuktransportväsendet i vårt land synes kommittén numera vara i det stora hela väl ordnat. Härtill hava i främsta rummet landstingen och icke-landstingsstäderna samt staten medverkat, men avsevärda insatser hava även gjorts av primärkommuner, röda korset och andra enskilda sammanslutningar. De

brister i landstingsområdenas sjuktransportväsende, som framkommit vid förenämnda enquête, utgöras huvudsakligen av detaljer, för vilkas ordnande på ett tillfredsställande sätt några avsevärda hinder icke torde behöva möta. Mera väsentliga erinringar hava, såsom nämnts, framförts endast från Stockholms, Älvsborgs och Jämtlands län. För förstnämnda län hava dock de angivna svårigheterna uppgivits redan vara på god väg att undanröjas. Den från Jämtlands län anmälda bristen på automobil för sjuktransporter inom östra Härjedalen har på grund av landstingets och vederbörande primärkommuners hårt ansträngda ekonomi ännu icke kunnat avhjälpas, men det förefaller kommittén som om en avsevärd lättnad i denna landsdels sjuktransportsvårigheter skulle för en överkomlig kostnad kunna ernås genom tillämpande av systemet med trafikautomobiler, som kunna apteras till sjuktransport. Vad angår det från Älvsborgs län påpekade förhållandet, att vid rekvisition av sjuktransportfordon olägenheter kunde uppstå genom att vissa telefonstationer icke hölles öppna dygnet om, må till en början erinras, att enahanda olägenheter göra sig gällande även å brandväsendets område; en snar lösning av ifrågavarande spörsmål synes kommittén därför i hög grad angelägen. Enligt vad kommittén under hand inhämtat föreligga inga tekniska hinder för att å sådana platser i landsorten, där den lokala telefonstationen hålles stängd under viss del av dygnet, åstadkomma telefonförbindelse även under denna tid med en eller flera stationer för sjuktransportfordon. Sådan förbindelse kan erhållas genom fast koppling från lokaltelefonstationen antingen direkt till en eller, om så anses erforderligt och lokalstationen har tillgång till mer än en linje, till flera stationer för sjuktransportfordon eller ock via den rikstelefonstation, under vilken lokalstationen sorterar. Med hänsyn till att en dylik anordning i flertalet fall skulle kunna komma till gemensam användning för såväl brand- som sjuktransportväsendet, torde den på sjuktransportväsendet belöpande kostnaden härför icke behöva bliva alltför betungande.

Såvitt ovanberörda enquête giver vid handen, har det på en del håll praktiserade systemet med s. k. blandade transporter icke medfört några väsentliga olägenheter. På grund härav och då systemet synes kommittén ägnat att för det stora flertalet landsting nedbringa kostnaderna för sjuktransportväsendet, vill kommittén förorda ett utsträckt tillämpande av systemet ifråga. Å orter, där såväl epidemi- som andra sjuktransporter utföras och tillgång finnes till mer än en sjukbil, bör dock av lämplighetsskäl en uppdelning av bilarna på huvudsakligen epidemitransporter och huvudsakligen andra sjuktransporter äga rum. Att sjukbil, som användes för blandade transporter, skall undergå desinfektion efter varje transport av epidemiskt sjuka torde icke behöva särskilt framhållas. För vinnande av största möjliga effekt härutinnan böra noggranna instruktioner utfärdas angående verkställandet av dylik desinfektion.

Som nämnts är avgiftsfri epidemitransport för närvarande icke medgiven inom samtliga sjukvårdsområden. Med hänsyn till att vården å epidemisjukhusen är kostnadsfri och intagande å sådant sjukhus kan ske genom

tvångsförfarande anser kommittén det vara riktigast, att epidemitransporter ske utan kostnad för sjuka, som åtnjuta kostnadsfri vård. De ökade kostnader, som ett slopande av nu utgående avgifter för epidemitransporter skulle vålla det allmänna, måste för övrigt anses väl motiverade av den utomordentliga vikten för samhället, att varje sjukdomsfall, som kräver vård å epidemisjukhus, på snabbast möjliga och ur smittsynpunkt minst riskfyllda sätt överföres till dylikt sjukhus. Det synes kommittén lämpligt, att verkställandet av avgiftsfria epidemitransporter (till och från epidemisjukhus) uppställes som villkor för erhållande av driftkostnadsbidrag av statsmedel till dylika sjukhus.

Beträffande annan transport än epidemitransport finner kommittén önskvärt, att avgifterna härför göras mer oberoende av vägsträckans längd än vad med nu gällande taxor är fallet. Kommittén vill därför anbefalla landstingen till övervägande, huruvida och på vad sätt en reglering av dessa taxor i sådant syfte skulle kunna ske, och vill kommittén såsom förslag härutinnan nämna fixerande av ett lågt maximibelopp eller en tidig maximigräns för sträcka, för vilken ersättning må uttagas av den sjuke.

Kommittén har icke ingått på någon prövning av de för ambulans- och sjuktransport lämpligaste biltyperna. Olika biltyper hava kommit till användning i skilda delar av landet, och detta torde även vara i sin ordning bl. a. med hänsyn till förekommande olikheter i topografiskt hänseende. Kommittén vill emellertid erinra om vikten av att vagnparken förnyas i erforderlig omfattning. Förenämnda enquêtesvar hava nämligen givit vid handen, att vissa brister förefinnas i detta avseende. Där landsting hålla sjuktransportbilar vid flera sjukvårdsinrättningar, synes det ock lämpligt med en starkare centralisering av upphandlingen än vad hittills på sina håll varit fallet. Att fortlöpande kontroll av sjukbilar, som ägas av landsting, primärkommun eller kommunal sjukvårdsinrättning, bör äga rum genom vederbörande ägares försorg ligger i sakens natur. I de fall, då annan är ägare av sjukbil men landsting eller primärkommun lämnar bidrag till bilens underhåll och drift, bör som villkor för bidraget uppställas, att bilen befinner sig i fullgott skick. Som villkor i övrigt bör föreskrivas, att bilen skall vara försedd med förbandslåda samt att, där jämväl epidemiska fall transporteras med fordonet, detsamma skall vara ändamålsenligt inrett med hänsyn till dess desinfektionsmöjligheter. Där förbandslåda saknas, torde sådan kunna erhållas genom förmedling av röda korset.

Vad slutligen angår sjuktransporter med aeroplan synas häröver avgivna berättelser ådagalägga, att aeroplanen gjort god tjänst i de stora avståndens och svåra kommunikationernas bygder och genom sin snabbhet möjliggjort hjälp åt ett flertal sjuka, som, om ifrågavarande transportmedel icke stått till förfogande, skulle hava dukat under för sjukdomen. Kommittén vill därför förorda, att staten till bibehållande och eventuellt utökande av nuvarande sjuktransportflygväsende lämnar allt det stöd, som kan befinnas av omständigheterna påkallat. Det förefaller kommittén härvid som om de av svenska

skärgårdsförbundet skisserade linjerna för sjuktransportflygväsendets utbyggande vore förtjänta att av det allmänna uppmärksammas. Som ett generellt villkor för statsunderstöd till ifrågavarande ändamål torde böra gälla, att sjuktransportaeroplan, till vilket dylikt understöd utgår, må användas endast för sådana fall, då snar hjälp är av behovet påkallad och annan lämplig transportmöjlighet ej står till buds.

Kap. 17. Samverkan mellan sluten och öppen sjukvård.

Inledning. Den allmänna sjukvårdens båda huvudgrenar, den slutna och den öppna, hava i det stora hela hittills fått utveckla sig utan närmare samband med varandra och utan samorganisation. Den slutna kroppssjukvården har till övervägande del ombesörjts av landsting och icke-landstingsstäder, i åtskilliga fall med bidrag från staten, den öppna vården åter av staten (provinsialläkare) samt primärkommuner (stads- municipal- och köpingsläkare). Beträffande viss öppen sjukvård, såsom distrikts- och tuberkulosdispensärvården ävensom extra provinsialläkarväsendet, äger en samverkan rum mellan stat och landsting eller primärkommun. I städerna utanför landsting hava den öppna och den slutna vården gemensam huvudman.

Det må inledningsvis erinras, att provinsialläkarna och extra provinsialläkarna vid utövande av enskild sjukvård inom sina distrikt äro bundna vid av Kungl. Maj:t fastställd taxa ävensom att distriktssköterskorna meddela vård kostnadsfritt eller mot viss av distriktsstyrelsen utfärdad taxa, varigenom envar beredes möjlighet till sjukvård mot låg ersättning. Genom en särskild kungörelse (S.F.S. nr 293 år 1926) tillförsäkras mindre bemedlade möjlighet till vård av provinsial- och extra provinsialläkare för ännu lägre kostnad än den i förstnämnda taxa fastställda. I städer, köpingar och municipalsamhällen äro förhållandena olika. I ett fåtal dylika samhällen är tjänsteläkaren eller vissa tjänsteläkare (distriktsläkare) bundna vid en av samhället fastställd taxa, i andra icke. Att den obemedlade jämlikt gällande fattigvårdslag åtnjuter såväl sluten som öppen sjukvård på kommunens bekostnad är väl känt.

Spörsmålet om samverkan mellan öppen och sluten sjukvård innesluter i sig flera både svårbedömda och grannlaga problem samt kan sägas spänna över hela vår sjukvårdsorganisation. I det föregående har kommittén beträffande viss specialsjukvård, närmast tuberkulos- och vanförevården, berört spörsmålet med hänsyn till de möjligheter att nedbringa behovet av vårdplatser, vartill en vidgad samverkan mellan den öppna och slutna sjukvården kan leda. I detta kapitel vill kommittén ur samma synpunkt belysa spörsmålet vad angår lasarettsvården, i första hand den del därav, som ombesörjes av landstingen. Icke-landstingsstädernas sjukhus ävensom universitetssjukhusen komma med hänsyn till den undantagsställning, de i förevarande hänseende intaga, att endast i korthet beröras.

Den poliklinska vården.

Landstingssjukhusen. Jämsides med sin verksamhet i den slutna sjukvården hava sjukhusläkarna sedan gammalt utövat öppen sjukvård. Under vårt sjukhusväsendes tidigare utvecklingsstadier skilde sig denna öppna sjukvård i det stora hela icke från de utanför sjukhusen verksamma läkarnas. Allteftersom sjukhusens sängan-

tal växte och läkekonsten ställde större krav på sjukhusvården, förlade sjukhusläkarna i allt större omfattning den av dem bedrivna öppna sjukvården till sjukhusen. Deras praktik utanför dessa blev därmed huvudsakligen konsultativ eller begränsad till de fack, i vilka de besutto större erfarenhet än sina kolleger. Detta gällde närmast de större och medelstora lasaretten. Vid löneregleringar uppställdes en dylik begränsning av lasarettsläkarnas verksamhet såsom villkor för förbättrade löneförmåner. Gällande sjukhuslag lämnar närmare föreskrifter om huvudmannens befogenhet i detta hänseende.

Lasaretts- och sjukstuguläkarnas öppna mottagningar på sjukhusen hava ganska allmänt fått benämningen polikliniker. I 1928 års sjukhuslagstiftning användes dock icke denna beteckning. De s. k. poliklinikerna hava varit och äro ännu, med undantag för vissa av de största städernas sjukhus och undervisningssjukhusen, av läkarna anordnade enskilda mottagningar på lasarettets resp. sjukstugans mottagningslokaler. Från att hava intagit en mycket blygsam plats — oftast endast ett väntrum för inträdessökande och för utskrivna, som voro i behov av råd och anvisningar av läkaren, samt ett mottagningsrum för läkaren — hava dessa lokaler numera fått vidare uppgifter och vuxit ut till stora avdelningar, avsedda, utom för in- och utskrivning av patienter, jämväl för efterbehandling av dessa samt mottagning av skadade och andra sjuka, vilka äro i behov av läkarvård men ej av vård å sjukhus. Där underläkare finnas anställda, biträda dessa i större eller mindre utsträckning lasarettsläkarna med ifrågavarande sjukvård, och av sjukvårdspersonalen i övrigt avdelas för närvarande en förhållandevis ej ringa del för det poliklinska arbetet.

Den polikliniska verksamheten vid landstingens sjukhus har i stort sett utvecklat sig så, att främst kirurgiska och med dessa likartade fall sökt sig till poliklinikerna. Detta har otvivelaktigt till en del berott på lasarettsläkarnas speciellt kirurgiska utbildning samt deras större erfarenhet och vana inom kirurgisk praxis. Men det har ock i ej ringa grad berott på att, då kravet på tekniska hjälpmedel för den kirurgiska verksamheten blev allt större, läkarna utanför sjukhusen funno det lämpligare och bekvämare att hänvisa patienter för ifrågavarande behandling till sjukhusens mottagningsavdelningar än att själva behandla dem, även om de icke ansågo vederbörande vara i behov av att intagas på sjukhus. I stället hava läkarna utanför sjukhusen, såvitt de icke företrätt någon kirurgisk specialitet, i allmänhet inriktat sin verksamhet främst eller uteslutande på vård och behandling av invärtes sjukdomsfall. På så sätt har en viss differentiering skett. Detta gäller särskilt i lasarettens nära grannskap. Givetvis har en nyansering härvid förefunnits allt efter läkarnas olika föregående utbildning och speciella intressen. Under de senaste åren hava allmänt praktiserande läkare, som fått en grundlig utbildning på lasarett, oftare än förr inriktat sin praktik jämväl på den s. k. mindre kirurgien. Annorledes är helt naturligt förhållandet i glesare bebyggda och från sjukhus mera avsides liggande trakter. Där måste, i den mån ifrågavarande vård icke tillgodoses å sjukstugor eller särskilda mottagningslokaler i brukssamhällen, denna s. k.

mindre kirurgi utövas på läkarnas egna mottagningsrum i vida större utsträckning än nyss sagts. Belysande för det sätt, på vilket lasaretten tillgodosett ifrågavarande del av den öppna sjukvården, är att även i större landsortsstäder endast ett mindre antal läkare inrättat sig med särskild hänsyn till kirurgisk verksamhet på sina mottagningsrum.

Redan 1901 års lasarettsstadga innehöll en bestämmelse, att därest lasarettsläkare med direktionens medgivande å lasarettet anordnade mottagning för öppen sjukvård, ägde direktionen bestämma, om och i vad mån läkaren skulle lämna ersättning för användande av lasarettets lokaler, instrument, bandager och övriga hjälpmedel samt för det av lasarettets betjäning lämnade biträde. Nu gällande sjukhuslag innehåller i 12 § i sak samma stadgande. Paragrafen bereder därjämte möjlighet att under vissa förutsättningar fastställa en taxa, som icke får överskridas vid begäran om gottgörelse av de besökande (s. k. polikliniktaxa). Stadgandet härom är av följande lydelse:

»Är läkare pliktig att vid mottagning, som ovan sägs, tillämpa särskilda regler angående mottagningstid och dylikt samt att, i den mån ej annat följer av stadgandena i 19 § 1 mom. första stycket, vid begäran om gottgörelse av de besökande icke överskrida en av medicinalstyrelsen bestämd taxa, skall sådan taxa på anmälan av sjukhusberedningen utfärdas av medicinalstyrelsen. Då taxas utfärdande påkallas, skall beredningen tillika till medicinalstyrelsen avlämna ett av beredningen och läkaren gemensamt uppgjort förslag därtill eller, om enighet mellan beredningen och läkaren ej kunnat vinnas, av beredningen och läkaren var för sig uppgjorda förslag; dock skall vad sålunda stadgats om förslag av läkaren icke tillämpas, om läkartjänsten är vakant.»

I allmänhet hava lasarettsdirektionerna hittills utan ersättning upplåtit sjukhusens lokaler till ifrågavarande ändamål, och de hava i regel ej heller fordrat ersättning för av sköterskor härvid lämnad hjälp eller för använda förbandsartiklar. Efter hand som den polikliniska verksamheten vuxit i omfång och framför allt sedan röntgenundersökningar blivit erforderliga i allt större utsträckning har emellertid vid ett flertal sjukhus frågan om ersättning från lasarettsläkarnas sida för lokaler och förbrukningsartiklar m. m. upptagits till prövning. Från år 1927 föreligger en översikt av förhållandena i detta hänseende vid rikets olika lasarett.[1] Enligt vad kommittén inhämtat av svenska landstingsförbundets sekretariat lära sedan berörda tid i fråga om landstingssjukhusen inga nämnvärda förändringar hava inträffat i förevarande avseende. Kommittén kan därför hänvisa den intresserade till angivna översikt. S. k. polikliniktaxa har hittills fastställts för endast ett läns landstings lasarett, nämligen Blekinge läns (se textbilaga 8).

Kommittén. Söka vi gruppera det klientel, som möter oss på ifrågavarande mottagningar, finna vi följande grupper:

a) personer, som söka inträde på sjukhuset;

b) patienter, som efter utskrivning besöka sjukhuset för kontroll eller efterbehandling;

[1] Svenska läkartidningen 1929, sid. 905.

c) personer, som eljest vända sig till polikliniken, antingen på uppmaning av läkare eller av eget initiativ.

Den första gruppen kunna vi i detta sammanhang lämna helt åsido. Den andra gruppen synes kommittén icke kräva många kommentarer. Att sjuka, som vårdats å sjukhuset, hava möjlighet att göra återbesök för efterbehandling eller för kontroll av deras hälsotillstånd bidrager uppenbarligen till att öka sjukhusens evakueringsmöjligheter. Särskilt gäller detta, därest för ändamålet kräves tillgång till det instrumentarium, varöver i regel endast sjukhus förfoga, eller ock den speciella sakkunskap, sjukhusläkaren besitter, är önskvärd. Till denna grupp höra patienter, som undergått operation och utskrivits icke fullt läkta eller i ett sådant stadium, att vederbörande sjukhusläkare ansett sig böra »ställa patienten tillbaka» till sjukhuset. Hit höra ock en del patienter, vilka vårdats för invärtes sjukdomar eller andra lidanden och icke varit föremål för operativa ingrepp, framför allt sådana, vilkas sjukdomar äro av kroniskt förlopp. Åtskilliga av dessa kräva för sin fortsatta behandling undersökningar, som fordra tillgång till ett sjukhuslaboratoriums resurser, t. ex. personer, lidande av sockersjuka eller äggvitesjukdom, där kemiska blodundersökningar kunna vara av nöden. För behandling av större delen av det invärtes klientelet åter äro laboratorieundersökningar av så komplicerad art icke erforderliga, utan torde densamma lika väl kunna ombesörjas av en med patientens sjukdom och levnadsförhållanden förtrogen läkare utanför sjukhuset. I dessa fall har återbesöket i allmänhet främst stimulerats av det förtroende, som den sjuke under sin vistelse på sjukvårdsinrättningen fått för denna. Poliklinisk behandling av den tredje gruppen spelar även en viss roll för begränsningen av vårdplatsbehovet. Kommittén vill i detta hänseende endast erinra om de fall, som tillhöra kirurgien eller med denna besläktade specialiteter, och om alla fall i övrigt, för vilkas diagnos eller behandling röntgenundersökningar äro erforderliga, ävensom om fall av invärtes sjukdomar, där för bedömande av sjukdomens art och behandlingens genomförande krävande laboratorieundersökningar äro erforderliga.

Såvitt kommittén känt är, har ingen kritik riktats mot en poliklinisk verksamhet med i föregående stycke angiven begränsning, vare sig den polikliniska vården sökts i anslutning till föregående sjukhusvård eller icke. Såsom förhållandena gestaltat sig kan denna verksamhet sägas ha utvecklat sig till ett väl behövligt komplement till den öppna sjukvården i övrigt, och det måste betecknas som god ekonomi, att den dyrbara instrumentutrustning, varöver sjukhusen förfoga, även kommer andra än å sjukhuset intagna till godo. Härigenom besparas både enskilda och det allmänna onödiga utgifter. Inom kirurgien och specialdisciplinerna möta i stort sett icke heller några svårigheter att på lämpligt sätt begränsa klientelet och därmed hålla den polikliniska verksamheten inom avsedda gränser.

Annorlunda är emellertid förhållandet i detta avsende med invärtesfallen. Här möter ett klientel, som för sjukhusläkaren kan vara svårt att överskåda och därigenom kan komma att taga hans tid i anspråk till den grad, att fullgörandet av hans egentliga uppgift äventyras. Den polikliniska verksam-

heten kan visserligen hållas inom vissa gränser genom att mottagningstiden bestämt vidhålles. Envar läkare vet emellertid hur svårt detta är. En på taxa byggd öppen mottagning för medicinska sjukdomsfall utan annan begränsning av tillströmningen än den, som kan ligga i arvodesbeloppet, medför därför lätt, att nya läkarkrafter måste anställas för verksamhetens behöriga tillgodoseende och skötsel. Det har ock från erfarna invärtesläkare framhållits, att ett stort antal av dessa patienter föga lämpa sig för poliklinisk vård. Först och främst hade sjukhusets läkare icke tillfälle att i nämnvärd omfattning företaga sjukbesök i hemmen, på grund varav sjukvården av patienter, som jämväl behövde läkartillsyn i sina hem, löpte fara att bliva bristfällig. Den arbetstakt, vilken i regel måste hållas på en poliklinik, lade även hinder i vägen för den rent personliga omvårdnad, som i stor utsträckning erfordrades för att vården av ifrågavarande klientel skulle leda till åsyftat resultat. Detta gällde särskilt kroniskt sjuka och bland dem icke minst den stora gruppen psykoneuroser.

En intressant utredning om poliklinikklientelets art med hänsyn till dess behov av sjukhusens resurser har verkställts av docenten *E. Sahlgren*.[1] Den hänför sig dock till Serafimerlasarettet, vilket såsom undervisningssjukhus och storstadssjukhus intager en särställning. Enligt doktor Sahlgrens utredning skulle endast 4 % av de sökande hava behövt remitteras till röntgenavdelning eller specialpoliklinik. Under alla förhållanden kunde man utgå ifrån, att högst 10 % vore i behov av sjukhusens resurser. Sålunda kunde 90 % av dem, som söka vård å medicinsk poliklinik, lika väl behandlas annorstädes. Författaren finner därför starka skäl tala för att icke belasta sjukhusen med alla dessa onödiga fall. Samma uppgift åberopas i en inlaga av Stockholms distriktsläkarförening med rubrik »God och billig läkarvård ur samhällets och läkarnas synpunkt»,[2] utgörande ett bemötande i vissa delar av en skrift i ämnet av framlidne professor Hj. Forssner. Även i ett flertal andra inlägg i poliklinikfrågan hava av liknande skäl, som ovan anförts, erinringar gjorts emot en långt driven poliklinisk vård av interna sjukdomsfall.

Enligt kommitténs uppfattning skulle en med hänsyn till fallens art helt frigiven medicinsk mottagning, som avsåge att vara poliklinik, för det allmänna innebära en dubbelorganisation. Antalet tjänsteläkare, som hava till uppgift att lämna enskild sjukvård mot låg av staten fastställd taxa och som med hänsyn härtill åtnjuta lön av det allmänna, skulle icke kunna minskas. Erinras må även, att gällande förordning om erkända sjukkassor är avsedd att bereda sjukkassemedlem en avsevärd lättnad bl. a. beträffande läkarhonoraren. Under sådana förhållanden anser kommitén skäl föreligga för införande av viss begränsning av tillträdet för invärtes sjuka till *taxebundna* mottagningar å lasarett ävensom å sjukstuga, som förestås av annan läkare än civil tjänsteläkare.

Såsom lämpligt medel för åstadkommande av en dylik begränsning har under diskussionen i ämnet anbefallts ett generellt remissförfarande av läkare. Kommittén kan för sin del icke frånkänna ett dylikt förfarande visst fog.

[1] Svenska föreningens för invärtes medicin förhandlingar 1925, sid. 162.
[2] Svenska läkartidningen år 1927, sid. 493.

Det kan emellertid emot detsamma anmärkas, att syftemålet med en taxa skulle, åtminstone då fråga vore om endast ett eller ett par besök, till någon del motverkas. Mot en bestämmelse av ovan nämnda art talar även, att densamma skulle i viss mån medföra en omgång, som i glest befolkade trakter kunde inverka menligt på den förestående behandlingen. Kommittén vill därför icke förorda ett sådant förfarande som en allmän regel. Den av kommittén åsyftade begränsningen synes i stället lämpligen kunna ske genom att i princip inskränka *rätten* att vid taxebunden mottagning erhålla undersökning och behandling till följande kategorier sjuka, nämligen

a) sjuka, som vårdats å allmän sal å sjukhuset samt på grund av sjukdomens natur av sjukhusläkaren tillråtts att i omedelbar anslutning till sjukhusvistelsen återkomma för efterundersökning och eventuell efterbehandling,

b) andra sjuka, därest de äro medellösa eller mindre bemedlade samt *antingen* befinnas vara i behov av röntgenundersökning resp. -behandling, kirurgisk eller därmed jämförlig undersökning resp. behandling eller av annan specialundersökning resp. -behandling, som förutsätter särskild förfarenhet hos läkaren eller tillgång till sådan utrustning, varöver endast sjukhus pläga förfoga, *eller ock* av läkare hänvisats till poliklinik.

Även det sålunda föreslagna systemet kan väl tänkas i praktiken medföra vissa olägenheter. Med en mjuk tillämpning av nämnda principer torde dock enligt kommitténs mening olägenheterna kunna i flertalet fall övervinnas utan uppgivande av det med systemet avsedda syftet.

I samband härmed vill kommittén nämna, att man vid ett fåtal sjukhus med medicinska avdelningar sökt tillgodose de praktiserande läkarnas behov av mera speciella undersökningar genom att på dessa avdelningars laboratorier emottaga prov till undersökning. Icke någonstädes har emellertid detta skett i större omfattning, och det förefaller kommittén som om förfarandet ännu icke skulle hava fått någon större praktisk betydelse. Sjukhusläkarnas omdömen om anordningens värde äro växlande. Kommittén vill dock för sin del förorda, att på detta område en vidgad samverkan mellan sjukhus och utanför dessa verksamma läkare må fortgå.

I likhet med 1926 års lasarettsstadgesakkunniga finner kommittén välbetänkt, att själva formen för den öppna sjukvården vid lasaretten icke tvingas in under några författningsbestämmelser utan i stället löses genom lokala förhandlingar mellan vederbörande lasarettsläkare, direktion och sjukhusberedning. Därigenom kunna alla särskilda omständigheter av betydelse för frågan lättare överblickas. Den omständigheten, att den sjukhusgrupp, varom här är fråga, omfattar ett mycket stort antal till sin storlek mycket varierande sjukhus — från de minsta sjukstugorna till de största landstingslasaretten i riket — försvårar ock ett allmänt uttalande angående behovet av en taxereglerad mottagning. Meningarna härom äro alltjämt delade, ej minst beroende på olikartade lokala förhållanden. Endast för Blekinge läns landstings lasarett har, som nämnts, hittills fastställts taxa för ifrågavarande mottagningar, varförutom Värmlands läns landsting år 1933 för sin del godkänt ett förslag till polikliniktaxa, avsett att ligga till grund för underhandlingar med vederbö-

rande lasarettsläkare. Emellertid pågå förhandlingar mellan svenska landstingsförbundets styrelse och representanter för svenska lasarettsläkarföreningen i förevarande angelägenhet. I enlighet med sin nyssnämnda uppfattning finner kommittén det vara konsekvent, att så snart taxebestämmelser befinnas erforderliga, sådana i föreskriven ordning fastställas.

Storstads- och universitetssjukhusen.

Den polikliniska vården i våra fyra största städer intager i flera hänseenden en särställning. Redan genom att sjukvårds- och fattigvårdskommun där helt sammanfalla kunna rörande ifrågavarande vård problem uppstå, som ej ha sin motsvarighet beträffande landstingens sjukhus. Bekväm tillgång till specialvård utanför sjukhusen kan i dessa städer ock öva visst inflytande på den polikliniska vården. Den omständigheten, att denna vård vid åtminstone de största sjukhusavdelningarna i Stockholm och Göteborg icke utövas av överläkarna utan i regel omhänderhaves av underläkarna, medför även, att densamma icke är jämförlig med den öppna sjukvården vid landstingslasaretten. Att märka är vidare, att sistberörda polikliniker, vilka anordnats direkt av resp. städer, icke torde falla under sjukhuslagens bestämmelser. De beröras ej heller i de av Kungl. Maj:t den 16 september 1932 utfärdade särbestämmelserna för ifrågavarande städers sjukhus. Beträffande innehållet av de av vederbörande sjukhusmyndighet fastställda taxor och föreskrifter i övrigt — vilka ändrats sedan ovan angivna översikt[1] tillkom — hänvisar kommittén till textbilaga 9. Oaktat nu berörda förhållanden torde emellertid de allmänna synpunkter, kommittén ovan framhållit rörande begränsningen av den polikliniska verksamheten vid landstingens lasarett och därmed jämförliga sjukhus, kunna i stort sett sägas äga tillämpning på ifrågavarande städers till sjukhusen bundna polikliniker. Detsamma gäller vad ovan anförts angående olämpligheten av att i allmänt gällande författning fastställa former för verksamheten, detta icke minst med hänsyn till de särbestämmelser, som under årens lopp i olika avseenden kommit att tillämpas vid icke blott olika huvudmäns sjukhus utan vid olika sjukhus eller sjukhusavdelningar under en och samma huvudman.

Jämväl undervisningssjukhusens polikliniker intaga praktiskt taget en särställning. För att tillgodose deras behov av klientel för undervisningen har behandlingen antingen varit kostnadsfri eller ock förenad med mycket låga avgifter. Kommittén åtnöjer sig här med att beträffande dessa hänvisa till ovan åberopade översikt.[1]

Hemsjukvård. Utländska förebilder.

Man har även gått en annan väg för att lätta sjukhusens beläggning. Flerstädes i utlandet har man sålunda genom särskilda åtgärder från sjukhusens sida sökt underlätta sjukvård i hemmen för patienter, som icke längre varit i oavvisligt behov av vård på sjukhus. Såsom exempel på dylika åtgärder må anföras följande.

Vid ett sjukhus i *Berlin* — Krankenhaus am Urban — hava särskilda sjuksköterskor anställts med uppgift att biträda de sjuka i hemmen efter deras utskrivning, s. k. hemsköterskor. När vederbörande sjukhusläkare finner, att en patient visserligen ännu är i behov av läkarvård och hjälp av skolad sjuk-

[1] Svenska läkartidningen 1929, sid. 905.

sköterska men att hälsotillståndet dock tillåter utskrivning för fortsatt vård i hemmet, delgives detta den sociala kuratorn, som då undersöker förhållandena i den sjukes hem, sätter sig i förbindelse med ledningen för vederbörande sjukkassa och andra sociala välfärdsorgan, om så skulle visa sig erforderligt, samt till läkaren avgiver rapport om resultatet av utredningen. Med ledning av denna avgör läkaren, om hemvård lämpligen kan komma i fråga. Kan så ske, överföres den sjuke till hemmet och meddelas den läkare, som inremitterat den sjuke, eller annan läkare, som den sjuke önskar anlita, vad man på sjukhuset funnit och tillståndet vid utskrivningen. Sistnämnde läkare övertager därefter ansvaret för skötseln av den sjuke och erhåller därvid biträde av en från sjukhuset utsänd hemsköterska, som under »hemläkarens» ledning meddelar erforderlig vård och behandling i den sjukes hem. Det meddelas, att en sådan hemsköterska kan tillgodose i medeltal fem patienter om dagen. Man har jämväl träffat anordningar för hjälp med den skötsel av den sjukes hem, vilken icke kan anses tillkomma sjuksköterskan. Det upplyses vidare, att medelvårdtiden å ifrågavarande sjukhus genom införandet av dylik hemsjukvård kunnat sänkas från 28 till 25 dagar.

Vid Maria sjukhus i *Helsingfors* hava sedan 1924 varit anställda två ambulerande sjuksköterskor med liknande uppgifter som ovannämnda hemsköterskor, ehuru de här meddela vård efter sjukhusläkarens anvisningar. Ifrågavarande sköterskor följa läkarna vid ronderna på sjukhuset för att erhålla nödig kännedom om patienterna och avgiva vid samma tillfällen rapport över av dem utom sjukhuset vårdade patienter. Vid hembesöken utföra sjuksköterskorna nödiga förbandsbyten, giva vid behov injektioner samt råd och anvisningar rörande diet m. m. Dessa hemsköterskor vårdade sammanlagt 1 100 patienter år 1930 och 1 034 patienter år 1931. Hembesökens antal utgjorde resp. år 4 889 och 5 601. De årligen återkommande utgifterna för dessa tvenne hemsköterskor hava uppgått till omkring 50 900 Fmk. Det beräknas, att staden genom denna anordning under sju år inbesparat omkring $1^1/_2$ millioner Fmk.

Kommittén.

Oaktat den jämförelsevis ringa erfarenhet, som ännu föreligger från förhållanden, likartade med våra egna, finner kommittén det uppslag till samarbete mellan öppen och sluten sjukvård, som nämnda exempel belysa, väl värt att taga vara på. Någon ny organisation torde icke behöva skapas för att hos oss förverkliga det med berörda system avsedda syftet. Vad läkarna beträffar faller tanken osökt på tjänsteläkarna — i första hand provinsial- och extra provinsialläkarna, vilka, som inledningsvis antytts, äro skyldiga att inom sina distrikt meddela enskild sjukvård mot en av Kungl. Maj:t fastställd taxa. Stads-, stadsdistrikts- och med dem jämställda läkare äro ock i allmänhet enligt sina instruktioner skyldiga utöva enskild sjukvård åt i resp. samhällen boende personer, varvid taxor i vissa fall utfärdats. Genom nu gällande förordning om erkända sjukkassor, som förpliktigar dessa kassor att utgiva ersättning för utgifter till sjukvård (sjukvårdsersättning), underlättas även hemsjukvården i ej oväsentlig grad. Några organisatoriska förändringar beträffande läkare utanför sjukhusen äro under sådana förhållanden icke erforderliga.

Detsamma kan i stort sett sägas om sköterskorna. I de flesta städer finnas sjuksköterskor anställda antingen av hälsovårdsnämnden, vilka då stå under stadsläkarnas förmanskap, eller av kyrkoråd, enskilda välgörenhetsföreningar m. fl. Såvitt kommittén kunnat inhämta, äro för närvarande i Sveriges städer på så sätt anställda omkring 300 sjuksköterskor med uppgift att meddela sjukvård i hemmen. Vissa av hälsovårdsnämnd tillsatta sköterskor äga därvid att för lämnat biträde uppbära ersättning enligt fastställd taxa, andra åter avlönas helt av staden. Det är sannolikt, att även vissa sjukkassor, framför allt i större städer och andra folkrikare samhällen, komma att, där så ej redan skett, anställa sjuksköterskor för sina vårdbehövande medlemmar. I det stora flertalet städer och stadsliknande samhällen finnas sålunda mycket lämpliga organisationsformer för ett utbyggande av hemsjukvården, därest så skulle befinnas önskvärt.

På landsbygden möta vi distriktssköterskeinstitutionen. Enligt gällande författning på området (S.F.S. 1920: 234) stadgas som villkor för statsbidrag till distriktssköterskornas avlöning, att deras tjänstgöring skall omfatta alla grenar av sådan sjukvård, som kan utövas i hemmen. I deras tjänsteåliggande ingår jämväl upplysande och rådgivande verksamhet i fråga om barnavård, bostadsvård och hälsovård. Nämnda författning medgiver, att distriktssköterska må för lämnad sjukvård av bemedlade personer åtnjuta ersättning enligt taxa, som fastställes av styrelsen för vederbörande sjukvårdsområde. Dylik taxa finnes i vissa områden, i andra meddelar distriktssköterskan sjukvård utan ersättning av den enskilde.

Svårigheter hava emellertid mött för fullgörande av distriktssköterskans dubbla uppgifter, då hon under en följd av dagar varit bunden vid ett och samma sjukdomsfall. Detta förhållande har beaktats i ett av medicinalstyrelsen i maj 1933 framlagt förslag till viss omorganisation av distriktsvården. Medicinalstyrelsen har däri föreslagit, att inom varje landstingsområde skulle anställas av landstinget avlönade, ambulerande sjuksköterskor, avsedda för sådana sjukdomsfall, som kräva ständig övervakning och vård av sjuksköterskor under längre tid. En dylik anordning har sedan ett par år med gott resultat prövats i Göteborgs och Bohus län, där de ambulerande sjuksköterskorna stå under förmanskap av förste provinsialläkaren, som efter rekvisition av vederbörande läkare dirigerar dem till hem, i behov av sådan sköterska. Med en anordning av ifrågavarande art skulle distriktssköterskornas sjukvårdande uppgifter kunna begränsas till att utöva tillsyn av de sjuka i hemmen och meddela sådan behandling, som endast fordrar kortvariga besök.

Även på landsbygden förefinnes alltså i distriktssköterskeinstitutionen ett organisatoriskt underlag för en hemsjukvård såsom direkt komplement till föregående sjukhusvård. Otvivelaktigt skulle dock genom anställande av ambulerande sköterskor av nyss antytt slag den samverkan mellan öppen och sluten sjukvård, varom här är fråga, i hög grad underlättas. Denna samverkan skulle ytterligare befrämjas, därest hjälp kunde ställas till förfogande jämväl för utförande av husliga sysslor i den sjukes hem. I regel torde en

dylik uppgift kunna fyllas av en person med den vana och det ordningssinne, som ett dugligt hembiträde besitter; i många fall kunna otvivelaktigt även grannar tillhandagå med erforderlig hjälp. Kommittén vill emellertid i detta sammanhang erinra om att i röda korsets arbetsprogram även ingår utbildning av s. k. hemvårdarinnor med enahanda uppgift, som här antytts. Av årsberättelsen över röda korsets verksamhet år 1930 framgår, att inalles 38 hemvårdarinnor helt eller delvis voro anställda av röda korset, fördelade på 16 distrikt. I årsberättelsen uttalas, att ju större erfarenheten blivit med avseende å hemvårdarinnefrågans stora betydelse, desto allmännare hade insikt vunnits beträffande vikten och fördelen av att hemvårdarinnor bleve mera allmänt anställda, framför allt i städer och andra större samhällen men även på landet. Intresset för denna frågas lyckliga lösande vore redan mycket stort. För undvikande av varje missförstånd vill kommittén framhålla, att dessa hemvårdarinnor icke äro utbildade såsom sjuksköterskor och icke äga dessas kompetens. Deras uppgifter böra med hänsyn härtill begränsas till omvårdnaden av hemmet och till sådana enkla sjukvårdsuppgifter, som anförtros dem av sjuksköterskorna.

En oavvislig förutsättning för att ett samarbete mellan öppen och sluten sjukvård av ovan angiven art skall kunna utvecklas och i görligaste mån medföra en avlastning från sjukhusen är givetvis, att vederbörande sjukhusläkare äger möjlighet att skaffa sig en tillförlitlig uppfattning om, huruvida den sjukes hem kan anses lämpligt för den vård, som kräves. Att införskaffa dylika uppgifter tillkommer självfallet den sociala kuratorn, där sådan finnes. Så sker på ovannämnda sjukhus i Berlin och för övrigt säkerligen på många andra sjukhus på kontinenten. Finnes ingen befattningshavare med en social kurators åligganden, torde vederbörande avdelningssköterska i allmänhet kunna ombesörja nödiga upplysningars införskaffande. För ett gott resultat av samarbetet ifråga fordras ock, att sjukhusläkaren lämnar den läkare, som skall övertaga vården av den sjuke, informationer om arten av sjukdomen och de väsentliga erfarenheter, som gjorts under sjukhusvistelsen, ävensom om den behandling, den sjuke åtnjutit.

Uppfyllas nu nämnda förutsättningar och vinna de synpunkter beaktande, som kommittén i övrigt anfört, bör enligt kommitténs förmenande hemsjukvården kunna i betydligt högre grad än hittills utöva en fördelaktig återverkan på sjukhusens beläggning och därmed även ställa sig ekonomiskt gynnsam. Kommittén vill härvid erinra om att en god hemvård kan verksamt bidraga till att minska behovet av vårdplatser jämväl på det sätt, att intagning av sjuka å sjukhus därigenom i ej ringa grad förebygges. Kommittén tänker härvid närmast på den stora grupp sjuka, vilka icke äro i behov av vare sig operativ behandling eller annan behandling, som förutsätter tillgång till sjukhusets tekniska hjälpmedel eller där befintlig sakkunskap. Att märka är härvid, att de flesta av landets tjänsteläkare, provinsialläkarna, numera erhålla sina tjänster först efter 2 à 3 eller ännu flera års utbildning på sjukhus efter avlagd examen. De hava sålunda redan vid tjänstens tillträdande en ej obetydlig erfarenhet och vana vid behandling av vanligen förekommande sjuk-

domsfall och även goda förutsättningar för en sovring av sjukhusfall från sådana, som kunna vårdas i sina hem. Rätt handhavd torde en efter ovan angivna linjer utbyggd hemsjukvård därför icke heller behöva medföra någon risk för den sjuke, i all synnerhet om i tvivelaktiga fall en nära samverkan mellan sjukhusläkaren och läkaren utanför sjukhuset kommer till stånd. I detta hänseende gäller det att under alla förhållanden individualisera icke blott efter sjukdomens art utan även efter den sjuke själv, hans inställning till sin sjukdom och sin omgivning m. m. Det bör hållas i minnet, att en schematisering och ett strängt tillvaratagande av det allmännas ekonomiska synpunkter lätt kunna leda till ett resultat, motsatt det åsyftade.

Vad kommittén ovan anfört är i det stora hela intet nytt. Att kommittén likväl så utförligt som skett uppehållit sig vid ämnet har berott på att man enligt kommitténs åsikt hittills icke tillräckligt beaktat den öppna sjukvårdens möjligheter att omhändertaga det klientel, som icke har oundgängligt behov av sjukhusvård men väl av hemsjukvård. För dessa möjligheters utnyttjande bör en bredare och bättre samverkan än hittills ägt rum komma till stånd mellan den slutna och den öppna sjukvården.

Insulinbehandling av sockersjuka utanför sjukhus m. m.

En annan fråga av icke ringa vikt för begränsande av vårdplatsbehovet å sjukhus är frågan om de sockersjukas behandling med insulin utanför sjukhus. Vården av dessa sjuka har under senare år varit föremål för en livlig uppmärksamhet, närmast föranledd av insulinets upptäckande och användande i kampen mot sockersjukan. På det 20:e allmänna svenska läkarmötet,[1] där ämnet var föremål för närmare överläggning, framhöll docenten *E. Lundberg* bl. a., att de sockersjukas livslängd efter insulinbehandlingens införande i det stora hela stigit, varvid mortalitetssiffrorna för personer under 60 år sjunkit, medan de däremot för de äldre avsevärt stigit. I och med insulinets införande hade med andra ord dödsåldern framflyttats, så att de sockersjuka räddats till livet under de år, de ur social synpunkt vore mest oumbärliga, d. v. s. då de bildade familj och droge försorg om denna, medan döden uppskjutits till pensionsåldern. Av stor betydelse ur såväl medicinsk som social synpunkt vore därför att anslag beviljades till inköp och utdelning av insulin till obemedlade och mindre bemedlade sockersjuka för behandling utanför sjukhus. Önskvärt vore ock, att diabetikerdispensärer inrättades, vilka ägde möjlighet att ombesörja sockersjukas intagande å sjukhus, undersöka och ge råd åt poliklinisk behandlade sockerpatienter samt besöka dem i hemmen.

Från såväl landstings som icke-landstingsstäders sida hava på senare tid åtgärder vidtagits för att underlätta tillgång av insulin för sådana av sockersjuka lidande, å sjukhus ej intagna personer, som äro i kontinuerligt behov av nämnda läkemedel men vilkas ekonomiska ställning bereder svårigheter för tillgodoseendet av detta behov. Kommittén hänvisar härutinnan till textbilaga 10, där en översikt över dessa åtgärder lämnas.

Kommittén.

Betänker man, att antalet sockersjuka personer i landet beräknas till omkring 61 000, inses lätt, att frågan om dessa patienters ändamålsenliga vård är

[1] Förhandlingar vid tjugonde allmänna svenska läkarmötet i Stockholm 30—31 dec. 1930, sid. 23.

ett spörsmål av stor räckvidd såväl i nationalekonomiskt som i andra avseenden. Kommittén har under kap. 3 b) berört frågan, om behov kan anses föreligga för särskilda anordningar rörande anstaltsvården av hithörande sjuka, och därvid som sin mening framhållit, att så icke skulle vara fallet utan att, åtminstone till dess större erfarenheter vunnits, deras vård skulle på ett tillfredsställande sätt kunna tillgodoses genom de medicinska avdelningarna. Av vad nyss anförts torde emellertid med all tydlighet framgå, att det är synnerligen angeläget, att de sockersjuka erhålla en tillfredsställande vård jämväl utanför sjukhusen. Ett av de viktigaste momenten i denna vård utgör för en mycket stor grupp insulinbehandlingen. Såsom textbilaga 10 utvisar, ha icke mindre än 19 landsting[1] beviljat medel till underlättande av de obemedlades och mindre bemedlades insulinbehandling utanför sjukhus. Vikten av att medel för ifrågavarande ändamål ställas till disposition i samtliga sjukvårdsområden torde här icke behöva ytterligare understrykas.

För åtnjutande av insulin på allmän bekostnad hava i olika landstingsområden ganska olika villkor uppställts. Skiljaktigheterna äro i vissa hänseenden helt förklarliga, beroende på olika geografiska förhållanden. Betraktar man ifrågavarande åtgärd som ett medel att begränsa platsbehovet, den synpunkt, som ligger kommittén närmast, torde dock mera enhetliga linjer kunna förordas för bibringandet av ifrågavarande hjälp.

I första hand bör, innan insulintilldelning på det allmännas bekostnad beviljas, ett mera kontinuerligt behov av insulin vara på tillförlitligt sätt prövat. En dylik prövning torde i regel kräva någon tids vård å sjukhus. Självfallet lämpar sig medicinsk avdelning bäst härför. Att göra observation på sådan avdelning till ett obligatoriskt villkor förutsätter, att en dylik avdelning finnes i landstingsområdet. Men även i sådana områden kan ett strikt fasthållande vid ett dylikt villkor förorsaka en besvärlig omgång och bör därför ej ifrågakomma. Att patientens insulinbehov skall vara ådagalagt genom vistelse på sjukhus bör däremot icke eftergivas. Av sjukhusläkare utfärdat intyg härom torde därför böra företes, såvitt icke alldeles särskilda omständigheter föranleda undantag. Då ett ändamålsenligt bruk av insulin förutsätter tillförlitlig kontroll av patienten samt en del av denna kontroll i allmänhet endast kan utföras på sjukhuslaboratorium, torde vidare, om så icke redan skett, åtgärder böra vidtagas för beredande av sådan kontroll samt erforderliga föreskrifter meddelas till tryggande av densamma. Slutligen erfordras för vinnande av ett gott resultat, att patienten meddelas undervisning angående vissa prov, som han själv kan utföra, och deras betydelse liksom även angående den diet, han bör föra.

Äro dessa förutsättningar fyllda, bör tilldelningen av insulin ske på sätt, som icke belastar den sjuke med resekostnader eller transportavgifter i vidare mån än detta är oundgängligt. Med hänsyn till att — med undantag för könssjuka i smittsamt skede — dagavgift erlägges för varje på lasarett och sjukstuga vårdad patient, ligger den bestämmelsen nära till hands, att veder-

[1] Sedermera har ytterligare ett landsting — Södermanlands läns — beviljat medel för ifrågavarande ändamål.

börande patient skulle själv bidraga med en viss del av kostnaderna för insulinet. Där det är fråga om sådan patient, för vilken kommunen är ersättningspliktig, kan dock starkt ifrågasättas, om denne skall lämna bidrag. Någon risk för okynnesmedicinering lär i dessa fall knappast föreligga, medan ett bristande tillmötesgående från kommunens sida kan medföra våda. Under sådana förhållanden vill kommittén förorda, att av sockersjuka lidande person, som visat sig vara i behov av ett kontinuerligt bruk av insulin och tillika är medellös eller i den ekonomiska belägenhet, att han endast med svårighet kan bidraga till kostnaden för insulininköp, skall erhålla insulin helt på landstingets bekostnad. Emot en bestämmelse, att andra insulinbehövande personer erlägga en viss del av kostnaderna, har kommittén intet att erinra. Enär dagavgifterna äro ganska växlande i olika landstingsområden, anser sig kommittén dock icke böra angiva några grunder för kostnadsfördelningen mellan landstinget och den enskilde. Kommittén är icke heller beredd att föreslå någon övre inkomstgräns för åtnjutande av ifrågavarande bidrag. Möjlighet bör emellertid föreligga för utomlänspatient att i vistelseområdet erhålla hjälp till insulininköp. De på dessa patienter belöpande kostnaderna torde lämpligen kunna regleras genom en årligen återkommande avräkning mellan vederbörande huvudmän.

Kommittén har övervägt, huruvida liknande åtgärder beträffande andra relativt dyra läkemedel, till vars bruk sjuka äro hänvisade under längre tid, vore att anbefalla, och har härvid närmast tänkt på de för behandling av perniciös anämi (svårartad blodbrist) betydelsefulla leverpreparaten m. fl. Kommittén anser visserligen tiden ännu icke mogen för framläggande av förslag härutinnan men finner dock spörsmålet vara värt att uppmärksammas.

Slutligen har kommittén haft under övervägande, huruvida lättnad i sjukhusbeläggningen skulle kunna vinnas genom inrättande av dietkök, varifrån lämplig kost kunde utlämnas till dem, som därav vore i behov och icke kunde erhålla sådan i sina hem eller på sina matställen. Denna fråga kan svårligen upptagas av landstingen. Förmånen skulle endast komma dem tillgodo, som bodde i sjukhusstäderna resp. andra folkrika och mycket tättbebyggda platser. Vid sådant förhållande får spörsmålet anses vara en primärkommunal angelägenhet. Ett försök i begränsad skala vid ett sjukhuskök i stad utanför landsting skulle emellertid enligt kommitténs uppfattning vara av ett visst värde.

Avd. III. Huvudmannaskap, finansiering och samarbete.

Kap. 18. Nuvarande kostnader för den allmänna hälso- och sjukvården.

Inledning.

Sedan kommittén i det föregående framlagt de resultat, vartill dess utredning angående sjukhusväsendets ställning och behov av ytterligare vårdanordningar lett, övergår kommittén till att skärskåda sin uppgift ur ekonomisk synpunkt. Härvid må förutskickas, att kommittén vid sina överväganden i ämnet funnit vissa hithörande spörsmål icke lämpligen kunna eller böra begränsas till att avse enbart den slutna kroppssjukvården utan vidgas att omfatta jämväl angränsande delar av den öppna sjukvården ävensom sinnessjuk- och sinnesslövården. Kommittén har därför i såväl detta som vissa efterföljande kapitel vidgat sin framställning utöver ramen för sitt egentliga uppdrag, något som i direktiven ock förutsatts kunna ske.

Som utgångspunkt för kommitténs framställning i förevarande delar torde vara lämpligt att, på sätt i direktiven anbefallts, lämna en i möjligaste mån fullständig översikt över de kostnader, som för närvarande äro förenade med den allmänna sjukvården, ävensom deras fördelning å staten, landsting, primärkommuner och enskilda. Översikten bör enligt direktiven omfatta såväl nedlagda engångskostnader som de löpande driftkostnaderna. Vad angår landsting och primärkommuner böra tillika så vitt möjligt utredas dels de utgifter, som de hava att i första hand bära, dels de kostnader, vilka efter ersättning enligt fattigvårdslagens regler stanna å vardera gruppen, ävensom införskaffas uppgifter rörande den skattetunga, som sjukvårdskostnaderna på olika håll förorsaka. Slutligen bör med hänsyn till utredningens syfte undersökas, i vad mån av landsting eller kommuner nedlagda engångskostnader täckts genom uttaxering eller finansiering genom upplåning, samt inverkan därav på landstingens ekonomiska bördor i forsättningen.

Tabellmaterial.

Till belysande av *det allmännas* kostnader för hälso- och sjukvård har kommittén, delvis i samarbete med skatteutjämningsberedningen, utarbetat tabellerna 68—71. Av desamma avser tabell 68 statens nettoutgifter under vart och ett av budgetåren 1928/29, 1929/30 och 1930/31, tabell 69 landstingens och städers utanför landsting nettoutgifter under kalenderåren 1928, 1929 och 1930, tabell 70 hithörande nettoutgifter för staten, landstingen, städer utanför landsting, övriga städer, landskommuner och municipalsamhällen under år 1928 eller för statens vidkommande budgetåret 1928/29 samt tabell 71 bland annat

netto- och bruttoutgifterna ifråga för vart och ett av de olika landstingen och storstäderna, sammanställda med uppgifter om folkmängd, vårdplatsantal och skattetryck för var och en av dessa kommunenheter. I tabellerna 68—70 hava utgifterna fördelats i tvenne huvudgrupper, den ena omfattande huvudsakligen sluten sjukvård, den andra omfattande hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård. Utgifterna inom var och en av dessa huvudgrupper hava ytterligare specificerats i undergrupper, varvid i tabell 68 för varje utgiftspost i särskild kolumn angivits dess beteckning i budgetredovisningen för finansåret 1928/29, så att man med ledning av sagda redovisning (och statsliggaren) med lätthet kan avgöra, vilka särskilda anslag ingå i de olika utgiftsposterna. Nämnda tabell upptager ock för fullständighetens skull kostnaderna för den centrala hälsovårdsadministrationen. I tabell 71 hava utgifterna angivits dels för den huvudsakliga delen av sluten kroppssjukvård (lasaretts-, sjukstugu-, tuberkulossjukhus- och epidemisjukhusvård), varvid ny-, till- och ombyggnadskostnader upptagits för sig, dels för hälso- och sjukvården i dess helhet.

Såsom material för dessa siffersammanställningar har vad *statsutgifterna* angår så gott som uteslutande använts riksräkenskapsverkets budgetredovisning, dock att i enstaka fall för vinnande av erforderlig specificering av posterna anlitats vissa andra tryckta källor eller från ämbetsverk särskilt införskaffat material. I tabell 70 äro bland statsutgifterna ej medtagna utgifter för medicinalstyrelsen och statsmedicinska anstalten, och varken i tabell 68 eller tabell 70 ingå de statens utgifter för dyrtidstillägg, som i budgetredovisningen finnas sammanförda i ett för hela huvudtiteln gemensamt anslag till dyrtidstillägg.

För de olika kommunernas vidkommande hava ur den kommunala finansstatistiken uppgifter kunnat erhållas allenast beträffande de totala nettoutgifterna för hälso- och sjukvård. I fråga om *landstingsstäder, landskommuner och municipalsamhällen* har man i allmänhet måst nöja sig med dessa totalsummor. Endast i fråga om vissa grenar av sluten sjukvård, såsom lasarettsvård, sanatorievård och epidemisjukvård, hava här detaljsiffror kunnat erhållas, varvid såsom källa anlitats den av medicinalstyrelsen utgivna berättelsen »Allmän hälso- och sjukvård».

Beträffande *landstingen och städerna utanför landsting*, där en utförlig specificering av utgifterna ansetts såsom absolut nödvändig, ha såsom källmaterial anlitats de olika kommunenheternas utgifts- och inkomststater. De ur dessa stater erhållna beräknade nettoutgifterna äro naturligtvis icke desamma som de faktiska utgifterna, och invändningar kunna helt visst göras mot att i samma undersökning blanda dessa olika slag av utgifter om varandra. Någon annan utväg har emellertid icke stått till buds för att vinna den erforderliga specificeringen, och under normala år avvika i allmänhet de i staterna upptagna utgifterna åtminstone vad angår landsting endast oväsentligt från motsvarande faktiska utgifter. Dessa avvikelser kunna avläsas såväl i tabell 69, där för år 1928 vid sidan av de ur staterna erhållna beräknade utgifterna upptagits de verkliga utgiftssummorna, sådana de angivas i den kommunala

finansstatistiken, som i tabell 70, där efter utgiftssummorna för all sjukvård enligt staterna upptagits en särskild post, angivande skillnaden mellan stat och bok.

De landstingens och storstädernas i tryck utgivna stater, som sålunda i förevarande undersökning utgöra källan för de mera specificerade utgiftsposterna beträffande dessa kommunenheter, hava införskaffats från resp. svenska landstingsförbundet och svenska stadsförbundet. Såväl huvudstaterna som flertalet specialstater hava därvid anlitats. Emellertid har det icke alltid varit möjligt att ens ur dessa stater direkt erhålla den önskade specificeringen, utan desamma hava ofta nog måst underkastas en ingående bearbetning, varvid samtidigt en hel del understundom rätt vanskliga beräkningar och approximeringar måst företagas, delvis med anlitande av andra källor än staterna.

Vad särskilt angår *landstingen* är sålunda att märka, att vissa landsting i sina stater i fråga om sjukhusutgifterna göra avdrag för den del därav, som motsvaras av allmänna sjukvårdsavgiften, samt för legosängsavgifter och dylika inkomster, medan ett stort antal andra landsting genomgående röra sig med bruttoutgifter och bruttoinkomster. Här hava sålunda omräkningar och justeringar måst göras. För några landsting, som i likhet med staten redovisa dyrtidstilläggen i klumpsummor, hava genom approximeringar dessa dyrtidstillägg fördelats på vederbörliga i tabellen förekommande utgiftsposter. Ofta har det för vinnande av erforderlig specificering varit nödvändigt att komplettera staternas uppgifter med landstingsprotokollens. Därvid och vid fixerande i allmänhet av landstingens beräknade utgifter har en viss arbetsbesparing kunnat vinnas genom att anlita de i Sveriges landstings tidskrift årligen publicerade översikterna över landstingens viktigare beslut. Då vidare ett rätt stort antal av landstingens sjukvårdsinrättningar äro avsedda för flera sjukvårdsändamål, utan att vare sig huvudstaterna eller de särskilda anstalternas specialstater eller landstingsprotokollen innehålla uppgifter, huru stor del av den sammanlagda utgiften för anstalten beräknas belöpa på de olika sjukvårdsgrenarna, har en uppdelning måst företagas med ledning av antalet vårdplatser å anstaltens olika avdelningar. Att märka är till slut, att ur landstingsstaterna lika litet som ur den officiella statistiken kunnat erhållas någon kunskap om fördelning av de årliga ränteutgifterna efter de ändamål, för vilka lån upptagits. Dessa ränteutgifter hava därför tills vidare måst lämnas å sido.

I stort sett enahanda svårigheter som i fråga om landstingens stater hava mött, då det gällt att ur *storstädernas* stater inhämta uppgifter om utgifternas fördelning på de olika ändamålen, dock att arbetet här varit så mycket vanskligare och mera tidsödande, som någon motsvarighet till landstingstidskriftens årliga översikter över utgifterna och kommunbesluten icke förefinnes för städerna och ett genomgående av stadsfullmäktiges eller de olika styrelsernas och nämndernas protokoll icke kunnat komma i fråga. Specialstaterna hava däremot utan undantag systematiskt anlitats. Ett särskilt besvär har vållats därigenom, att storstädernas utgiftsstater ofta icke äro uppställda efter utgifternas ändamål utan med uppdelning på den mångfald av styrelser, nämn-

der, direktioner och kommittéer, som närmast handhava de olika förvaltningsgrenarna. En omgruppering av staternas olika utgiftsposter har därför måst företagas. Vad ovan anförts angående dyrtidstillägg och »blandade anstalter» inom landstingsförvaltningen och på grund härav erforderliga beräkningar gäller jämväl och i än större omfattning för storstädernas vidkommande. Däremot äro i storstädernas stater amorteringar och räntor å lån i allmänhet fördelade efter de ändamål, för vilka lånen upptagits. Någon gång skiljes därvid icke mellan amorteringsbelopp och räntebelopp. För att åstadkomma överensstämmelse mellan uppgifterna för landsting, storstäder och övriga kommunenheter hava ej heller beträffande sagda städer utgifterna för räntor medtagits.

De viktigaste av de sålunda angivna beräkningarna samt vissa inadvertenser i uppgifterna m. m. finnas redovisade i noterna till de fyra tabellerna.

Vad angår av landsting eller kommuner nedlagda engångskostnader för sjukvård har kommittén icke haft till sitt förfogande eller ansett sig kunna införskaffa material, ägnat att tjäna som underlag för en beräkning av dessa kostnader. Kommittén har därför måst avstå från en dylik, i direktiven omnämnd beräkning och därmed från undersökning, i vad mån kostnaderna ifråga täckts genom uttaxering eller finansiering genom upplåning.

Till komplettering av de i tabellerna 68—71 meddelade uppgifterna angående det allmännas utgifter för hälso- och sjukvård lämnar kommittén i tabell 72 en kortfattad översikt över vissa *halvofficiella och enskilda organisationers* nettoutgifter för hithörande ändamål. Tabellen avser Konung Oscar II:s jubileumsfond, stiftelsen Konung Oscar II:s och Drottning Sophias guldbröllopsminne, kustsanatorieföreningarna, svenska nationalföreningen mot tuberkulos, cancerföreningen i Stockholm, vanföreföreningarna, sällskapet Eugeniahemmet, svenska röda korset, svenska diakonissanstalten, Sophiahemmet, Carlanderska sjukhemmet, stiftelser, föreningar eller bolag, som driva sjukstugor, barnbördshus, barnsjukhus eller tuberkulossjukvårdsanstalter, samt Welanderhemmen ävensom pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. Till huvudsaklig grund för denna tabell ligger den med ledning av årsberättelser och andra tryckta publikationer i tabell 73 gjorda sammanställningen av vissa utav hithörande organisationers ekonomiska ställning i allmänhet. Sammanställningen ifråga avser med få angivna undantag förhållandena under år 1928 beträffande inkomster och utgifter samt ställningen den 31 december 1928 med avseende å tillgångar och skulder. Specificering är gjord i stor utsträckning.

Summarisk översikt över hälso- och sjukvårdens handhavande och finansiering.

En översikt av gällande grunder för hälso- och sjukvårdens handhavande och finansiering har lämnats i kap. 1. Som en allmän bakgrund till kommenteringen av förenämnda tabeller må här nedan i största korthet erinras om dessa grunder.

Staten är huvudman för vissa undervisningssjukhus, största delen av sinnessjukvården, viss sinnesslövård (framför allt vården av asociala sinnesslöa), spetälskevården samt praktiskt sett pensionsstyrelsens fristående anstalter ävensom för det ordinarie provinsialläkarväsendet. Förutom det ekonomiska stöd, som staten lämnar landsting och primärkommuner i deras handhavande

av sjukvården, anvisar staten betydande belopp till könssjukdomars och farsoters bekämpande, till lindring i mindre bemedlades å landsbygden sjukvårdskostnader samt till sjuktransporter och sjukvård i ödemarksområdena.

Landstingen och icke-landstingsstäder handhava i stort sett *dels* följande grenar av sluten sjukvård, nämligen lasarettsvården (med undantag för vissa undervisningssjukhus och sjukstugor samt militärsjukhusen), den vanliga lungtuberkulosvården, epidemisjukvården samt kronisk sjukvård och sinnesslövård, *dels ock* följande grenar av hälsovård och öppen sjukvård, nämligen barnmorskeväsendet, distrikts- och dispensärvård, särskild bostadsinspektion på landsbygden (endast landsting) samt extra provinsialläkarväsen (endast landsting). Utöver den befattning och det ekonomiska ansvar, som flertalet landsting i enlighet med förutvarande lagstiftning ännu har beträffande sinnessjukavdelningar vid vissa lasarett eller upptagningsanstalter vid de statliga sinnessjukhusen, hava tvenne landsting åtagit sig att sörja för vården av lättare sinnessjukfall, varjämte de tre största städerna mot ersättning från staten själva handhava sin sinnessjukvård.

Till ovannämnda grenar av öppen sjukvård eller hälsovård (med undantag av bostadsinspektion) lämnas bidrag av staten samt i viss omfattning jämväl av primärkommunerna. Beträffande de omförmälda grenarna av sluten vård lämnar staten bidrag till lungtuberkulossjukvård, epidemisjukvård, kronisk sjukvård och sinnesslövård, varemot landstingen för sin sinnessjukvård och vanliga lasarettsvård, om man bortser från vissa undervisningssjukhus, icke åtnjuta några bidrag vare sig från staten eller primärkommuner. Vidare är att märka landstingens skyldighet att ersätta primärkommunernas kostnader för viss anstaltsvård åt fattiga eller värnlösa sjuka.

Primärkommunerna driva numera egentligen endast sådan sluten sjukvård, som mer eller mindre hör samman med deras fattigvård, nämligen: lungtuberkulossjukvård, med statsbidrag, kronisk sjukvård, med statsbidrag, och sinnessjukvård (lättare fall), utan statsbidrag, samt handhava i övrigt och bekosta i stort sett »sin egen» hälsovård. Primärkommunernas ovannämnda slutna sjukvård handhaves i viss omfattning av särskilda för ändamålet bildade kommunalförbund.

Vissa halvofficiella och enskilda organisationer handhava eller stödja verksamt viss specialvård på lasarettsväsendets område, framför allt vård av kräftsjukdomar och hereditär syfilis, ävensom vård å folksanatorier, kustsanatorievård, vanförevård, sinnesslövård (särskilt för obildbara) samt vård av fallandesjuka. Till dessa vårdgrenar utgå i allmänhet driftbidrag från såväl staten som landstingen.

Det allmännas nettoutgifter för hälso- och sjukvård år 1928.

Kommittén övergår härefter till att i korthet kommentera det framlagda siffermaterialet, sådant det sammanställts i tabell 70.

Enligt denna tabell uppgingo år 1928 det allmännas sammanlagda nettoutgifter för hälso- och sjukvård — kostnader för statliga ämbetsverk och statens dyrtidstillägg ej inräknade — till sammanlagt 89 679 559 kr. Därav belöpte på

staten	28 036 711 kr.	eller	31·26 %
landstingen	36 433 087 kr.	»	40·63 %
storstäderna	18 021 859 kr.	»	20·10 %
övriga städer	2 289 781 kr.	»	2·55 %
landskommunerna	4 752 708 kr.	»	5·30 %
municipalsamhällena	145 413 kr.	»	0·16 %
Summa	89 679 559 kr.		100 %

I själva verket hava emellertid övriga städers och landskommunernas utgifter för hälso- och sjukvård varit något högre än vad sålunda angivits, i det att en del av dessa kommuners utgifter för vissa hithörande ändamål, nämligen för vård åt de vid ålderdomshemmen eller dessas avdelningar intagna kroniskt sjuka, sinnessjuka m. fl., i den officiella statistiken i rätt stor utsträckning redovisas under fattigvård i stället för under hälso- och sjukvård. Att märka är också, att bland i tabellen upptagna utgifter landstingens ersättningar åt primärkommunerna för av dem bekostad sjukhusvård jämlikt 40—42 §§ i fattigvårdslagen samt 63 § i barnavårdslagen ävensom landstingens ersättningar till primärkommunerna jämlikt lagen den 2 maj 1919 om lindring i de mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka m. fl. icke äro inbegripna. Dessa utgifter, som i den officiella statistiken rubriceras såsom utgifter för fattig- och barnavård, uppgingo år 1928 till 7 857 798 kr., år 1929 till 8 445 326 kr. och år 1930 till 8 683 063 kr.

Den ojämförligt största delen av det allmännas utgifter för hälso- och sjukvård går till den *slutna* sjukvården. På denna kommo sålunda år 1928 ej mindre än 73 124 197 kr. eller 81·54 % av det allmännas samtliga utgifter för hälso- och sjukvård. Av dessa utgifter för sluten sjukvård belöpte på

staten	21 913 300 kr.	eller	29·97 %
landstingen	32 958 447 kr.	»	45·07 %
storstäderna	17 704 888 kr.	»	24·21 %
övriga städer	254 570 kr.	»	0·35 %
landskommunerna	292 992 kr.	»	0·40 %
municipalsamhällena	— kr.	»	— %
Summa	73 124 197 kr.		100 %

Av denna tablå framgår tydligt i huru hög grad kostnaderna för den slutna sjukvården uppbäras av landstingen och städer utanför landsting. På dessa kommunenheter kommo sålunda ej mindre än 50 663 335 kr., d. v. s. 69·28 % av de sammanlagda nettoutgifterna för sluten sjukvård och avsevärt mer än dubbelt så mycket som hithörande på staten belöpande utgifter. Fäster man sig blott vid den slutna *kroppssjukvården*, med bortseende sålunda från sinnessjuk-, sinnesslö- och epileptikervård, uppgingo det allmännas sammanlagda kostnader till 53 003 442 kr., därav för staten 8 090 166 kr. eller 15·26 %, för landstingen 31 120 605 kr. eller 58·71 % och för storstäderna 13 245 109 kr. eller 24·99 %. Landstingens och storstädernas sammanlagda nettoutgifter för den slutna kroppssjukvården utgjorde sålunda 44 365 714 kr. eller 83·71 % av samtliga hithörande utgifter och mellan 5 och 6 gånger så mycket som statens utgifter för den slutna kroppssjukvården.

Av de olika sjukvårdsgrenarna drager lasaretts- och liknande vård de ojämförligt drygaste utgifterna eller 31 254 253 kr., varav ej mindre än 29 729 491 komma på landsting och storstäder. De därnäst största utgifterna förorsakar

sinnessjukvården med 16 840 995 kr., varav 12 054 328 på staten, samt sanatorievården med 12 895 837 kr., varav 8 663 360 på landsting och storstäder.

Det allmännas nettoutgifter sedan år 1913.

Statens, landstingens och storstädernas i tabell 70 angivna nettoutgifter för hälso- och sjukvård hava, såsom framgår av tabellerna 68 och 69, relativt sett icke under de tre budget- resp. kalenderår, sistnämnda tabeller avse, undergått några större förändringar, dock att man kan spåra en genomgående stegring av utgifterna ifråga tillsammantagna.

Utsträcker man jämförelsen till en längre period, skall man däremot finna, att hithörande utgifter ej blott för landstingen utan jämväl för storstäderna och övriga primärkommuner samt för staten under årens lopp stegrats i en synnerligen hastig takt. Detta framgår bl. a. av vissa sammanställningar, intagna i de av 1928 års pensionsförsäkringskommitté och 1929 års organisationssakkunniga år 1930 publicerade undersökningar. I dessa sammanställningar angivas bl. a. statens, landstingens och primärkommunernas utgifter brutto och netto under vart och ett av kalenderåren 1913 och 1924—1928 eller motsvarande budgetår. Siffrorna i dessa sammanställningar äro visserligen icke ens vad angår nettoutgifterna fullt jämförbara med de i tabellerna 68—70 meddelade uppgifterna, men detta torde icke hava något att betyda, då det gäller att studera utvecklingen under en följd av år. Enligt sammanställningarna ifråga ter sig sagda utveckling beträffande det allmännas utgifter för all hälso- och sjukvård sålunda:

År	Staten, kr.		Landstingen, kr.	
	netto	brutto	netto	brutto
1913	8 066 979	10 656 261	—	12 728 997
1924	25 477 167	34 074 699	35 934 797	51 288 757
1925	25 991 510	35 605 515	35 341 772	52 396 073
1926	27 597 409	37 210 096	34 384 904	51 682 222
1927	26 635 024	37 527 293	35 525 915	54 232 157
1928	27 417 149	38 254 362	34 690 418	53 747 122

År	Städer utanför landsting, kr.		Övriga kommuner, kr.	
	netto	brutto	netto	brutto
1913	—	8 038 871	—	3 850 258
1924	15 715 566	21 901 251	7 648 424	9 850 188
1925	18 623 211	24 909 070	7 607 535	9 750 416
1926	19 337 237	26 643 580	7 497 643	9 739 380
1927	18 697 795	26 620 481	7 071 971	9 767 670
1928	17 667 974	25 398 764	7 187 902[1]	—

År	Samtliga kommuner, kr.		Summa nettoutgifter, kr.
	netto	brutto	
1913	—	11 889 129	—
1924	23 363 990	31 751 439	84 775 954
1925	26 230 746	34 659 486	87 564 028
1926	26 834 880	36 382 960	88 817 193
1927	25 769 766	36 388 151	87 930 705
1928	24 855 876[2]	—	86 963 443[2]

[1] Enligt statens sjukvårdskommittés tabell 70.
[2] Jämför not 1.

Som synes kommer den huvudsakliga utgiftsökningen på perioden 1913—1924. Till stor del har denna ökning sin förklaring i stegringen av levnadskostnaderna under nämnda period. Största ökningen förete landstingsutgifterna, vilkas brutto från 1913 till 1928 ökat med ej mindre än 322 %. Motsvarande procenttal för staten utgör 259 och för storstäderna 216.

Ser man allenast till utgifterna för lasarett, »hospital» m. m. samt för tuberkulosvård och epidemivård, ter sig utvecklingen för statens, landstingens och storstädernas utgifter sålunda:

	Staten, kr.		Landsting brutto, kr.	Städer utanför landsting brutto, kr.
	netto	brutto		
Lasarett, »hospital» m. m.				
År 1913	5 011 696	7 557 482	—	—
1924	12 973 646	21 329 868	31 895 897	14 265 145
1925	11 927 793	21 254 484	31 727 861	17 053 153
1926	14 111 982	23 494 964	32 025 811	18 372 812
1927	12 156 434	22 806 589	34 576 238	16 988 009
1928	12 268 296	22 933 421	34 968 468	16 715 993
Tuberkulosvård				
År 1913	833 125	833 125	—	—
1924	3 911 767	3 912 239	10 334 631	2 107 486
1925	3 898 367	3 914 952	10 443 329	2 247 527
1926	4 306 064	4 306 064	9 751 544	2 072 941
1927	4 541 424	4 548 604	10 639 877	2 684 752
1928	4 596 062	4 596 386	10 710 831	—
Epidemivård				
År 1913	—	—	—	—
1924	1 970 712	1 970 954	6 258 665	1 571 504
1925	3 513 833	3 513 849	7 292 582	1 344 116
1926	1 723 162	1 723 202	6 184 990	1 477 875
1927	1 970 993	1 984 452	5 007 570	1 681 281
1928	1 364 121	1 364 121	3 774 646[1]	—

De olika landstingens och storstädernas netto- och bruttoutgifter för hälso- och sjukvård.

Granskar man de olika landstingens och storstädernas utgifter för hälso- och sjukvård, sådana desamma te sig i tabell 71, framgår i huvudsak följande.

De fyra största städerna belastades år 1929 med *nettoutgifter* för hälso- och sjukvård (kol. 16), som per skattekrona varierade mellan kr. 0:87 och kr. 1:11 (kol. 20). Medeltalet utgjorde kr. 1:03. För landstingen jämte Hälsingborg och Gävle lågo motsvarande tal mellan kr. 0:85 (Västmanlands län) och kr. 3:55 (Jämtlands län) med ett medeltal av kr. 1:41. Medeltalet för samtliga landsting och storstäder var kr. 1:26. Om man för de fyra största städerna frånräknar dessas avsevärda nettoutgifter för sinnessjukvård, erhållas emellertid för dem tal, som äro bättre ägnade för jämförelse med landstin-

[1] Nedgången beror på minskade anslag för nybyggnader.

gens. Resultatet blir då följande: Malmö kr. 0:68, Stockholm kr. 0:85, Göteborg kr. 0:92, Norrköping kr. 0:97, landstingen jämte Hälsingborg och Gävle kr. 1:41, samtliga landsting och storstäder kr. 1:19. För landstingen jämte Hälsingborg och Gävle utgjorde skattetrycket ifråga:

kr.	0:75—kr.	1:—	i 7 fall
»	1:01— »	1:25	» 6 »
»	1:26— »	1:50	» 5 »
»	1:51— »	1:75	» 3 »
»	2:01— »	2:25	» 1 »
»	2:51— »	2:75	» 2 »
»	3:51— »	3:75	» 1 »

Den inbördes ordningen och beloppen äro följande:

Västmanlands	läns	landsting	kr.	0:85	Kristianstads	läns landsting	kr. 1:33
Gotlands	»	»	»	0:87	Göteborgs o.		
Södermanlands	»	»	»	0:90	Bohus	» »	» 1:37
Kronobergs	»	»	»	0:90	Malmöhus	» »	
Jönköpings	»	»	»	0:92	jämte Hälsingborg		» 1:41
Blekinge	»	»	»	0:92	Kalmar läns norra	»	» 1:45
Östergötlands	»	»	»	0:99	Värmlands	läns »	» 1:45
Uppsala	»	»	»	1:06	Skaraborgs	» »	» 1:51
Stockholms	»	»	»	1:12	Örebro	» »	» 1:55
Kalmar läns södra		»	»	1:12	Västernorrlands	» »	» 1:69
Hallands	»	»	»	1:13	Älvsborgs	» »	» 2:02
Gävleborgs	»	»			Västerbottens	» »	» 2:63
jämte Gävle			»	1:15	Norrbottens	» »	» 2:75
Kopparbergs	»	»	»	1:24	Jämtlands	» »	» 3:55

Av det ovan återgivna framgår, att det av nettoutgifterna för hälso- och sjukvård föranledda skattetrycket varierar högst betydligt. Här inverka huvudsakligen två faktorer. Den ena är den grad, i vilken vården blivit tillgodosedd. Vad angår den huvudsakliga delen av sluten kroppssjukvård belyser tabellens kol. 3 denna faktor genom att angiva antalet vårdplatser per 1 000 invånare. Den andra faktorn är skattekronornas antal. Vid en jämförelse mellan t. ex. Stockholms stad, å ena sidan, samt Jämtlands och Norrbottens län, å den andra sidan, finner man, att Stockholms stad tack vare sitt stora antal skattekronor har ett avsevärt lägre skattetryck för sin hälso- och sjukvård än nämnda län, trots att den huvudsakliga delen av sluten kroppssjukvård är för stadens del tillgodosedd med 8·6 vårdplatser per 1 000 invånare, medan motsvarande tal för länen ifråga endast uppgår till 3·8 resp. 4·4. Även om vårdplatserna å sjukhuset S:t Eriks i Stockholm medicinska och kirurgiska avdelningar frånräknas, där — såsom i kap. 2 omnämnts — i stor utsträckning lämnas vård, som har karaktär av vård utav kroniskt sjuka, är antalet vårdplatser per 1 000 invånare betydligt större för Stockholm, nämligen 6·5.

Nettoutgifterna för hälso- och sjukvård uppgingo för de fyra största städerna till 17 956 811 kr. eller, om nettoutgifter för sinnessjukvård frånräknas, till 14 794 764 kr. samt för landstingen jämte Hälsingborg och Gävle till

38 043 921 kr. Av dessa utgifter belöpte å vård vid lasarett, sjukstugor, tuberkulossjukhus, tuberkulosavdelningar och epidemisjukhus för de fyra största städerna 9 521 463 kr. (53·0 % resp. 64·4 %) och för landstingen jämte Hälsingborg och Gävle 26 156 189 kr. (68·8 %). Delbeloppen av sistnämnda utgifter framgå av tabellens kol. 14; det av dem föranledda skattetrycket angives i kol. 18.

Beträffande *bruttoutgifterna* för nyss angivna vårdgrenar och för hälso- och sjukvården i dess helhet hänvisar kommittén till tabellens kol. 5—13 resp. kol. 15. De förstnämnda bruttoutgifterna, minskade med bruttoutgifterna för ny-, till- och ombyggnader, giva per skattekrona de tal, som kol. 17 utvisar, medan bruttoutgifterna för hälso- och sjukvården i dess helhet, utslagna per skattekrona, giva i kol. 19 anförda tal.

I anslutning till den i tabellen lämnade utredningen må anföras, att medan nettoutgifterna för hälso- och sjukvården år 1929 för de fyra största städerna, såsom nämnts, utgjorde i medeltal kr. 1:03 per skattekrona, motsvarande belopp uppgick till kr. 1:68 för riket i övrigt. Beträffande bruttoutgifterna voro motsvarande tal kr. 1:48 och 2:54.

Vissa halvofficiella och enskilda sammanslutningars utgifter för hälso- och sjukvård.

Vad slutligen angår de halvofficiella och enskilda organisationerna utvisar tabell 72 vid jämförelse med tabell 70, att dessa organisationers egna nettoutgifter för hälso- och sjukvård spela en mycket blygsam roll i förhållande till det allmännas utgifter för samma ändamål. De uppgingo nämligen endast till 2 985 360 kr., utgörande 3·2 % av det allmännas och organisationernas sammanlagda nettoutgifter för hälso- och sjukvård. Av beloppet 2 985 360 kr. belöpte å lasarettsvård och liknande 1 556 686 kr. (52·1 %), å hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård 899 586 kr. (30·1 %), å sanatorievård utom kustsanatorievård 354 030 kr. (11·9 %), å vanförevård 82 415 kr. (2·8 %), å kustsanatorievård 80 813 kr. (2·7 %) och å kronisk sjukvård 11 830 kr. (0·4 %). Av sammanställningen i tabell 73 framgår ock, att åtskilliga av dessa organisationer för upprätthållande av sin sjukvårdande verksamhet äro helt eller delvis beroende av understöd från det allmänna. Detta är framför allt fallet med kustsanatorie- och vanföreföreningarna samt Welanderhemmen i Göteborg och Malmö.

Kap. 19. Allmänna riktlinjer beträffande huvudmannaskap för och bidrag till hälso- och sjukvården.

Ur statsrådsprotokollet ang. sjukvårdskommitténs tillsättande.

I sitt uttalande till statsrådsprotokollet för socialärenden den 12 mars 1929 i samband med sjukvårdskommitténs tillsättande anförde föredragande departementschefen till en början följande:

I skrivelse den 8 juni 1927, nr 318, anhöll riksdagen, att Kungl. Maj:t ville låta verkställa utredning, huruvida och på vad sätt en utjämning av kostnaderna för den allmänna sjukvården i riket kunde åvägabringas, samt för riksdagen framlägga de förslag, vartill denna utredning kunde giva anledning. Till grund för riksdagens hemställan lågo två grupper av inom båda kamrarna väckta, till avfattningen olika men med avseende å innebörden i huvudsak överensstämmande motioner om utredning av frågan om bidrag från statens sida till täckande av kostnaderna för den allmänna sjukvården. I motionerna hade bland annat framhållits, att inom flertalet sjukvårdsområden antalet vårdplatser för kroppsligt sjuka icke kunde anses tillräckligt samt att det måste framstå såsom synnerligen angeläget att inom en snar framtid öka antalet dylika sjukvårdsplatser. Tillika hade motionärerna emellertid framhållit, att flertalet landsting redan för den nu löpande sjukhusdriften hade att vidkännas en utdebitering, som måste anses avsevärd, särskilt i förhållande till storstädernas utgifter för motsvarande ändamål, samt att förty en utjämning borde ske sjukvårdsområdena emellan av kostnaderna för fullgörande av ifrågavarande uppgifter. I sammanhang därmed påtalades den ojämnhet i skattebördans fördelning över huvud, som vore rådande mellan olika beskattningsområden.

Riksdagen anförde för sin del i skrivelsen, att det visserligen med hänsyn till statens under de senaste åren alltmera ökade utgifter för sjukvård av skilda slag måste anses tvivelaktigt, huruvida staten åtminstone för närvarande kunde eller borde ikläda sig större utgifter för den allmänna sjukvården än de nu utgående, men att riksdagen dock ansett önskligt att, särskilt i betraktande av den ojämnhet i kostnaderna för nu ifrågavarande ändamål, som förefunnes mellan de olika landstingsområdena och primärkommunerna, en utredning i den av motionärerna föreslagna riktningen komme till stånd. Riksdagen ansåge sålunda, att med hänsynstagande till de kostnader, som staten för närvarande finge vidkännas för den allmänna sjukvården, en undersökning borde verkställas, huruvida och på vad sätt en utjämning av kostnaderna för de olika sjukvårdsområdena kunde åvägabringas. Riksdagen hemställde för den skull om en dylik utredning men underströk, att den icke därvid intoge någon ståndpunkt till frågan, om staten borde i större mån än nu vore fallet bidraga till vården ifråga.

Över riksdagens skrivelse avgavs den 6 juli 1927 infordrat utlåtande av medicinalstyrelsen. Styrelsen erinrade i detta utlåtande om den i vårt land förhandenvarande fördelningen av sjukvårdskostnaderna mellan staten, landsting och kommuner, enligt vilken fördelning en viktig del av den allmänna sjukvården, nämli-

gen lasarettsvården, sedan lång tid tillbaka påvilat vederbörande landsting, respektive i landsting icke deltagande städer. Styrelsen framhöll, att de kostnader, som härigenom vållats nyssnämnda korporationer, på sista tiden stigit så avsevärt och dessutom kommit att på de olika landstingsområdena falla så ojämnt, att det på många håll vore ovisst, huruvida de belopp, vilka lämpligen skulle kunna utdebiteras för ändamålet, hädanefter skulle visa sig tillräckliga för den fortsatta utveckling av sjukvården, som särskilt för vissa landsdelar vore mycket välbehövlig. Beträffande det principiellt riktiga eller oriktiga i att beträda den av motionärerna anvisade vägen ansåg sig styrelsen icke böra göra något uttalande. Styrelsen betonade emellertid, att därest en blivande utredning skulle ådagalägga behovet av att staten ekonomiskt trädde emellan i och för en ifrågasatt utjämning av sjukvårdskostnaderna, en sådan åtgärd skulle vara ägnad att medföra vissa andra fördelar än de rent ekonomiska särskilt beträffande förläggningen av nya sjukvårdsanstalter samt anordnandet av nya specialavdelningar vid lasarett. Båda dessa så att säga lokalfrågor skulle måhända genom åstadkommande av den påyrkade skatteutjämningen kunna lösas på ett mera enhetligt och för landet i dess helhet fördelaktigt sätt än som för närvarande vore möjligt. Styrelsens utlåtande utmynnade i hemställan om frågans hänskjutande till utredning genom en särskild kommitté.

Sedan departementschefen i anslutning härtill redogjort för en från centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund inkommen framställning angående upprättande av en enhetlig sjukvårdsplan för vinnande av större planmässighet i den slutna kroppssjukvårdens, enkannerligen specialvårdens utveckling — jfr kap. 25 —, erinrade han tillika om vissa av honom vid anmälan i statsrådet den 4 januari 1929 av frågan om regleringen av utgifterna under femte huvudtiteln för budgetåret 1929/1930 gjorda uttalanden, varvid han i huvudsak yttrade:

Vid behandlingen av de särskilda punkterna under huvudtiteln kunde man icke undgå att erhålla ett ganska bestämt intryck av att vidtagna åtgärder för understöd från statens sida till olika slag av allmänt social och sjukvårdande verksamhet av icke statlig natur ej alltid vidtagits på ett tillräckligt planmässigt sätt. Då man ofta syntes hava handlat endast från fall till fall, hade statens understödjande verksamhet för skilda ändamål kommit att brista i enhetlighet, och beträffande bidragen hade olikheter kommit att uppstå, som knappast kunde anses tillräckligt betingade av omständigheterna i de särskilda fallen. Detta gällde särskilt i fråga om bidrag till vårdanstalter av skilda slag. Då dessa statsbidrag till största delen ginge till samma håll, nämligen till landstingen och, i viss mån, primärkommunerna, syntes det i och för sig knappast nödvändigt, att bidragen utginge i så många former och med så varierande belopp, som nu vore händelsen. Av det sätt, varpå hithörande frågor behandlats, hade också följt, att avgränsningen mellan å ena sidan de vårduppgifter, som borde handhavas respektive understödjas av staten, och å andra sidan den verksamhet, som skulle helt eller med understöd av statsmedel ombesörjas av landstingen respektive primärkommunerna, blivit något obestämd. Även måste man i vissa fall fråga sig, huruvida fortsatt byggnadsverksamhet eller fortsatt utbyggnad av viss organisation alltjämt vore nödvändig eller om icke genom av utvecklingen möjliggjorda inskränkningar på andra områden eller ökat samarbete eller förbättrad organisation samma resultat skulle kunna nås på en enklare och billigare väg. Det måste enligt departementschefens mening anses som ett riksintresse, att de sålunda berörda frågorna — givetvis i samförstånd och samarbete med landstingen — upptoges till dryftande. Det motsvarande gällde i vissa avseenden också primärkommunerna. Genom en undersökning i nu

angivna hänseenden syntes departementschefen vidare kunna vinnas såväl betydande förmåner för sjukvården såsom en rikets gemensamma angelägenhet som ock besparingar för landsting och primärkommuner, samtidigt med att statens utgifter åtminstone icke skulle behöva ökas. Man borde vid bedömande av hithörande frågor hålla i sikte, att statens utgifter för sociala ändamål endast vore en del — och ingalunda den största delen — av det allmännas utgifter för dessa ändamål.

Efter att ytterligare hava erinrat om sitt uttalande till statsrådsprotokollet angående vissa åtgärder för nedbringande av landstingens utgifter för epidemisjukvården — jfr kap. 9 — framhöll departementschefen, att de frågor, vilka sålunda i olika sammanhang berörts, innefattade ett omfattande och uppenbarligen svårlöst komplex av problem samt att det syntes vara av vikt för ett rationellt ordnande av det allmännas verksamhet på sjukvårdens område och för en sund vidareutveckling av denna verksamhet, att en allsidig utredning i ämnet komme till stånd, ävensom att tidpunkten syntes honom vara inne för igångsättandet av en sådan utredning.

Härefter övergick departementschefen till att skissera närmare riktlinjer för den sålunda anbefallda utredningen, varvid han beträffande sjukvårdens handhavande och finansiering bl. a. påpekade nödvändigheten av att söka åstadkomma en i möjligaste mån klar avgränsning mellan å ena sidan vad staten bör i fråga om den slutna kroppssjukvården för framtiden åtaga sig, antingen genom vård på egna anstalter eller statsbidrag till andra inrättningar, och å andra sidan vad som därutinnan bör åligga landstingen resp. primärkommunerna eller som eventuellt kan lämnas åt enskilda sammanslutningars initiativ och omsorg. Till belysande av den bristande enhetlighet, som rådde på området, anförde departementschefen bl. a. följande:

Staten hade t. ex. iklätt sig förpliktelsen att ensam ombesörja vården av sinnessjuka, som krävde behandling å sluten anstalt, vilket åtagande avsåges bliva infriat under det närmaste årtiondet. Den allmänna kroppssjukvården hade däremot i stort sett lämnats åt landstingen, respektive de med dem likställda städerna, utan bidrag från statens sida; dock hade staten i vissa mera speciella fall ingripit även på detta område, varjämte staten lämnat bidrag till uppförande av sjukstugor inom s. k. ödemarksområden. Epidemisjukvården ombesörjdes av landstingen respektive de i landstingen icke deltagande städerna med hjälp av statsbidrag. Den speciella tuberkulossjukvården påvilade i huvudsak landsting och primärkommuner med bidrag av statsmedel; dock hade den särskilda behandlingen av kirurgisk tuberkulos, särskilt hos barn och unga personer, omhändertagits av enskilda sammanslutningar, vilka likaledes åtnjöte statsbidrag. En särskild grupp av tuberkulosvårdanstalter utgjorde de s. k. jubileumssanatorierna, vilka väsentligen tillkommit genom insamlade medel men till vilka vissa belopp av statsmedel utgått och utginge. Även i fråga om vården av s. k. kroppsligen kroniskt sjuka förekomme samarbete mellan staten — i form av kontanta bidrag — samt landsting och primärkommuner ävensom i någon mån föreningar och enskilda. Vanförevården samt behandlingen av kräftsjukdomar hade väsentligen omhändertagits av enskilda sammanslutningar med bidrag av statsmedel; beträffande vanförevården förekomme därjämte i viss mån samarbete med pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet. Storleken av statens bidrag växlade beträffande bidrag till nybyggnadskostnader från högst 3 000 till högst 1 500 kronor för vårdplats och i fråga om vårdbidrag från 2 kronor 50 öre till 90 öre per vårddag.

Departementschefen framhöll tillika, att avsaknaden av en allmän plan för sjukvårdsuppgifternas fördelning kommit att i vissa hänseenden medföra bristande enhetlighet i utvecklingen av sjukvårdsväsendet och i ledningen av detsamma samt att på flera punkter rådde oklarhet i och därav följande ovisshet om statens ställning till en viss sjukvårdsgren, vilket stundom torde hava inverkat hämmande på utvecklingen. Härefter yttrade departementschefen:

»En gränsdragning mellan å ena sidan statens och å andra sidan landstingens, primärkommunernas och enskildas sjukvårdsuppgifter är alltså ur här anförda synpunkter önskvärd. Den torde böra verkställas med iakttagande av såväl principiella som praktiska synpunkter och med beaktande jämväl av de speciella problem, som möta beträffande vissa förut berörda former av sjukvård, utövad genom särskilda statens organ. — — — En efter dessa grunder verkställd fördelning av vårduppgifter *kan* tänkas leda till att staten befinnes böra *tillsammantaget* ikläda sig ekonomiska förpliktelser i något större utsträckning, än hittills skett. Det är också möjligt, att ett sådant resultat måste godtagas. Det väsenliga är nämligen i detta sammanhang att undersöka, huruvida icke en bättre ordning än den nuvarande kan åvägabringas utan ökade totalkostnader för *det allmänna,* d. v. s. staten, landsting och primärkommuner tagna såsom en enhet. Frågan om kostnadernas fördelning mellan dessa korporationer måste sedermera bero på särskilt övervägande, därvid icke minst skatteutjämningssynpunkter böra beaktas. Den väg, som närmast bör prövas för främjande av det angivna syftet, synes, då det gäller åtgärder från statens sida, vara en genomgripande omläggning beträffande statens ställning till olika sjukvårdsgrenar, så att staten helt övertager någon eller några av de grenar, där nu i en eller annan form »hälftenbruk» äger rum, under det att andra grenar, där förhållandet nu är detsamma, överlämnas åt landstingen vart för sig eller i samverkan med varandra att utan statens ekonomiska medverkan ombesörja. Vid övervägande av frågan om sådana omläggningar torde främst böra prövas, om icke staten bör i första hand — åtminstone i den mån ej enskilda organisationer på tillfyllestgörande sätt ingripit — helt påtaga sig sådan vård, vilken av vetenskapliga, ekonomiska eller praktiska skäl helst bör centraliseras till ett fåtal anstalter inom landet och som på grund härav kan vara svårare att ordna genom kommunala myndigheters försorg, under det att mera lokala vårduppgifter — möjligen även sådana, till vilkas fyllande staten hittills på ett eller annat sätt bidragit — skulle överlämnas till landsting eller, under särskilda förhållanden, primärkommuner eller enskilda sammanslutningar att ensamma ombesörja.

Med de överväganden, som nu antytts, är man inne på kärnpunkten i det problem, som här framför allt är i fråga, nämligen spörsmålet om ett rationellt ordnande av sjukvården, i vad angår framtida åtgärder, så att den ej blott ur enskilda landsdelars eller enstaka vårduppgifters, men *ur hela rikets synpunkt* och *i sjukvårdens intresse över huvud* efter hand kommer att motsvara vad som rimligen bör krävas, samtidigt som detta resultat vinnes för minsta möjliga kostnad, fördelad på rättvisaste sätt. För ernående av detta mål erfordras tydligen framför allt samverkan mellan samtliga på området verksamma offentliga och enskilda organ, men i främsta rummet mellan de för närvarande på sjukvårdens område viktigaste administrativa enheterna, nämligen landstingen och städer, som ej deltaga i landsting, såväl sinsemellan som i förhållande till de statliga myndigheter, vilka ansvara för av staten ombesörjda delar av sjukvården.»

Efter att närmare hava utvecklat de former, under vilka sagda samarbete kan tänkas äga rum — jfr kap. 23 — fortsatte departementschefen:

»En utveckling av sjukvårdens organisation i den riktning, som här skisserats, bör, såsom redan antytts, ske under hänsynstagande till möjligheten att tillgodose återstående sjukvårdsbehov för mindre anläggnings- och driftkostnader, än med nuvarande organisation skulle vara möjligt, och att samtidigt nedbringa utgifterna för redan befintlig sjukvård. Även om jag hoppas, att åtskilligt skall stå att vinna på denna väg, skulle därmed dock näppeligen kunna vinnas någon nämnvärd sådan utjämning av sjukvårdskostnaderna mellan olika sjukvårdsområden, som 1927 års riksdag funnit önskvärd. Åtminstone skulle detta knappast kunna bliva fallet, för såvitt icke vid förut omnämnda gränsdragning mellan staten samt kommuner och enskilda en större andel av sjukvårdsuppgifterna än hittills skulle befinnas böra ankomma på staten. En dylik utjämning skulle däremot kunna tänkas i viss mån ske genom en ändrad avvägning av de kontanta statsbidragen till de vårdgrenar beträffande vilka staten kan finnas i framtiden böra genom dylika bidrag samverka med landsting och primärkommuner eller med enskilda. En undersökning rörande dessa statsbidrag synes mig så mycket hellre böra ingå såsom ett viktigt led i utredningen, som, i anslutning till vad jag uttalat i statsverkspropositionen, en rationalisering av bidragsverksamheten i och för sig synes i hög grad påkallad. I enlighet med det avsedda uttalandet synes böra undersökas möjligheten och lämpligheten av att åstadkomma mera enhetliga bidragsbestämmelser än för närvarande. Vid denna undersökning lärer även skatteutjämningsfrågan böra ägnas stor uppmärksamhet. I första hand torde därvid böra övervägas, huruvida icke det för närvarande jämförelsevis stela bidragssystemet numera skulle kunna ersättas med mera smidiga regler, innebärande en differentiering av bidragen med hänsyn till olika behov av sjukvårdsanordningar inom olika delar av landet. En differentiering av dylikt slag har i själva verket genom särskilt beslut av statsmakterna redan ägt rum beträffande tuberkulosvården, i det att landstingen i de tre nordligaste länen för anläggning och — under viss tid — drift av tuberkulossjukvårdsanstalter erhållit avsevärt större statsbidrag än de i allmänhet utgående, något som motiverats bland annat med det mera trängande sjukvårdsbehovet därstädes. En utväg skulle måhända vara, att denna angelägenhet ordnades så, att ett visst grundbelopp för statsbidragen i fråga fastställdes att gälla i allmänhet men kompletterades med ett system av tilläggsbidrag, avvägda med hänsyn till behovet inom vissa landsdelar. Möjligheterna att, vid bidragsbeloppens differentiering, till underlättande av sjukvårdens utveckling eller i direkt utjämningssyfte taga hänsyn till de särskilda sjukvårdsområdenas olika ekonomiska förhållanden böra även övervägas, därvid dock ovillkorligen bör tillses, att bidragssystemet icke anordnas på sådant sätt, att de korporationer, som hava att svara för vederbörande vårduppgift, förlora eget ekonomiskt intresse för verksamhetens ordnande på det mest rationella sätt.

Genom en anordning av nu antydda innebörd skulle även kunna vinnas ett medel att begränsa den s. k. automatiska utgiftsstegringen, vilken på detta område varit särskilt framträdande. Det kan nämligen tänkas, antingen att det årliga totalbeloppet av de avsedda tilläggsbidragen begränsas och att därigenom utgiftsökningen hejdas, eller till och med att liknande begränsning göres för hela anslaget, varav skulle följa, att tilläggsbidragen finge inskränkas, i den mån grundbidragens sammanlagda belopp ökades som följd av verksamhetens utveckling.

Även andra utvägar för utjämning av sjukvårdskostnaderna böra givetvis undersökas. Därvid bör visserligen erinras, att liknande behov av utjämning kan föreligga på andra områden, där ett system med statsbidrag tillämpas, exempelvis i fråga om skol- och vägväsendet. Den omständigheten, att dessa andra spörsmål icke i detta sammanhang kunna upptagas till övervägande, lärer emellertid icke behöva hindra frågans bedömande i vad angår sjukvårdsorganisationen.

I vad den nu avsedda utredningen berör frågor om utjämning av vissa kostnader mellan primärkommunerna, bör uppenbarligen vidare beaktas, att riksdagen i skrivelse den 1 juni 1928 hemställt om utredning rörande frågan om en rationell utjämning av skattetrycket inom kommunerna. Därest denna skrivelse, som tydligen nära berör nu behandlade spörsmål, föranleder upptagande av särskild utredning, torde i en eller annan form samarbete därmed böra komma till stånd beträffande vissa frågor i det nu behandlade utredningskomplexet. Något hinder att självständigt upptaga detta till behandling föreligger dock enligt min mening icke heller av sist angivna anledning.»

Ur statsrådsprotokollet ang. skatteutjämningsberedningens tillsättande.

Med anledning av sistnämnda riksdagsskrivelse uppdrogs jämlikt nådigt bemyndigande den 18 oktober 1929 åt en särskild kommitté, den s. k. skatteutjämningsberedningen, att inom finansdepartementet biträda med utredning av frågan om rationell utjämning av skattetrycket inom kommunerna och andra därmed sammanhängande spörsmål. I anförande till statsrådsprotokollet nämnda dag yttrade finansministern efter gemensam beredning med social-, kommunikations- och ecklesiastikministrarna i huvudsak följande:

Riksdagen torde hava avsett, att i första hand borde tagas under omprövning frågan om jämkningar i den nuvarande fördelningen av samhället åliggande uppgifter mellan staten samt kommuner av olika ordning. På många områden saknades för närvarande en klar gränsdragning i detta hänseende. Inom sjukvårdsväsendet hade staten, för att taga ett exempel, i vissa fall åtagit sig att i det väsentliga ensam sörja för en vårdgren, sinnessjukvården, medan i andra fall omsorgen lagts på landstingen eller primärkommunerna. I fall av senare slaget deltoge staten understundom genom kontanta bidrag till anläggning eller drift eller till bådadera eller genom att å egna anstalter ombesörja viss del av vården. Då statsbidrag utginge, kunde man ofta i fråga om bidragsvillkor och bidragsbelopp svårligen spåra några genomgående riktlinjer. På andra områden förelåge liknande förhållanden. Departementschefen erinrade i sådant avseende om det »hälftenbruk» mellan staten och kommun eller mellan landsting och primärkommuner, som rådde inom pensionsförsäkringen, fattigvården, folkskolan, polisväsendet och väghållningen m. m. Inom dessa och andra grupper av det allmännas verksamhet gällde, att ej sällan en allmän, på utredning grundad plan för uppgifternas och kostnadernas fördelning saknats och att det mer eller mindre berott på tillfälliga omständigheter och läget för ögonblicket, huru fördelningen blivit genomförd.

Såsom grundval för utredningen syntes i första hand böra fastställas, vilka verksamhetsområden i förevarande sammanhang borde komma under omprövning. En översiktlig sammanställning av gällande ordning för de ifrågavarande uppgifternas ombesörjande borde åvägabringas, angivande kostnadernas fördelning mellan staten och olika slag av kommuner. Undersökningen borde tillika avse att framvisa de faktiska kostnader, som för uppgifternas handhavande drabba landsting och primärkommuner, samt att belysa dessa kostnaders betydelse ur skattetryckets synpunkt. Med utnyttjande av det material, som sålunda införskaffades, och med beaktande av de erfarenheter rörande hithörande frågor, vilka kunde hämtas från främmande länder, borde sedermera undersökas, huruvida den verksamhet, varom fråga är, lämpligen skulle i större eller mindre omfattning överflyttas på statsverket eller från primärkommunerna på kommuner av högre ordning. Även jämkningar i motsatt riktning syntes kunna ifrågakomma. I detta sammanhang borde iakttagas, att, om ökade skyldigheter skulle komma att åläggas landstingen i visst hänseende, detta kunde behöva medföra, att en del uppgifter, som nu åvilade landstingen men låge jämförelsevis fjärran från dessas verksamhetsområde i allmän-

het, överflyttades på statsverket. Tillika borde tagas under omprövning, huruvida i olika fall en utvidgning av systemet med statliga bidrag för kommunala ändamål eller bidrag från landsting till primärkommuner kunde vara att föredraga framför en direkt överflyttning av ifrågakommande uppgifter. Undersökningen skulle avse varje verksamhetsgren för sig, dock så att överblicken över och sammanhanget mellan olika grenar icke förlorades.

I enlighet med utredningens huvudsyfte skulle givetvis synnerlig vikt fästas vid skatteutjämningssynpunkten. Detta finge dock icke innebära, att andra betydelsefulla hänsyn sattes tillbaka. All möjlig uppmärksamhet borde sålunda ägnas frågan att söka förekomma, att en eventuell överflyttning av olika uppgifter eller en ändring av grunderna för bidragsväsendet förorsakade minskad effektivitet vid uppgiftens handhavande eller bristande sparsamhet med det allmännas medel. I den mån ökad bidragsskyldighet från statsverkets sida ansåges böra frågakomma, måste givetvis statens krav på kontroll över medlens användning skärpas. Samtidigt borde beaktas önskvärdheten av att den kommunala självstyrelsens princip lämnas i möjligaste mån orubbad. Då en bidragande orsak till det ojämna och mångenstädes betungande skattetrycket vore att söka i splittringen i ett stort antal småkommuner, borde jämväl spörsmålet om jämkningar i den kommunala indelningen komma under övervägande. Man borde emellertid på detta område framgå med försiktighet. Om vissa av primärkommunernas arbetsuppgifter skulle komma att överflyttas på staten och landstingen eller ändrade grunder för statsbidrag genomföras, borde detta medverka till en minskning och en jämnare fördelning av primärkommunernas skattetryck. Med all sannolikhet komme emellertid alltjämt ett behov av kontant skatteutjämning att kvarstå. Det borde för den skull ingå såsom ett led i utredningen att jämväl taga frågan om reglerna för denna skatteutjämning under övervägande.

Vid utförandet av utredningen vore slutligen att beakta, att i betydelsefulla hänseenden hithörande ämnen redan vore föremål för behandling. Detta gällde dels frågan om fördelningen mellan stat, landsting och primärkommuner av vissa utgifter för det allmänna, dels sammanförandet av primärkommuner för gemensamt fullgörande av sociala uppgifter. I förstnämnda hänseende åsyftades närmast den utredning, som uppdragits åt statens sjukvårdskommitté, vilken hade att biträda med utredning rörande den slutna kroppssjukvården i riket. Det vore uppenbarligen av vikt, att den utredning, vars igångsättande nu åsyftas, i all erforderlig utsträckning verkställdes i samarbete med de på närliggande områden arbetande utredningarna.

Kommittén har ansett sig böra så utförligt som skett referera de sålunda av finansministern lämnade direktiven för skatteutjämningsberedningens arbete för att därmed klarlägga den överensstämmelse, som med avseende å skatteutjämnings- och statsbidragsfrågorna förefinnes mellan de båda kommittéernas uppdrag. I själva verket föreligger härutinnan allenast den skillnaden, att skattutjämningsberedningen haft att se spörsmålet ifråga ur mera universell synpunkt och sålunda i första hand sökt åstadkomma, förutom en allmän bidragsreglering, en skatteutjämning primärkommunerna emellan, medan sjukvårdskommittén helt naturligt haft att inrikta sitt arbete på statsbidragen till sjukvården och på det av sjukhusvården och därmed sammanhängande uppgifter förorsakade skattetrycket samt sålunda i första hand söka uppnå en skatteutjämning landstingsområdena emellan.

Summarisk översikt över skatteutjäm-

Skatteutjämningsberedningen har med avlämnande av sitt den 12 december 1932 dagtecknade »Principbetänkande med förslag till skatteutjämnande åt-

ningsberedningens förslag.

gärder genom överflyttning till staten eller till större kommunala utdebiteringsområden av kostnaderna för kommunala förvaltningsuppgifter» avslutat sitt arbete. Beredningens förslag har beträffande sjukvården tillkommit i visst samråd med statens sjukvårdskommitté. Med hänsyn till det intresse, en total överblick över beredningens synnerligen genomgripande förslag erbjuder, lämnar kommittén här nedan en summarisk redogörelse för detsamma. Förslagets huvudpunkter äro följande:

1. *Till staten* överflyttas:
   a) från landstingen resp. städer utanför landsting:
      avgifterna för fattiga sjuka å de statliga sinnessjuk- och sinnesslöanstalterna,
      driftbidragen till vanföreanstalter,
      driftbidragen till kustsanatorier,
      dövstumundervisningen och kostnaderna för densamma,
      bidragen till blindundervisningen och vården av blinda med komplicerat lyte;
   b) från primärkommunerna:
      större delen av kostnaderna för folkundervisningen,
      bidragen till distriktsbarnmorskas avlönande (med undantag av kostnaderna för bostäder),
      kostnaderna för polisväsendet å landsbygden (med undantag av kostnaderna för arrestrum och tjänstelokaler).

2. *Till landstingen* överflyttas:
   a) från primärkommunerna:
      tre fjärdedelar av kostnaden för obligatorisk fattig- och barnavård (anstalterna skola handhavas av landstingen),
      tre fjärdedelar av kostnaden för den slutna sjukvården (anstalterna skola handhavas av landstingen);
   b) från de nuvarande vägdistrikten:
      distriktens andel i vägkostnaderna (vägväsendet handhaves av landstingen).

3. *Till primärkommunerna* överflyttas:
   från landstingen:
      en fjärdedel av avgifterna för sjukhusvård åt fattiga och värnlösa,
      en åttondel av samtliga kostnader för pensionstillägg och understöd enligt pensionsförsäkringslagen.

Enligt av beredningen med utgångspunkt från 1928 års förhållanden företagna beräkningar skulle de omförmälda överflyttningarna medföra en årlig utgiftsökning för staten om 43 milj. kr. och för landstingen om 51·2 milj. kr., medan primärkommunernas utgifter skulle minskas med motsvarande belopp eller 94·2 milj. kr. I denna kalkyl har liksom i ovanstående översikt hänsyn icke tagits till distriktsveterinärväsendets och småskoleseminariernas överflyttning från landstingen till staten, vilka överflyttningar jämlikt beslut av 1931 och 1932 års riksdagar skola äga rum resp. den 1 januari 1934 och den 1 juli 1933 och varigenom landstingsutgifterna beräknas komma att minskas med 1·1 milj. kr.

I själva verket skulle emellertid enligt beredningen den på staten ankommande kostnadsökningen bli avsevärt mindre än som sålunda angivits, i det att vissa statsbidrag, som för närvarande utgå i skatteutjämnande syfte, förutsatts skola bortfalla, därest beredningens förslag genomföres. Både skatteutjämningsbidraget till folkskoleväsendet, som under nu löpande budgetår uppgår till 8·8 milj. kr., samt anslaget till understöd åt mera betungade väghållningsdistrikt, vilket i senaste riksstat uppförts med ett belopp av 1·8 milj. kr., skulle sålunda upphöra. Behovet av särskilt understöd till skattetyngda primärkommuner skulle också i stort sett komma att upphöra vid ett genomförande av beredningens förslag. I stället torde emellertid enligt av beredningen gjorda uttalanden i sådant fall erfordras vissa bidrag till utjämnande av det på de olika landstingsområdena vilande skattetrycket, vilket redan för närvarande är rätt ojämnt, växlande från 1·90 kr. till 4 kr. per skattekrona, och som vid genomförande av beredningsförslaget torde komma att bliva än mer ojämnt.

Några förslag till reglering av de för olika ändamål utgående statsbidragen har beredningen ej framlagt utan ansett, att därmed bör anstå, tills statsmakterna tagit ställning till de i nu föreliggande principbetänkande föreslagna överflyttningarna av olika förvaltningsuppgifter och -utgifter.

Kommittén.

Skatteutjämningsberedningens förslag, vilket som nämnts beträffande hälso- och sjukvården tillkommit i visst samråd med statens sjukvårdskommitté, ansluter sig i denna del mycket nära till ett av kommittén framlagt preliminärt förslag i ämnet. Till grund för detta förslag ligga följande, av kommittén uppdragna mera *allmänna riktlinjer för hälso- och sjukvårdens handhavande och finansiering:*

Landstingen böra alltjämt handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen kan ordnas länsvis eller genom samarbete mellan angränsande län. Bidrag från landsting böra icke ifrågakomma, där icke landstingets organisatoriska medverkan är för handen. Motsvarande gäller *icke-landstingsstäderna.*

Staten bör handhava och bekosta eller kraftigt understödja den vård, som kräver anstalter, avsedda för större områden än länen, ävensom annan vård, i den mån icke administrativa synpunkter eller sparsamhetsskäl nödvändiggöra, att vården handhaves kommunalt eller med kommunal bidragsskyldighet. Statsbidragen böra regleras efter mera rationella och enhetliga principer än hittills.

I landsting deltagande primärkommuner böra i största möjliga mån avkopplas från handhavande av och utgifter för sluten sjukvård, dock att vissa kommunala utgifter för ändamålet böra bibehållas eller införas, i den mån så kräves med hänsyn till administrationen eller sparsamhetsintresset.

Enskilda organisationers och personers initiativ, arbete och offervillighet på sjukvårdens område böra, i den mån anordningarna låta sig inordna i en för riket avsedd sjukvårdsplan, tillgodogöras och i viss omfattning ekonomiskt stödjas av det allmänna. Särskilt gäller detta pionjärarbete och för-

söksverksamhet. Där det allmänna lämnar bidrag till dylik enskild verksamhet, bör den stödjande myndigheten sättas i tillfälle att kontrollera verksamheten.

Någon egentlig motivering torde dessa riktlinjer knappast erfordra. De utgöra i det stora hela uttryck för i och för sig rätt självklara grunder, enligt vilka det administrativa handhavandet av en uppgift bör paras med det ekonomiska ansvaret för densamma och tvärt om eller med andra ord, att den administrativa enhet, som beslutar en utgift, också i väsentlig mån bör bära de ekonomiska konsekvenserna av beslutet. Samtidigt som uppgifters överflyttande till staten eller sekundärkommun bör i skatteutjämningssyfte och ur rationaliseringssynpunkt eftersträvas, måste ovillkorligen även tillses, att skatteutjämnings- och rationaliseringssträvandena icke medföra väsentlig fördyring genom bristande sparsamhetsintresse från den myndighet, som direkt handhaver uppgiften, eller genom vidlyftiga kontrollanordningar till förebyggande av missbruk. Någon principiell meningsskiljaktighet beträffande ovannämnda riktlinjer har icke heller rått mellan sjukvårdskommittén och skatteutjämningsberedningen.

I fråga om *reglering av statsbidragen* har sjukvårdskommittén vid överläggningarna med skatteutjämningsberedningen — efter framhållande att med utarbetande av ett slutgiltigt förslag i ämnet måhända finge anstå, till dess statsmakterna i princip tagit ställning till skatteutjämningsberedningens och sjukvårdskommitténs förslag angående förvaltningsuppgifternas fördelning mellan staten och de olika kommunala enheterna — anfört följande: Vad sjukvården angår kan man vid regleringen av statsbidragen enligt sjukvårdskommitténs mening tänka sig, att hänsyn tages till vårdbehovets olika storlek i olika delar av landet på så sätt, att för de landsdelar, där ett särskilt starkt vårdbehov föreligger, utöver de för landet i övrigt stadgade bidragen utgå särskilda bidrag, graderade efter vårdbehovet eller efter svårigheten att tillgodose detsamma. Däremot bör vid vårdbidragens bestämmande icke någon gradering ske med hänsyn till det totala skattetrycket eller till det skattetryck, som den allmänna sjukvården förorsakar. En rationell skatteutjämning skulle nämligen icke befrämjas på denna väg, eftersom statsbidrag ju icke utgå och icke kunna utgå till alla de allmänna uppgifter, som bestämma skattetrycket i landstingsområdet eller primärkommunen. För övrigt skulle en gradering av vårdbidragen i skatteutjämningssyfte förutsätta ett synnerligen vidlyftigt och invecklat arbete vid varje vårdbidrags fastställande samt en omfattande och dyrbar kontroll för att förhindra vederbörande landsting eller primärkommun från att orättmätigt bereda sig för högt vårdbidrag. Vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag böra därför ej sammanblandas. I den mån icke genom överflyttning av uppgifter från det mindre till det större administrationsområdet och genom lämpliga, av skattetrycket oberoende vårdbidrag en tillräcklig skatteutjämning kan åstadkommas, bör följaktligen den erforderliga lättnaden åt de mest skattetyngda kommunala enheterna beredas genom särskilda skatteutjämningsbi-

drag. Dylika skatteutjämningsbidrag äro enligt kommitténs mening redan för närvarande påkallade för landstingens vidkommande.

Även i nämnda hänseenden har i stort sett enighet rått mellan sjukvårdskommittén och skatteutjämningsberedningen. I beredningens betänkande uttalas ock att vad kommittén anfört om reglering av statsbidragen efter enhetliga principer samt om önskvärdheten att icke sammanblanda vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag väl stämmer överens med beredningens uppfattning, i den mån beredningen tagit ståndpunkt till spörsmålet. Med hänsyn till betydelsen av att vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag hållas åtskilda, är beredningen dock tveksam i fråga om lämpligheten av att vissa vårdbidrag, speciellt för driften av tuberkulosanstalter, graderas efter vårdbehovets storlek på sätt kommittén ovan antytt. Enligt beredningens mening böra dylika tilläggsbidrag undvikas; därest de komma till stånd, böra de enligt beredningen ingå i skatteutjämningsbidragen, detta så mycket hellre som de landsting, vilka enligt kommitténs förslag skulle komma i åtnjutande av extra vårdbidrag till tuberkulosanstalterna, utan undantag höra till de mest skattetyngda.

Sedan kommittén sålunda redogjort för de riktlinjer och principer, som varit bestämmande för kommittén med avseende å huvudmannaskap för och bidrag till olika sjukvårdsgrenar, skall kommittén här nedan med utgångspunkt från bl. a. dessa riktlinjer och principer i särskilda kapitel diskutera och framlägga förslag angående överflyttningar av vissa sjukvårdsgrenar eller utgifterna för dem från en huvudman till en annan och därmed i samband stående organisationsfrågor, angående statsbidrag av olika slag, angående landstingsersättningar till primärkommunerna för fattigsjukvård, angående samarbete inom sjukhusvården mellan olika huvudmän samt angående den slutna sjukvårdens förhållande till socialförsäkringen.

Kap. 20. Överflyttning av sjukvårdsuppgifter eller utgifter för dem från en huvudman till en annan.

Inledning. I detta kapitel upptager kommittén till prövning frågan om och i vad mån de i föregående kapitel angivna riktlinjerna för den allmänna sjukvårdens handhavande och finansiering böra föranleda direkt överflyttning av sjukvårdsuppgifter eller utgifter för dem från en huvudman till en annan. I den mån kommittén härvid föreslår överflyttning av *kostnader* för vissa sjukvårdsgrenar på staten, blir givetvis gränsen mellan detta kapitel och kap. 21, som behandlar statens bidrag till den slutna sjukvården, i viss mån flytande. Skäl kunna vid sådant förhållande anföras för att i förevarande kapitel upptaga frågan om statens bidrag till *dessa* sjukvårdsgrenar i hela dess vidd. Då kommittén likväl i stort sett stannat vid att i detta kapitel endast beröra de principiella konsekvenserna av förenämnda riktlinjer, har detta främst sin grund i önskvärdheten av att grunderna för statens bidrag till den slutna sjukvårdens *samtliga* grenar så långt som möjligt göras till föremål för behandling i ett sammanhang.

Frågan om huvudmannaskapet för och finansieringen av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet avhandlar kommittén i särskilt kapitel (kap. 24).

A. Överflyttningar inom den slutna sjukvården.

1. Överflyttningar till staten.

Den allmänna lasarettsvården. På det allmänna lasarettsväsendets område giva de i föregående kapitel framlagda riktlinjerna för den slutna sjukvårdens handhavande och finansiering kommittén icke anledning att föreslå någon överflyttning av *sjukvårdsuppgifter* från landstingen och icke-landstingsstäderna till staten. Lasarettsväsendet har under landstingens och icke-landstingsstädernas ledning i det stora hela fungerat väl och nått en avsevärd utveckling, och det torde knappast kunna förmodas, att en av staten handhavd lasarettsvård skulle kunna bliva den nuvarande överlägsen. Befaras kan däremot, att ett långt drivet förstatligande av anstaltsvården för kroppssjuka skulle medföra en icke önskvärd grad av stelhet och formbundenhet vid sjukvårdens handhavande. Så vitt kommittén har sig bekant hava heller icke några yrkanden å ett förstatligande av lasarettsvården framkommit. De anmärkningar, som kunna riktas mot densamma, bottna i stort sett däri, att samarbete emellan huvudmännen icke varit i önskvärd utsträckning på ett tillfredsställande sätt ordnat. Kommittén kommer att i kap. 23 föreslå en del åtgärder, ägnade att råda bot häremot.

Beträffande vissa med hithörande vård förenade *kostnader* har dock kommittén, för vinnande av en rationell ordning, ansett sig böra ifrågasätta en *direkt* överflyttning till staten, nämligen i fråga om kostnaderna för vården av könssjuka utomlänspatienter. Beträffande skälen härför må anföras följande. *Kostnaderna för könssjuka utomlänspatienter.*

Som i kap. 3 i) antytts hava gällande bestämmelser om kostnadsfri vård för könssjuka i förening med den hos könssjuka ofta förekommande obenägenheten att söka vård i hemorten medfört olägenheter av ekonomisk art för särskilt storstäderna. Från dessas sida hava försök icke saknats att undvika dessa olägenheter. Situationen belyses närmare i en av direktören för sjukhuset S:t Göran den 3 november 1926 till Stockholms stads hälsovårdsnämnd avlåten skrivelse av följande huvudsakliga innehåll: Direktören för S:t Görans sjukhus.

Sedan länge vårdas å sjukhuset S:t Göran ständigt ett antal personer med könssjukdom, vilka, utan att hava blivit smittade i Stockholm, mycket väl kunna vårdas polikliniskt men vilka från sin hemort, i många fall därtill uppmanade av sina läkare, resa till Stockholm i den tron, att de utan vidare kunna ligga kostnadsfritt å sjukhuset. I många fall göres ingen förfrågan, om plats finnes å hemortens allmänna sjukhus, utan vederbörande avresa direkt till sjukhuset S:t Göran, som skäl förebärande t. ex., »att det är så genant att söka läkare hemma», »att det lär vara så skickliga läkare å sjukhuset S:t Göran» och dylikt. För icke så länge sedan kom sålunda en kvinna, med hemortsrätt i Gävle och boende och smittad i Linköping, till polikliniken vid sjukhuset med en gonorroisk uretrit, som mycket väl kunde vårdas ute, med anhållan om att bli intagen, vilket måste beviljas, då hon uppgav sig hava lämnat sin plats, vara utblottad och ej hava någonstans att taga vägen i Stockholm; hon hade remiss till sjukhuset från läkare i Linköping. En annan gång kom en arbetsförman från en Norrlandsstad — »för att få bättre vård». Att det ej är ett obetydligt antal patienter från andra städer och från landet, Stockholm sålunda får underhålla utan tvingande skäl, framgår t. ex. av förhållandena den 1 okt. i år, då å sjukhuset S:t Göran vårdades 36 män, varav 11 ej hade hemortsrätt i Stockholm, och 69 kvinnor, varav 22 voro icke-stockholmare; 9 av männen och 15 av kvinnorna voro smittade utom Stockholm. Hittills har aldrig någon nekats att komma in på sjukhuset, även om sjukhusvård ej befunnits *erforderlig*. Men då fallen av nu omförmäld art synas ökas år från år, hava vi läkare vid sjukhuset flerfaldiga gånger dryftat detta missförhållande. I lagen av den 20 juni 1918 säges ifrån, att fri sjukhusvård skall meddelas, där sådan anses *erforderlig;* enligt lasarettsstadgan är det sjukhusets läkare, som pröva fallet i detta hänseende.

När därför ett sådant fall nyligen inträffade, beslöt jag mig att icke vägra inträde, då plats fanns, men — då erforderligheten av sjukhusvård icke var styrkt och då enligt mitt förmenande på grund härav någon *rätt* till fri sjukhusvård icke förelåg — framhålla, att vederbörande skulle få betala den fastställda sjukvårdsavgiften.

Med anledning av detta mitt svar uppstod en skriftväxling från Kungl. Medicinalstyrelsen — — —, som resulterade i remiss till mig med anmodan om yttrande.

Då anledning alltså föreligger att kunna få klara och tydliga bestämmelser för sjukhuset S:t Görans skyldigheter mot ifrågavarande kategori av könssjuka — icke-stockholmare, som vid insjuknandet icke befunno sig i Stockholm, icke blivit smittade i Stockholm och icke befunnits i behov av sjukhusvård — och då jag anser hela denna angelägenhet vara av ganska stor ekonomisk betydelse för Stockholms stads sjukvård, får jag härmed draga ärendet inför Hälsovårds-

nämndens prövning, med anhållan om att få del av det beslut, nämnden kan komma att fatta, för att i mitt svar till Kungl. Medicinalstyrelsen kunna åberopa detsamma.

Stockholms hälsovårdsnämnd.

Hälsovårdsnämnden beslöt den 5 november 1929, att ärendet ej skulle föranleda annan nämndens åtgärd än en erinran, dels att det givetvis ankomme på vederbörande sjukhusläkare att bestämma, om vård å sjukhuset vore erforderlig eller om vården lämpligen kunde meddelas på annat sätt, dels ock att medellösa och utom Stockholm boende personer, som inställt sig å sjukhus i Stockholm för att där erhålla vård, skulle, där intagning å sjukhuset prövades ej böra ifrågakomma, hänvisas till fattigvårdsnämnden för erhållande av medel till hemresa. I ett uti läkarfackpressen i maj månad 1931 lämnat meddelande har förenämnda sjukhusdirektör upplyst, att inträde å sjukhuset sedermera i åtskilliga fall vägrats könssjuka, som »för att få bättre vård» eller enär de voro »generade att gå till doktorn i hemorten», rest till Stockholm och sökt inträde å sjukhuset. I samband därmed betonade sjukhusdirektören, att könssjuka skulle i första hand skötas av vederbörande läkare enligt bestämmelserna i lex veneris samt att fall, som övergått till sjukhusfall, borde företrädesvis intagas å lasarett i sin hemort och icke utan vidare sändas till sjukhuset S:t Göran eller annat därmed jämförligt sjukhus för vård på bekostnad av främmande kommun.

Huruvida åtgärder av ifrågavarande art äro i överensstämmelse med gällande bestämmelser, har varit föremål för delade meningar. Detta gäller såväl frågan om läkarens rätt till prövning av vårdbehovet för inträdessökande av hithörande kategori som ock frågan, i vilken utsträckning könssjuk i smittsamt skede kan påräkna *fri* sjukhusvård inom sjukvårdsområde, där han varken har sin vistelseort eller hemort.

Gällande bestämmelser.

Ser man till innehållet av gällande bestämmelser, föreskriver i fråga om prövning av vårdbehovet vid intagning å lasarett 43 § 5 mom. sjukhusstadgan följande:

»Intagning må ej ske, där ej behov av vård å lasarett prövats föreligga; dock må ej behovet av lasarettsvård prövas i fråga om den, som enligt bestämmelse i lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar erhållit föreskrift eller anmaning att låta intaga sig till vård å allmänt sjukhus eller beträffande vilken förordnande, som avses i 21 § nämnda lag, blivit meddelat.

Är antalet till intagning anmälda vårdbehövande större än antalet lediga platser, skola inträdessökande, vilka kräva skyndsam vård, först intagas. I övrigt skall företräde givas de sökande allt efter graden av deras vårdbehov och, där vårdbehovet är lika, den ordningsföljd vara bestämmande, i vilken anmälningarna inkommit, så framt ej vederbörande lasarettsläkare med hänsyn till särskilda omständigheter annorledes föreskriver.»

Enligt 50 § sjukhusstadgan skall motsvarande äga tillämpning i fråga om intagning å sjukstuga, varvid dock är att märka, att jämlikt 16 § sjukhuslagen könssjuk i smittsamt skede må å sjukstuga intagas, endast om det kan ske utan olägenhet.

Beträffande könssjukas rätt till kostnadsfri sjukhusvård föreskriver 4 § lex veneris, att könssjuk, för vilken sjukhusvård finnes erforderlig, äger att

utan avgift åtnjuta vård och underhåll å allmänt sjukhus i enlighet med vad därom finnes särskilt stadgat. Detta stadgande har sin motsvarighet i 18 § sjukhuslagen, enligt vilken personer, som vårdas för könssjukdom i smittsamt skede, skola, oavsett bestämmelserna om legosängsavgift m. m. i 17 § samma lag, njuta underhåll och övriga sjukhusförmåner kostnadsfritt, såvida de äro intagna å allmän sal eller å särskilt rum, avsett för sjuka å sådan sal.

Kommittén.

Som synes göra nu återgivna stadganden ingen skillnad mellan inom- och utomlänspatienter. Jämlikt motiven till 1928 års sjukhuslagstiftning har ej heller avsetts att beträffande bestämmelserna om *prövning av vårdbehovet*, vilka i huvudsak hämtats från 1901 års lasaretts- och sjukstugustadgor, göra någon ändring i förutvarande praxis, enligt vilken bestämmelserna ifråga ansetts tillämpliga å såväl inom- som utomlänspatienter. Den i 1 § sjukhuslagen givna bestämmelsen, att landsting och stad utanför landsting skall ombesörja anstaltsvård för personer, som hava sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, avser — jfr uttalande av andra lagutskottet 1928 — allenast att angiva normen för vederbörande huvudmäns skyldigheter i avseende å sjukvårdsanstalters inrättande och reglerar icke frågan, huruvida i det särskilda fallet en patient skall mottagas eller ej. Därest alltså utomlänspatient, lidande av könssjukdom i smittsamt skede, jämlikt läkares föreskrift eller sundhetsinspektörs anmaning eller efter förordnande av hälsovårdsnämnd eller sundhetsinspektör inställer sig för intagning å lasarett eller därmed jämförligt sjukhus, må ej annan prövning av vårdbehovet ske än den, som betingas av bestämmelserna i sjukhusstadgans 43 § 5 mom. 2 st. Viss tvekan har gjort sig gällande för det fall, att annan läkare än sundhetsinspektör meddelat föreskrift om sjukhusvård. Mot stadgandets ordalydelse och med hänsyn till den grundprincip, varpå lex veneris är uppbyggd, torde dock *full* prövningsrätt för sjukhusläkaren icke heller föreligga i sådant fall. Uppenbart synes kommittén emellertid vara, att vid prövning enligt sistnämnda lagrum tillbörlig hänsyn måste tagas till den omständigheten, att sjukhuset i första hand är avsett för patienter, som hava sin vistelseort eller hemort inom sjukvårdsområdet, och att förty en könssjuk utomlänspatient, som efter att ha insjuknat inom eget sjukvårdsområde söker inträde å annat områdes sjukhus, med rätta kan få stå tillbaka för inträdessökande från det sjukvårdsområde, sjukhuset tillhör, även om utomlänspatienten företer läkares remiss angående sjukhusvård. I de fall åter, då könssjuk i smittsamt skede inställer sig å sjukhus utan föreskrift, anmaning eller förordnande, som ovan nämnts, har sjukhusläkaren icke blott rätt utan även skyldighet att i full utsträckning pröva sökandens behov av sjukhusvård.

I fråga om *rätten till kostnadsfri vård* finnas inga motsvarande uttalanden i motiven till vederbörande lagrum. Klart synes kommittén emellertid vara, att därest könssjuk utomlänspatient efter föreskrift av läkare, anmaning av sundhetsinspektör eller förordnande, som i 21 § lex veneris sägs, intages å allmän sal eller därmed jämförligt rum, någon legosängsavgift icke får uttagas. Tveksamt är däremot, huruvida detsamma avsetts skola utan vidare gälla, då

könssjuk utomlänspatient eljest söker och vinner inträde å sjukhus, t. ex. i vissa av direktören för S:t Görans sjukhus påpekade fall. Mot sjukhuslagens ordalydelse torde emellertid, där den sjuke vunnit inträde å allmän sal eller därmed jämförligt rum, någon legosängsavgift ej heller i dessa fall böra eller kunna uttagas. Som nämnts förefinnes dock ingen skyldighet att intaga dessa sjuka i andra fall än då vederbörande sjukhusläkare prövat behov av sjukhusvård föreligga.

Att i enlighet med vad sålunda antytts möjlighet står öppen för könssjuk i smittsamt skede, som är i behov av vård å sjukhus, att erhålla kostnadsfri sådan vård jämväl inom sjukvårdsområde, där han ej har sin hemort eller vistelseort, finner kommittén vara ur sjukvårdssynpunkt önskvärt och ändamålsenligt. Det torde ävenledes vara överensstämmande med den anda, i vilken lex veneris tillkommit, att könssjuk, som är i behov av sjukhusvård, skall, i den mån platser finnas tillgängliga, kunna välja ett ur olika synpunkter för honom lämpligt sjukhus utanför eget sjukvårdsområde utan att han därför skall nödgas erlägga vårdavgift, helst som en dylik valrätt icke torde nämnvärt påverka *det allmännas* kostnader för vården. Kommittén är sålunda icke beredd att på detta särskilda område förorda någon inskränkning i den rätt till kostnadsfri vård å »främmande» sjukhus, som med ovan angivna tolkning av gällande bestämmelser skulle tillkomma könssjuk i smittsamt skede.

Med denna kommitténs ståndpunkt skulle alltjämt betydande kostnader komma att åsamkas storstäderna för sjukhusvård av könssjuka utomlänspatienter. Då ett stort antal personer bliva infekterade vid tillfälliga besök i dessa städer, har det på många håll ansetts icke vara mer än skäligt, att de könssjuka erhölle sjukhusvård på ifrågavarande städers bekostnad. Ofta kan det emellertid vara svårt att i det konkreta fallet avgöra, på vilken ort den inträdessökande ådragit sig smittan. Det synes kommittén icke heller vara med rättvisa och billighet förenligt att ålägga ett sjukvårdsområde utgifter för vård av personer, tillhörande ett annat sjukvårdsområde, då sådana förhållanden föreligga, att reciprocitet icke kan göra sig gällande. Så är fallet med ifrågavarande vård, enär i landstingsområdena hemmahörande könssjuka, oavsett var de ådragit sig sjukdomen, i stor utsträckning söka och erhålla vård å storstädernas specialavdelningar, medan könssjuka från dessa städer endast undantagsvis vårdas på landstingens sjukhus. Kommittén har därför tagit under övervägande olika möjligheter att åstadkomma en mera rättvis fördelning av kostnaderna för sjukhusvården av de könssjuka.

Det kan härvid synas ligga närmast till hands att låta den sjukes område i sista hand svara för vårdkostnaderna. Då emellertid på sätt nyss nämnts de könssjuka huvudsakligen söka sig till de stora städerna, skulle landstingen härigenom åsamkas en icke oväsentlig utgift, vilken för dem komme att kännas särskilt tung, enär landsbygdens befolkning ofta genom de större städerna tillföres venerisk smitta. Vid sådant förhållande har kommittén övergivit denna tanke och i stället till prövning upptagit, i vad mån staten här lämpligen bör träda reglerande emellan.

Enär staten redan bekostar den öppna vården av könssjukdomar i smitt-

samt skede, skulle det uppenbarligen vara mest konsekvent, att staten jämväl övertoge kostnaderna för den slutna vården av dessa sjukdomar i dess helhet, alltså för såväl inomläns- som utomlänspatienter. I den mån för den sjukes återställande erfordrades vård vid specialanstalt, skulle en sådan anordning för kostnadernas täckande även stå i god överensstämmelse med kommitténs allmänna principer för sjukvårdens finansiering. Ur statsfinansiell synpunkt torde en dylik anordning icke heller bliva alltför betungande. Enligt kommitténs i kap. 3 i) anförda siffror torde man vara berättigad räkna med ett genomsnittligt antal årligen på sjukhus intagna könssjuka av omkring 5 850 och en medelvårdtid av 40 dagar. Uppskattas medelkostnaden till högst 4 kronor 50 öre per vårddag, skulle alltså totalkostnaden för ifrågavarande vård uppgå till omkring 1 000 000 kronor årligen. Emot den här ifrågasatta anordningen kan emellertid anföras, att de stora städerna, således de i regel ekonomiskt mera bärkraftiga sjukvårdsområdena, skulle i första hand bliva delaktiga av en utjämning av hela landets kostnader för viss gren av den slutna kroppssjukvården. Med hänsyn härtill och då det för undanröjande i väsentligaste mån av ovan påpekade ekonomiska olägenheter för storstäderna synes vara tillräckligt, att staten övertager kostnaderna för könssjukas vård å »främmande» sjukhus, inskränker sig kommittén till att föreslå en kostnadsöverflyttning av sist nämnd omfattning. Landstingen och städerna utanför landsting skulle sålunda alltjämt komma att svara för vårdkostnaderna, då könssjuk inomlänspatient intages å sjukhus, tillhörande landstinget resp. staden.

Någon risk för att med en sådan kostnadsfördelning tillströmningen av könssjuka utomlänspatienter till storstädernas sjukhus skulle komma att i väsentlig grad ökas torde knappast föreligga. Redan den omständigheten, att den sjuke liksom hittills själv får bestrida resekostnaden, kommer givetvis att motverka en stegring av utomlänspatienternas antal. Till förebyggande av ett obehörigt avlastande från landstingens sida av hithörande patienter kan dock vara lämpligt att som villkor för ersättning av statsmedel föreskriva, att behovet av vård å »främmande» sjukhus skall vara styrkt i enlighet med formulär, som av medicinalstyrelsen fastställes. Framhållas må, att vid en anordning av ifrågavarande slag, vars tillämpande måste förutsättas medföra viss granskning från statens sida, sådant tekniskt förfarande kan åstadkommas, att den erforderliga sekretessen icke blir åsidosatt.

Ersättningens storlek synes kommittén lämpligen kunna fastställas av Konungen eller myndighet, som Konungen därtill förordnar, i huvudsaklig överensstämmelse med de grunder, som för närvarande gälla för vård å sjukhus av fattiga patienter.

Beträffande den utgift, som statsverket skulle åsamkas genom den förordade kostnadsöverflyttningen, må nämnas, att enligt inhämtade uppgifter antalet år 1929 å lasarett för vård av könssjukdom i smittsamt skede intagna utomlänspatienter uppgick till 960. Med en medelvårdtid av 40 dagar och en medelkostnad av högst 4 kronor 50 öre per vårddag skulle totalkostnaden för dessas vård ha uppgått till 172 800 kronor för år. Härvid hava visserligen icke medräknats å sjukstugor intagna utomlänspatienter, men deras antal är

säkerligen så ringa, att det icke har någon nämnvärd betydelse i förevarande avseende. Under alla förhållanden torde emellertid statens kostnader för vården ifråga icke komma att med nuvarande penningvärde överstiga 200 000 kronor per år.

Fråga om lungtuberkulos- och epidemisjukvårdens förstatligande.

På *specialsjukhusens* område hava tid efter annan röster höjts för ett förstatligande av lungtuberkulos- och epidemisjukvården. Såsom motiv härför har framförts, att det i båda fallen rör sig om smittfarliga sjukdomar; smittan sprider sig från ett landstingsområde till ett annat, och det kan under sådana förhållanden anses oriktigt eller orättvist att låta de olika sjukvårdsområdena, på sätt nu sker, vart för sig vidkännas större delen av kostnaderna för vården. Vore staten bärare av densamma, skulle man lättare, oberoende av länsgränser, kunna tillgodogöra sig förefintliga vårdmöjligheter. Att förhindra smittspridning genom en rationellt ordnad anstaltsvård finge i hög grad anses såsom ett statsintresse. I fråga om tuberkulossjukvården har dessutom framhållits, att lungtuberkulosen uppträder synnerligen ojämnt i olika delar av landet, varför kostnaderna för densammas bekämpande och botande träffa landstingen synnerligen ojämnt, en ojämnhet, som blir desto kännbarare, som denna sjukdom har sin största spridning i de delar av landet, där svårigheterna att åstadkomma en tillfredsställande vård äro störst och skattetrycket är tyngst. Såsom ett ytterligare skäl för epidemisjukvårdens förstatligande tillkommer, att densamma utgör en av staten anbefalld tvångsvård, för vilken inga avgifter av de vårdade erläggas. Vårdbehovet är också här i regel lätt att konstatera och simulering kan praktiskt taget lämnas ur räkningen. Ett förstatligande av lungtuberkulossjukvården skulle tillgå på så sätt, att landstingens och primärkommunernas samtliga lungtuberkulosanstalter överlämnades till staten. I fråga om epidemisjukvården skulle staten övertaga allenast ett visst antal av vårdplatserna i förhållande till invånarantalet, medan övriga vårdplatser skulle disponeras av landstingen för andra sjukvårdsändamål. Även efter förstatligandet borde lokala nämnder finnas för handhavande av de olika sjukhusens administrativa angelägenheter.

Kommittén.

Vid en närmare prövning av förevarande spörsmål visa sig emellertid hindren för och olägenheterna av ett förstatligande vara av betydande omfattning och natur. Sålunda är först att märka, hurusom åtskilliga av våra lungtuberkulosanstalter ingå såsom avdelningar i landstingens resp. icke-landstingsstädernas lasarett eller sjukstugor samt att epidemisjukhusen för närvarande, till rationalisering av driften, i viss omfattning drivas i samband med lasarett eller sjukstugor, oftast med för de båda anstalterna gemensamma köks- och ekonomiavdelningar. I den mån ett förstatligande av tuberkulos- och epidemivården skulle leda till en uppdelning av dessa kombinerade anstalter, skulle en ekonomisk och rationell drift av dem i hög grad försvåras. Men även eljest kan ett förstatligande befaras medföra viss risk för att sparsamhetsintresset ej bleve behörigen tillgodosett särskilt vid sådana anstalter, där antalet allmänna vårdplatser å lasarettsavdelningarna icke nämnvärt överstege motsvarande an-

tal å tuberkulos- och epidemiavdelningarna. Utan ökning av tjänstemännens antal och utan omfattande inspektionsresor torde ock medicinalstyrelsens möjligheter att effektivt kontrollera alla lungtuberkulosanstalters och epidemisjukhus' ekonomiska drift bliva rätt små. Ett förstatligande av epidemisjukhusen skulle sannolikt jämväl medföra svårigheter för ett tillfälligt utnyttjande av epidemisjukhusen för andra sjukvårdsändamål. Svårt bleve tillika att avgöra, hur stort antal epidemivårdplatser i förhållande till folkmängden, som skulle överlåtas till staten. Antalet måste givetvis tagas till rätt högt, varmed skulle följa oekonomi och ökade driftkostnader. En överflyttning av lungtuberkulos- och epidemisjukvård till staten låter sig sålunda knappast förlika med de i det föregående angivna allmänna principerna för sjukvårdens handhavande.

Med hänsyn till omförmälda faktorer har kommittén ej velat framlägga förslag till ett förstatligande av ifrågavarande vårdgrenar. Det ekonomiska bistånd från statens sida, som i fråga om lungtuberkulossjukvården är önskvärt utöver vad nu lämnas, har kommittén sökt bereda i annan ordning (se kap. 21).

Landstingsbidragen till kustsanatorier och vanföreanstalter.

Vad beträffar den kirurgiska tuberkulosvården ävensom vanförevården torde däremot förenämnda allmänna principer böra föranleda viss överflyttning till staten, nämligen av landstingens resp. icke-landstingsstäders nuvarande bidrag till driften av kustsanatorier och vanföreanstalter.

Av förstnämnda anstalter åsyftas härvid de för vårdbehövande från hela riket avsedda kustsanatorierna Apelviken, Barkåkra och Styrsö, barnsanatoriet Solhem i Borås samt det för vårdbehövande från Stockholms stad och län avsedda s. k. Guldbröllopsminnet i Nynäshamn, vilka anstalter ägas och drivas av för ändamålet bildade föreningar eller stiftelser och till vilka för närvarande driftbidrag utgå såväl från staten som från landsting och icke-landstingsstäder. Däremot avses icke någon rubbning beträffande vårdanstalterna på Amundön, vid Ljunghusen och Höllviken, tillhörande resp. Göteborgs stad, Malmöhus läns landsting och Malmö stad, samt ej heller beträffande avdelningen för kirurgisk tuberkulos vid S:t Görans sjukhus, tillhörande Stockholms stad. Landstingens bidrag till de fem förstnämnda anstalterna utgå som regel med dels visst belopp — vanligen kr. 1·75 — per dag och patient, dels viss andel — vanligen $^2/_3$ — av kostnaden för stödjebandage, som patienten vid utskrivningen erhåller. Bidragen utgå allenast för vård av medellösa och mindre bemedlade patienter, varvid dock begreppet mindre bemedlade tolkas rätt vitt, så att bidrag i själva verket utgå för det stora flertalet av de vid ifrågavarande anstalter vårdade. För dessa patienter har samtidigt fastställts en högsta legosängsavgift, varierande vid olika anstalter mellan kr. 1—1·20. Storstädernas bidrag utgå i stort sett efter enahanda grunder. Enligt tabell 69 uppgingo landstingens anslag för hithörande ändamål år 1930 till omkring 560 000 kr. och storstädernas till omkring 67 000 kr.

Av vanföreanstalterna åsyftas såväl de olika vanföreföreningarnas anstalter i Stockholm, Göteborg, Hälsingborg och Härnösand som även Eugeniahemmet.

Landstingsbidrag utgå till sistnämnda anstalt med kr. 1·50 per dag och patient samt till de övriga med kr. 2·75 per dag och patient å klinikerna, 40 kr. per månad och elev å uppfostringshemmen, 50 kr. per månad och elev för undervisningsanstalternas interner samt med $^2/_3$ av totalkostnaden för nödvändiga bandageanordningar, allt på villkor att motsvarande sänkning av patient- resp. elevavgiften iakttages. Bidragen utgå allenast för medellösa och mindre bemedlade patienter, varvid liksom i fråga om kustsanatorierna åt sistnämnda begrepp i praktiken gives en vidsträckt tolkning. För storstädernas bidrag gälla i huvudsak enahanda grunder. Landstingens anslag för hithörande ändamål belöpte sig år 1930 till omkring 570 000 kr. och storstädernas till omkring 78 000 kr. (jfr tabell 69).

Kommittén. Något bärande skäl ur administrativ eller sjukvårdsorganisatorisk synpunkt varför erforderliga driftbidrag till kustsanatorier och vanföreanstalter skola till viss del bestridas av landstingen resp. storstäderna torde icke kunna presteras. Anstalterna äro få och avsedda för vida större områden än länen, och någon egentlig medverkan från landstingens resp. storstädernas sida beträffande anstalternas förvaltning och drift förefinnes knappast; den kan i allt fall lika väl och med lika gott resultat lämnas av staten. Ur skatteutjämningssynpunkt erbjuder däremot en överflyttning på staten av de nuvarande landstingsbidragen en given fördel. Kommittén förordar därför, att en dylik överflyttning kommer till stånd, vilket förslag även biträtts av skatteutjämningsberedningen.

Statens utgifter för hithörande ändamål skulle genom den föreslagna överflyttningen, med utgångspunkt från ovan anförda totalbelopp, ökas för kustsanatorierna med c:a 627 000 och för vanföreanstalterna med c:a 648 000 kr. eller med sammanlagt 1 275 000 kr., allt under förutsättning att den del av statsbidragen, som ersatte de förutvarande landstingsbidragen, förbehölles allenast de medellösa eller mindre bemedlade. På sätt kommittén skall i annat sammanhang närmare utveckla torde emellertid bärande skäl kunna åberopas för att, liksom hittills skett beträffande kustsanatorierna, statsbidrag skall utgå efter totala antalet patienter å hithörande anstalters allmänna salar eller avdelningar, oberoende av patienternas ekonomiska ställning. Enligt kommitténs beräkningar skulle i sådant fall nyssnämnda belopp knappast behöva ökas mer än till resp. 690 000 och 710 000 eller till sammanlagt 1 400 000 kr.

Fråga om kustsanatoriernas och vanföreanstalternas förstatligande m. m. Av de i kap. 18 lämnade uppgifterna rörande kustsanatoriernas och vanföreanstalternas ekonomiska ställning framgår, att med ett genomförande av ovan förordad kostnadsöverflyttning staten ensam skulle komma att bära den ojämförligt drygaste andelen av totala driftkostnaden vid flertalet av ifrågavarande anstalter. Det kan vid sådant förhållande ifrågasättas, om icke staten borde helt övertaga dessa anstalter eller i allt fall i sista hand svara för driftkostnaderna.

Frågan om kustsanatoriernas *förstatligande* har kommittén berört i särskilt yttrande till Kungl. Maj:t den 17 mars 1933 och därvid uttalat sig för ett bibehållande i princip av nuvarande organisation. Till stöd härför har kommittén åberopat såväl pietetsskäl som ock det förhållandet, att med nuva-

rande organisation möjligheterna att erhålla framstående och för vården intresserade läkare synts kommittén väsentligt större än om verksamheten helt förstatligades.

Vad angår vanföreanstalterna var frågan om deras förstatligande föremål för prövning redan av 1918 års vanföresakkunniga, som stannade vid att förorda ett bibehållande av den nuvarande organisationen. De skäl, som dessa sakkunniga i sitt betänkande åberopat till stöd för sin ståndpunkt, anser kommittén även för sin del väl grundade. Kommittén finner sålunda uppenbart, att ett fullt tillgodoseende av det mycket viktiga sociala moment, som ingår i vanförevården, kräver en anpassning och frihet för den ansvariga ledningen och dess representanter, vilken otvivelaktigt lättare kan förverkligas under en enskild anstaltsledning än under en statlig sådan. Sannolikt kunna även socialt intresserade och erfarna personers medverkan, synnerligen betydelsefull i en så vitt förgrenad vårdangelägenhet som denna, ävensom den enskildes offervilja överhuvud taget förväntas bliva livligare och mera omfattande, om huvudmannaskapet bibehålles hos de nuvarande föreningarna. Kommittén vill därför förorda, att jämväl vanföreanstalterna allt fortfarande få stå under enskild ledning.

På sätt kommittén i sitt yttrande beträffande kustsanatorierna framhållit och vanföresakkunniga beträffande vanförevården vitsordat bör emellertid staten tillerkännas en väsentligt starkare ställning med avseende på anstalternas ledning än vad nu är fallet. Redan storleken av hittills beviljade statsbidrag till såväl byggnader som drift samt den betydelse i socialt avseende, som särskilt vanförevården har, gör det både angeläget och berättigat, att staten beredes möjlighet att utöva ett avgörande inflytande på anstalternas ledning. Motivet härför växer uppenbarligen i styrka, därest kommitténs ovan framlagda förslag till verksamheternas finansiering skulle vinna statsmakternas gillande. Kommittén har beträffande kustsanatorierna föreslagit, att av sex styrelseledamöter Kungl. Maj:t borde utse ordförande samt två ledamöter, därav en borde vara läkare. Vad angår övriga ledamöter har kommittén under förutsättning av landstingsbidragens slopande föreslagit, att nuvarande lokala landstingsrepresentanter skulle ersättas med en av svenska landstingsförbundets styrelse utsedd ledamot samt att återstående två ledamöter skulle utses av vederbörande förening. Vice ordförande borde väljas av styrelsen inom sig, varjämte för varje ledamot borde utses en suppleant i enahanda ordning som ledamoten. Tillika har kommittén förordat, att för beslutbarhet skulle erfordras minst fyra ledamöters eller deras suppleanters närvaro, varigenom staten alltid komme att genom en representant kunna bevaka sina intressen vid styrelsens överläggningar, ävensom att Kungl. Maj:t skulle äga utse en revisor att på föreningens bekostnad deltaga i granskningen av föreningens räkenskaper och styrelsens förvaltning. Vad sålunda föreslagits och förordats angående kustsanatorieföreningarna[1] synes kommittén lämpligen kunna utsträckas att gälla även vanföreföreningarna. I allt

[1] Vid utfärdande den 1 december 1933 av stadgar för en var av kustsanatorieföreningarna (Apelviken, Barkåkra, Styrsö) hava dessa förslag i huvudsak beaktats.

fall bör staten där tillerkännas motsvarande inflytande som beträffande kustsanatorieföreningarna. Såväl kustsanatorierna som vanföreanstalterna böra dessutom, liksom hittills, vara underkastade statlig inspektion. Med de sålunda förordade åtgärderna synes kommittén erforderlig trygghet vinnas för att det allmännas synpunkter och behov bliva tillbörligen beaktade.

Om alltså enligt kommitténs uppfattning ifrågavarande anstalter böra bibehållas under enskild ledning, låt vara med förstärkt statligt inflytande, kunna dock skäl anföras för att staten skulle åtaga sig att *i sista hand svara* för driftkostnadernas täckande. Staten skulle med andra ord, i stället för att lämna vissa på förhand bestämda bidrag, svara för anstalternas driftkostnader, i den mån patientavgifter och avkastning från egna fonder o. d. ej försloge till täckandet av samma kostnader. En sådan anordning skulle uppenbarligen ur såväl sjukvårds- som rationaliseringssynpunkt innebära stora fördelar. Från statsfinansiell synpunkt är densamma emellertid ägnad att väcka betänkligheter såtillvida, som staten därmed skulle förpliktas att bära de ekonomiska konsekvenserna av beslut, som de olika anstaltsstyrelserna fattat, och en automatisk stegring av statens utgifter lätt skulle kunna bli följden. Härtill kan visserligen erinras, att staten redan under nuvarande förhållanden praktiskt taget icke lärer kunna undgå att i sista hand inskrida hjälpande, i den mån kostnaderna för driften skulle mera avsevärt överskrida summan av anstalternas egna inkomster och de av det allmänna på förhand utfästa bidragen, samt att ett formellt sistahandsansvar från statens sida skulle möjliggöra en strängare kontroll över anstaltsstyrelsernas ekonomiska förvaltning än vad eljest vore fallet. Kommittén vill icke direkt bestrida det berättigade i en dylik erinran men vill dock framhålla, att därest den statliga kontrollen över hithörande anstalter göres alltför sträng, förloras samtidigt de fördelar, som kommittén med bibehållande av anstalternas enskilda ledning velat vinna. Då vid sådant förhållande ett av staten utfäst sistahandsansvar synes kommittén ägnat att i högre grad leda till ett åsidosättande av sparsamhetsintresset än om anstaltsstyrelserna tvingas att för varje särskild gång göra framställning om ytterligare statsbidrag, anser sig kommittén icke kunna tillråda ett statligt sistahandsansvar för ifrågavarande anstalters drift.

Staten torde alltså även framdeles böra bidraga till denna vård med vissa fixa belopp. Beträffande de närmare grunderna för statsbidragets bestämmande hänvisas till kap. 21.

De planerade centralanstalterna för radioterapi.

En med kustsanatorierna och vanföreanstalterna i viss mån likartad ställning intaga de planerade centralanstalterna för radioterapi vid Karolinska sjukhuset i Stockholm, Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg samt lasarettet i Lund. De äro sålunda avsedda för betydligt större rayon än resp. sjukvårdsområden, och till anstalternas drift beräknas såväl staten som landstingen resp. icke-landstingsstäder komma att bidraga. För anstalten i Lund har 1931 års riksdag fastställt vissa grunder för driftkostnadernas fördelning, gående ut på att de å anstaltens klinik intagna patienterna, oavsett var de äro hemmahörande, skola erlägga för inomlänspatient stadgad legosängsavgift, att landsting och icke-landstingsstäder skola bidraga med 2 kr. 50 öre per un-

derhållsdag för varje landstinget resp. staden tillhörande patient samt att staten skall bestrida såväl återstående del av dagkostnaden, dock högst intill ett belopp av 2 kr. 50 öre per dag och patient, som ock enligt vissa närmare angivna normer kostnaderna för röntgenbehandling och radiumapplikation i anstaltens behandlingsinstitut av förenämnda patienter. Nu nämnda grunder, vilka i huvudsak överensstämma med ett av jubileumsfondens styrelse och delegerade för Malmöhus läns landsting i ämnet framlagt förslag, torde hava avsetts att komma till användning även för den blivande centralanstalten i Göteborg. Till den blivande jubileumskliniken vid Karolinska sjukhuset, som är avsedd att drivas av staten, hava även landstingen resp. icke-landstingsstäderna beräknats skola lämna driftbidrag, men några normer härför hava i avbidan på det förslag, kommittén kan komma att framlägga för underlättande av utomlänspatienters specialvård, ännu icke fastställts.

Kommittén.

Det synes kommittén som om för ett överflyttande till staten av blivande landstingsbidrag till ifrågavarande anstalter i stort sett tala enahanda skäl som beträffande landstingsbidragen till kustsanatorier och vanföreanstalter. Det är även här fråga om en starkt centraliserad vård, för vars administration — med vissa undantag — landstingens resp. icke-landstingsstädernas medverkan icke är påkallad eller ens lämpad, medan en överflyttning av berörda landstingsbidrag till staten skulle vara ägnad att i icke ringa mån verka skatteutjämnande. Kommittén vill därför förorda en dylik kostnadsöverflyttning, varvid kommittén förutsätter, att lämpliga maximibelopp för legosängsavgifterna fastställas i samband med de ökade statsbidragen. Den årliga merutgift, som staten genom överflyttningen skulle vid full utbyggnad av centralanstalterna åsamkas, torde — vid en beläggningskapacitet av 330 dagar per år och vårdplats — kunna uppskattas för vardera av Lunda- och Göteborgsanstalterna till ($2{\cdot}50 \times 50 \times 330$) 41 250 kr. samt, med enahanda beräkningsgrunder, för Stockholmsanstalten, omfattande 100 vårdplatser, till 82 500 kr. eller alltså till ett sammanlagt belopp av 165 000 kr. Statens totala årskostnader för de tre centralanstalternas drift, som preliminärt uppskattats till omkring 400 000 kr., skulle härigenom komma att stiga till omkring 565 000 kr.

Då staten, därest kommitténs förslag genomföres, skulle komma att ensam svara för så gott som hela driftkostnaden, kan det givetvis ifrågasättas, huruvida icke staten beträffande anstalterna i Göteborg och Lund, vilka avsetts skola förvaltas av vederbörande sjukhusdirektion, bör tillerkännas möjlighet att öva inflytande på anstalternas ledning samt deltaga i granskningen av densamma. Vikten härav kan väl icke sägas vara lika stor som beträffande kustsanatorierna och vanföreanstalterna, men det synes dock kommittén vara ur principiell synpunkt riktigast, att staten genom en representant i vederbörande organ beredes tillfälle övervaka, att statens intressen icke åsidosättas. Kommittén förordar därför, att Kungl. Maj:t skall äga utse dels en representant i vardera av ifrågavarande direktioner med rätt för denne att deltaga i direktionens överläggningar och beslut rörande de radioterapeutiska centralanstalterna ävensom att påkalla dylikt besluts underställande Kungl. Maj:ts

prövning, dels ock en revisor att på huvudmannens bekostnad deltaga i granskningen av centralanstaltens räkenskaper och förvaltning.

Welander-hemmen. Ännu en grupp anstalter å kroppssjukvårdens område är i detta sammanhang att beakta, nämligen de s. k. Welanderhemmen. Av dessa anstalter är för närvarande hemmet i Stockholm icke beroende av det allmännas stöd. Så är däremot till övervägande del fallet med såväl Göteborgs- som Malmöanstalten. Till driften av den förra anstalten lämnar Göteborgs stad visst belopp per dag för varje barn från staden, för närvarande utgående med 2 kr. 20 öre, dock högst intill ett belopp av 17 000 kr. per år. Enahanda belopp per dag och barn erlägges av de till hemmets rayon hörande landstingen för deras patienter. Till hemmet i Malmö lämnar Malmö stad ett fixt belopp av 500 kr. om året för varje i staden hemmahörande patient. För andra patienter erlägger vederbörande hemkommun en vårdavgift av 2 kr. 40 öre per dag. Båda hemmen erhålla jämväl driftbidrag från pensionsstyrelsen med 1 kr. 50 öre per dag för varje barn, dock med en viss maximering, som under senare år fixerats till 10 000 kr. för Göteborgsanstalten och 9 000 kr. för Malmöanstalten. Några bidrag av direkta statsmedel utgå däremot ej. Bidragen från landstingen och primärkommunerna (inkl. Göteborg och Malmö) uppgingo år 1930 till sammanlagt omkring 40 000 kr., bidragen från pensionsstyrelsen i det närmaste till maximibeloppen, tillhopa 19 000 kr. Vid samtliga anstalter upptagas dessutom, i den mån så ske kan, smärre dagavgifter av de vårdades anhöriga; endast för Stockholmsanstalten spela dock dessa personliga vårdavgifter numera någon roll i ekonomiskt hänseende. Det sammanlagda beloppet av dessa vårdavgifter utgjorde år 1930 för alla tre anstalterna tillhopa omkring 10 000 kr., därav för Stockholmsanstalten 8 000 kr. Dessa belopp hava sedermera ytterligare sjunkit.

Kommittén. Att staten enligt kommitténs mening bör övertaga de nu från landstingen, icke-landstingsstäder och primärkommuner utgående bidragen till hemmens drift torde utan vidare följa av kommitténs härovan framlagda förslag rörande kustsanatorier, vanföreanstalter och centralanstalter för radioterapi. Visserligen har staten hittills icke direkt gått in för understöd till ifrågavarande slag av anstalter, men detta saknar enligt kommitténs uppfattning betydelse vid det förhållandet, att här ifrågavarande vård i lika hög grad som den vid nyssnämnda anstalter bedrivna är ägnad för en stark centralisering. Ett överflyttande på staten av dessa bidrag skulle ock stämma väl överens med kommitténs ovan i detta kapitel framlagda förslag, att staten skall bestrida kostnaderna för den slutna vården av vuxna könssjuka i smittsamt skede, vilka intagits å sjukhus utom hemlänet.

Ur de synpunkter, kommittén har att företräda, framstår även som ett klart önskemål, att pensionsstyrelsens nuvarande bidrag till Welanderhemmen i Göteborg och Malmö upphöra och ersättas med direkta statsmedel. Mot en förändring härutinnan tala visserligen budgetära skäl. Enligt vad kommittén erfarit torde emellertid med det förslag, pensionsförsäkringskommittén har för avsikt att framlägga, några överskottsmedel för sjukvårdsändamål icke bliva

tillgängliga och därmed grunden undanryckas för nu utgående bidrag till Welanderhemmen.

Frågan är, huruvida icke staten i detta fall bör taga ännu ett steg och jämväl svara för de personliga vårdavgifterna, i den mån sådana utgå. För ett sådant steg talar redan den omständigheten, att vuxna, lidande av syfilis i smittsamt stadium, åtnjuta fri sjukhusvård. Även Welanderhemmens patienter befinna sig under längre eller kortare tid av sin sjukdom i smittsamt stadium. Härtill komma även andra omständigheter i betraktande. Samtliga hithörande barn äro i behov av långvarig vård. Man räknar i allmänhet med tre års vårdtid. Många äro tillika utomäktenskapliga, och erfarenheterna från hemmen i Göteborg och Malmö visa, att inkomsterna från barnens föräldrar eller andra närstående icke äro mycket att bygga på. Det må ock erinras, att det är av stort samhälleligt intresse, att hithörande sjuka komma i åtnjutande av vård och att detta sker snarast möjligt efter födelsen resp. sjukdomens ådragande. Ur sistnämnda synpunkt är det framför allt av vikt, att icke behandlingen fördröjes genom ett eventuellt klarläggande av de anhörigas betalningsförmåga. Med hänsyn till vad sålunda anförts vill kommittén för sin del förorda, att de personliga vårdavgifterna bortfalla och att i stället staten lämnar skälig ersättning för den minskning i inkomster, som anstalterna genom ifrågavarande avgifters upphörande komme att få vidkännas.

Kommittén är väl medveten om, att vad härovan föreslagits praktiskt taget innebär ett åtagande för staten att i sista hand svara för anstalternas driftkostnader, i varje fall vad angår hemmen i Göteborg och Malmö. Kommittén anser emellertid, att de särskilda förhållanden, som äro förbundna med denna vård, göra ett sådant åtagande fullt berättigat. Realiserandet av kommitténs förslag synes ock vad angår nämnda två hem lämpligen böra taga formen av ett åtagande från statens sida att i sista hand svara för driftkostnaderna, dock att ansvaret, liksom beträffande centralanstalten för radioterapi i Lund, bör begränsas uppåt till visst belopp per dag och patient. Då driftkostnaden för hemmen ifråga under femårsperioden 1927—31 i genomsnitt uppgått till kr. 3·40 resp. 3·30 per dag och patient, torde nämnda maximibelopp kunna sättas till kr. 3·50 à 4 kr. Beträffande Stockholmsanstalten åter synes statens åtagande tillsvidare böra begränsas till att erlägga en mot totalbeloppet av vårdavgifterna svarande ersättning, vilken med ledning av anstaltens inkomster genom influtna vårdavgifter under nyssnämnda femårsperiod förslagsvis kan sättas till 8 000 kr. Ett genomförande av kommitténs förslag härutinnan skulle, med ledning av ovan anförda totalbelopp, innebära en ökning i statens utgifter för sluten sjukvård med omkring 70 000 kr. Utbygges, på sätt kommittén föreslagit, Malmöanstalten till att omfatta 25 vårdplatser, mot nuvarande 18, torde sistnämnda totalbelopp böra avrundas uppåt till 75 000 kr.

Med ett genomförande av kommitténs förslag angående Göteborgs- och Malmöanstalterna torde ock böra följa, att staten tillerkännes medinflytande på anstalternas ledning och granskningen av verksamheten. De riktlinjer, som härutinnan uppdragits i fråga om kustsanatorier och vanföreanstalter, synas

kommittén ägnade att i huvudsak kunna tillämpas jämväl beträffande Welanderhemmen.

Lupusvården.

Även på lupusvårdens område föreslår kommittén en kostnadsöverflyttning till staten.

Som tidigare nämnts bestridas kostnaderna för *behandlingen* av medellösa personer, lidande av lupus vulgaris, av staten, för så vitt den sjuke är mantalsskriven å annan ort än Stockholm. Ersättning av statsmedel utgår alltså för lupussjuka personer från Göteborgs stad, ehuru även där möjlighet till ljusbehandling å orten finnes. Något bärande skäl för att denna olikhet skall framdeles bestå torde icke kunna anföras. I enlighet med tidigare angivna riktlinjer för finansieringen av starkt centraliserad vård anser kommittén likställighet härutinnan böra åvägabringas på det sätt, att statsersättning utgår jämväl för behandling av medellösa lupuspatienter från Stockholms stad. Enligt vad kommittén inhämtat, skulle staten under förutsättning, att ersättning för Stockholmspatienter utginge med samma belopp som för övriga patienter (2—4 kr. per seance), härigenom åsamkas en merkostnad av högst 5 000 kr. årligen.

I samband härmed vill komittén framhålla önskvärdheten av att statens ersättningsskyldighet utsträckes till att omfatta behandlingskostnaden även för mindre bemedlade lupuspatienter. Liksom övriga former av tuberkulos kräver lupussjukdomen mycket lång vårdtid, i genomsnitt 5—6 månader. Med de relativt höga avgifter, som tillämpas för behandling av lupus, kunna under sådana förhållanden avsevärda svårigheter uppstå för mindre bemedlade lupussjuka att komma i åtnjutande av vård i erforderlig utsträckning, i all synnerhet om, på sätt kommittén tänkt sig, kostnaden för den sjukes underhåll å behandlingsorten alltjämt skall vila å den enskilde. Ur statsfinansiell synpunkt har den här ifrågasatta utvidgningen av statens ersättningsskyldighet mindre betydelse, enär de lupussjuka som regel tillhöra den medellösa befolkningen. Kommittén föreställer sig, att statens utgifter för ifrågavarande ändamål härigenom icke skulle behöva ökas med mer än $^1/_5$ av de nuvarande kostnaderna eller med högst 10 000 kr. årligen (jfr kap. 21). På grund av vad sålunda anförts vill kommittén för sin del förorda, att staten framdeles åtager sig svara jämväl för mindre bemedlade[1] lupussjukas behandlingskostnad.

Kostnaden för ifrågavarande lupussjukas *underhåll* å behandlingsorten bör däremot, som nyss antytts, enligt kommitténs åsikt alltjämt bestridas av den enskilde resp. vederbörande fattigvårdssamhälle. Skäl kunna visserligen anföras för att staten skulle helt eller delvis ansvara jämväl för denna kostnad, särskilt då den sjuke intagits för vård å till vederbörande ljusinstitut ansluten sjukavdelning. Ett införande av statsbidrag för ifrågavarande ändamål, oberoende av om patienten intagits å sjukavdelning eller inackorderats utom anstalten, torde emellertid med hänsyn till de konsekvenser, som en sådan anordning skulle innebära beträffande annan polikliniskt utövad vård, knappast vara tillrådligt. Å andra sidan skulle ett inskränkande av statsbidraget till

[1] Ang. begreppet »mindre bemedlad», jfr kap. 21 under C.

att endast avse patienter, som för vård intagits å till institutet ansluten sjukavdelning, vara ägnat att uppmuntra till en icke önskvärd utveckling av lupusvården från öppen till sluten vård. Kommittén har därför avstått från att framlägga förslag till statsunderstöd för lupuspatienters underhåll å behandlingsorten.

Fråga om sinnessjuk- och sinnesslövårdens fullständiga författningande.

På sinnessjuk- och sinnesslövårdens område hava stundom yrkanden framkommit, att staten borde helt övertaga framför allt sinnessjukvården men även sinnesslövården, varvid som skäl åberopats såväl skatteutjämningssynpunkter som fördelar ur administrativ och rationaliseringssynpunkt. Ehuru detta spörsmål faller utanför kommitténs egentliga uppdrag, vill kommittén dock med hänsyn till de kostnadsöverflyttningar, som skatteutjämningsberedningen efter samråd med kommittén på ifrågavarande område förordat, här i korthet angiva sin ställning till detsamma.

Vad först angår *sinnessjukvården* må erinras, att statsmakterna år 1928 — med förtydligande 1929 — dels beslutat, att staten, i den mån ej särskilda avtal med vissa städer annat föranleda, skall framdeles ombesörja vård av alla sådana fall, som kräva vård å anstalter med fullständig medicinsk utrustning, dels ock antagit ett tio år omfattande utbyggnadsprogram för statens sinnessjukvård, avsett att svara mot detta beslut. Innebörden härav torde få anses vara, att staten — med antydda undantag — skall framdeles sörja för all egentlig, med tvångsrätt förenad sinnessjukvård, däri inberäknad den s. k. kontrollerade familjevården eller den vård i enskilda hem, som jämlikt 88 § sinnessjukstadgan må i anslutning till statens sinnessjukhus anordnas för där intagna sjuka, vilkas tillstånd för längre eller kortare tid medgiver vistelse utom sinnessjukhuset men vilka likväl kräva regelbunden tillsyn av resp. sjukhusläkare och kvalificerad vårdpersonal och därför icke kunna utskrivas från sjukhuset. Enligt vad kommittén från medicinalstyrelsen inhämtat kan ock för närvarande med viss grad av bestämdhet förutses, att staten genom ett fullföljande av nämnda byggnadsprogram skall bliva i stånd att i huvudsak tillgodose behovet av här avsedd del av sinnessjukvården. Någon av landsting eller primärkommun bedriven, i nu angiven mening kvalificerad anstaltsvård för sinnessjuka skulle sålunda, med undantag för vissa storstäder, framdeles icke behöva förekomma, utan skulle de kommunala sjukvårdsmyndigheterna i stort sett endast hava att taga hand om mera lättskötta kroniska sinnessjukfall, vilka ej kräva den kvalificerade vård, statens anstalter avse att skänka, men likväl äro i behov av vård å sinnessjukanstalt eller därmed förenad tillsyn. Den för detta klientel erforderliga anstaltsvården torde, enligt vad kommittén från sakkunnigt håll erfarit, lämpligen kunna ombesörjas å särskilda för ändamålet länsvis inrättade vårdhem av enkel beskaffenhet.

Kommittén finner för sin del en sådan uppdelning av anstaltsvården för sinnessjuka lämplig. Avgörande för kommittén är härvid, att den för nämnda mera lättskötta sinnessjuka erforderliga anstaltsvården i avsevärd utsträckning kan anordnas på ett billigare och ändamålsenligare sätt genom landstingens försorg än genom statens. Det torde icke vara uteslutet att till ifrågavarande länsanstalter ansluta en vård i enskilda hem efter analoga linjer

med den vid statens sinnessjukhus bedrivna kontrollerade familjevården. Med de direktiv, kommittén erhållit, saknar kommittén emellertid anledning att ingå på närmare prövning av detta spörsmål. Att åter uppbygga en omfattande utackordering av sinnessjuka utan anslutning till anstalter synes kommittén knappast försvarligt redan med hänsyn därtill, att underlaget för sådan vård, tillgången på enskilda hem för ändamålet, i icke ringa mån är osäkert på grund av konjunkturväxlingar, verkan av tillfälliga olyckshändelser o. d. samt att detsamma i vissa fall, såsom vid allmän farsot eller krig, kan tänkas till största delen försvinna.

Vad härefter angår *sinnesslövården* har staten, i enlighet med av statsmakterna fattade beslut, under senaste åren vidtagit åtgärder för att i framtiden ombesörja vården av *dels* blinda sinnesslöa, *dels* vanartade bildbara sinnesslöa såväl barn som vuxna (asociala imbecilla), *dels ock* svårskötta obildbara sinnesslöa. Att staten ombesörjer denna del av sinnesslövården, som är förbunden med speciella sociala intressen eller kräver särskilda, vid endast ett fåtal centralanstalter behövliga anordningar, är uppenbarligen önskvärt och ändamålsenligt. Lämpligheten av en utvidgning av statens verksamhet å sinnesslövårdens område utöver vad här angivits kan emellertid starkt ifrågasättas. Häremot talar nämligen, förutom liknande skäl som anförts mot sinnessjukvårdens fullständiga förstatligande, jämväl den omständigheten, att samtliga landsting redan inrättat anstalter för tillgodoseende av vården av *bildbara*, icke vanartade sinnesslöa. Som länen i stort sett utgöra tillräckligt underlag för denna del av sinnesslövården och på den grund ur besparingssynpunkt föga skulle stå att vinna genom en ytterligare koncentration av nämnda vård, torde frågan om anstaltsvården för ifrågavarande sinnesslöa kunna anses ha fått en tillfredsställande lösning. Detsamma kan väl icke sägas vara fallet med vården av de *obildbara* sinnesslöa, och man skulle därför kunna tänka sig, att denna del av vården i sin helhet övertoges av staten. Landstingen hava emellertid under senare år i allt större utsträckning gått in för att i samband med sina anstalter för bildbara sinnesslöa inrätta asyler för de icke svårskötta obildbara samt att för vården av dessa sinnesslöa i övrigt anlita enskilda anstalter. Med hänsyn såväl härtill som till svårigheten att uppdraga en bestämd gräns mellan bildbara och obildbara sinnesslöa synes kommittén en uppdelning av sinnesslövården på sätt här antytts icke böra ifrågakomma.

Kommittén finner sålunda för egen del ej anledning biträda de framkomna yrkandena om sinnessjuk- och sinnesslövårdens fullständiga förstatligande utan anser, att vid sidan om den av staten bedrivna sinnessjuk- och sinnesslövården bör finnas en länsvis ordnad sådan med den begränsning, som ovan angivits. Mellan statens och landstingens anstalter bör emellertid råda viss samverkan i syfte att åstadkomma ett rationellt utnyttjande av anstalterna. För att främja en dylik samverkan och samtidigt lätta landstingens bördor för utbyggandet och ombesörjandet av den på dem ankommande anstaltsvården av sinnessjuka torde, i likhet med vad redan är fallet beträffande kommunala sinnesslöanstalter, driftbidrag av statsmedel böra utgå till av lands-

tingen inrättade vårdhem för lättskötta sinnessjuka. Till de närmare grunderna och villkoren härför återkommer kommittén i kap. 21.

Vårdavgifterna för fattiga patienter å statens sinnessjuk- och sinnesslöanstalter.

Om sålunda enligt kommitténs mening någon utvidgning av statens huvudmannaskap beträffande ifrågavarande vård icke bör vidtagas, anser dock kommittén, i likhet med skatteutjämningsberedningen, starka skäl föreligga för att från landstingen till staten överflytta skyldigheten att jämlikt 40 § 1 mom. i fattigvårdslagen och 63 § i barnavårdslagen ersätta primärkommunerna av dem erlagda avgifter å de *statliga* sinnessjuk- och sinnesslöanstalterna. Denna överflyttning synes kommittén lämpligen böra ske på så sätt, att å statens sinnessjukhus och sinnesslöanstalter vårdade fattiga patienter, motsvarande nuvarande salspatienter med halv avgift, skola vårdas utan någon som helst avgift, med rätt och skyldighet för anstalterna att tillgodogöra sig patienterna under vårdtiden tillkommande pensioner och understöd från allmänna pensionsförsäkringen. I samband med pensionsförsäkringens omorganisation kunde måhända denna anstalternas rätt att uppbära de vårdades pensioner utbytas mot en bestämmelse, att dylika patienter icke skulle äga rätt till pensionstillägg (jfr besparingskommitténs betänkande av år 1925).

Ett slopande av avgifterna för omförmälda patienter skulle för landstingen innebära en avsevärd utgiftsminskning och en motsvarande skatteutjämning. Det såväl för sjukvårdsinrättningarna som för primärkommunerna och landstingen synnerligen vidlyftiga arbetet med avgifternas utkrävande och ersättande skulle ock helt elimineras. Någon fara för slöseri genom eftersättande av kontrollen över patienternas fattigvårds- eller sjukvårdsbehov skulle den föreslagna anordningen knappast behöva medföra. De sinnessjuka och sinnesslöa patienterna, vilka till övervägande flertal utgöras av långliggare, torde nämligen i regel böra rubriceras såsom fattiga. Huruvida hithörande patienter eller deras anhöriga befinna sig i goda ekonomiska omständigheter, torde utan svårighet kunna kontrolleras genom förhörsprotokoll eller dylikt. Ihågkommas bör jämväl, att sinnessjukanstalterna redan nu måste kontrollera och konstatera fattigvårdsbehovet för att kunna besluta om avgiftsnedsättning. Den föreslagna avgiftsfriheten skulle icke eller behöver icke innebära, att den vårdade eller för honom försörjningspliktige befrias från återbetalningsskyldighet, om deras ekonomiska förhållanden förändras till det bättre. Något oberättigat utnyttjande av sjukvårdsbehovet kan icke ifrågakomma, enär detta behov fastställes enligt grunder, som äro helt oberoende av avgifterna. Med den fördelning av sinnessjuk- och sinnesslövårdens handhavande och bekostande, som kommittén ovan förordat, torde ett borttagande av landstingens förpliktelser beträffande vårdavgifterna för ifrågavarande fattiga sjuka icke heller vara ägnat att framkalla eller vidmakthålla någon dualism mellan statens och landstingens sinnessjukvård eller att i väsentlig mån minska landstingens intresse för inrättande av erforderliga anstalter för sinnessjuka och sinnesslöa.

Införandet av avgiftsfrihet för fattiga patienter å de statliga sinnessjukhusen bör givetvis föra med sig viss ekonomisk förpliktelse för staten i fråga om motsvarande patienter å sinnessjukhus, tillhörande de tre största städerna,

vilka själva helt ombesörja sin sinnessjukvård, och bör sålunda påkalla revision av de mellan staten och dessa städer träffade överenskommelserna angående sinnessjukvårdens handhavande och bekostande.

De finansiella verkningarna av här föreslagen kostnadsöverflyttning från landstingen resp. icke-landstingsstäder till staten kunna icke med exakthet angivas. Enligt vissa av kommittén företagna utredningar — jfr kap. 22 — uppgingo emellertid de av landstingen år 1928 enligt 40 § 1 mom. i fattigvårdslagen utbetalade ersättningarna för vård av fattiga sjuka å statens *och* landstingens sinnessjukanstalter till ett belopp av 2 804 815 kr. Denna siffra är å ena sidan för hög, enär den avser ersättning för vård av sinnessjuka icke blott å statens utan även å landstingens sinnessjukanstalter, och å andra sidan för låg, enär däri icke ingår ersättning för vård av sinnesslöa å statens sinnesslöanstalter. Antager man emellertid i brist på tillgängligt siffermaterial, att ersättningarna för sistnämnda patientgrupp i det stora hela uppgå eller komma att uppgå till samma belopp som ersättningarna för sinnessjuka å landstingsanstalter, skulle nämnda summa motsvara ersättningarna för vård å såväl statens sinnessjukhus som sinnesslöanstalter. Med hänsyn till den sedan år 1928 skedda allmänna ökningen i landstingsersättningarna och framför allt till den sedan dess skedda platsökningen vid statsanstalterna torde dock summan böra ökas till i runt tal 3 200 000 kr. Detta belopp skulle sålunda utgöra landstingens årliga utgiftsminskning genom den föreslagna reformen. Med utgångspunkt härifrån och då folkmängden i städer utanför landsting för närvarande kan uppskattas till omkring 20 % av landstingsområdenas sammanlagda folkmängd, skulle såsom ytterligare resultat av de föreslagna överflyttningarna framgå en årlig utgiftsminskning för icke-landstingsstäderna och en motsvarande utgiftsökning för staten om 640 000 kr. Detta tal torde dock, på grund av det relativt större antalet vårdbehövande i storstäderna, böra höjas till 700 000 kr. För staten skulle sålunda den föreslagna avgiftsfriheten innebära en årlig merutgift om c:a 3 900 000 kr. Ungefär samma resultat erhålles, om man utgår från förefintliga beläggningssiffror och patientavgifter vid ifrågavarande anstalter samt därvid tager hänsyn till de på patienterna belöpande pensionerna från allmänna pensionsförsäkringen.

Dövstum- och blindvård.

I sitt principbetänkande har skatteutjämningsberedningen föreslagit en överflyttning till staten jämväl av landstingens resp. icke-landstingsstädernas kostnader för dövstumundervisning, blindundervisning och vård av blinda med komplicerat lyte. Ifrågavarande verksamhetsgrenar pläga väl vanligen hänföras till undervisningsväsendet och icke till sjukvården, men med hänsyn till att de i allt fall stå den slutna sjukvården nära och vad beträffar vården av blinda med komplicerat lyte direkt gripa in i densamma har kommittén ansett sig icke böra helt förbigå skatteutjämningsberedningens i dessa delar framlagda förslag.

Skatteutjämningsberedningen.

Beredningen redogör till en början för dövstum- och blindvårdens nuvarande organisation och finansiering ävensom för skolöverstyrelsens år 1921 fram-

lagda förslag till omorganisation av dövstumundervisningen samt berör tillika det förslag i ämnet, som år 1932 avgivits av särskilt tillkallad sakkunnig. Kommittén tillåter sig härutinnan hänvisa till beredningens principbetänkande (sid. 225—227). Här må endast erinras, att medan dövstumundervisningens ombesörjande hittills i huvudsak påvilat landstingen och icke-landstingsstäderna, ha blindundervisningen och vården av blinda med komplicerat lyte väsentligen varit en statens angelägenhet. I förra fallet har staten, i senare fallet landstingen resp. icke-landstingsstäderna lämnat bidrag efter vissa grunder. Enligt skatteutjämningsberedningen fördelade sig kostnaderna år 1928 för dövstumvården med i runt tal 1 100 000 kr. på landstingen och icke-landstingsstäderna resp. 210 000 kr. på staten samt för blindvården med omkring 240 000 kr. å de förra och 580 000 kr. (exklusive dyrtidstillägg till lärarpersonalen) å den senare. Beredningen föreslår, att staten framdeles skall ensam bära ifrågavarande kostnader samt åberopar till stöd härför huvudsakligen skatteutjämnings- och administrativa synpunkter.

Kommittén vill med anledning av vad sålunda förekommit framhålla, att enär skatteutjämningsberedningens förslag med avseende å nu nämnd verksamhet synes stå i full överensstämmelse med de av kommittén uppdragna allmänna riktlinjerna för sjukvårdens handhavande, enligt vilka staten bör handhava och bekosta den vård, som kräver anstalter, avsedda för större områden än länen, och enligt vilka bidrag från landstingen icke böra ifrågakomma, där icke landstingens organisatoriska medverkan är erforderlig, kommittén för sin del i princip biträder skatteutjämningsberedningens ifrågavarande förslag. Kommittén.

2. *Överflyttningar till landstingen.*

I sitt förenämnda principbetänkande har skatteutjämningsberedningen tillika föreslagit, att, utom vad angår icke-landstingsstäder, samtliga utgifter för obligatorisk fattigvård och barnavård samt all i förening därmed bedriven sjukvård, d. v. s. i huvudsak vård av kroniskt kroppssjuka, tuberkulösa och lättskötta sinnessjuka, skola i den mån utgifterna icke ersättas av staten eller de försörjningspliktiga till tre fjärdedelar bestridas av landstingen och till allenast en fjärdedel av de i landsting deltagande primärkommunerna. Som en konsekvens föreslår beredningen tillika, att ifrågavarande primärkommuners alla anstalter för fattigvård, barnavård samt i förening därmed bedriven sjukvård skola övertagas och drivas av landstingen. Angående fördelarna av en dylik överflyttning anför beredningen bl. a., att därmed skulle vinnas dels en betydelsefull skatteutjämning, dels ock en effektiv och enhetligt ledd förvaltning av landstingsområdets olika anstalter för såväl sjukvård som fattigvård med därav följande möjligheter till ekonomisk och differentierad vård. Där de olika slagen av anstalter vore förlagda i varandras grannskap, liksom vid uppkommande behov av nyanläggningar, skulle anstalterna kunna sammanföras till större komplex med gemensam ledning och ekonomiavdelning samt delvis även gemensam vårdpersonal. Klientelet skulle i mån av behov

Den primärkommunala anstaltsvården för fattiga sjuka. Skatteutjämningsberedningen.

kunna flyttas från det ena slaget av anstalter till det andra. Lasarettens och tuberkulosanstalternas dyrbara platser skulle ej längre behöva onödigtvis upptagas av konvalescenter, varjämte en av behovet starkt påkallad kuratorsverksamhet skulle utan större kostnader kunna anordnas. Beredningen framhåller till sist, att de fördelar, som ur ekonomisk synpunkt och vårdsynpunkt skulle kunna vinnas genom det föreslagna systemet, vitsordats av statens sjukvårdskommitté och förklarats stå i överensstämmelse med dess allmänna principer för anstaltsvårdens ordnande.

Kommittén. Sistnämnda uttalande får icke tolkas så, att kommittén i detalj prövat beredningens synnerligen vittgående förslag i hithörande delar. Uttalandet får icke heller givas den innebörden, att kommittén skulle finna en utöver förvaltning och finansiering sig sträckande gemenskap mellan fattigvård och sjukvård lämplig eller önskvärd. Tvärtom anser kommittén, att ifrågavarande verksamhetsgrenar vad angår själva vården böra hållas strängt åtskilda, enär eljest sjukvården lätt kan erhålla en icke önskvärd prägel av fattigvård.

Med nu nämnda förtydligande torde redan av vad i kap. 6 och 13 anförts rörande lungtuberkulosvårdens respektive den kroniska sjukvårdens utbyggande framgå, att kommittén har anledning biträda skatteutjämningsberedningens förslag i vad angår sjukvården. Kommittén vill här särskilt erinra om det förhållandet, att primärkommunernas slutna sjukvård, framför allt lungtuberkulosvården och den kroniska sjukvården men även sinnessjukvården, vare sig den ingår såsom avdelning i ålderdomshemmen eller meddelas vid självständiga anstalter, ofta nog icke kan anses fylla kraven på en effektiv och betryggande sjukvård. Det bistånd, som statsbidrag och landstingsersättningar avsett att bereda kommunerna beträffande ifrågavarande vård, har på så sätt i mycket stor utsträckning kommit att lämnas utan garanti för att ur vårdsynpunkt tillfredsställande behandling erhållits. Systemet med primärkommunala anstalter har jämväl medfört, att hithörande anstalter ofta tillkommit utan någon på förhand uppgjord plan, varigenom vården i de olika länen även ur fördelningssynpunkt blivit otillfredsställande. En plan för hithörande sjukvård kan uppenbarligen bäst upprättas och fullföljas, om en gemensam huvudman finnes för all länets sjukvård. Att kommittén vid sitt förordande av en mera koncentrerad, av landstingen handhavd kronisk sjukvård icke förbisett de motiv för en decentraliserad, huvudsakligen primärkommunal vård, som ofta framförts och vilka i det stora hela bottna i den uppfattningen, att det från de vårdades synpunkt måste te sig svårt att söka vård å anstalt långt bort från hem, anhöriga och vänner, framgår ävenledes av kap. 13. Kommittén åtnöjer sig här med ett konstaterande, att åldringen eller den sjuke enligt erfarenhet trivs bäst i den anstalt, där han erhåller den bästa vården, även om anstalten är nog så avlägsen från hemorten. Vad särskilt angår den till barnavården anknutna sjukvården vill kommittén framhålla, att ett förläggande av såväl barnavård som barnsjukvård under landstingen som gemensam huvudman skulle i hög grad främja den utveckling och samverkan på ifrågavarande områden, som kommittén i kap. 3 h) förordat. Att ovan föreslagna vårdöverflyttningar från primärkommuner till landsting jämväl skulle vara ägnade att

avhjälpa vissa olägenheter och missbruk, som för närvarande äro förenade med den i fattigvårdslagens 40—42 §§ och barnavårdslagens 63 § föreskrivna ersättningsskyldigheten för viss sjukvård, skall kommittén i kap. 22 närmare utveckla.

Kommittén vill slutligen framhålla, att, därest den av skatteutjämningsberedningen föreslagna *obligatoriska* överflyttningen på landstingen av primärkommunernas anstaltsvård icke skulle kunna genomföras, enligt kommitténs mening åtgärder böra vidtagas för att genom reglering av statens bidragsverksamhet söka *i möjligaste mån* på landstingen överflytta primärkommunernas sjukhusvård, speciellt vården av tuberkulösa, kroniskt sjuka samt lättskötta sinnessjuka. Kommittén hänvisar härutinnan till sina i kap. 21 framlagda förslag.

Vården å förlossningshem och förlossningsrum.

Som tidigare nämnts innehåller gällande sjukhuslag icke något formligt åläggande för landstingen eller icke-landstingsstäderna att sörja för anstaltsvård vid barnsbörd, utan har man nöjt sig med att anbefalla ombesörjande av dylik vård såsom en för dem särskilt väl lämpad uppgift. Såväl landstingen som icke-landstingsstäderna hade emellertid redan innan nyss berörda princip kommit till uttryck i ett allmänt stadgande i viss omfattning vidtagit åtgärder för beredande av sluten barnbördsvård, antingen å större fristående anstalter eller i samband med lasarett och sjukstugor. Oaktat det enskilda initiativet och understödet varit av stor betydelse för den slutna barnbördsvårdens utveckling, går dock utvecklingen otvetydigt i den riktning, att landstingen och icke-landstingsstäderna i allt större utsträckning taga hand om vården. Det torde numera råda full enighet därom, att ingen annan institution är mera kompetent och lämpad att omhänderhava och utveckla barnbördsvården än just landstingen och de med dem jämställda städerna. Att man det oaktat icke velat på legislativ väg göra ombesörjandet av denna vård till ett obligatoriskt åliggande för dem har berott på särskilda omständigheter. Ehuru vid lagförslagets behandling i riksdagen icke, såvitt kommittén är känt, något därom direkt utsagts, torde dock svårigheten att överblicka omfattningen av denna vård, bristen på utredning angående dess organisation samt betänkligheter inför de ekonomiska konsekvenser, som ett utbyggande av den slutna barnbördsvården skulle komma att medföra, hava varit de avgörande faktorerna för stadgandets slutliga utformning.

Kommittén har i sitt i kap. 3 g) framlagda förslag rörande den slutna barnbördsvårdens tillgodoseende utgått ifrån, att barnsbördshusen och barnbördsavdelningar vid lasarett och eventuellt sjukstugor skola utgöra kärnan av anstaltsvården för barnsbörd. Där vårdbehovet av lokala skäl icke kan i sin helhet tillgodoses genom dylika anstalter, förordar kommittén komplettering med förlossningshem eller förlossningsrum hos barnmorska, av vilka de förra främst avses komma till användning för mindre städer, köpingar eller andra mera tättbebyggda samhällen och de senare för den rena landsbygden. Ifrågasättas kan nu, huruvida icke landstingen, där den vid lasarett och sjukstugor anordnade barnbördsvården erfordrar komplettering med förlossningshem eller förlossningsrum, böra inordna jämväl dessa anstalter i sina organisationsplaner

för barnbördsvården och därmed antingen helt bliva deras huvudmän eller i varje fall skänka dem ett verksamt ekonomiskt stöd. Tanken, att landstingen skulle engagera sig för sistberörda anstalter, vilka hittills i det stora hela anordnats och drivits genom primärkommunernas eller enskildas försorg eller genom samverkan dem emellan, förefaller måhända mången tämligen främmande. Enligt kommitténs mening kunna emellertid vägande skäl anföras för en sådan anordning. Sålunda har redan i nyssnämnda kapitel framhållits, hurusom ur vårdsynpunkt väsentliga fördelar skulle vinnas, därest landstingen bleve huvudmän för ifrågavarande anstalter. I samma riktning talar jämväl en annan omständighet, som kommittén här skall i korthet beröra.

Uppenbarligen har den allt mera växande slutna barnbördsvården icke kunnat undgå att utöva ett märkbart inflytande på den öppna. Den under senare år inträffade nedgången i distriktsbarnmorskornas praktik beror väl till viss del på den sjunkande nativiteten men torde ha sin väsentligaste grund i tillkomsten av allt flera anstaltsplatser för barnsbörd. Distriktsbarnmorskornas minskade arbetsbörda har i sin tur haft till följd en omreglering av distrikten i syfte att förstora desamma. Säkerligen kommer denna utveckling att fortgå jämsides med utbyggandet av den slutna vården. Emellertid kunna även med en konsekvent genomförd utbyggnad av den slutna vården barnmorskor i öppen vård icke undvaras. Det kan icke heller sägas vara ett allmänt intresse att för samtliga barnaföderskor bereda plats på anstalt. Det är under sådana förhållanden förklarligt, att en viss dualism hotar uppstå mellan den slutna och den öppna barnbördsvården. Rättesnöret för vårdens utveckling bör emellertid helt naturligt vara mödrarnas och barnens bästa, vilket enligt vad vunna erfarenheter utvisa fordrar en utbyggnad av den slutna barnbördsvården. Med hänsyn härtill och till den återverkan, den slutna barnbördsvårdens utbyggnad icke kan undgå att utöva på den öppna barnbördsvården, synes det kommittén vara av stor betydelse, att en och samma institution — landstingen — blir huvudman för båda vårdformerna i deras helhet och sålunda jämväl för den å förlossningshem och förlossningsrum bedrivna barnbördsvården.

Kommittén förstår väl, att med hänsyn till framför allt distriktsbarnmorskornas utnyttjande för den slutna barnbördsvården tveksamhet kan råda beträffande lämpligheten av att låta ifrågavarande anstalter, enkannerligen förlossningsrummen, inordnas i landstingens sjukvårdande verksamhet. Även inom kommittén har härutinnan rått viss tvekan. Vid närmare övervägande av spörsmålet har kommittén emellertid funnit denna anordning vara det enda sätt, varpå en rationell organisation av barnbördsvården i dess helhet kan uppbyggas och betryggande garantier skapas för att de allmän-sociala och medicinska synpunkterna skola bliva fullt tillgodosedda. Det synes kommittén för övrigt endast vara en gärd av rättvisa, att landstingen vid uppgörande av plan för barnbördsvården inom sina resp. landstingsområden bringas att beakta behovet av kompletterande anstalter. Eljest bliva i de områden, där för vissa orter avståndet till landstingets sjukvårdsinrättningar omöjliggör eller avsevärt försvårar ett utnyttjande av dessa inrättningars vårdtillgångar för barnsbörd, barnaföderskorna i avsaknad av det gagn, den slutna vården förmår

skänka — till men för i främsta rummet den fattigare delen av befolkningen. Endast genom medverkan av det allmänna kunna slutligen dagavgifterna vid ifrågavarande anstalter hållas vid sådana belopp, att även mindre bemedlade se sig i stånd att utnyttja vården å desamma.

En utveckling av anstaltsvården vid barnsbörd i ovan förordad riktning torde icke behöva eller böra medföra, att den enskildes insatser helt avkopplas från befattningen med densamma. Ehuruväl ett ej ringa antal av de enskilda förlossningshemmen tillgodoräknat sig vårdavgifter till sådana belopp, att betydelsen av dessa anstalter förringats för stora skikt av befolkningen, har det enskilda initiativet och intresset dock — det får icke förbises — onekligen varit av stor betydelse för den slutna barnbördsvårdens utveckling och framträtt såsom främjare av denna vård i högre grad än beträffande sjukhusvården i övrigt. Den enskilda offerviljan och det privata initiativet synas kommittén även framdeles böra i möjligaste mån tillvaratagas, ehuru de till förmån för barnbördsvårdens rationella utveckling måste underordnas det allmännas intressen. Att finna en lämplig form för en effektiv samverkan härutinnan torde icke vara uteslutet.

I den mån icke enskilda på här angivet sätt handhava och bekosta hithörande vård, bör densamma handhavas av landstingen och driftkostnaderna fördelas mellan dessa och staten enligt de grunder, som komma att i kap. 21 närmare angivas. Att staten lämnar bidrag till vården synes kommittén påkallat redan med hänsyn till den nedgående nativiteten och behovet av förbättrat moderskapsskydd. Kommittén anser ock, att social-hygieniska åtgärder för hjälp åt därav i behov varande barnaföderskor och mödrar liksom ock för omvårdnaden av det uppväxande släktet, i första hand de späda barnen, äro av den betydelse för hela vårt folk, att de måste anses vara en statsangelägenhet.

De i landsting deltagande primärkommunerna åter böra skiljas från sin befattning med den slutna barnbördsvården. Det har visserligen gjorts gällande, att jämväl dessa primärkommuner borde bidraga till täckande av kostnaderna för förlossningshemmen resp. förlossningsrummen, varvid som skäl anförts, att om icke en del av kostnaderna lades på primärkommunerna, dessa icke skulle få något intresse av att söka ordna lokalfrågan för ifrågavarande anstalter på billigaste sätt och att fordringarna på anstalternas lätta tillgänglighet skulle bliva alltför stora. Det rättvisa och billiga i en fordran på dylika bidrag kan emellertid starkt ifrågasättas redan på den grund, att åtskilliga i närheten av lasarett eller sjukstugor med barnbördsavdelningar belägna kommuner, där kompletterande anstalter för barnsbörd äro obehövliga, skulle bli helt befriade från dylik bidragsskyldighet. Det må även erinras, att en fordran av här antydd art är ägnad att direkt motverka en skatteutjämning och stundom kan lägga en hämsko på den slutna barnbördsvårdens utveckling i fattiga och skattetyngda kommuner, vilka oftast äro i det största behovet av förbättrad socialhygien. Kommittén har på nu anförda grunder för sin del icke velat förorda någon primärkommunal bidragsskyldighet till förevarande vård.

För kommittén framstår såsom det väsentliga beträffande den slutna barnbördsvården, att landstingen bliva vårdens huvudmän och såsom sådana uppgöra en plan för dess tillgodoseende, en plan som, framför allt om staten kommer att gå in såsom bidragsgivare, bör fastställas av central myndighet. Möjlighet till samarbete mellan landsting och enskilda bör härvid hållas öppen.

B. Överflyttningar inom den öppna sjukvården.

Distriktsbarnmorskorna.

Jämlikt lagen den 28 mars 1919 om anställande av distriktsbarnmorskor äga dessa att, förutom ersättning enligt taxa för utförda förrättningar, åtnjuta viss kontant årslön (minst 800 kr.) jämte dyrtidshjälp och vissa ålderstillägg ävensom fri bostad och nödigt bränsle eller ock ersättning för dessa naturaförmåner efter ortens pris, dock med minst 250 kr. Till den kontanta minimilönen bidraga staten och landstinget med vardera 250 kr. samt primärkommunen (eller -kommunerna) med återstående 300 kr. Staten svarar ensam för dyrtidshjälpen och ålderstilläggen, primärkommunen ensam för naturaförmånerna eller ersättningen härför. Som huvudmän för barnmorskeväsendet fungera landstingens barnmorskestyrelser.

Kommittén.

Då primärkommunerna icke hava någon bestämmanderätt beträffande distriktsbarnmorskorna och deras verksamhet och icke heller kunna öva något inflytande på den kontanta minimilönens storlek, erbjuder det uppenbarligen ingen ekonomisk risk eller annan olägenhet att i rationaliseringssyfte befria dem från bidraget till denna lön och överflytta detsamma till staten. En motsvarande överflyttning av naturaförmånerna eller ersättningen därför kan däremot starkt ifrågasättas, enär primärkommunerna i allmänhet hava långt större möjligheter än staten att genom omtanke och sparsamhet hålla dessa kostnader nere. Emellertid torde landstingen i det närmaste hava enahanda möjligheter som primärkommunerna att på ett ur kostnadssynpunkt förmånligt sätt tillhandahålla barnmorskorna bostad. Med hänsyn härtill och då det synes kommittén både rättvist och ur sjukvårdssynpukt önskvärt, att primärkommunerna helt befrias från kostnader för barnmorskeväsendet, vill kommittén förorda, att deras skyldighet beträffande barnmorskas bostad m. m. överflyttas på landstingen. I gengäld torde landstingens nuvarande bidrag till barnmorskas avlöning böra övertagas av staten. En sådan kostnadsfördelning synes kommittén bäst ägnad att främja en rationell ordning i fråga om distriktsbarnmorskeinstitutionens upprätthållande och anpassande efter de minskade krav på densamma, som de senare åren medfört.

Ett genomförande av kommitténs förslag rörande distriktsbarnmorskornas avlönande skulle, med utgångspunkt från nuvarande antal distriktsbarnmorskor, för staten innebära en årlig merutgift av 825 000 kr. och för primärkommunerna en utgiftsminskning å minst samma belopp. Kostnaderna för landstingen skulle däremot bli i stort sett oförändrade.

Övrig öppen sjukvård.

Beträffande övrig av primärkommunerna helt eller delvis bekostad öppen sjukvård, såsom det civila tjänsteläkarväsendet, distrikts- och dispensärvård, ävensom kommunernas egen hälso- och sundhetsvård förordar kommittén icke

någon annan direkt överflyttning av sjukvårdsuppgifter eller kostnader för dem än vad som kan föranledas av stadsläkarsakkunnigas år 1933 framlagda förslag till ändring i stadsläkarnas och med dem jämställda läkares anställnings- och avlöningsförhållanden. Kommittén anser ock, att ett vidare utbyggande av dispensär- och distriktsvården bör anförtros åt landstingen resp. ickelandstingsstäderna, vilka därvid böra erhålla ökat understöd av staten.

Sammanfattning.

En sammanfattning av kommitténs ovan framlagda förslag giver vid handen, att dessa för *statens* vidkommande relativt sett icke innebära några större organisatoriska förändringar. Till staten skulle i huvudsak komma att överflyttas vissa av landstingen, storstäder och primärkommuner havda *kostnader* för starkt centraliserad sjukvård ävensom för vård av könssjuka utomlänspatienter. Med utgångspunkt från ovan anförda belopp skulle staten genom ifrågavarande överflyttningar åsamkas ökade kostnader med omkring följande belopp per år:

för kustsanatorier och vanföreanstalter	1 400 000 kr.
» de radioterapeutiska centralanstalterna	165 000 »
» Welanderhemmen (inkl. pensionsstyr. bidrag och ersättning för personliga vårdavgifter)	75 000 »
» lupusvården	15 000 »
» könssjuka utomlänspatienter	200 000 »
» de statliga sinnessjuk- och sinnesslöanstalterna	3 900 000 »
» distriktsbarnmorskeväsendet	825 000 »
Summa	6 580 000 kr.

Medräknas dövstum- och blindvården, skulle detta belopp ökas till i runt tal 8 000 000 kr. Ehuru detta tal uppenbarligen i viss mån är approximativt, torde det dock giva en tämligen god ledning för ett bedömande av de ekonomiska konsekvenser, förslagens genomförande skulle för staten medföra.

För *landstingen* och de i landsting deltagande *primärkommunerna* äro kommitténs förslag däremot av mera genomgripande betydelse. Primärkommunerna skulle sålunda i möjligaste mån befrias icke blott från sina kostnader för distriktsbarnmorskas avlönande m. m. utan även från handhavandet och bekostandet av sin nu bedrivna anstaltsvård för fattiga sjuka och för barnsbörd. Medan kostnaderna för distriktsbarnmorskornas avlönande skulle till största delen komma att bäras av staten, skulle åter primärkommunernas nyssnämnda anstaltsvård överflyttas på landstingen. Att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna av förslagets genomförande i sist angivna del torde knappast låta sig göra, helst som kommittén icke förutsatt någon tvångsvis genomförd överflyttning av ifrågavarande vård. Med all säkerhet komma emellertid landstingens kostnader för denna vårds övertagande och utbyggande att taga i anspråk endast en mindre del av de besparingar, som uppstå för landstingen genom statens övertagande av deras nuvarande kostnader för ovan omförmälda sjukvårdsgrenar, i runt tal uppgående till 7 200 000 kr.

Kap. 21. Statsbidrag till den slutna sjukvården.

Inledning. I det följande skall kommittén till prövning upptaga, i vilken omfattning och efter vilka grunder staten bör — utöver eller i anledning av vad i kap. 20 föreslagits — lämna bidrag av olika slag till grenar av sluten sjukvård, vilka ej direkt handhavas av staten, och i samband därmed se till, i vad mån en reglering av hittills på området gällande bestämmelser kan vara av behovet påkallad. Såsom en allmän bakgrund till sina förslag i ämnet lämnar kommittén en översikt över samtliga nu utgående reguljära statsbidrag till den slutna sjukvården och de därför gällande huvudsakliga grunderna.

Nuvarande statsbidrag av olika slag och deras totalbelopp. Ifrågavarande statsbidrag kunna i huvudsak, allt efter det ändamål de avse att tjäna, rubriceras såsom byggnads- eller anläggningsbidrag, driftbidrag och resebidrag.

Reguljära byggnads- eller anläggningsbidrag utgå till tuberkulosanstalter (utom folksanatorier och kustsanatorier), epidemisjukhus, hem för kroniskt sjuka samt sjukstugor vid läkarstationerna i ödemarksområdena (ödemarkssjukstugor). *Driftbidrag* utgå, förutom till de tre förstnämnda slagen anstalter (inklusive folksanatorier och kustsanatorier), jämväl till vanföreanstalterna, radiumhemmets i Stockholm klinik och poliklinik samt provisoriska sjukhärbärgen i ödemarksområdena (ödemarkshärbärgen). Med dessa bidrag kunna i viss mån jämställas de ersättningar av statsmedel, som för behandling av medellösa lupuspatienter utgå till ljusinstituten vid S:t Görans sjukhus i Stockholm och Holtermanska sjukhuset i Göteborg samt Finsens medicinske lysinstitut i Köpenhamn. Driftbidrag utgå jämväl till kommunala och enskilda sinnesslöanstalter ävensom, enligt särskilda avtal, till sinnessjukvården i Stockholm, Göteborg och Malmö. *Resebidrag* slutligen tillkomma vissa patienter, stundom även deras vårdare, vid kustsanatorierna, vanföreanstalterna och centralanstalterna för radiumbehandling i Stockholm, Göteborg och Lund. Till vilka årliga belopp, nu nämnda statsbidrag belöpa sig, framgår av nedanstående tablå, avseende budgetåren 1928/29, 1929/30, 1930/31 och 1931/32.

Bidragets art	Statens nettoutgifter i kronor för nedanstående budgetår			
	1928/29	1929/30	1930/31	1931/32
Byggnadsbidrag:				
Tuberkulosanstalter[1]	308 226	1 269 769	1 046 336	996 947
Epidemisjukhus	583 109	122 188	296 813	591 610
Hem för kroniskt sjuka	170 896	347 700	380 354	218 384
Ödemarkssjukstugor (utom tbc-avd.)[2]	106 000	—	—	39 000
Summa	**1 168 231**	**1 739 657**	**1 723 503**	**1 845 941**
Driftbidrag:				
Tuberkulosanstalter[3]	3 727 945	3 764 390	4 060 615	4 302 405
Epidemisjukhus	781 012	986 466	969 056	777 290
Hem för kroniskt sjuka	469 675	524 723	573 219	769 448
Vanföreanstalter[4]	351 803	356 278	400 137	478 940
Radiumhemmet	42 852	60 320	59 292	62 772
Provisoriska ödemarkshärbärgen	2 568	2 627	2 800	2 800
Lupuspatienters behandling	62 509	45 526	54 341	48 425
Sinnesslöanstalter	1 524 905	1 601 476	1 652 581	1 729 450
Sinnessjukvården i Stockholm, Göteborg och Malmö	975 203	1 131 569	1 341 626	1 449 300
Summa	**7 938 472**	**8 473 375**	**9 122 667**	**9 620 830**
Resebidrag:				
Kustsanatorier	68 392	69 373	71 347	58 807
Vanföreanstalter	132 423	143 730	156 886	136 866
Radiologiska anstalter	69 442	79 927	100 554	113 587
Summa	**270 257**	**293 030**	**328 787**	**309 260**

Som synes kan man för alla tre slagen av bidrag spåra en genomgående tendens till stegring. Starkast framträder denna tendens beträffande driftbidragen, vilka även till beloppen äro de avgjort mest betydande. Endast för epidemisjukhusen kan man under de två senaste av angivna budgetår skönja en bestämd nedgång i driftbidragen, vilken torde ha sin naturliga förklaring däri, att dessa sjukhus till följd av de epidemiska sjukdomarnas ringa utbredning under senaste åren i allt större utsträckning lagts i reserv eller upplåtits för andra ändamål än epidemivård. Den övervägande delen av driftbidragens sammanlagda totalbelopp belöper sig på tuberkulosanstalterna samt de kommunala sinnessjuk- och sinnesslöanstalterna. Även beträffande byggnadsbidragen intaga tuberkulosanstalterna främsta rummet, om ock en tendens till nedgång i bidragsbeloppen kan spåras. Resebidragen spela en jämförelsevis blygsam roll i förhållande till övriga bidrag. Resebidragen till vanföreanstalterna uppgå till de högsta totalbeloppen.

[1] Exkl. folksanatorier. — [2] Då statens nettoutgifter för uppförande av sjukstugor i ödemarksdistrikten icke kunnat av tillgängliga handlingar utrönas, angivas här anslagsbeloppen för resp. budgetår. — [3] Inkl. folksanatorierna och kustsanatorierna. — [4] Inkl. Eugeniahemmet.

Gällande statsbidragsgrunder.

I textbilaga 11 lämnas utom vad angår sinnessjukvården i Stockholm, Göteborg och Malmö, för vilken gälla särskilda avtal, en utförlig redogörelse för de grunder och villkor, som finnas föreskrivna för statsbidrag till den slutna sjukvården. En sammanställning av där befintliga uppgifter av mera väsentlig betydelse giver för de olika anstaltsgrupperna det resultat, nedanstående tablå utvisar:

Anstaltsgrupp	Grunder för		
	byggnadsbidrag	driftbidrag	resebidrag
Folksanatorierna	—	Fixt totalbelopp per år, f. n. kr. 50 000.	—
Övriga tuberkulosanstalter	Bidrag må tilldelas landsting, kommuner, föreningar och enskilda med högst hälften av byggnadskostnaderna (tomtkostnad ej inräknad), dock högst 2 000 kr. per vårdplats samt för stad utanför landsting ej till flere vårdplatser än 1 : 1000 invånare. *Anm.* Anses ej utan vidare gälla kustsanatorier och därmed jämförliga anstalter.	*Sanatorier:* kr. 1: 75 *tbc-sjukstugor:* » 1: 25 *tbc-avd.å las.:* » 1: 25 *kustsanatorier:* » 1: 35 allt per dag och pat., *dock att* avgifterna för inomlänspat. å allmän sal ej må överstiga vissa angivna belopp *samt att* för stad utanför landsting bidrag ej må utgå till flere platser än i kol. 2 angivits.	Till medellösa el. mindre bemedlade pat. jämte vårdare för billigaste resa till och från statsunderstödda *kustsanatorier* (inkl. Solhem).
Epidemisjukhus	Bidrag må utgå till epidemidistrikt och i vissa fall till kommun, som icke utgör eget epidemidistrikt, med högst hälften av byggnadskostnaderna eller, om vid inlösen lösesumman understiger byggnadskostnaderna, högst hälften av lösesumman (tomt- och inventariekostnader ej inräknade), dock i intet fall högre än med 2 500 kr. per vårdplats för uppförande, om detta påbörjats efter den 1/1 1916, och i övriga fall 1 000 kr. per vårdplats.	Kr. 2: — per dag för varje kostnadsfritt vårdad pat., *dock att* bidrag ej må å något sjukhus utgå för flere platser än som av medicinalstyrelsen fastställts såsom motsvarande normal beläggning av sjukhuset.	—
Hem för kroniskt sjuka	Bidrag må utgå till landsting, kommuner samt kommunalförbund *för nybyggnad:* högst hälften av byggnadskostnaderna (tomt- och inventariekostnader ej inräknade), dock högst 1 500 kr. per vårdplats, avsedd för fattig sjuk, *vid inköp av byggnad:* högst hälften av köpesumman och av kostnaderna för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten, dock högst 1 000 kr. per vårdplats, avsedd för fattig sjuk,	Bidrag må utgå till landsting, kommuner, kommunalförbund, föreningar och enskilda med kr. 0: 90 per dag och pat., *dock att* avgiften för pat. från anstaltens område ej må överstiga kr. 1: 50, *att* bidrag ej må å någon anstalt utgå för flere platser än som av	—

Anstaltsgrupp	Grunder för		
	byggnadsbidrag	driftbidrag	resebidrag
	för i vederbörandes ägo befintlig byggnad: högst hälften av kostnaderna för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten, dock högst 750 kr. per vårdplats, avsedd för fattig sjuk. Statsbidraget må icke i något fall utgå för flere platser än 1 : 1 000 invånare för landsting och 1 : 2000 invånare för stad utanför landsting.	medicinalstyrelsen fastställts såsom motsvarande normal beläggning av anstalten, *samt att* bidrag icke må utgå för flere platser än i kol. 2 angivits.	
Sjukstugor och sjukhärbärgen i ödemarksområden	Bidrag må tilldelas landsting, landskommun eller kommunalförbund för *ödemarkssjukstuga* med *dels* följande grundbelopp: 14 000 kr. för sjukstuga med endast allmän sjukavd., 15 000 kr. för sjukstuga med minst 8 vårdplatser såväl å allmän sjukavd. som å tuberkulosavd., 20 000 kr. för sjukstuga med 12 vårdplatser såväl å allmän sjukavd. som å tuberkulosavd., *dels* för varje vårdplats å allmän sjukavd.: högst 3 000 kr. för högst 12 vårdplatser.	För *provisoriska sjukhärbärgen:* högst hälften av betingad hyra för *varje* sjukhärbärge om högst 4 vårdplatser, dock högst 400 kr. per år; för *samtliga* sjukhärbärgen högst 3 000 kr. per år.	—

Anstaltsgrupp	Grunder för	
	driftbidrag	resebidrag
Vanföreanstalterna	A. *De egentliga vanföreanstalternas* 1. *kliniker:* kr. 2: 15 per dag och medellös eller mindre bemedlad pat. å visst antal platser per anstalt, 2. *polikliniker:* kr. 1 250: — per kvartal, 3. *skol- och uppfostringshem:* kr. 2: — per dag och elev å visst antal platser per anstalt, 4. *yrkesskolor:* interner: högst kr. 54: —, externer: högst kr. 21: —, allt per mån. och medellös eller mindre bemedlad elev under högst 10 mån. B. *Eugeniahemmet:* kr. 5 000: — per år.	För undersökning eller behandling ävensom intagning å skol- och uppfostringshem enligt huvudsakligen samma grunder som för kustsanatorierna.
Centralanstalterna för radiumbehandling	*Radiumhemmets i Stockholm* 1. *poliklinik:* kr. 3 750: — per kvartal, 2. *klinik:* kr. 2: 50 per dag och pat.	Till medellösa, utom Stockholm, Göteborg och Lund bosatta pat. för undersökning eller behandling å någon av nu fungerande eller planerade centralanstalter därstädes.

Anstaltsgrupp	Grunder för driftbidrag	Grunder för resebidrag
Ljusinstituten för lupussjuka	*Instituten i Stockholm och Göteborg:* kr. 4: — per seance för lokal behandling och kr. 2: — per seance för bågljusbehandling av utom huvudstaden boende medellösa personer, lidande av »lupus vulgaris», *Institutet i Köpenhamn:* kr. 3: 75 per behandling och kr. 1: 75 för konsultation.	—
Sinnesslöanstalter	A. *Anstalter för obildbara sinnesslöa:* högst kr. 180: — per halvår för envar av det antal obildbara sinnesslöa, som i medeltal för dag under halvåret vårdats å anstalten och vilkas vårdbehov prövats, B. *Kommunala anstalter för bildbara sinnesslöa:* 1. *uppfostringsanstalter för icke blinda barn:* kr. 180: — per lästermin och barn, som åtnjutit underhåll på anstalten eller dess bekostnad, och kr. 90: — för annat å anstalten intaget barn, som deltagit i undervisningen, 2. *uppfostringsanstalter för blinda barn:* kr. 225: — per lästermin och intaget barn, 3. *arbetshem för icke blinda:* kr. 135: — per halvår och intagen sinnesslö, 4. *arbetshem för blinda:* kr. 225: — per halvår och intagen sinnesslö, *dock att* statsbidrag i intet fall utgår för högre antal sinnesslöa än medeltalet för dag under halvåret resp. lästerminen intagna, C. *Enskilda anstalter för bildbara sinnesslöa:* högst de belopp, som ovan anförts under resp. B) 1—4, D. *Arbetshem — kommunalt eller enskilt — som anordnar kontrollerad familjevård för sinnesslöa:* det belopp per halvår, som motsvarar arbetshemmets kostnad för sålunda under halvåret utackorderade, dock högst kr. 90: — för var och en av det antal, som i medeltal för dag under halvåret utackorderats. För *samtliga* anstalter gäller att statsbidrag ej må utgå för flera å anstalt samtidigt vårdade sinnesslöa än det antal, för vilket anstalten godkänts, och ej heller, vad angår enskild anstalt, för sinnesslö, för vilken av anstalten under halvåret resp. lästerminen tillämpad vårdavgift överstigit belopp, som medicinalstyrelsen i sådant avseende fastställt.	—

Av denna tablå framgår, att grunderna för statsbidragen till den slutna kroppssjukvården te sig synnerligen växlande och oenhetliga, vilket, på sätt i direktiven framhållits, åtminstone delvis torde ha sin förklaring av de olika omständigheter, under vilka dessa bidrag tillkommit, men knappast synes vara betingat av olikheterna mellan de sjukvårdsgrenar, varom här är fråga. Särskilt driftbidragsbeloppen utmärka sig för bristande enhetlighet, och de vid deras fastställande tillämpade grunderna framgå i regel ej heller av vederbörande kungörelse. Till komplettering av uppgifterna i ovanstående tablå lämnar komittén därför här nedan i erforderliga delar en kort redogörelse för de grunder, som kommit till användning vid bestämmandet av nämnda belopp.

Driftbidraget till *folksanatorierna* går tillbaka till år 1905 och avser att täcka den del av underhållskostnaden, som icke kan bestridas med patientavgifter och jubeliumsfondens avkastning.

De för *övriga tuberkulosanstalter* fastställda bidragsbeloppen hänföra sig ytterst till ett av medicinalstyrelsen år 1918 framlagt förslag, enligt vilket, sedan legosängsavgiften frånräknats, återstående driftkostnad borde fördelas lika på stat och vederbörande huvudman; legosängsavgiften beräknades därvid till högst 1 kr. per dag. För kustsanatorierna förordades dock med hänsyn till huvudmännens i regel svagare ekonomi alternativt ett högre bidrag, nämligen hälften av driftkostnaden; den andra hälften skulle bestridas från kommunalt håll och av patientavgifter (jfr nedan vanföreanstalterna). På grundval av detta förslag och med ledning av driftkostnaderna för år 1917 föreslogos i 1919 års statsverksproposition följande bidragsbelopp per dag och patient:

för tuberkulossjukhus (sanatorier):
kr. 2·00 (genomsnittlig driftkostnad = kr. 4·90)
» tuberkulossjukstugor:
kr. 1·50 (genomsnittlig driftkostnad = kr. 3·92)
» tuberkulosavdelningar vid lasarett:
kr. 1·50 (driftkostnaden närmast = tuberkulossjukstugornas)
» kustsanatorier:
hälften av senaste årets driftkostnad (= kr. 1·40)

1919 års riksdag beslöt i enlighet härmed utom beträffande kustsanatorierna, för vilka bidraget fixerades till kr. 1·75. Som motiv för denna ändring anfördes, att kustsanatoriernas förvaltningskostnader vore svårbestämbara och alltefter de särskilda anstalternas mer eller mindre rationella skötsel växlande.

Dessa belopp hava sedermera till följd av driftkostnadernas nedgång och behovet av besparing i statsutgifterna av 1923 och 1924 års riksdagar nedsatts till nu gällande belopp. Beträffande sanatorierna och kustsanatorierna hade i statsverkspropositionen till sistnämnda riksdag förordats en längre gående sänkning, men med hänsyn till önskvärdheten av att de bidrag, som beslutades, under den närmaste framtiden lämnades orubbade, ansåg sig riksdagen icke böra helt biträda Kungl. Maj:ts förslag i denna del.

Till *epidemisjukhusens* drift föreslog medicinalstyrelsen ursprungligen, att statsbidrag skulle utgå med hälften av driftkostnaden, dock högst kr. 3·00 per

dag och patient. Vederbörande departementschef ansåg det emellertid vara svårt att erhålla en pålitlig utredning angående driftkostnadens storlek och föreslog därför i 1920 års statsverksproposition ett fixt belopp per underhållsdag av 2 kr., eller samma belopp som för sanatorierna. Riksdagen beslöt i enlighet härmed.

I fråga om *hemmen för kroniskt sjuka* förordade 1920 års sakkunniga, att statsbidrag borde utgå med $^1/_3$ av driftkostnaden, dock högst kr. 1·00; återstående $^2/_3$ skulle bestridas till hälften var av vederbörande landsting och primärkommuner. Departementschefen anslöt sig till samma princip som de sakkunniga men ansåg, att avdrag borde göras för den sjuke tillkommande pensionstillägg enligt allmänna pensionsförsäkringslagen, utgörande c:a 30 öre. Med utgångspunkt härifrån och från en beräknad genomsnittlig driftkostnad av 3 kr. per underhållsdag föreslog departementschefen i proposition till 1927 års riksdag ett statligt driftbidrag av $\left(\frac{3 - 0{\cdot}30}{3}\right) = 0{\cdot}90$ per dag och patient, vilket förslag ock av riksdagen antogs.

Till de *egentliga vanföreanstalternas* kliniker, skol- och uppfostringshem samt yrkesskolor utgingo intill år 1919 fasta bidrag. Därefter infördes glidande bidrag, i huvudsak enligt principen att staten skulle betala hälften av driftkostnaden, medan den andra hälften skulle fördelas med $^2/_3$ å landsting och $^1/_3$ å patienten resp. kommunen. För statens bidrag gällde dock visst maximibelopp. Från och med 1923 återinfördes på riksdagens önskan fasta bidrag, dock med bibehållande av principen, att staten skulle betala ungefär halva driftkostnaden. Med ledning av 1921 års statsbidrag fastställdes driftbidragen till följande belopp:

klinikerna, per dag och patient	2:70
skol- och uppfostringshemmen, per dag och patient	2:50
yrkesskolorna, intern elev per månad	68:—
yrkesskolorna, extern elev per månad	27:—,

allt utgörande 90 % av de år 1921 utgående bidragen. Dessa belopp hava sedermera, med hänsyn till den allmänna prissänkningen och nödvändigheten att spara på statens medel, av 1924 års riksdag nedsatts till nu gällande belopp.

Även till grund för det fasta bidraget till poliklinikerna har legat principen, att staten borde bestrida ungefär halva driftkostnaden.

Vad slutligen angår det fixa bidraget till *Eugeniahemmet* har detta huvudsakligen tillkommit för att bereda fattigvårdssamhälle rätt att av vederbörande landsting utfå gottgörelse för utgiven vårdavgift för å hemmet intagen medellös patient. Jämlikt 41 § fattigvårdslagen gäller nämligen denna rätt endast beträffande fattiga, som intagits å *statsunderstödd* vanföreanstalt.

Efter denna översikt över gällande grunder för statsbidrag till den slutna sjukvården övergår kommittén till att diskutera och framlägga förslag till nya

eller ändrade statsbidrag på förevarande område och behandlar härvid först byggnadsbidragen, därnäst driftbidragen och liknande bidrag samt till sist resebidragen. I anslutning till byggnadsbidragen framlägger kommittén förslag till grunder för återbetalning av sådant bidrag i vissa fall.

A. Förslag till nya eller ändrade grunder för byggnadsbidrag och återbetalning av sådant bidrag.

Behovet av bidrag.

I olika kapitel angående den slutna sjukvårdens nuvarande organisation och utveckling har kommittén påpekat en del behov och önskemål med avseende på olika sjukvårdsgrenars utbyggande och tillgodogörande för befolkningen. Kommitténs förslag eller förord i dessa delar avse emellertid icke något obligatoriskt åläggande för vederbörande huvudmän och äro i allmänhet ställda på lång sikt. Detsamma gäller i viss mån även de förslag till överflyttningar av sjukvårdsuppgifter från primärkommuner till landsting, som i kap. 20 framlagts. Vid sådant förhållande synes det kommittén vara principiellt riktigast och ur rationaliseringssynpunkt lämpligast, att kostnaderna för erforderliga nybyggnader och utvidgningar resp. inlösningar vad angår sjukhus, som drivas av landsting och icke-landstingsstäder, bestridas av vederbörande huvudmän, i den mån ej för vissa sjukvårdsgrenar redan enligt gällande bestämmelser statsbidrag utgår. Med den lättnad i utgiftsbördan för landsting och icke-landstingsstäder, som ett genomförande av i kap. 20 föreslagna kostnadsöverflyttningar till staten skulle innebära, och med de ökade driftbidrag, kommittén nedan föreslår, torde ifrågavarande kostnader för dessa huvudmän icke heller bli alltför betungande.

Vad åter angår utbyggandet av den av vissa enskilda huvudmän handhavda starkt centraliserade vården, främst kustsanatorie- och vanförevården ävensom Welanderhemsvården, synes som regel ett mera verksamt understöd från statens sida framdeles icke kunna undvaras. Detsamma gäller de s. k. folksanatorierna. En dylik medverkan står jämväl i god överensstämmelse med de allmänna principer för den slutna sjukvårdens finansiering, som av kommittén i kap. 19 framlagts. Att för statens medverkan till denna vårds utbyggande fastställa några generella normer motsvarande dem, som för närvarande gälla vissa länsvis eller kommunalt organiserade vårdgrenar, torde med hänsyn till den ringa omfattningen av nybyggnadsbehovet och huvudmännens olikartade ekonomiska ställning knappast kunna ifrågakomma, utan synes vederbörande huvudman, liksom hittills, lämpligen böra för varje särskilt fall göra den framställning i ämnet, som omständigheterna påfordra. För kustsanatoriernas del har emellertid 1928 års riksdag funnit önskvärt, att mera enhetliga regler kunde vinna tillämpning vid beviljande av statsbidrag till erforderliga nybyggnader. Kommittén skall nedan, sedan kommittén granskat gällande bestämmelser för byggnadsbidrag till lungtuberkulosanstalter, epidemisjukhus, hem för kroniskt sjuka och ödemarkssjukstugor, i ett sammanhang behandla byggnadsbidragen till samtliga vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos och därvid återkomma till det av riksdagen väckta spörsmålet.

Reglering av vissa gällande maximibelopp.

Som gemensam norm för byggnadsbidrag av statsmedel till »tuberkulossjukvårdsanstalter», varmed närmast avses alla slags *lung*tuberkulosanstalter utom folksanatorierna, ävensom till epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka angiva gällande bestämmelser, att staten skall bidraga med högst hälften av vederbörande huvudmans kostnader för uppförande, inrättande eller inlösen av nämnda anstalter, varjämte till förhindrande av alltför kostsamma anläggningar och inköp fastställts vissa maximibelopp för bidragen, olika för olika slag av anstalter. Det har härvid väckt kommitténs uppmärksamhet, att maximibeloppet för uppförande av tuberkulosanstalter satts 500 kr. lägre än motsvarande belopp för epidemisjukhusen. I syfte att utröna, huruvida denna skillnad har sin motsvarighet i de verkliga byggnadskostnaderna, ävensom i övrigt utreda, i vad mån de fastställda maximibeloppen med hänsyn till nuvarande förhållanden kunna anses väl avvägda, har kommittén, som intet har att erinra mot den primära grundprincipen för ifrågavarande statsbidrag, granskat tillgängligt material och därvid kommit till följande resultat.

Utredning.

Enligt »Meddelande från svenska nationalföreningen mot tuberkulos», nr 7 år 1931, har beträffande 23 under åren 1923—1931 öppnade lungtuberkulosanstalter hälften av byggnadskostnaden i icke mindre än 20 fall (87 %) överstigit maximibeloppet eller 2 000 kronor per vårdplats. Frånräknas två sanatorier (A-anstalter) med en kostnad per plats av omkring 16 150 resp. 10 300 kronor, erhålles en genomsnittlig kostnad för 21 B-anstalter av omkring 6 400 kronor per vårdplats. Av dessa anstalter hava 8 bygdesanatorier dragit en medelkostnad av 7 250 kronor. För återstående B-anstalter utgjorde medelkostnaden c:a 5 000 kr. per plats. Maximibeloppet för statsbidrag har alltså beträffande samtliga B-anstalter motsvarat mindre än $^1/_3$ av verkliga byggnadskostnaderna och för A-anstalterna mindre än $^1/_5$ av samma kostnader.

I fråga om epidemisjukhusen har utrönts, att för 37 nyuppförda epidemisjukhus och epidemiavdelningar vid sjukstugor, samtliga godkända under tiden $^1/_1$ 1927—$^{29}/_2$ 1932, hälften av byggnadskostnaden per vårdplats i 27 fall (73 %) överstigit maximibeloppet för statsbidraget 2 500 kronor. För samtliga 37 fall belöpte sig den genomsnittliga byggnadskostnaden till 5 700 kronor per plats. Härvid har icke medräknats epidemisjukhuset i Bäckefors, som dragit en kostnad av icke mindre än 13 557 kronor per vårdplats. I 4 fall, där inlösen ägt rum, översteg hälften av lösesumman per vårdplats maximibeloppet för statsbidrag av 1 000 kronor; den genomsnittliga lösesumman uppgick till c:a 3 900 kronor. Även för ifrågavarande slag av vårdanstalter har statsbidraget alltså i stort sett icke räckt till att täcka hälften av kostnaderna för uppförandet eller inlösen av anstalterna. Skillnaden har dock beträffande de nyuppförda sjukhusen i genomsnitt varit relativt obetydlig (c:a 350 kr.).

Vad slutligen angår hemmen för kroniskt sjuka har kommittén inhämtat, att av de 65 fall, i vilka fullt statsbidrag utbetalts t. o. m. februari 1932, hälften av kostnaden per plats i 49 fall översteg de fastställda maximibeloppen. Om man undantager två hem, vars uppförande dragit en kostnad av icke mindre än 7 295 och 9 535 kronor per vårdplats, uppgick den genomsnittliga kostnaden per plats för samtliga återstående 63 hem till följande belopp:

vid uppförande av ny byggnad 3 465 kronor,
vid inköp av byggnad 2 339 kronor samt
vid om- eller tillbyggnad av i vederbörandes ägo befintlig byggnad, som ej av vederbörande uppförts eller inköpts för att användas till hem för kroniskt sjuka, 1 574 kronor.

Icke heller för ifrågavarande anstalter har således statsbidraget i genomsnitt uppgått till hälften av kostnaden för platsernas inrättande, men skillnaden är även här förhållandevis obetydlig.

Kommittén.

Den sålunda verkställda undersökningen kan sägas giva vid handen, att maximibeloppen i stort sett varit väl avvägda beträffande *epidemisjukhusen och hemmen för kroniskt sjuka*, om man undantager de fall, där inlösen av epidemisjukhus ägt rum. De faktiska kostnaderna kunna väl motivera någon höjning av maximibeloppen över lag, men då enligt kommitténs förmenande epidemisjukvården med undantag för ett län kan sägas vara fullt utbyggd samt det i fråga om hemmen för kroniskt sjuka är av särskild vikt, att enkelhet och sparsamhet iakttages vid hemmens inrättande, anser sig kommittén icke böra förorda en dylik generell höjning.

Däremot vill kommittén föreslå en reglering av det för inlösen av epidemisjukhus fastställda beloppet, 1 000 kr. Detta belopp utmättes ursprungligen med tanke på att det i vissa fall kunde vara lämpligt för landstingen att vid organiserandet av sin epidemisjukvård övertaga redan befintliga primärkommunala epidemisjukhus. Med den utbyggnad epidemisjukvården nu vunnit torde en dylik inlösen icke vidare ifrågakomma. Emellertid har, som i kap. 9 nämnts, i åtskilliga epidemidistrikt en strävan att i möjligaste mån koncentrera epidemisjukvården gjort sig gällande, och det kan härvid stundom tänkas vara förmånligt att samtidigt med nedläggande av två eller flera mindre epidemisjukhus för epidemisjukvården taga i anspråk en redan befintlig, centralt belägen större byggnad, som förut tjänat annat ändamål. Även om byggnaden ifråga icke tillhör huvudmannen utan måste inköpas, torde kostnaden per vårdplats bli betydligt lägre än vid uppförande av nybyggnad och alltså göra en sänkning av maximibeloppet för statsbidraget berättigad. Med tillämpning av de grunder, som härutinnan gälla beträffande hem för kroniskt sjuka och vilka vid den ovan av kommittén verkställda undersökningen befunnits väl avvägda, synas kommittén maximibeloppen per vårdplats lämpligen kunna fastställas till 1 750 kr. vid inköp av byggnad och 1 250 kr. vid användande av i vederbörande huvudmans ägo befintlig byggnad, dock att statsbidraget icke får överstiga i det förra fallet hälften av köpesumman jämte kostnaden för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten samt i det senare fallet hälften av kostnaden för erforderliga om- och tillbyggnadsarbeten.

Vad härefter angår *lungtuberkulosanstalterna* torde maximibeloppet för statsbidraget knappast stå i den proportion till byggnadskostnaderna, som avsett varit. Detta gäller främst A-anstalterna men även B-anstalterna. En generell höjning av maximibeloppet för byggnadsbidrag till ifrågavarande anstalter torde alltså få anses i och för sig berättigad och detta i proportionsvis högre grad för A-platser än för B-platser. Med uppförande av de planerade

sanatorierna i Uppsala och Hälsingborg kan emellertid, såsom i kap. 6 framhållits, landets behov av A-platser sägas vara för det närvarande väl tillgodosett, åtminstone vad angår vuxna lungtuberkulösa. Däremot föreligger enligt kommitténs utredningar behov av B-platser i flertalet sjukvårdsområden samt i viss utsträckning även av A-platser för barn. Frågan om en höjning av gällande maximibelopp torde därför närmast böra ses mot bakgrunden av nu nämnda platsbehov. Kommittén har vid övervägande av denna fråga för sin del funnit önskvärt, att till stimulerande av intresset för dylika platsers inrättande maximibeloppet för statsbidraget höjes så, att det i stort sett komme att motsvara hälften av byggnadskostnaderna. Med denna utgångspunkt synes kommittén maximibeloppet lämpligen kunna sättas till 2 500 kr., d. v. s. hälften av den lägsta genomsnittliga kostnaden per plats för de under åren 1923—1931 inrättade B-anstalterna, vilka anstalter enligt kommitténs mening i huvudsak fylla berättigade krav på en lungtuberkulosanstalt av B-typ. Beloppet kan möjligen synas väl lågt i fråga om A-platser för barn. Då emellertid enligt kommitténs uppfattning dessa platser böra förläggas i anslutning till redan befintliga A-platser för vuxna och vid sådant förhållande kostnader för ekonomibyggnader och dylikt som regel torde kunna undvikas samt man även i övrigt bör kunna räkna med lägre platskostnader för barn än för vuxna, har kommittén ansett sig kunna stanna vid att förorda nämnda maximibelopp även för ifrågavarande A-platser. Med en fixering av maximibeloppet till 2 500 kronor per plats skulle ock överensstämmelse vinnas med det för motsvarande bidrag till epidemisjukhus fastställda maximibeloppet.

Vad nu sagts gäller uppförande av nybyggnad för lungtuberkulossjukvård. Att för ifrågavarande ändamål taga i anspråk en redan befintlig byggnad har hittills knappast varit aktuellt och något särskilt maximibelopp för statsbidrag till sådant ändamål finnes ej heller fastställt. Vid utarbetandet av sin plan för lungtuberkulossjukvårdens tillgodoseende har kommittén emellertid (jfr kap. 6) utgått ifrån, att erforderliga B-platser i åtskilliga fall skulle kunna vinnas genom att för ändamålet använda redan befintliga byggnader av lämplig beskaffenhet. Kommittén har ock räknat med att kostnaderna för B-platsers inrättande skulle i dessa fall ställa sig avsevärt billigare och att förty maximibeloppet för statsbidraget skulle kunna sättas väsentligt lägre än vid uppförande av nybyggnad. Ifrågavarande maximibelopp torde lämpligen kunna fastställas till samma belopp som föreslagits beträffande epidemisjukhusen, d. v. s. 1 750 kronor vid inköp av byggnad och 1 250 kronor vid användande av en i vederbörande huvudmans ägo befintlig byggnad. I intetdera fallet bör — liksom beträffande epidemisjukhusen och hemmen för kroniskt sjuka — statsbidraget få överskrida hälften av kostnaderna för byggnadernas iordningställande, däri inbegripen eventuellt erlagd köpeskilling.

Förhöjda bidrag till lungtuberkulosanstalter i vissa sjukvårdsområden.

Vid avvägande av ovan föreslagna maximibelopp för statsbidrag till tuberkulosanstalter har kommittén närmast tagit sikte på förhållandena inom riket i stort sett. Emellertid har lungtuberkulosen inom vissa av landets sjukvårdsområden, särskilt de norrländska, erhållit en osedvanligt stor utbredning och därmed för dessa områden framkallat ett i förhållande till riket i övrigt opro-

portionerligt stort behov av vårdplatser för lungtuberkulösa. Nämnda omständighet i förening med ifrågavarande områdens ofta svaga ekonomi har, på sätt textbilaga 10 närmare utvisar, föranlett riksdagen att för vissa tuberkulosanstalter i de tre nordligaste länen, där platsbehovet varit mest trängande, bevilja ett avsevärt förhöjt byggnadsbidrag. Så ha bl. a. för ett stort antal A-platser i såväl Norrbottens som Jämtlands län medgivits byggnadsbidrag med ända upp till 5 000 kronor per plats samt för visst antal B-platser i Västerbottens län ett till 2 500 kronor förhöjt byggnadsbidrag per plats, i sistnämnda fall dock begränsat till högst hälften av byggnadskostnaden.

Kommittén finner för sin del ett förhöjt byggnadsbidrag till områden med särskilt stark tuberkulosfrekvens icke vara mer än billigt med hänsyn till dessa områdens proportionsvis större kostnader för tuberkulosens bekämpande. Härtill kommer, att områdena ifråga åtminstone för närvarande tillhöra de mest skattetyngda i riket och att det på den grund synes kommittén tveksamt, huruvida ett fortsatt utbyggande av tuberkulosvården därstädes ens är möjligt utan förhöjning av statsbidraget. Kommittén vill därför förorda, att en dylik förhöjning i princip medgives.

Var gränsen skall dragas för rätt till förhöjt bidrag kan givetvis diskuteras. Utgår man från tuberkulosdödligheten såsom varande den enda kända tillförlitliga mätaren på tuberkulosfrekvensen och granskar tuberkulosdödligheten i rikets sjukvårdsområden under tiden 1926—1930, sådan denna ter sig i tabell 57, finner man, att lungtuberkulosen fått en avsevärd spridning icke blott i de norrländska länen utan även inom Blekinge, Kalmar och Gotlands län. Kommittén anser emellertid, att under nuvarande förhållanden tillräckliga skäl icke finnas för förhöjt statsbidrag, därest icke medeltalet för tuberkulosdödligheten i länet under den senaste femårsperioden, för vilken officella (även preliminära) siffror föreligga, med mer än 25 % överstiger medeltalet för riket under samma period. Är åter detta fallet, torde förhöjt bidrag böra utgå på så sätt, att områden, vars tuberkulosdödlighet med mer än 25 men ej 50 % överstiger rikets medeltal, må åtnjuta förhöjning med 500 kronor vid uppförande av nybyggnad och 250 kronor vid användande av redan befintlig byggnad samt övriga områden en förhöjning med ytterligare 500 resp. 250 kronor, allt per vårdplats, dock att i intet fall statsbidraget må överstiga verkliga kostnaden för platsernas inrättande.

Enligt dessa grunder skulle, vid jämförelse med riket i övrigt, maximibeloppen för statsbidrag till ifrågavarande ändamål ställa sig sålunda:

Ändamål	Riket i allmänhet kr.	Västernorrland Jämtland Västerbotten kr.	Norrbotten kr.
för nybyggnad	2 500	3 000	3 500
vid inköp av byggnad	1 750	2 000	2 250
för i vederbörandes ägo befintlig byggnad .	1 250	1 500	1 750

Dessa siffror beteckna emellertid som nämnts maximibelopp, vilka endast gälla, därest i de fyra norrländska länen verkliga kostnaden för platsernas inrättande och i riket i övrigt hälften av denna kostnad uppgår till nämnda belopp. Beloppen synas kommittén vara fullt tillräckliga för att effektivt underlätta tillkomsten av erforderliga B-platser ävensom A-platser för barn i riket. Skulle mot kommitténs förmodan framdeles uppstå behov av ökat antal A-platser för vuxna, torde, därest vederbörande huvudman icke ser sig i stånd att med sålunda föreslagna statsbidrag inrätta erforderliga platser, framställning om ytterligare förhöjning böra göras i varje särskilt fall. Att för dessa platser fastställa en generell, mot verkliga byggnadskostnaderna svarande ytterligare höjning av maximibeloppet torde icke böra ifrågakomma, enär staten därigenom skulle kunna uppmuntra till ett fortsatt utbyggande av A-platser i stället för B-platser.

Bidragen till ödemarkssjukstugorna.

Återstå så byggnadsbidragen till ödemarkssjukstugorna. Enligt det till grund för dessa bidrag liggande förslaget avse grundbeloppen att täcka kostnaden för läkarrum och operationsrum med tillhörande utrustning, medan det för varje vårdplats å allmän avdelning fastställda beloppet, 3 000 kr., skulle motsvara ungefär halva byggnadskostnaden för avdelningen, om denna kostnad fördelades på avdelningens samtliga vårdplatser. För tuberkulosavdelning vid ödemarkssjukstuga skulle utgå bidrag enligt de för tuberkulosanstalt i allmänhet gällande grunderna. För bedömande av huruvida ifrågavarande belopp äro väl avvägda har kommittén icke haft tillräckligt material till sitt förfogande. Med tillhjälp av vissa i medicinalstyrelsen förda anteckningar har kommittén emellertid beträffande sex under åren 1927—1933 godkända ödemarkssjukstugor funnit, att sedan de för läkar- och operationsrummen avsedda grundbeloppen avdragits och återstående kostnad fördelats lika å allmän avdelning och tuberkulosavdelning, kostnaden per vårdplats uppgått i fyra fall till c:a 5 500 och i övriga två fall till 8 000 resp. 10 400 kr. Medelkostnaden per vårdplats utgjorde för dessa sex sjukstugor c:a 6 600 kr.

Vad sålunda framkommit giver kommittén näppeligen anledning att föreslå någon ändring i det för vårdplats å allmän avdelning fastställda maximibeloppet, helst som ifrågavarande vård i det närmaste kan anses vara i erforderlig omfattning utbyggd. Att märka är för övrigt, att en tillämpning av ovan förordade grunder för byggnadsbidrag till tuberkulosanstalter skulle i stort sett medföra utjämning av hittillsvarande, enligt kommitténs förmenande obefogade skillnad i byggnadsbidragen till allmän avdelning och tuberkulosavdelning vid ödemarkssjukstuga.

Reglering av rätten till bidrag.

I det föregående har kommittén i olika sammanhang och på anförda skäl bestämt betonat önskvärdheten av att vissa grenar av den slutna sjukvården, där så ej redan skett, i möjligaste mån utbyggas av landstingen och de med dem jämställda städerna samt att förty ett utbyggande av vården genom i landsting deltagande primärkommuners eller genom för ändamålet bildade kommunalförbunds försorg i motsvarande grad begränsas. Detta gäller främst den allmänna lasarettsvården och lungtuberkulosvården men i väsentlig mån även den kroniska sjukvården. Som en konsekvens härav vill kommittén i första

hand föreslå, att i landsting deltagande primärkommuner ävensom kommunalförbund för framtiden avstängas från de möjligheter till byggnadsbidrag för ödemarkssjukstugor och lungtuberkulosanstalter, som gällande bestämmelser medgiva.

På den kroniska sjukvårdens område åter ställa sig förhållandena något annorlunda. Vinner skatteutjämningsberedningens förslag om obligatorisk överflyttning på landstingen av fattigvården och den därtill anslutna sjukvården statsmakternas bifall, följer därav utan vidare, att såväl kommuner, vilka deltaga i landsting, som kommunalförbund böra avstängas från byggnadsbidrag till hem för kroniskt sjuka. I motsatt fall torde man med hänsyn till de särskilda förhållandena på ifrågavarande område böra vid en begränsning av bidragsrätten framgå med större försiktighet än beträffande förenämnda vårdgrenar. För de landstingsområden, där landstinget icke är villigt att helt omhändertaga vården av de kroniskt sjuka eller landstingslinjen av annan anledning icke kan ifrågakomma, bör sålunda möjlighet till byggnadsbidrag hållas öppen även för andra huvudmän, främst för kommunalförbunden men även, såsom en nödfallsåtgärd, för primärkommuner.

För att emellertid i möjligaste mån undvika de olägenheter, som enligt vad i kap. 13 påpekats ur olika synpunkter äro förenade med smärre primärkommunala hem, vill kommittén såsom villkor för byggnadsbidrag till blivande hem för kroniskt sjuka förorda, att hemmet skall inrymma visst minimiantal vårdplatser. Kommittén inser visserligen, att på grund av den växlande befolkningstätheten svårigheter kunna möta att fastslå en bestämd sådan siffra. Kunde man taga hänsyn endast till rena sjukvårdssynpunkter, borde den bliva 25, vilket motsvarar den enhet inom större sjukvårdsanstalter, som visat sig vara väl avpassad för en skolad sjuksköterska såsom närmast ansvarig för vården. Med hänsyn till behovet av erforderliga bilokaler, såsom toalett-, bad- och sköljrum m. m., har en avdelning av denna omfattning jämväl visat sig ekonomiskt fördelaktig beträffande såväl drift som anläggning. Denna minimisiffra torde dock kunna tillämpas endast i folkrika trakter. I glesare befolkade områden kan en sådan bestämmelse leda till en för stark centralisation av vården. Siffran bör därför i någon mån reduceras, förslagsvis till 18. Av försiktighetsskäl torde härjämte vederbörande myndighet böra medgivas rätt att för byggnadsbidrag godkänna jämväl mindre hem, om särskilda förhållanden tala härför, såsom ringa folktäthet eller möjlighet att genom omändring av befintlig byggnad åstadkomma ett hem för en synnerligen låg kostnad m. m.

Till underlättande av den kroniska sjukvårdens utbyggande efter landstingslinjen eller, därest denna icke är framkomlig, kommunalförbundslinjen vill kommittén tillika ifrågasätta, huruvida icke i sådana landstingsområden, där primärkommunerna redan tagit så stor del av det statsbidragsberättigade platsantalet i anspråk, att en rationell uppdelning av vården ej kan åstadkommas inom ramen för det medgivna kvottalet, vederbörande landsting eller kommunalförbund borde medgivas möjlighet att erhålla statsbidrag för ifrågavarande ändamål, oavsett om det medgivna kvottalet därigenom skulle överskridas. Det

kan härvid erinras, att en hemställan i liknande syfte gjordes av svenska landstingsförbundets styrelse i dess yttrande över medicinalstyrelsens i kap. 13 omnämnda förslag till fordringar å anstalter för kroniskt sjuka.

Reglering av bidragsbestämmelserna i övrigt.

Beträffande gällande bidragsbestämmelser i övrigt vill kommittén framhålla följande:

Stad utanför landsting äger för närvarande icke åtnjuta statsbidrag till flera vårdplatser för tuberkulösa än 1 per 1 000 invånare. En liknande begränsning gällde tidigare i princip även för landstingens del men borttogs vid 1921 års riksdag i syfte att möjliggöra ett efter behovet mera smidigt anpassat utbyggande av vården i de olika landstingsområdena. Bibehållandet av ifrågavarande begränsning för storstädernas del ansågs främst motiverat av dessas större ekonomiska bärkraft men framhölls även den väsentliga ökning i statens utgifter för den slutna tuberkulosvårdens drift, som skulle bli följden av borttagande av begränsningen jämväl i denna del. Dessa motiv äga väl som sådana alltjämt sin giltighet. Med kommitténs principiella inställning till frågan om lämpligaste sättet för en utjämning av de lokala huvudmännens olikstora ekonomiska bördor kan emellertid kommittén för sin del icke tillmäta nämnda motiv sådant värde, att de berättiga till ett bibehållande av förevarande skillnad mellan landsting och icke-landstingsstäder. Härtill kommer, att begränsningen ifråga kan tänkas lägga hinder i vägen för ett utbyggande i erforderlig omfattning av B-platsvården och därmed för en rationell uppdelning av de sjuka på A- och B-platser. Särskilt ur sistnämnda synpunkt finner kommittén angeläget, att begränsningen borttages och likställighet införes mellan landsting och icke-landstingsstäder.

Vidare finner kommittén önskvärt, att likformighet införes beträffande statsbidrag till anordnande av isoleringsplatser. Vid beviljande av byggnadsbidrag till epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka har hittills, enligt vad för kommmittén upplysts, bidrag oftast beräknats även för dylika platser, medan så icke skett beträffande lungtuberkulosanstalter och ödemarkssjukstugor. Något bärande skäl, varför statsbidrag icke skulle utgå för erforderliga isoleringsplatser vid samtliga här nämnda slag av anstalter, torde knappast kunna anföras, därest åt medicinalstyrelsen anförtros att bestämma det antal isoleringsplatser, som i varje särskilt fall anses erforderligt.

Vid uträknande av byggnadskostnaderna för epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka må utgifter för tomt eller inventarier ej inberäknas. För »tuberkulossjukvårdsanstalter» finnes däremot endast angivet, att utgifter för tomt ej må medtagas. Ehuru enligt praxis utgifter för inventarier ej heller inberäknas för sistnämnda anstalter, torde även formell överensstämmelse härutinnan böra införas.

Den för bidrag till »tuberkulossjukvårdsanstalter» och ödemarkssjukstugor föreskrivna förbindelsen att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande i framtiden använda anstalten till annat än det därmed avsedda ändamålet synes, i analogi med villkoren för bidrag till epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka, böra fullständigas att avse *dels* förbud mot att utan Kungl. Maj:ts medgivande nedlägga anstalten, *dels ock* förpliktelse att, därest an-

stalten nedlägges eller användes för annat än det därmed avsedda ändamålet, återbära uppburet statsbidrag eller så stor del därav, som Kungl. Maj:t bestämmer. I samband härmed vill kommittén ifrågasätta, huruvida icke, med anledning av vad i kap. 9 anförts angående användande av epidemisjukhus för vård av vissa andra än i epidemilagens 2 § 1 mom. angivna sjukdomsfall, den för byggnadsbidrag till dessa sjukhus stadgade förbindelsen torde böra kompletteras med en allmän föreskrift av innebörd, att densamma ej utgör hinder för användande av epidemisjukhus helt eller delvis till vård av personer, lidande av dessa andra sjukdomar, på villkor att därigenom plats icke upptages till förfång för i epidemilagens 2 § 1 mom. angivna sjukdomsfall samt att betryggande anordningar vidtagas till förhindrande av att smitta, härrörande från ifrågavarande sjukdomar, överföres till andra å epidemisjukhuset intagna sjuka eller tvärtom.

Kommittén finner ock det vara en onödig omgång, att byggnadsbidrag till lungtuberkulosanstalt skall utbetalas av statskontoret, sedan medicinalstyrelsen dit överlämnat bevis om anstaltens godkännande och granskning av räkenskaperna över byggnadskostnaden. Liksom beträffande byggnadsbidrag till epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka bör enligt kommitténs åsikt medicinalstyrelsen lämpligen vara utbetalande myndighet jämväl för byggnadsbidrag till lungtuberkulosanstalt. Föreskriften i kungörelsen den 15 juni 1923, nr 227, att bidrag till uppförande och inrättande av ödemarkssjukstugor skola utbetalas av vederbörande länsstyrelser, torde däremot böra bibehållas. I samband härmed må erinras, att de i samma kungörelse avhandlade bidragen till förhyrande av lokal för provisoriskt sjukhärbärge tidigare utbetalats av medicinalstyrelsen men att denna skyldighet sedermera överflyttats till länsstyrelserna.

Slutligen vill kommittén, särskilt med hänsyn till vikten av ett ändamålsenligt utbyggande av lungtuberkulosvården och hemmen för kroniskt sjuka, såsom allmänt villkor för byggnadsbidrag föreslå, att vederbörande anstalt skall ingå som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för vårdens tillgodoseende i sjukvårdsområdet.

Fråga om enhetliga regler för bidrag till vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos.

Gällande kungörelse om byggnadsbidrag till »tuberkulossjukvårdsanstalter» tager, som nämnts, främst sikte på lungtuberkulosens bekämpande. Då vid 1908 års riksdag för första gången framlades förslag om byggnadsbidrag till »tuberkulossjukvårdsanstalter», uttalade emellertid föredragande departementschefen, att även kustsanatorier och kustsjukhus borde av staten understödjas, ehuru frågan om byggnadsbidrag till dylika anstalter borde i varje fall göras till föremål för riksdagens särskilda prövning, ett uttalande, som av riksdagen lämnades utan erinran. Såsom i textbilaga 10 närmare berörts, har ock riksdagen vid olika tillfällen av anslaget till bidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter beviljat statsbidrag till vissa byggnadsarbeten m. m. vid kustsanatorierna vid Apelviken, Barkåkra och å Styrsö ävensom till uppförande av två andra anstalter för vård av kirurgisk tuberkulos (Solhem och Ljunghusen). Beträffande sistnämnda anstalter hava härvid de för lungtuberkulosanstalter fastställda bidragsgrunderna tillämpats,

men för förstnämnda tre kustsanatorier hava under olika tider olika grunder kommit till användning. Totala statsbidragsbeloppet per anstalt har visserligen icke ansetts böra överstiga halva *totala* byggnadskostnaden och ej heller 2 000 kronor per vårdplats, men statsbidraget har stundom bestämts till $^2/_3$, stundom till $^1/_2$ av kostnaderna, och någon gång har anslag beviljats för täckande av ett trängande behov i dess helhet. Statsbidrag hava beviljats ej blott för verkliga nybyggnadsarbeten utan även för ombyggnader och reparationer och i viss utsträckning även till för sjukvården erforderliga inventarier.

1928 års riksdag.

Som ovan antytts har 1928 års riksdag, i samband med behandlingen av vissa Kungl. Maj:ts förslag om statsbidrag för arbeten vid tvenne kustsanatorier, framhållit önskvärdheten av att enhetliga regler komme till användning vid beviljande av statsbidrag till samtliga anstalter av ifrågavarande kategori. Det borde sålunda enligt riksdagens mening fastslås, i vilken mån och efter vilka grunder statsbidrag måtte utgå till dessa anstalter. Riksdagen hade efter övervägande för sin del kommit till den uppfattningen, att de regler, som stadgats i gällande kungörelse angående byggnadsbidrag till »tuberkulossjukvårdsanstalter», även borde i huvudsak tillämpas i fråga om kustsanatorierna, givetvis med hänsynstagande till det dittills befintliga antalet vårdplatser och beviljade statsbidrag. Riksdagen förklarade sig vidare finna med billigheten överensstämmande, att statsbidrag finge utgå icke blott för nyanskaffade platser utan även för de redan befintliga — däri inberäknade s. k. sommarplatser med vederbörlig reduktion samt isoleringsplatser — med avdrag av redan erhållet statsbidrag.

Medicinalstyrelsen.

Med anledning av detta riksdagens uttalande uppdrog Kungl. Maj:t genom beslut den 4 maj 1928 åt medicinalstyrelsen att under iakttagande av vad riksdagen sålunda anfört uppgöra och till Kungl. Maj:t inkomma med förslag till enhetliga bestämmelser rörande statsbidrag för uppförande eller inrättande av kustsanatorier och därmed jämförliga anstalter. Till fullgörande av detta uppdrag avgav medicinalstyrelsen den 18 oktober 1928 underdånigt utlåtande, vari styrelsen anförde bland annat följande:

»Likaväl som vanföreanstalterna hava kustsanatorierna kommit till stånd och förts fram till sin nuvarande ståndpunkt genom enskilda föreningars — eller snarare enskilda personers — energi och hänförelse. Det skall icke kunna förnekas, att denna från enskilda kommande insats varit av stor betydelse för det allmänna; statsmakterna hava, såsom av föregående översikt framgår, även ställt sig i hög grad förstående och stödjande. Den småningom skeende utvecklingen från en ringa början till anstalternas nuvarande omfattning har naturligtvis vållat en del olägenheter, bl. a. bestående i bristande enhetlighet och planmässighet i byggnadsarbetena. De erfarenheter, som småningom vunnits, hava i en del fall nödvändiggjort förbättringar och omändringar av tidigare utförda anläggningar. Att utarbeta fullt enhetliga principer för fortsatt statsbidrag till kustsanatoriernas hädanefter erforderliga byggnadskostnader synes därför under nuvarande förhållanden knappast vara möjligt.»

Efter att ha erinrat att några nybyggnader för anskaffande av nya vårdplatser knappast vore att förvänta men att däremot ej obetydliga ombyggnads-

och moderniseringsarbeten vid åtminstone två av kustsanatorierna vore oundgängliga, därest de överhuvud taget skulle kunna fortsätta sin verksamhet, yttrade styrelsen vidare:

»Därest enhetliga grunder anses böra fastställas för statsbidrag för anordnande av vårdplatser på kustsanatorierna och därvid full likställighet skall tillämpas mellan de särskilda anstalterna, jämväl med hänsyn till de statsbidrag av dylikt slag, som redan utgått till dessa anstalter, synes det styrelsen vara rättvist, att statens ifrågavarande bidrag bestämmes till det belopp, vartill kostnaden för anordnande av dylika platser uppgår, dock högst till 2 000 kronor för vårdplats, varvid emellertid vårdplats, som hålles tillgänglig allenast under viss del av året, endast räknas som så stor del av hel vårdplats som den tid av året, varunder den hålles tillgänglig, förhåller sig till helt år. Sammanlagda beloppet av de statsbidrag av ifrågavarande slag, som utgått eller skola utgå till varje dylik anstalt, bör icke överstiga hälften av sammanlagda byggnadskostnaden för anstalten ifråga. Då emellertid kustsanatorierna ägas och drivas av enskilda föreningar, vilkas ekonomiska resurser äro mera begränsade än de landstings eller med landsting jämställda städers, som äga flertalet övriga statsunderstödda tuberkulossjukvårdsanstalter, synes på ovan angivet sätt fastställda grunder icke böra utgöra hinder för kustsanatorium att i särskilda fall, då så befinnes vara erforderligt, erhålla statsbidrag till utförande av oundgängliga ny- eller ombyggnadsarbeten efter andra för sanatoriet förmånligare grunder.»

Kommittén.

I likhet med medicinalstyrelsen finner kommittén med hänsyn till den utveckling, den slutna vården av kirurgisk tuberkulos genomgått, stora svårigheter föreligga att för fortsatt byggnadsbidrag till denna tillämpa fullt enhetliga grunder. Detta gäller främst tillgodoseendet av A-platsvården men även den slutna konvalescentvård, som enligt kommitténs i kap. 7 framlagda förslag bör utbyggas i anslutning till A-platserna. För A-platsvårdens del torde något direkt behov av enhetliga regler numera icke heller föreligga, då för dess tillgodoseende jämlikt av kommittén verkställd utredning skulle krävas uppförande av endast en eller högst två anstalter utöver de nu befintliga. Beträffande konvalescentvården kan väl fastställande av enhetliga regler på förevarande område sägas vara mera påkallat, men då denna vård bör utbyggas genom samma huvudmän som A-anstalterna och dessa huvudmän med avseende å sin ekonomiska ställning förete väsentliga skiljaktigheter, finner kommittén för sin del lämpligast, att byggnadsbidraget bestämmes från fall till fall. Därvid böra i den mån så ske kan de för lungtuberkulosanstalter ovan föreslagna reglerna vinna tillämpning. Beaktas må tillika, att med en utbyggnad av ifrågavarande vård enligt kommitténs förslag bidrag framdeles icke bör utgå för andra platser än helårsplatser.

Skulle likväl enhetliga regler för byggnadsbidrag till nu nämnda delar av den kirurgiska tuberkulosvården anses böra föreskrivas, synas kommittén de av medicinalstyrelsen angivna riktlinjerna kunna i huvudsak läggas till grund för närmare bestämmelser i ämnet, dock under beaktande av att bidrag endast må utgå för helårsplatser samt att i fråga om maximibelopp och villkor i övrigt största möjliga överensstämmelse vinnes med de bestämmelser, som på grundval av kommitténs förslag kunna komma att framdeles fastställas för byggnadsbidrag till lungtuberkulosanstalter. Med den svaga ekonomiska

ställning, flertalet enskilda huvudmän på området intaga, torde emellertid, därest enligt kommitténs förslag nuvarande landstingsbidrag bortfalla, staten få vara beredd på att i de flesta fall bidraga med hela eller större delen av den erforderliga kostnaden, något som dock, då här är fråga om en för stark centralisation ägnad vård, står i full överensstämmelse med kommitténs i kap. 19 uppdragna allmänna principer för den slutna sjukvårdens finansiering.

Vad åter angår de av kommittén förordade skrofuloshemmen kan, då deras utbyggande närmast avsetts bliva en landstingens och storstädernas angelägenhet samt kostnaderna för deras anordnande av kommittén beräknats ställa sig relativt låga, till en början ifrågasättas, huruvida byggnadsbidrag överhuvud taget bör utgå till desamma. Enligt kommitténs uppfattning är det emellertid av stor vikt för den kirurgiska tuberkulosvårdens rationella ordnande, att skrofuloshem i erforderlig omfattning verkligen komma till stånd. Med hänsyn härtill vill kommittén förorda, att staten till stimulerande av intresset för dylika hems inrättande lämnar ett mindre byggnadsbidrag. Storleken av detsamma synes kommittén kunna fastställas till högst samma belopp, som gälla för byggnadsbidrag till hem för kroniskt sjuka. Kommittén förutsätter härvid, att i första hand redan befintliga byggnader av lämplig beskaffenhet tagas i anspråk för ändamålet och att nybyggnader endast uppföras, där så oundgängligen erfordras.

Återbetalning av byggnadsbidrag.

Slutligen skall kommittén i detta sammanhang till prövning upptaga frågan, i vad mån och efter vilka grunder för sjukvårdsanstalt uppburet byggnadsbidrag bör återbäras, därest sjukhuset icke längre kommer till användande för det ursprungligen avsedda ändamålet.

Förevarande spörsmål har närmast avseende å det fall, att epidemisjukhus eller annat med statsbidrag uppfört sjukhus, vilket icke längre erfordras för sitt ursprungliga ändamål, skall helt nedläggas eller *stadigvarande* upplåtas för annat ändamål. I de fall åter, där med hänsyn till den ringa erfarenheten om det permanenta platsbehovet eller andra omständigheter endast tillfällig (*periodisk*) upplåtelse bör ske, torde någon återbärings- eller ersättningsskyldighet knappast böra ifrågakomma. Kommittén förutsätter dock härvid, att varje upplåtelse av sist nämnt slag icke utsträckes utöver den tid, förhållandena påkalla, och att medicinalstyrelsen, som med den av kommittén föreslagna ordningen för medgivande av periodisk upplåtelse närmast skulle komma att avgöra hithörande frågor, ständigt har sin uppmärksamhet riktad på angelägenheten av att nu antydda gräns icke överskrides.

Som i kap. 9 antytts, ställer sig frågan om återbetalningsskyldigheten för uppburet byggnadsbidrag väsentligen olika, allteftersom sjukhuset skall upplåtas såsom anstalt, för vars uppförande eller inrättande statsbidrag eljest må utgå, eller så icke är fallet. I det förra hänseendet har Kungl. Maj:t beträffande ett flertal epidemisjukhus, som för beständigt upplåtits såsom tuberkulosanstalt eller hem för kroniskt sjuka, medgivit full befrielse från återbetalningsskyldighet av uppburet statsbidrag, oaktat således att statsbidrag skulle ha utgått med lägre belopp, om sjukhuset från början uppförts eller inrättats för det nya ändamålet. Ehuru från statsfinansiell synpunkt

invändningar kunna göras mot full befrielse från återbetalningsskyldighet i dylika fall, tala dock starka billighetsskäl för en sådan befrielse. Kommittén åsyftar härvid främst, att epidemisjukhusens inrättande föranletts av en av statsmakterna beslutad tvångslagstiftning och att det förty icke kan anses vara med rättvisa och billighet förenligt, att, då ett epidemisjukhus icke längre erfordras för sitt ändamål, staten gynnas på vederbörande huvudmans bekostnad, vilket skulle bliva fallet, därest viss del av det uppburna statsbidraget skulle återbäras. Liknande skäl kunna anföras för full befrielse från återbäringsskyldighet även för det fall, att t. ex. en tuberkulosanstalt upplåtes såsom hem för kroniskt sjuka. I fråga om uppförande av tuberkulosanstalter har visserligen icke förelegat samma tvång som beträffande epidemisjukhusen, men staten har dock genom sina bidrag verksamt uppmuntrat tillkomsten av dylika anstalter. Någon risk för att landstingen skola genom uppförande av ett för stort antal epidemisjukhus eller tuberkulosanstalter söka förskaffa sig högre bidrag för t. ex. hem för kroniskt sjuka torde knappast föreligga redan på den grund, att landstingen skulle genom ett sådant förfaringssätt åsamka sig själva onödigt höga byggnadskostnader. Genom en noggrann prövning av platsbehovet har för övrigt den bidragsbeviljande myndigheten möjlighet att förhindra tillkomsten av onödiga anstalter och därmed förebygga missbruk i nu angivet hänseende. Kommittén vill därför förorda, att vid stadigvarande upplåtelse av sjukhus för ändamål, till vilket byggnadsbidrag eljest må utgå, liksom hittills full befrielse från återbäringsskyldighet för uppburet byggnadsbidrag medgives.

Vad åter angår det fall, att ett överflödigt sjukhus upplåtes för icke-byggnadsbidragsberättigat ändamål eller ock helt nedlägges, torde en principiell återbetalningsskyldighet för uppburet byggnadsbidrag stå i full överensstämmelse med allmänna rättsprinciper. Billigheten synes emellertid fordra, att vederbörande huvudman medgives visst avdrag såväl för undergången värdeminskning å byggnaden eller byggnaderna som ock med hänsyn till den omständigheten, att sjukhusets inrättande föranletts av åtgärder från statsmakternas sida. I det förra avseendet har kommittén tagit under övervägande, huruvida det vore lämpligast med ett rent avskrivningsförfarande eller om det belopp, som skall återbäras, borde göras beroende av en föregående värdering av den eller de byggnader, som inrymma anstalten. Kommittén har härvid kommit till den uppfattningen, att, ehuru det senare förfaringssättet torde få anses som det principiellt riktigare, det förra förfaringssättet dock är att förorda såsom varande tekniskt enklare och fritt från det moment av subjektiv uppfattning, som särskilt med hänsyn till svårigheten att uppskatta en för viss sjukvårdande verksamhet uppförd byggnads värde för annat ändamål knappast kan undvikas vid värdering. Genom tillämpande av det sålunda förordade förfaringssättet skulle även de kostnader undvikas, som bleve förknippade med en värdering. En av det förhållandet, att sjukhusets inrättande berott på åtgärder från statsmakternas sida, föranledd avskrivning av det uppburna statsbidragsbeloppet torde lämpligen böra ske efter olika gradering, alltefter som sjukhuset är avsett att avyttras eller att av samme ägare

användas för annat än sjuk- eller hälsovårdande ändamål eller ock att av samme ägare användas för annat sjuk- eller hälsovårdande ändamål än det ursprungliga.

Kommittén vill i nu nämnda hänseenden, beträffande värdeminskningsavdraget i nära anslutning till gällande praxis, förorda följande grunder för avdrag:

a) ett för den värdeminskning, byggnaden eller byggnaderna undergått under tiden för sjukhusets bestånd såsom sådant, beräknat avdrag av *två* procent å statsbidragsbeloppet, om sjukhuset är uppfört av trä, och *en och en halv* procent å samma belopp, om sjukhuset är uppfört av sten, allt för varje helt år, sjukhuset eller, vid till- och ombyggnad, de därigenom vunna platserna efter avsyning och godkännande använts för det vid bidragets beviljande avsedda ändamålet, varvid dock tid, under vilken anstalten resp. de genom till- eller ombyggnad vunna platserna med vederbörligt medgivande tillfälligt kan hava använts för annat byggnadsbidragsberättigat ändamål, må medräknas;

b) ett med hänsyn till det förhållandet, att anstaltens inrättande föranletts av åtgärder från statsmakternas sida, såsom skäligt ansett ytterligare avdrag å det uppburna statsbidragsbeloppet med *tio* procent, då anstalten skall avyttras, med *femton* procent, då anstalten skall av samme ägare användas för annat än sjuk- eller hälsovårdande ändamål, och med *tjugo* procent, då anstalten skall av samme ägare användas för annat sjuk- eller hälsovårdande ändamål än det vid statsbidragets beviljande avsedda.

Med ett tillämpande av dessa grunder skulle varje upplåtande av med statsbidrag inrättat sjukhus för icke-byggnadsbidragsberättigat ändamål medföra förlust för staten. På grund härav torde de föreslagna återbäringsgrunderna böra kompletteras med en föreskrift, att minskning, som ovan sägs, må äga rum endast för såvitt anstalten befinnes icke lämpligen kunna användas såsom sjukvårdsanstalt, till vars uppförande, inrättande eller inlösen statsbidrag eljest må utgå. Avgörandet av hithörande ärenden torde liksom hittills förbehållas Kungl. Maj:t.

B. Förslag till nya eller ändrade driftbidrag och andra liknande bidrag.

Tidigare förslag till ändring av nuvarande driftbidrag.

Inledningsvis må erinras, att Kungl. Maj:t vid 1932 års riksdag föreslog mindre sänkningar av nu gällande belopp för driftbidrag till tuberkulosanstalter, epidemisjukhus, vanföreanstalter och hem för kroniskt sjuka. Sänkningarna ansågos motiverade av det statsfinansiella läget och den nedgång i de allmänna levnadskostnaderna, som inträtt sedan bidragsbeloppen fastställdes. Förslagen ifråga vunno emellertid icke riksdagens bifall. Liksom tidigare (1924) ansåg sig riksdagen böra hävda den uppfattningen, att det ur alla synpunkter måste anses önskvärt, att bidragsbeloppen icke gång efter annan ändrades utan att de bidrag, som beviljats, så långt möjligt vore lämnades orubbade. Nedgången i levnadskostnaderna kunde motivera reducering av statsbidragen endast i den mån densamma motsvarades av en nedgång i anstaltens *totala* driftkostnader, varigenom det statliga driftbidraget komme

att utgöra en högre procentandel av dessa kostnader än vad fallet vore vid tiden, då de nuvarande bidragen fastställdes. Den härutinnan företagna utredningen kunde emellertid icke anses utgöra tillräcklig anledning för ett frångående av de på ifrågavarande områden gällande bestämmelserna. I statsfinansiellt hänseende vore vidare att märka, att en reducering av de statliga driftkostnadsbidragen för viss anstaltsvård icke i någon större mån minskade det allmännas utgifter för ifrågavarande vård utan allenast övervältrade utgifterna från staten till landstingen. Riksdagen erinrade i samband härmed om de stora kostnader för uppförande av olika vårdanstalter av nu ifrågavarande slag, landstingen och kommunerna under de senare åren fått vidkännas och för vilkas täckande amorteringar och räntebetalningar alltjämt återstode. I varje fall borde enligt riksdagens mening någon ändring i gällande grunder icke vidtagas, förrän pågående utredningar på området slutförts.

Även den särskilda granskningsnämnd, som av Kungl. Maj:t tillsattes för att såsom förberedelse till 1933 års statsverksproposition verkställa undersökning rörande förefintliga möjligheter till besparingar och minskningar i statens utgifter, förordade nedsättning i driftbidragen till nyssnämnda anstalter, varvid som huvudskäl åberopades nödvändigheten av att under nuvarande förhållanden ej blott staten utan även landsting, kommuner och enskilda, i den mån de bedreve av staten understödd verksamhet, vinnlade sig om den strängaste hushållning. Uti yttrande i anledning av detta förslag ansåg sig medicinalstyrelsen, som beträffande tuberkulosanstalterna verkställt en närmare undersökning rörande förhållandet mellan statsbidragets storlek och driftkostnaderna, icke böra, bl. a. med hänsyn till den genom utredningen ådagalagda nedgången i driftkostnaderna, motsätta sig de föreslagna sänkningarna. Såväl beträffande tuberkulosanstalterna som epidemisjukhusen reserverade sig dock vederbörande föredragande mot styrelsens utlåtande, varvid betonades, att en nedsättning av bidragets storlek med stor sannolikhet endast komme att betyda en överflyttning av utgifterna från staten till landstingen, enär nedgången i driftkostnaderna under de senare åren berott icke blott på nedgång i levnadskostnaderna utan ock därpå, att besparingar i möjligaste mån redan genomförts. Från landstingshåll underströks ock, att det svåra ekonomiska läget redan tvungit landstingen till vittomfattande besparingsåtgärder och ingående rationalisering på anstaltsdriftens område, samt påpekades, hurusom en nedsättning av statsbidragen skulle under nuvarande förhållanden bliva synnerligen ödesdiger på grund av landstingens genom kristiden starkt försvagade ekonomiska läge och den ytterligare försämring, som komme att inträda genom emotsedd fortsatt nedgång i skatteunderlaget. Med hänsyn till vad sålunda anförts ansåg sig föredragande departementschefen icke kunna förorda förslagets framläggande för 1933 års riksdag utan hemställde i statsverkspropositionen om driftbidrag enligt oförändrade grunder, vilket av riksdagen bifölls.

Kommitténs principiella ståndpunkt.

Kommittén, som jämlikt sina direktiv har att framlägga en ur sjukvårds- och rationaliseringssynpunkt lämplig plan för den slutna kroppssjukvården, att genomföras i den mån det statsfinansiella läget så medgiver, har vid sina

överläggningar i ämnet kommit till den uppfattningen, att staten i syfte att dels underlätta vårdens tillgodogörande för de sjuka och dels möjliggöra en verklig minskning av framför allt landstingens tyngande sjukvårdsutgifter bör åtaga sig vidgade ekonomiska förpliktelser för den slutna kroppssjukvårdens framtida drift. Med hänsyn härtill är kommittén icke beredd att tillstyrka någon generell sänkning av nu utgående driftbidrag, helst som enligt kommitténs förmenande landstingen böra i största möjliga utsträckning uppmuntras till att övertaga av primärkommunerna nu handhavd anstaltsvård. Kommittén förordar i stället, till komplettering av sina i kap. 20 framlagda förslag, nya eller ökade bidrag från statens sida till vissa sjukvårdsgrenar, varvid kommittén till åtlydnad av direktiven samtidigt sökt ernå större enhetlighet och rättvisa beträffande grunderna för driftbidragens utgående än hittills varit fallet ävensom eftersträvat nödiga garantier för effektivitet och för sparsamhet med statens medel.

Allmänt driftbidrag till specialvården vid lasarett?

I fråga om *lasarettsväsendet* har kommittén till en början haft under övervägande, huruvida icke staten borde lämna ett *allmänt* driftbidrag till all vid lasarett eller därmed jämförliga anstalter knuten specialvård. Därigenom skulle ett utbyggande och utnyttjande av denna specialvård i hög grad underlättas, särskilt i hårt skattetyngda landstingsområden, på samma gång som staten skulle beredas ökad möjlighet att befordra en planmässig utveckling av vården. Avsevärda svårigheter möta emellertid att finna enhetliga och i övrigt lämpliga grunder för en begränsning av statsbidraget till specialvårdens olika grenar. Under utredningens gång har ock visat sig, att ifrågavarande specialvård i stort sett kan ordnas länsvis och att förty statens medverkan icke är direkt påkallad av kraven på planmässighet. Kommittén har därför avstått från att framlägga förslag till ett dylikt allmänt driftbidrag.

För driften och utnyttjande av *viss* hithörande specialvård finner sig kommittén dock böra förorda bidrag från statens sida. Detta gäller såväl de av kommittén förordade specialanordningarna för neurokirurgi och behandling av kluven gom som även och framför allt barnbördsvården.

Specialvård för neurokirurgi.

På skäl, som i kap. 3 d) närmare utvecklats, har kommittén förordat, att en specialavdelning för neurokirurgi snarast möjligt inrättas vid statligt kliniskt sjukhus i Stockholm och att i avbidan därpå vården av de neurokirurgiska fallen koncentreras till den av Serafimerlasarettets kirurgiska avdelningar, där behandling för hithörande sjukdomar för närvarande lämnas av specialutbildad läkare. Av lasarettets styresman har kommittén erfarit, att sistnämnda avdelning för att kunna möta de alltmer växande kraven på specialvård för neurokirurgiska sjukdomar måst undergå vissa förändringar i syfte att bereda plats för såväl manliga som kvinnliga patienter ävensom vinna erforderliga operationslokaler. Enär hithörande patienter ofta kräva långvarig övervakning, har ock viss extra personal måst anställas vid avdelningen. Genom nämnda åtgärder har lasarettet förorsakats ökade kostnader, vilka enligt uppgift av styresmannen icke kunna täckas inom ramen för det lasarettet anvisade statsanslaget. Med anledning härav vill kommittén, under hänvisning till de i kap. 19 framlagda allmänna riktlinjerna för den slutna sjukvårdens

finansiering, som sin uppfattning uttala, att då avdelningen avser att i möjligaste mån tillgodose hela landets behov av specialvård för neurokirurgiska sjukdomar, kostnaderna för densammas drift böra, i den mån influtna patientavgifter och avkastningen från för ändamålet tillgängliga fonder icke förslå, täckas av statsmedel. Den årliga merkostnad, staten skulle härigenom åsamkas, lärer ej bli så avsevärd. Vid en full utbyggnad av vården torde denna kostnad, med ledning av från lasarettet inhämtade uppgifter, kunna approximativt uppskattas till omkring 25 000 kr.

Specialvård för kluven gom.

I förenämnda kapitel 3 d har kommittén jämväl framhållit önskvärdheten av att behandlingen av barn med kluven gom i största möjliga utsträckning sker operativt och koncentreras till de kirurgiska barnavdelningarna vid kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm samt Göteborgs barnsjukhus. Kostnaderna för denna vård torde, liksom beträffande starkt centraliserad vård i allmänhet, böra huvudsakligen bestridas av statsmedel. De grunder för driftkostnadernas fördelning, som av statsmakterna fastställts beträffande den planerade centralanstalten för radioterapi i Lund, synas kommittén ägnade att kunna tillämpas jämväl beträffande nu ifrågavarande specialvård, dock med den ändring, som föranledes av kommitténs i kap. 20 framlagda förslag om överflyttande på staten av landstingens och icke-landstingsstädernas bidrag. Hithörande patienter skulle alltså erlägga en legosängsavgift, motsvarande den för »inomlänspatienter» stadgade avgiften, medan staten skulle bestrida såväl återstående del av dagkostnaden intill ett belopp av 5 kr. per patient som ock kostnaderna för erforderlig protesbehandling. Då kommittén utgår ifrån, att huvudmännen för ifrågavarande barnsjukhus skola tillhandahålla erforderliga platser, torde staten härjämte böra för dispositionen av dessa platser lämna viss ersättning, ställd i relation till kostnaderna för platsernas anordnande (platskostnadsbidrag). Uppskattar man på sätt i kap. 3 d) skett totala antalet fall av kluven gom, som kräva operativt ingrepp, till omkring 100 per år för hela riket samt det för dessa falls behandling erforderliga platsantalet till 6, skulle statens kostnad för denna vård, exklusive proteser och platskostnadsbidrag, belöpa sig till omkring (5 × 330 × 6) 10 000 kr. Ersättningen för platsernas disposition torde, vid en beräknad anskaffningskostnad av 10 000 kr. per plats, kunna uppskattas till 3 600 kr. per år. Någon tillförlitlig uppskattning av framtida proteskostnader har icke stått att vinna.

Allmänt driftbidrag till barnbördsvården

Angelägenheten av att mindre bemedlade barnsängskvinnor och deras nyfödda barn genom statens mellankommande tillförsäkras bättre vård beaktades redan av 1914 års andra lagtima riksdag, som i skrivelse av den 26 augusti 1914 (nr 207) hos Kungl. Maj:t hemställde om utredning, huruvida och i vad mån åtgärder borde vidtagas för att dels tillförsäkra ifrågavarande kvinnor och barn erforderlig vård vid förlossning i hemmet, dels i övrigt bereda dem tillfälle att i händelse av behov erhålla tjänlig vård utom hemmet å därför anordnad plats. Utredning härom igångsattes även men ledde till praktiskt resultat först med utfärdandet av 1931 års förordningar om erkända sjukkassor och moderskapsunderstöd (nr 280—281).

Gällande bestämmelser om moderskapshjälp m. m.

Genom den förra förordningen har kvinnlig medlem av erkänd sjukkassa tillförsäkrats *moderskapshjälp*, omfattande dels ersättning enligt fastställd taxa för biträde av barnmorska vid förlossningen (barnmorskevård) eller för vård å allmän sal å förlossningsanstalt, dels understöd i penningar för varje dag (moderskapspenning) motsvarande barnaföderskan tillförsäkrad sjukpenning, dock lägst 2 kr. Moderskapspenning utgår för minst 30 dagar, därav högst 14 dagar före barnets födelse. Har kvinnan under viss tid före barnsbörden använts till arbete, som avses med förbudet i 10 § första stycket i lagen om arbetarskydd (industriellt arbete), och kan det skäligen antagas, att hon kommer att efter barnsbörden återupptaga sådant arbete, skall dock understöd utgå för minst 42 dagar. Då sjukkassa utgiver ersättning för vård å förlossningsanstalt, äger kassan minska den kvinnan för vårdnadstiden tillkommande moderskapspenningen med belopp, motsvarande kassans kostnader för vården, dock att där kvinnans familj eller annan för sitt uppehälle är av henne väsentligen beroende högst halva moderskapspenningen må på detta sätt avdragas. Moderskapshjälp må ej utgivas för längre tid än 56 dagar och icke för tid, då barnaföderskan ej avhåller sig från förvärvsarbete, samt vad angår moderskapspenning i regel ej heller för tid, då barnaföderskan är berättigad till sjukhjälp från kassan. Till bestridande av kostnaderna för sjukkassornas moderskapshjälpverksamhet lämnar staten normalt bidrag med dels 1 kr. per dag för utgiven moderskapspenning eller ersättning för vård å förlossningsanstalt (moderskapsbidrag), dels ock hälften av utgiven barnmorskeersättning (barnmorskebidrag).

Är kvinna ej försäkrad i erkänd sjukkassa, äger hon jämlikt förordningen om *moderskapsunderstöd* rätt till dylikt understöd av statsmedel, därest hon till lindrande av de med barnsbörd förenade kostnader är i behov därav. Sådant behov skall som regel anses föreligga, om för kvinnan eller, där hon är gift och sammanlever med sin man, för makarna tillsammans vid senaste taxering till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt icke upptagits beskattningsbart belopp, uppgående till minst 500 kr. Moderskapsunderstöd utgår för tid omedelbart före eller efter barnsbörden, då kvinnan avhåller sig från förvärvsarbete, dock för högst 30 dagar, därav högst 14 dagar före barnsbörden. Till kvinna, vilken under viss tid före barnsbörden använts till industriellt arbete och skäligen kan antagas komma att efter barnsbörden återupptaga sådant arbete, utgår understöd för högst 56 dagar. Understödet utgår med belopp, som motsvarar regelmässigt utgående moderskapsbidrag av statsmedel till erkänd sjukkassa, d. v. s. normalt 1 kr. per dag. Utbetalningen sker genom erkänd sjukkassa; kassan skall dock innehålla belopp, som motsvarar ersättning enligt fastställd taxa för biträde av barnmorska vid förlossningen eller för vård å förlossningsanstalt, där sådan lämnats.

Kommittén.

Genom nu nämnda förordningar hava uppenbarligen de mindre bemedlade barnaföderskornas möjligheter att vid behov förskaffa sig vård å förlossningsanstalt i icke ringa grad underlättats. Med hänsyn till de relativt höga driftkostnaderna vid dessa anstalter hava emellertid såväl landstingen som andra huvudmän för hithörande vård fastställt tämligen höga legosängsav-

gifter, vanligen högre än för lasarettsvård i allmänhet. En av kommittén verkställd undersökning har givit vid handen, att legosängsavgifterna å allmän sal vid barnbördshusen, lasarettens barnbördsavdelningar och de kommunala förlossningshemmen i genomsnitt utgått med 3 kr. Stundom har även särskild förlossningsavgift uttagits. Å de privata förlossningshemmen hava avgifterna i regel varit än högre. Det säger sig självt, att med dessa avgifter den hjälp, *moderskapsunderstödet* innebär för barnaföderska, som ej är medlem av erkänd sjukkassa, oftast icke är tillräcklig för att i förekommande fall tillförsäkra henne erforderlig vård å förlossninganstalt. Med hänsyn härtill och till vikten för samhället av att fullgoda anstaltsplatser för barnsbörd i erforderlig omfattning stå till förfogande vill kommittén förorda, att för varje barnaföderska, som äger uppbära moderskapsunderstöd och förlöses å allmän sal vid av landsting resp. icke-landstingsstad organiserad anstalt (förlossningshem och förlossningsrum hos barnmorska inbegripna) eller vid avdelning för barnsbörd, utgår driftbidrag av statsmedel med 2 kr. per dag under högst 10 dagar, på villkor att av ifrågavarande barnaföderska icke uttages högre avgift än 1 kr., d. v. s. den lägsta legosängsavgift, som för närvarande uttages för lasarettsvård i allmänhet. Genom en dylik komplettering av moderskapsunderstödet synas kommittén i möjligaste mån betryggande garantier skapas för att i främsta rummet obemedlade och mindre bemedlade barnaföderskor må vid behov komma i åtnjutande av nödig anstaltsvård, samtidigt som den slutna barnbördsvårdens utveckling främjas i den riktning, kommittén anser önskvärd.

Med avseende å den merkostnad, ett genomförande av detta förslag skulle medföra, må nämnas, att totala antalet under senaste åren å anstalt förlösta kvinnor i det närmaste uppgått till 30 000 per år. Med utgångspunkt härifrån och under hänsynstagande till den föreslagna begränsningen av statsbidraget torde statens merkostnad även vid en omfattande utbyggnad av den slutna barnbördsvården icke komma att för det närmaste decenniet överstiga 500 000 kr. per år.

Särskilda bidrag till barnbördsvården i ödemarksområden.

De statsbidrag, kommittén sålunda föreslagit, torde emellertid knappast vara tillfyllest för ett fullt tillgodoseende av den slutna barnbördsvården i rikets ödemarksområden. På sätt, kommittén i kap. 3 g) närmare utvecklat, göra nämligen de stora avstånden där önskvärt, att barnaföderskorna beredas tillfälle dels att någon tid före förlossningen uppehålla sig å orten för förlossningsanstalten och där erhålla vård å särskilda väntehem eller enskilda för ändamålet lämpade hem, dels ock att efter anstaltsvårdens slut stanna några dagar å platsen, innan hemresan anträdes. För den mestadels fattiga befolkningen i ödemarksområdena torde det möta oöverstigliga eller i varje fall avsevärda hinder att tillgodogöra sig de fördelar, väntehemmen avse att skänka, därest icke avgiften för vistelsen därstädes sättes till ett mycket lågt belopp, helst ej överstigande 1 kr. per dag. Kommittén vill därför förorda, att staten lämnar bidrag jämväl till driften av väntehemmen, vilket bidrag med hänsyn till den väntade ojämna beläggningen å dessa hem förslagsvis kan fastställas till samma belopp som för förlossningsanstalterna, d. v. s. 2 kr. per

dag och barnaföderska, att utgå under högst 15 dagar. Dylikt bidrag torde emellertid som regel ej böra utgå för andra moderskapsunderstödsberättigade än dem, vilka från hemorten till förlossningsanstalten hava ett avstånd av minst 3 mil. Är avståndet mindre, bör dock bidrag kunna utgå, därest genom intyg av kommunalnämndsordföranden styrkes, att kommunikationerna från hemorten till förlossningsanstalten äro särskilt svåra. Kommittén vill tillika förorda, att för varje dag av den tid, barnaföderskan vistas å vänte- eller inackorderingsrum, dock högst för 15 dagar, statsbidrag må utgå för hemhjälp med 1 kr. per dag att utbetalas genom kommunalnämndsordföranden till den, som utfört hjälpen.

För här ifrågavarande barnaföderskor, som icke äro medlemmar av erkänd sjukkassa, skulle alltså kostnadsfrågan i normala fall ställa sig sålunda: I moderskapsunderstöd utgår 30 kr. samt i hemhjälp 15 kr. Av moderskapsunderstödet innehåller sjukkassan dels legosängsavgiften för tio dagars vård å förlossningshemmet(-rummet), 10 kr., dels ock avgiften för 15 dagars vistelse å väntehem, 15 kr. Sålunda återstår ett belopp av 20 kr. som bidrag till hemhjälp och andra med barnsbörden förenade kostnader.

Enligt en approximativ, på uppgifter ur barnmorskornas årsberättelser stödd beräkning uppgick totala antalet förlossningar, vid vilka barnmorskor i ödemarksdistrikt biträtt under år 1929, till i runt tal 3 200. Utgår man ifrån, att högst $^2/_3$ av barnaföderskorna i rikets ödemarksdistrikt komma att förlösas å anstalt och tager man jämväl hänsyn till den begränsning av ifrågavarande bidrag, som ovan förordats, kommer statens merkostnad — utöver det allmänna driftbidraget — för hithörande barnaföderskor med stor sannolikhet att uppgå till högst 90 000 kr.

Möjligen kunna under nuvarande förhållanden betänkligheter möta mot att i den omfattning, som här föreslagits, understödja barnbördsvården i rikets samtliga ödemarksområden. Kommittén vill därför föreslå, att därest ovan framlagda förslag icke kan för det närvarande i dess helhet genomföras, detsamma inskränkes till att avse de ödemarksbarnmorskedistrikt, som ur kommunikationssynpunkt kunna anses vara särskilt ogynnsamt ställda. Avsevärda svårigheter möta givetvis att fullt objektivt angiva dessa distrikt. Enligt från medicinalstyrelsen under hand inhämtade uppgifter skulle dock ifrågavarande extra förmåner i första hand böra tillämpas inom följande barnmorskedistrikt:

Norrbottens län: Muoskosels, Laukers, Storbergs, Grundträsks, Bergnäsuddens, Aspnäs, Lövnäs, Tjåmotis, Puottaure, Vuollerims, Muonionalusta, Junosuando, Niilivaara, Hakkas, Ullatti, Nattavaara, Vitträsks, Nedre Soppero och Karesuando distrikt (summa 19 distrikt);

Västerbottens län: Kvorbevare, Pauträsks, Slussfors, Kraddsele, Gargnäs, Hällaströms, Lomsjö, Ytter-Rissjö, Siksjö, Ormsjö, Risbäcks, Järvsjö, Skansholms, Tresunds, Stalons, Dikanäs, Fattmomakke, Björksele, Nyby och Rusksele distrikt (summa 20 distrikt);

Jämtlands län: Jormvattnets, Hillsands, Alanäs, Skärvångens, Laxsjö, Hotagens, Gåxsjö, Kalls, Tångeråsens, Funäsdalens och Storsjö distrikt (summa 11 distrikt).

Då sammanlagda antalet förlossningar, vid vilka barnmorska i ovan uppräknade 50 ödemarksbarnmorskedistrikt biträtt under år 1929, enligt barnmorskornas årsberättelser uppgick till i det närmaste 1 000, skulle med detta förslag statens ifrågavarande merkostnad komma att utgå med högst 30 000 kr.

Allmänna principer för driftbidrag till specialsjukhusen.

I fråga om den vid *specialsjukhusen* bedrivna vården föreslår kommittén en ökning av flertalet nu utgående driftbidrag. En sådan ökning har vad angår lungtuberkulosvården och epidemivården av kommittén ansetts motiverad såväl med hänsyn till landstingens allmänna behov av lättnad i ekonomiskt hänseende som ock med utgångspunkt från de principer, vilka legat till grund för fastställandet av nu gällande bidragsbelopp. För kustsanatoriernas och vanföreanstalternas del har ökningen närmast föranletts av den kostnadsöverflyttning från landstingen och icke-landstingsstäder till staten, som i kap. 20 föreslagits. Kommittén har för samtliga nu nämnda vårdgrenar tagit under övervägande, huruvida statens bidrag borde göras rörligt i förhållande till driftkostnaden vid varje särskild anstalt eller anstaltstyp eller ock liksom för närvarande är fallet bestämmas till fixt belopp. Ehuru den förra metoden torde få anses vara att ur principiell synpunkt föredraga, har kommittén dock främst på grund av de praktiska olägenheter, som skulle bliva förenade med densamma, samt med hänsyn till riksdagens vid ett flertal tillfällen uttalade önskemål stannat vid att — på ett undantag när — förorda den senare metoden, varvid de fixa beloppen ställts i direkt relation antingen till driftkostnaden eller ock till behovet av understöd. Vid sina förslag härutinnan har kommittén låtit sig angeläget vara att beakta önskvärdheten av lägsta möjliga avgift för den sjuke. De statsbidragsbelopp, som sålunda föreslås, böra uppenbarligen göras till föremål för regelbundet återkommande revision, förslagsvis vart tredje år, och böra dessemellan kunna ändras, om särskilda förhållanden så påkalla.

Beträffande de närmare grunder och villkor, som enligt kommitténs mening böra gälla för driftbidrag till ifrågavarande anstalter, må anföras följande.

Det allmänna driftbidraget till lungtuberkulosvården.

Normalbeloppet för statens driftbidrag till lungtuberkulosanstalterna grundar sig som nämnts på principen, att staten och vederbörande huvudman skola bestrida hälften var av den driftkostnad, som återstår, sedan patientavgifterna avdragits, varvid man utgått från en patientavgift av 1 kr. per dag. Mot denna princip synes kommittén intet i och för sig vara att erinra.

Enligt en av kommittén verkställd undersökning har den genomsnittliga driftkostnaden för åren 1927—1931 utgjort vid sanatorier kr. 4·56, vid tuberkulossjukstugor (inkl. tuberkulosavdelningar vid sjukstugor) kr. 4·23 samt vid de tuberkulosavdelningar å lasarett, för vilka förts särskilda räkenskaper, kr. 4·69. Då under de senaste åren en viss tendens till nedgång i driftkostnaderna för ifrågavarande anstalter kunnat skönjas, torde nämnda tal för att bättre motsvara nuvarande kostnader böra i någon mån reduceras, förslagsvis till kr. 4·50 för sanatorier och tuberkulosavdelningar vid lasarett samt till kr. 4·00 för tuberkulossjukstugor. Med en direkt tillämpning av ovannämnda princip skulle alltså statens driftbidrag till lungtuberkulosvården per under-

hållsdag utgå med kr. 1·75 för de två förstnämnda anstaltstyperna och kr. 1·50 för tuberkulossjukstugorna mot för närvarande kr. 1·25 vid tuberkulosavdelningar och tuberkulossjukstugor. Bortsett från de relativt fåtaliga tuberkulosavdelningar vid rikets lasarett, där medicinsk avdelning finnes, skulle således höjningen av statens driftbidrag uteslutande komma B-platserna till godo, ett förhållande, som synes kommittén ägnat att på ett ändamålsenligt sätt befrämja lungtuberkulosvårdens utveckling. Att tuberkulosavdelningar vid lasarett med medicinsk avdelning enligt kommitténs mening böra i fråga om driftbidrag jämställas med sanatorier följer av vad i kap. 6 framhållits om dessa avdelningars värde ur vårdsynpunkt. Tuberkulosavdelningar vid övriga lasarett torde däremot såsom hittills böra likställas med tuberkulossjukstugorna.

På grund av vad sålunda anförts och för att i möjligaste mån tillförsäkra den sjuke en fullgod vård till låg avgift vill kommittén förorda, att statsbidrag till tuberkulosanstalternas drift må framdeles utgå med kr. 1·75 för sanatorier och för tuberkulosavdelningar vid sådana lasarett, där medicinsk avdelning finnes (A-platser), samt med kr. 1·50 för övriga tuberkulosavdelningar och för tuberkulossjukstugor (B-platser), allt per dag och patient, för vilken ej uttages högre legosängsavgift än 1 kr.; statsbidrag må dock ej å någon anstalt samtidigt utgå för flera platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal beläggning å anstalten samt ej heller till anstalt, där legosängsavgiften för inomlänspatient å allmän sal fastställts till högre belopp än 1 kr. Av skäl, som anförts i samband med byggnadsbidragen, torde den för icke-landstingsstäder gällande begränsningen av statsbidraget till viss kvotdel av befolkningen däremot böra bortfalla.

Att beräkna den merkostnad för staten, som ett genomförande av kommitténs förslag i förevarande del skulle medföra, är givetvis vanskligt med hänsyn till den brist på B-platser, som för närvarande råder. Utgår man emellertid från platstillgången år 1932 och en beläggningskapacitet av 330 dagar, skulle nämnda merkostnad uppgå till inemot 400 000 kr.

Förhöjda driftbidrag till lungtuberkulosvården i vissa län.

För vissa län med hög tuberkulosfrekvens har riksdagen, såsom av textbilaga 10 framgår, medgivit förhöjt driftbidrag under viss begränsad tid och för visst antal platser, närmast A-platser. Sålunda har förhöjt driftbidrag medgivits dels till centralsanatoriet i Sandträsk, Norrbottens län, för en tid av 3 år från och med den 5 december 1931 med 1 kr. per dag och patient för högst 288 vårdplatser, dels till centralsanatoriet i Hällnäs, tuberkulosavdelningen vid Skellefteå lasarett ävensom sex tuberkulossjukstugor, allt i Västerbottens län, likaledes för en tid av 3 år, räknat från och med det vederbörande anstalt av medicinalstyrelsen avsynats och godkänts, med 75 öre för sammanlagt högst 436 platser, dels ock till centralsanatoriet Solliden i Jämtlands län för budgetåret 1933/1934 med 50 öre för samtliga platser därstädes. För de båda sistnämnda länen gäller den inskränkningen, att sammanlagda statsbidraget i intet fall får överstiga hälften av verkliga driftkostnaderna för vederbörande anstalt eller avdelning, varjämte beträffande anstalterna i Västerbotten föreskrivits, att vårdplatserna skola vara fullt kvalificerade i avseende å anordningar för specialvård och diagnostik.

Att staten lämnar förhöjda driftbidrag till tuberkulosvården i nu nämnda län finner kommittén rättvist och billigt, helst som dessa län höra till de mest skattetyngda i riket. På enahanda skäl, som anförts i fråga om byggnadsbidragen, anser kommittén emellertid önskvärt, att grunderna för ifrågavarande extra driftbidrag bestämmas icke blott så, att förhöjt bidrag tillkommer *varje* sjukvårdsområde, inom vilket lungtuberkulosen fått en särskilt stor utbredning, utan även så, att förhöjningen ställes i *relation* till sjukdomens spridning. I det förra hänseendet förordar kommittén samma gräns som för rätt till förhöjt byggnadsbidrag. Kommittén anser sålunda tillräckliga skäl icke förefinnas för förhöjning, därest icke medeltalet för tuberkulosdödligheten i länet under senaste femårsperiod, för vilken officiella (även preliminära) siffror föreligga, med mer än 25 % överstiger medeltalet för riket under samma period. Är åter detta fallet, finner kommittén i princip rättvist, att staten ersätter vederbörande huvudman hela kostnaden för det antal patienter, som motsvarar den överskjutande tuberkulosdödligheten. För övriga patienter utgår vanligt statsbidrag. Med utgångspunkt från dödlighetssiffrorna i tabell 57 och driftkostnaderna under 1931 för A- och B-platser i de län, varom här är fråga, skulle med tillämpning av dessa beräkningsgrunder driftbidragen per dag och patient å allmän sal utgå med de belopp, nedanstående tablå, kol. 4 och 6, utvisar:

1	2	3	4	5	6
Län	Tuberkulosdödlighetsprocenten enligt tab. 57	A-platser		B-platser	
		Driftkostnad 1931, kr.	Ifrågasatt driftbidrag, kr.	Driftkostnad 1931, kr.	Ifrågasatt driftbidrag, kr.
Västernorrlands . . .	126	4·97	1·78 [1]	4·19	1·52
Jämtlands	145	5·11	2·21	3·62	1·79
Västerbottens	148	3·91	2·09	3·81	1·86
Norrbottens	204	4·59	2·85	4·43	2·63

En obegränsad tillämpning av här föreslagna beräkningsgrunder kan emellertid befaras medföra, att intresset för sparsamhet i driften förslappas i den mån tuberkulosdödligheten i länet mera avsevärt överskrider den gräns, där rätt till förhöjt driftbidrag inträder. Det synes kommittén därför lämpligt att begränsa statens bidrag till ifrågavarande län på så sätt, att ersättning för det överskjutande patientantalet utgår efter den genomsnittliga driftkostnaden för länet under föregående år, dock högst efter genomsnittskostnaden för riket. Enligt denna maximigrund skulle med ledning av förenämnda medeltal för driftkostnaden i riket (kr. 4·50 för A-platser och kr. 4 för B-platser) de förhöjda driftbidragen, jämförda med nu medgivna bidrag, utgå med följande belopp i kronor:

[1] Beräkningsgrund $\frac{125 \times 1{\cdot}75\ (126—125) \times 4{\cdot}97}{126} = 1{\cdot}78.$

Län	A-platser		B-platser	
	Medgivet bidrag	Föreslaget bidrag	Medgivet bidrag	Föreslaget bidrag
Västernorrlands	1·75	1·77	1·25	1·52
Jämtlands	2·25	2·13		1·79
Västerbottens	2·50 [1]	2·09		1·86
Norrbottens	2·75	2·81		2·47

Som synes ansluta sig de sålunda erhållna bidragsbeloppen för A-platserna tämligen nära de nu medgivna driftbidragen till dessa platser utom för Västerbottens län, beroende på den låga driftkostnaden därstädes. I förhållande till faktiskt utgående driftbidrag innebär dock det föreslagna beloppet en höjning även för sagda län.

Driftbidragen till folksanatorierna.

Till driften av de s. k. folk- eller jubileumssanatorierna har som nämnts sedan åtskilliga år beviljats ett fast statsbidrag, avsett att täcka den del av underhållskostnaden, som icke kan bestridas med patientavgifter och jubileumsfondens avkastning. Detta bidrag har ursprungligen utgått med 200 000 kr. men har sedermera sänkts, först till 150 000 kr. (1926/27), därefter till 100 000 kr. (1932/33) samt slutligen till 50 000 kr. (1933/34). Sänkningarna ha huvudsakligen möjliggjorts genom att taga i anspråk vissa s. k. överskottsmedel, som av fondens överstyrelse avsetts för nödiga reparationer och nyanskaffningar.

I kap. 6 har emellertid belysts, hurusom under senare år svårigheter uppstått att fullt belägga folksanatoriernas platser, främst beroende på de höga patientavgifter å allmän sal, som där måste hållas, varierande mellan 5—2 kr. Tillika har framhållits angelägenheten av att dessa platser rationellt utnyttjades för sådana sjukvårdsområden, som hade behov av ökat antal A-platser, samt att detta underlättades genom en sänkning av patientavgifterna å allmän sal till samma nivå som vid länssanatorierna. Att åstadkomma en dylik sänkning torde icke vara möjligt med mindre än att staten träder emellan och ökar sitt driftbidrag till ifrågavarande sanatorier. Det synes kommittén härvid mest ändamålsenligt, att driftbidraget till folksanatorierna utgår efter enahanda grunder som för länssanatorierna, givetvis under beaktande av jubileumsfondens intresse av största möjliga rörelsefrihet i fråga om dispositionen av folksanatoriernas platser. Kommittén vill därför förorda, att till folksanatorierna utgår driftbidrag med kr. 1·75 per dag och patient, för vilken icke uttages högre legosängsavgift än 1 kr. Vad som härutöver erfordras för att täcka dagkostnaden för sådan patient bör erläggas av vederbörande landsting resp. icke-landstingsstad beträffande patient, som jämlikt avtal med landsting eller icke-landstingsstad skall där vårdas eller eljest

[1] Det medgivna bidraget av kr. 2·50, dock högst halva driftkostnaden, synes icke komma att till någon del utgå för år 1932 beträffande centralsanatoriet i Hällnäs; dagkostnaden vid sagda anstalt uppgick nämligen detta år till kr. 3·49, varav hälften utgör kr. 1·74.

av läkare vid länssanatorium eller, där sådant ej finnes eller ock i övrigt prövas lämpligt, av dispensärläkare i hemlänet resp. hemstaden remitterats till folksanatorium. I den mån för andra patienter tillämpas en avgift av endast 1 kr., torde ansvaret för täckande av ifrågavarande skillnad böra åvila jubileumsfonden. Enligt dessa grunder skulle, då driftkostnaden vid sanatorierna för närvarande kan uppskattas till c:a 5 kr. per underhållsdag, landstingen i regel icke behöva erlägga mer än kr. 2·25 per dag och patient, vilket skulle göra det synnerligen förmånligt för dem att utnyttja ifrågavarande platser, enär därigenom eljest erforderliga nybyggnader kunna undvikas.

Någon legal fixering av landstingens bidrag torde ej behöva ske. I de fall, då landsting med jubileumsfondens överstyrelse sluta avtal om disponerande av visst antal platser, kan lämpligen i samband därmed beloppet för landstingsbidraget fastställas. Skulle för övriga fall, då alltså visst landsting vid tillfällig platsbrist å eget sanatorium för sina lungsjuka utnyttjar eventuella överloppsplatser å folksanatorierna, liknande avtal ej träffas, synes kommittén principiellt riktigast, att landstinget betalar vad som erfordras för att i enlighet med ovannämnda grunder täcka dessa patienters dagkostnad. Föregående års driftkostnad torde därvid kunna tjäna till nöjaktig ledning. Kommittén utgår ifrån, att vid avtal av här ifrågavarande slag landstingens bidrag bestämmas till sådant belopp, att staten icke i sista hand drabbas av extra kostnader.

Vad sålunda föreslagits skulle under förutsättning, att statsbidrag komme att utgå under 330 dagar för samtliga platser å allmän sal, för statens del medföra en årlig kostnad av (1·75 × 330 × 430) 248 325 kr. eller i runt tal 250 000 kr. I förhållande till nu utgående driftbidrag skulle alltså den årliga merkostnaden bli omkring 200 000 kr. Realiter bleve detta billigare för staten än att lämna såväl byggnads- som driftbidrag till eljest erforderliga länssanatorier.

Epidemivården.

För driftbidragen till epidemisjukhusen torde böra tillämpas samma grundprincip som beträffande lungtuberkulosanstalterna med den ändring, som föranledes av att vården å epidemisjukhus sker kostnadsfritt för patienten. Staten bör alltså i princip bestrida halva driftkostnaden.

Utredning.

Ser man till kostnaden per underhållsdag å epidemisjukhusen, utvisar en av kommittén verkställd undersökning, att berörda kostnad år 1930 för de särskilda sjukvårdsområdena varierat så avsevärt som mellan kr. 3·69 (Gävleborgs län) och kr. 21·92 (Blekinge län). Kostnaden utgjorde i övrigt 4—5 kr. i två områden, 5—6 kr. i fem områden, 6—7 kr. i sju områden, 7—8 kr. i två områden, 8—9 kr. i tre områden, 9—10 kr. i tre områden, 11—12 kr. i fyra områden samt 14—15 kr. i ett område. Vid en närmare jämförelse mellan de två polerna Gävleborgs län och Blekinge län finner man, att i Blekinge län 4 anstalter om tillhopa 56 vårdplatser och i Gävleborgs län 1 anstalt om 23 vårdplatser icke varit belagda under året. Detta kan dock ej tillmätas någon avsevärd betydelse i förevarande avseende, enär sammanlagda utgifterna för dessa anstalter berörda år icke uppgingo till mer än resp. 3 215 och 4 858 kr. Avgörande har i stället varit, att på Blekinge läns belagda

anstalter om tillhopa 120 vårdplatser belöpt endast 1 923 underhållsdagar, d. v. s. 16 underhållsdagar per vårdplats, under det att å Gävleborgs läns belagda anstalter om tillhopa 278 vårdplatser belöpt 40 047 underhållsdagar eller 144 underhållsdagar per vårdplats. Enligt en i tidskriften »Sjukhuset» nr 3 år 1931 återgiven sammanställning uppgick kostnaden per underhållsdag år 1930 för 103 angivna epidemianstalter till i medeltal kronor 6·99 med en lägsta kostnad av kronor 2·54 (Hudiksvall) och en högsta kostnad av kronor 258·99 (Särna i Kopparbergs län). För åren 1927—1931 utgjorde jämlikt av kommittén verkställd beräkning den genomsnittliga dagkostnaden för rikets samtliga epidemisjukhus 7 kr. 68 öre.

Kommittén.

De höga talen för medeldagkostnaden å epidemisjukhusen hava, som synes av ovanstående, sin huvudsakliga förklaring i den ojämna och oftast ringa beläggningen å dessa sjukhus. Som tidigare nämnts hava emellertid under de senaste åren åtgärder vidtagits för att i erforderlig utsträckning koncentrera epidemivården och därmed ernå en minskning av driftkostnaderna. Med de möjligheter till besparing, som enligt vad kommitténs utredningar giva vid handen en fortsatt utveckling i denna riktning innebär, torde medeldagkostnaden kunna framdeles icke oväsentligt nedbringas. Med hänsyn härtill håller kommittén för troligt, att ett statsbidrag av 3 kr. per dag och patient skall i stort sett visa sig tillräckligt för att under de närmast kommande åren täcka den del av driftkostnaden, som enligt ovan angivna princip bör ankomma på staten. För en del epidemisjukhus uppgår emellertid halva medeldagkostnaden icke till detta belopp. Sparsamhetsskäl göra önskvärt, att staten även i dessa fall icke bestrider mer än halva driftkostnaden. Kommittén vill därför föreslå, att statens driftbidrag till epidemisjukhusen bestämmes till 3 kr. per dag och kostnadsfritt vårdad patient, dock högst halva driftkostnaden. För person, som intagits å epidemisjukhus för vård av annan än i epidemilagens 2 § 1 mom. omförmäld sjukdom, bör liksom hittills driftbidrag icke utgå. Som villkor för driftbidrag vill kommittén under åberopande av vad i kap. 16 anförts förorda, att transport av de sjuka skall verkställas utan avgift för den enskilde.

Den årliga merkostnad, som ett genomförande av detta förslag skulle åsamka staten, torde med utgående från det genomsnittliga antalet underhållsdagar per år under 5-årsperioden 1927—1931 approximativt kunna uppskattas till omkring 500 000 kr.

Kirurgisk tuberkulos- och vanföre-vård.

Av skäl, som i kap. 20 närmare utvecklats, har kommittén som sin uppfattning hävdat, att ehuruväl staten med ett genomförande av de förslag om kostnadsöverflyttningar från landstingen till staten, som i samma kapitel framlagts, komme att få bestrida den ojämförligt största andelen av driftkostnaderna vid vissa av enskilda huvudmän drivna vårdanstalter för kirurgiskt tuberkulösa och vanföra, staten likväl icke bör åtaga sig ansvaret i sista hand för dessa kostnader utan liksom hittills bidraga till anstalternas drift med fixa belopp med den förhöjning, som påkallas av landstingsbidragens upphörande och huvudmännens ekonomiska ställning i övrigt.

Utredning.

En av kommittén verkställd utredning har givit vid handen, att under 5-årsperioden 1927—1931 i genomsnitt 85 % av driftkostnaderna vid kustsanatorierna och vanföreanstalternas kliniker, skol- och uppfostringshem samt yrkesskolor täckts genom bidrag från staten och landstingen resp. storstäder. De faktiska talen ställa sig sålunda:

Anstalter	Driftkostnad per dag och patient eller elev, kr.						Beloppet av stats- och landstingsbidrag	
	1927	1928	1929	1930	1931	1927—1931	per dag och pat. eller elev, kr.	i procent av driftkostnadsbeloppen 1927—1931
Kustsanatorierna[1]	3·75	3·75	3·82	3·78	3·84	3·79	3·10	84
Vanföreanstalterna:[2]								
klinikerna	5·63	6·05	6·23	5·82	5·66	5·86	4·90	84
skol- och uppfostringshemmen .	3·86	3·90	3·82	3·79	3·71	3·81	3·33	87
yrkesskolornas interna elever .	3·98	4·11	4·14	3·90	4·13	4·02[3]	3·47	86
» externa » .	1·49	1·63	1·48	1·36	1·55	1·53[3]	0·70	46

Uti ovan angivna driftkostnader ingå ej utgifter för förräntning och amortering av lån för ny-, till- och ombyggnader. Vill man uppnå i möjligaste mån enhetliga belopp för statens driftbidrag till samtliga hithörande anstalter, kan emellertid vid bidragens utmätande hänsyn icke tagas till nu berörda utgifter. Vid utarbetandet av nedan framlagda förslag har kommittén därför bortsett från dessa kostnader och förutsatt att, därest avkastningen av tillgängliga fonder o. dyl. icke förslå till täckande av kostnaderna ifråga, regleringen därav göres till föremål för särskild utredning.

Kommitténs förslag ang. den kirurgiska tuberkulosvården.

När det gäller att med denna utgångspunkt fastställa det driftbidrag, staten framdeles bör lämna av resp. *föreningar och stiftelser* drivna sanatorier och konvalescenthem för kirurgisk tuberkulos, må till en början erinras, att enär huvudmännens inkomster av egna fonder o. dyl. som regel äro tämligen obetydliga och alltså oftast komma att helt tagas i anspråk för förräntning och amortering av byggnadslån och därmed jämförliga kostnader, skillnaden mellan å ena sidan den egentliga driftkostnaden och å andra sidan statsbidraget huvudsakligen måste täckas med patientavgifter. Dessa avgifter hava, som tidigare nämnts, under senare år för medellösa och mindre bemedlade allmänsalspatienter å kustsanatorierna varierat mellan kr. 1—1·20; för övriga allmänsalspatienter har avgiften utgått med högst 1·75. På grund av den långa vårdtiden för hithörande klientel är det särskilt angeläget, att legosängsavgiften å allmän sal hålles så låg som möjligt; helst bör den liksom inom lungtuberkulosvården icke överstiga 1 kr. för något slag av allmänsalspatienter. Ur statsfinansiell

[1] Talen avse kustsanatorierna i Barkåkra, Apelviken och Styrsö ävensom anstalten i Nynäshamn.
[2] Exkl. Eugeniahemmet.
[3] Undervisningskostnad omkring 1·10; för interna elever underhållskostnad 2·92 och för externa elever kostnad för kost 0·43.

synpunkt torde en sänkning av allmänsalsavgiften för bemedlade patienter till samma nivå som för övriga och en däremot svarande höjning av statsbidraget icke hava någon större betydelse, enär ifrågavarande anstaltsklientel till största delen rekryteras från de medellösa och mindre bemedlade folklagren. Statens driftbidrag har ock hittills utgått för samtliga allmänsalspatienter, oberoende av deras ekonomiska ställning. Kommittén utgår därför i det följande från en för alla patienter gällande allmänsalsavgift av högst 1 kr. å såväl sanatorierna som konvalescenthemmen.

Med hänsyn till vad sålunda och i övrigt anförts samt då driftkostnaderna för konvalescenthemmen vid en rationell drift knappast torde behöva överstiga 3 kr. per dag och patient, vill kommittén föreslå, att driftbidragen till ifrågavarande anstalter tills vidare fastställas till 3 kr. för sanatorierna och 2 kr. för konvalescenthemmen, allt per dag och patient, för vilken icke uttages högre avgift än 1 kr., dock att, därest vid årets slut skulle visa sig, att skillnaden mellan den verkliga driftkostnaden och patientavgifterna per dag och patient beräknad understiger 3 kr., driftbidrag må utgå med högst det belopp, vartill denna skillnad uppgår. Skulle statsbidragens och patientavgifternas sammanlagda belopp ej förslå till täckande av driftkostnaden för året och kan bristen ej heller täckas med andra för ändamålet tillgängliga medel, må vederbörande huvudman göra den framställning i ämnet, som omständigheterna påfordra.

Vad åter angår de av vissa *storstäder och landsting* drivna anstalterna av hithörande slag ävensom de av kommittén förordade skrofuloshemmen ställa sig förhållandena annorlunda, i det att huvudmännen resp. de avsedda huvudmännen för dessa anstalter intaga en betydligt starkare ekonomisk ställning. För dessa anstalter, vilka f. n. som regel ej åtnjuta statsbidrag till driften, synas kommittén driftbidragen lämpligen kunna fastställas efter enahanda grunder som för lungtuberkulosanstalterna. Med tillämpning av dessa grunder och med en driftkostnad per underhållsdag av högst 4 kr. för A-platser och 3 kr. för övriga platser samt med en patientavgift av högst 1 kr. skulle driftbidraget till ifrågavarande anstalter komma att utgå med kr. $\left(\frac{4-1}{2}\right)$ 1·50 för A-platser samt kr. $\left(\frac{3-1}{2}\right)$ 1 kr. för konvalescent- och skrofuloshemsplatser under förutsättning, att av patienten icke uttages högre avgift än 1 kr. Det lägre statsbidrag, som enligt nu angivna grunder skulle tillkomma hithörande anstalter av A-plats- och konvalescenthemstyp, är från kommitténs synpunkt berättigat icke blott med hänsyn till huvudmännens bättre ekonomiska ställning utan jämväl med hänsyn till den uppfattning angående den kirurgiska tuberkulosvårdens utbyggande och handhavande, kommittén i kap. 7 hävdat.

Som gemensam bestämmelse för driftbidrag till samtliga anstalter för kirurgisk tuberkulos vill kommittén förorda, att bidrag framdeles icke må utgå för andra än helårsplatser och ej heller för flere dylika platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal beläggning av anstalten. Härjämte bör, för att i möjligaste mån tillförsäkra medellösa och mindre bemed-

lade sjuka tillgång till erforderligt antal platser mot låg avgift, som gemensamt bidragsvillkor gälla, att legosängsavgiften å allmän sal icke må utgå med högre belopp än 1 kr., dock att, där anstalt är avsedd för patienter från visst eller vissa sjukvårdsområden, bidrag må åtnjutas även om dagavgiften för »utomlänspatient» utgår med högre belopp.

Den årliga merkostnad, staten skulle åsamkas genom att i enlighet med kommitténs förslag lämna driftbidrag till konvalescent- och skrofuloshemmen, torde vid en full utbyggnad kunna approximativt uppskattas till 400 000 kr. Merkostnaden för A-platserna torde, med utgångspunkt från i kap. 20 angivet belopp ävensom inberäknat driftbidrag till ett norrlandssanatorium å 150 platser, komma att uppgå till (690 000 + 148 500) 838 500 kr. eller i runt tal 850 000 kr. årligen.

Kommitténs förslag ang. vanförevården.

Vad ovan anförts som grund för de föreslagna driftbidragen till de av vissa enskilda huvudmän bedrivna anstalterna för kirurgisk tuberkulos kan sägas i huvudsak gälla även *vanföreföreningarnas anstalter*. Även här måste skillnaden mellan den egentliga driftkostnaden å ena sidan samt statsbidragen å andra sidan huvudsakligen täckas med patient- resp. elevavgifter. Dessa hava under senare år i regel utgått med 1 kr. per dag och patient å allmän sal vid klinikerna, 20 kr. per månad och elev vid skol- och uppfostringshemmen samt med 25 kr. per månad för yrkesskolornas interna elever; i de fåtal fall, då bemedlade personer intagits å anstalterna, vid klinikerna uppgående till knappast 1 % och vid övriga avdelningar till ännu mindre del av samtliga intagna, hava avgifterna utgått med resp. 3·75, 60 och 75 kr. För yrkesskolornas externa elever har vid vissa anstalter uttagits en avgift av 1 kr. per dag, vid andra ingen alls. Den personliga avgiften för yrkesskolornas interna elever har betalats av pensionsstyrelsen beträffande av styrelsen till anstalten remitterade elever; för övriga elever har avgiften vanligen erlagts av vederbörande fattigvårdssamhälle.

Patientavgiften å allmän sal vid vanföreklinikerna torde liksom vid kustsanatorierna böra framdeles utgå med ett för alla patienter fastställt belopp av högst 1 kr. Vårdtiden är även här jämförelsevis lång. Staten har visserligen i förevarande fall hittills icke lämnat bidrag för andra än medellösa eller mindre bemedlade patienter, men å andra sidan uppgå de bemedlade patienterna här till ett långt mindre antal än vid kustsanatorierna. Vad skol- och uppfostringshemmen samt yrkesskolorna beträffar kan det ifrågasättas, huruvida någon personlig avgift alls bör utgå. Utbildningstiden är oftast mycket lång (vid skolhemmen 5—6 år, vid yrkesskolorna 1—5 år), och eleverna komma som antytts nästan undantagslöst från fattiga eller mindre bemedlade hem. Det är ock ovisst, om pensionsstyrelsens möjligheter att med överskottsmedel från pensionsförsäkringsfonden bestrida avgiften för genom dess försorg till yrkesskolorna remitterade elever framdeles komma att bestå. Under sådana förhållanden skulle som regel vederbörande fattigvårdssamhälle komma att få svara för avgiften. Kommittén anser emellertid skäligt att, där så ske kan, eleven eller för honom försörjningspliktig och i annat fall fattigvårdssamhället erlägger en om ock ringa ersättning för den kost, som eleverna

erhålla å anstalten. Föräldrahemmet resp. fattigvårdssamhället befrias dock genom elevens intagande å anstalt helt från utgifter för ifrågavarande ändamål, vilket ju icke är fallet vid vanlig skolundervisning. Denna utgift torde knappast kunna skattas lägre än till 50 öre per dag och person. Kommittén vill därför förorda, att vid skol- och uppfostringshemmen samt för yrkesskolornas interna elever alltjämt må utgå viss avgift, dock förslagsvis sänkt till 50 öre per dag och elev. I analogi härmed bör för yrkesskolornas externa elever, vilka å anstalten åtnjuta ungefär halv kost, uttagas en avgift av 25 öre per dag. Där för ändamålet avkastning av tillgängliga fonder står till förfogande, bör det givetvis stå anstaltsledningen fritt att i ömmande fall medgiva befrielse från avgiften. Kostnaderna för elevernas kläder torde liksom hittills böra helt bestridas av den enskilde eller vederbörande fattigvårdssamhälle.

I detta sammanhang vill kommittén påpeka jämväl en annan omständighet av beskaffenhet att kunna inverka på storleken av statens bidrag. Av de överskottsmedel, som yrkesskolornas verksamhet i regel lämnat, har till såväl interna som externa elever utdelats dels flitpengar till vissa mindre belopp under utbildningstidens gång, dels ock s. k. arbetspremier vid utbildningstidens slut. De förra hava alltefter elevens utbildningstid och visade flit utgått med belopp från 50 öre till 3 kr. per vecka, de senare, vilka närmast äro avsedda som hjälp till hyra eller inköp av råmaterial och dylikt vid startande av egen verksamhet, hava i regel utgått med belopp mellan 100—300 kr. Under år 1932 utbetalades i flitpengar och premier sammanlagt omkring 10 000 kr. vid Stockholmsanstalten, 7 000 kr. vid Göteborgsanstalten samt 3 500 kr. vid vardera av Hälsingborgs- och Härnösandsanstalterna, motsvarande i runt tal 20 öre per dag och elev. Dessa belopp hava icke inräknats i anstalternas egentliga driftkostnader, sådana dessa angivits i ovanstående tablå. Då det är ovisst, i vad mån fondmedel eller gåvor kunna påräknas för ändamålet, vill kommittén, som finner det synnerligen önskvärt att dylika flitpengars och arbetspremiers fortsatta utgående tryggas, för sin del förorda, att vid statsbidragets bestämmande hänsyn tages till nu berörda kostnader. Kommittén kan vad angår flitpengar åberopa liknande förfaringssätt å sinnessjukvårdens område.

Med utgångspunkt från vad sålunda anförts och förordats samt med ledning av den i ovanstående tablå angivna driftkostnaden vid vanföreanstalternas olika avdelningar under åren 1927—1931 synas kommittén driftbidragen till dessa kunna tills vidare fastställas att utgå med följande belopp per dag och patient resp. elev, nämligen för

klinikerna	kr. 5: —
skol- och uppfostringshemmen	» 3: 25
yrkesskolornas interna elever	» 3: 75
» externa »	» 1: 50,

allt under villkor, att av patienten resp. eleven icke uttages högre avgift per dag än 1 kr. å klinik, 50 öre å skol- och uppfostringshem samt för yrkessko-

lornas interna elever och 25 öre för yrkesskolornas externa elever. Skulle skillnaden mellan den verkliga driftkostnaden och dagavgifterna vid resp. avdelning per underhållsdag beräknad icke uppgå till ovan angivna belopp, må dock driftbidrag utgå med högst skillnadsbeloppet. Skulle åter sammanlagda statsbidragen och dagavgifterna ej förslå till täckande av anstaltens driftkostnader för året och kan bristen ej täckas med andra för ändamålet tillgängliga medel, må liksom vid kustsanatorierna vederbörande huvudman äga att för nästkommande år göra den framställning i ämnet, som omständigheterna påfordra.

Nu gällande begränsning av statsbidraget till vanföreklinikerna att avse visst antal platser torde böra ersättas med en allmän föreskrift, att driftbidrag icke må å någon anstalt samtidigt utgå för flera platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal belägging å kliniken. Motsvarande föreskrift synes kommittén även böra gälla skol- och uppfostringshemmen samt yrkesskolorna. Med den utformning, kommitténs ovan framlagda förslag erhållit, torde ock gällande begränsning av statsbidraget till vanföreklinikerna och yrkesskolorna att endast avse medellösa och mindre bemedlade patienter resp. elever böra bortfalla. Som allmänt villkor för statsbidrag bör föreskrivas, att patientavgift å allmän sal vid vanföreklinik resp. elevavgift vid skol- och uppfostringshem samt yrkesskola icke må överstiga ovan angivna belopp för dessa avgifter.

Vad nu sagts gäller som nämnts närmast vanföreföreningarnas anstalter. Beträffande *Eugeniahemmet* åter, vilket för närvarande åtnjuter såväl ett fixt årligt bidrag från staten å 5 000 kr. som ett bidrag från landstingen resp. icke-landstingsstäder av kr. 1·50 per dag och å anstalten intagen person, föreligger, såvitt kommittén av senast tillgängliga årsberättelser (1929—1931) kunnat inhämta, icke samma behov av bidrag från det allmänna som för övriga anstalter. Enbart hemmets ränteinkomster av egna fonder uppgå till inemot 100 000 kr. per år. Vid sådant förhållande synes staten kunna inskränka sig till att i enlighet med kommitténs i kap. 20 framlagda förslag övertaga landstingens resp. storstädernas bidrag till hemmets drift, på villkor dock att av patienten icke uttages högre avgift än 1 kr. Det nuvarande fixa statsbidraget, som huvudsakligen tillkommit för att bereda primärkommuner regressrätt mot landstingen för till hemmet erlagda patientavgifter, torde däremot kunna saklöst bortfalla.

Statens bidrag till Eugeniahemmet skulle med detta förslag kunna uppskattas till högst (1·50 × 330 × 200) 99 000 kr. eller i runt tal 100 000 kr. årligen. Statens bidrag till driftkostnaderna för de egentliga vanföreanstalterna torde med ledning av i kap. 20 gjorda beräkningar kunna uppskattas till högst 750 000 kr.

Slutligen må i detta sammanhang beaktas önskvärdheten av att såväl asylvården som den utomanstaltliga yrkesutbildningen av vanföra i möjligaste mån befrämjas genom understöd av det allmänna. Motiven härför hava utvecklats i kap. 8. Beträffande grunderna för ett eventuellt dylikt understöd av *asylvården* vill kommittén framhålla, att enär denna vård enligt kommitténs upp-

fattning lämpligen bör utbyggas och drivas genom samma huvudmän som de egentliga vanföreanstalterna, bidrag torde böra utgå efter analoga grunder som ovan föreslagits för dessa anstalter. För att härvid i görligaste mån underlätta asylhemmens beläggning och uppnå det med dem avsedda syftet vill kommittén för sin del förorda, att hemmen i bidragshänseende jämställas med yrkesskolorna.

Vad angår den *utomanstaltliga yrkesutbildningen* må till en början med utgångspunkt från ovan intagna tablå över driftkostnaden vid bl. a. vanföreanstalternas yrkesskolor ävensom från den vid textbilaga 6 fogade tabellen över pensionsstyrelsens bidrag till utomanstaltlig utbildning av vanföra anföras några siffror till belysande av den i kap. 8 antydda skillnaden i kostnad för utbildning å anstalt och utom anstalt.

Utbildning å anstalt av en målare eller skräddare skulle med en normal utbildningstid av 4 år och under förutsättning, att eleven eller för honom försörjningspliktig erlade elevavgift med 50 öre om dagen, kosta staten 3·75 × 300 × 4 = 4 500 kr. Motsvarande utbildning utom anstalt skulle med tillämpning av pensionsstyrelsens grunder kosta staten högst 1 200 kr., alltså icke fullt $^1/_3$ av kostnaden för anstaltsutbildningen. Därest, såsom oftast torde bli fallet, vederbörande fattigvårdssamhälle erlägger den på eleven belöpande kostnadsandelen vid såväl anstaltlig som utomanstaltlig utbildning, skulle kostnaden för det allmänna komma att i båda fallen ökas med 600 kr. till resp. 5 100 och 1 800 kr. Även vid yrken med kortvarig utbildningstid ställa sig kostnaderna för det allmänna väsentligt lägre vid utomanstaltlig än vid anstaltsutbildning. Kostnaden för en vanförs utbildning till fotograf eller frisör, vilket i regel tager en tid av 1 år i anspråk, skulle nämligen, om det allmänna bestrider hela kostnaden, uppgå till 1 275 kr. vid utbildning å anstalt och 900 kr. vid utbildning utom anstalt.

Nu anförda siffror torde klart ådagalägga vikten för staten av att stödja den utomanstaltliga yrkesutbildningen av vanföra. Detta gäller uppenbarligen med särskild styrka, därest pensionsstyrelsens verksamhet på området skulle framdeles upphöra. De i textbilaga 6 återgivna bidragsgrunderna, som av pensionsstyrelsen hittills tillämpats, synas kommittén kunna i huvudsak tjäna till ledning även vid bestämmandet av eventuellt bidrag från statens sida. Enligt vad kommittén erfarit har mot dessa grunder icke framställts annan berättigad erinran än att, därest med hänsyn till elevens oförmåga att tillgodogöra sig utbildningen densamma efter någon prövotid avbrytes, bidrag icke utbetalas för denna tid. Kommittén vill därför förorda sådan ändring uti ifrågavarande grunder, att i förevarande fall bidrag utgår för en prövotid, som dock icke må överstiga $^1/_4$ av den fastställda normala utbildningstiden. Tillika bör, om staten går in som direkt bidragsgivare, fördelningen av eleverna på anstaltlig och utomanstaltlig utbildning ske genom anstaltsstyrelsernas försorg under kontroll av statens inspektör för vanförevården.

Welanderhems-, lupus- och radiumvården.

Beträffande driftbidragen till vården av syfilitiska barn, lupussjuka och kräftsjuka hänvisar kommittén till de förslag, kommittén i kap. 20 framlagt.

Beträffande hemmen för kroniskt sjuka anser kommittén med hänsyn till det begränsade syfte, dessa hem avse att tjäna, det vara principiellt riktigt, att de statliga driftbidragen utgå efter mindre fördelaktiga grunder än för de anstalter, vilka i regel tjäna icke blott ett rent sjukvårdande utan även ett förebyggande syfte. Av kommittén företagen utredning angående driftkostnaderna för åren 1927—1931 har ock ådagalagt, att nuvarande bidragsbelopp väl motsvara den andel av driftkostnaden, som jämlikt för dessa hem godtagna grunder bör ankomma på staten. Kommittén saknar därför anledning föreslå någon ändring av dessa belopp men vill förorda, att avgiften för patient från anstaltens område liksom för övriga sjukvårdsanstalter fastställes till högst 1 kr. *Den kroniska sjukvården.*

Driftbidragen till ödemarkshärbärgena intaga i flera hänseenden en särställning. Kommittén skall därför till en början närmare redogöra för deras tillkomst och motiv. *Ödemarkshärbärgena.*

Med anledning av en inom riksdagen väckt motion anhöll *1920 års riksdag* i skrivelse nr 169, att Kungl. Maj:t måtte snarast möjligt låta utreda, vad som ytterligare från statens sida kunde och borde göras för att bereda befolkningen i övre Norrlands fjällbygder nödig sjukvård samt därefter vidtaga de åtgärder, vartill utredningen kunde giva anledning. En utredning i detta syfte verkställdes av den i kap. 16 omnämnda, av medicinalstyrelsen och överstyrelsen för röda korset tillsatta samarbetskommittén, varefter medicinalstyrelsen i mars 1921 till Kungl. Maj:t överlämnade ett av kommittén utarbetat »Betänkande angående förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden». Betänkandet avsåg icke blott övre Norrlands fjällbygder utan även andra ödebygder inom landets övre hälft. Utredning.

Samarbetskommittén, som utgick från nödvändigheten att beträffande ödemarksområdena decentralisera sjukhusvården och bereda underlättad tillgång till läkar- och sjuksköterskevård, föreslog en del provisoriska åtgärder, att vidtagas de närmaste åren, och framlade dessutom ett huvudförslag, åsyftande vissa permanenta anordningar. De förra åtgärderna avsågo bl. a. åstadkommande av skyndsam sjukhjälp i de mest efterblivna trakterna genom anordnande av sjukhärbärgen av provisorisk karaktär, medan de permanenta åtgärderna i huvudsak gingo ut på — förutom utökande av sjukvårdspersonalen — anordnande av vissa mindre sjukvårdsanstalter, distriktssjukstugor och sjukhärbärgen. De senare skulle inrättas å platser, där ödebygdens distriktssköterskor (eventuellt dispensärsköterskor) hade sin boningsplats, med uppgift att upptaga sjuka, vilka antingen skulle avvakta lägligt tillfälle att föras vidare till lasarett eller annan sjukvårdsinrättning eller ock borde stå under distriktssköterskans omedelbara observation och vård, varigenom sköterskan bereddes bättre tid att sköta övriga sjuka, som vistades i sina hem. Varje sjukhärbärge skulle innehålla 4 vårdplatser samt bostad för sjuksköterska. Kostnaden för uppförande av sjukhärbärge beräknades till i medeltal 16 200 kr., varav staten borde bidraga med hälften eller 8 100 kr. Framför allt ur kostnadssynpunkt ställde sig emellertid samarbetskommittén icke avvisande mot att sjukhärbärge under vissa förut-

sättningar inrymdes i förhyrd lokal eller anordnades genom en enkel utökning av redan befintlig byggnad. Det årliga hyresbeloppet för erforderliga 3 rum och kök ansåges uppgå till omkring 800 kr.; staten borde även här bidraga med halva beloppet eller c:a 400 kr. Beträffande de egentliga driftkostnaderna för sjukhärbärge ansåg kommittén, att bidrag av staten icke borde utgå, utan borde dessa kostnader fördelas på landsting, kommun och patienter enligt samma grunder, som för lasarettsvården i allmänhet vore gällande. Det erforderliga antalet sjukhärbärgen uppskattades av samarbetskommittén till 29, varav 26 i Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med tillhopa 104 vårdplatser. Kommittén hade tänkt sig, att 20 härbärgen skulle nyuppföras.

I Kungl. Maj:ts proposition nr 91 till *1923 års riksdag* anförde föredragande departementschefen bl. a. följande:

»Vad vidkommer de av samarbetskommittén föreslagna sjukhärbärgena inom rikets ödemarksområden har riksdagen redan beviljat anslag för provisoriskt anordnande av sådana under åren 1921—1922 och första halvåret 1923. Medicinalstyrelsen har i likhet med länsstyrelsen i Norrbottens län ansett, att man, innan definitivt anslag till nybyggnader av härbärgen beviljades, borde avvakta erfarenhet såväl rörande anordningens lämplighet som ock angående lämpligheten av att binda distriktssköterskorna vid dylika härbärgen, och att därför sådana härbärgen ännu en tid borde endast försöksvis anordnas och till en början endast i förhyrda lokaler. Statsbidrag borde i enlighet med samarbetskommitténs förslag såsom hittills utgå med högst hälften av den betingade hyran och högst 400 kronor för år till varje härbärge. De betänkligheter, som sålunda anförts mot beviljande redan nu av statsbidrag till uppförande av de utav samarbetskommittén föreslagna tjugu sjukhärbärgena, delar jag fullständigt. Provisoriska åtgärder i detta avseende torde i stället böra vidtagas även för budgetåret 1923—1924, dock att åtgärderna böra begränsas till Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands läns ödemarksområden. Ett belopp å 5 000 kronor synes, i överensstämmelse med vad som skett de nästföregående åren, böra anvisas för ändamålet att utgå enligt grunder, som av Kungl. Maj:t bestämmas.»

Riksdagen beslöt i enlighet härmed. Nyssnämnda maximibelopp har sedermera av riksdagen beviljats för varje år till och med budgetåret 1931/1932. Från och med påföljande budgetår nedsattes beloppet på förslag av vederbörande departementschef till 3 000 kr., varvid emellertid betonades, att sänkningen icke innebure nedsättning av det belopp, som dittills i verkligheten utgått för budgetår, och att densamma alltså icke skulle medföra någon försämring. Belastningen hade nämligen under de tre då senast förflutna budgetåren (1928/1929—1930/1931) endast uppgått till resp. 2 568, 2 627 och 2 800 kr.

Enligt vad från *medicinalstyrelsen* under hand inhämtats uppgå de sjukhärbärgen, som för närvarande åtnjuta statsbidrag, till 7, varav 4 i Norrbottens län och 3 i Västerbottens län. Med den utveckling, kommunikationerna numera nått även inom stora delar av ödemarksområdena, anses ytterligare sjukhärbärgen knappast behövliga, åtminstone ej i Norrbottens län. Från visst håll har ock lämpligheten överhuvud taget av denna anstaltstyp blivit starkt ifrågasatt. Man förmenar sålunda, att då läkare ej vore fästad vid anstalten, kvalificerad vård icke kunde lämnas å denna och att institu-

tionen kunde sägas i viss mån uppmuntra till obehörigt utövande av läkarkonsten. Å andra sidan har framhållits, att sjukhärbärgena vore till stor nytta och att ett bibehållande av statsbidraget i varje fall vore berättigat.

I anslutning härtill må meddelas, att enligt *Norrbottens läns landstingstryck* för år 1930 uppgick år 1929 å länets fyra sjukhärbärgen med tillhopa 16 vårdplatser antalet patienter till 194 och antalet vårddagar till 2 574, förutom 407 vårddagar för kroniskt sjuka, 221 för epidemiskt sjuka och 111 för förlossningsfall.

Kommittén.

Dessa tal synas kommittén giva vid handen, att sjukhärbärgena fylla ett visst behov. Härvid må man hålla i minnet, att sjukhärbärgenas uppgift närmast är att upptaga sjuka, vilka antingen skola avvakta lägligt tillfälle att föras vidare till lasarett eller annan sjukvårdsinrättning eller ock böra stå under distriktssköterskans omedelbara observation och vård. Denna uppgift torde ett väl skött sjukhärbärge kunna fylla utan att läkare finnes å anstalten tillgänglig. Faran för att sjukhärbärgena skulle uppmuntra till obehörigt utövande av läkarkonsten finner kommittén vara tämligen ringa. Skulle distriktssköterska göra sig skyldig till sådan förseelse, torde hennes förman äga medel att härutinnan vinna rättelse.

Om ock den mot sjukhärbärgena riktade kritiken enligt kommitténs uppfattning kan sägas väsentligen skjuta över målet, torde å andra sidan med hänsyn till vägnätens och kommunikationernas snabba utveckling under senare tid lämpligheten av en ytterligare utbyggnad av sjukhärbärgesvården kunna ifrågasättas. Såvitt kommittén inhämtat torde i allt fall något omedelbart behov av sådan utbyggnad icke föreligga. Under sådana förhållanden synas kommittén tillräckliga skäl saknas för att, på sätt samarbetskommittén förordat, föreslå byggnadsbidrag för detta ändamål. Därest inom närmaste framtiden ytterligare något enstaka sjukhärbärge skulle visa sig behövligt, torde liksom hittills behovet kunna tillgodoses med tillhjälp av medgivet hyresbidrag, förutsatt att det nu fastställda årliga maximibeloppet av 3 000 kr. i motsvarande grad höjes. Kommittén anser sig förty icke böra föreslå någon ändring av ifrågavarande bidrag.

Allmänna bestämmelser för driftbidrag till kroppssjukvården.

Ovan har kommittén i enlighet med sin uppfattning om den slutna sjukvårdens handhavande föreslagit viss reglering av gällande bestämmelser om byggnadsbidrag i syfte att för framtiden avkoppla eller begränsa i landsting deltagande primärkommuners ävensom kommunalförbunds möjligheter att erhålla dylikt bidrag. Motsvarande begränsning synes kommittén böra införas beträffande driftbidragen. Primärkommuner av nyss nämnt slag och kommunalförbund böra således — efter en viss kortare övergångstid — som regel icke beviljas driftbidrag till *nya* anstalter. Endast på den kroniska sjukvårdens område böra de under enahanda villkor som för byggnadsbidrag kunna komma i åtnjutande av driftbidrag till dylika anstalter. Att avstänga dem från driftbidrag till anstalter, för vilka sådant bidrag redan utgått, torde däremot av billighetsskäl icke böra ifrågakomma med mindre än att vederbörande landsting övertagit ansvaret för hithörande anstaltsvård.

Kommittén har ock i olika kapitel angående den slutna kroppssjukvårdens organisation och utbyggande betonat angelägenheten av att inom sjukvårdsgrenar, där anstalter av olika typer böra komma till användning, samarbete mellan anstaltsledningarna anordnades i den utsträckning, som erfordrades för ett rationellt utnyttjande av anstalterna för deras skilda ändamål. Vidare förordar kommittén nedan i kap. 23 vidgat samarbete mellan olika huvudmän för underlättande av specialvårdens tillgodogörande för »utomlänspatienter». Som en konsekvens härav vill kommittén föreslå, att beträffande sjukvårdsanstalter, till vilka driftbidrag utgår eller kan komma att utgå, såsom villkor för driftbidrags erhållande stadgas, att anstaltsledningen resp. huvudmannen skall vara skyldig ställa sig till efterrättelse de bestämmelser om samarbete, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt föreskriva till tryggande av en rationell ordning inom respektive sjukvårdsgrenar. Ett oeftergivligt villkor för bidrag till all länsvis eller kommunalt organiserad sjukvård bör jämväl vara, att vederbörande anstalt ingår som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för sjukvården inom landstingsområdet resp. staden utanför landsting.

I övrigt vill kommittén framhålla önskvärdheten av att större likformighet införes i fråga om driftbidragens utbetalande. För vissa anstaltsgrupper sker nu utbetalningen halvårsvis i efterskott, för andra kvartalsvis i efterskott. Syftet härmed torde vara, att, där anstalterna ägas av förening eller enskild person, vederbörande huvudman må genom erhållande av ersättning kvartalsvis beredas förmånen av en ekonomisk lättnad, under det att, där primärkommuner, sekundärkommuner eller kommunalförbund äro ägare av anstalterna, beredandet av en motsvarande förmån icke ansetts vara lika angeläget. Ur likformighetssynpunkt synes kommittén emellertid önskvärt, att all ifrågavarande av medicinalstyrelsen handhavd utbetalning sker kvartalsvis, helst som enligt vad kommittén inhämtat en dylik förändring skulle kunna genomföras utan ökning av styrelsens arbetskrafter.

Den icke-statliga sinnessjukvården.

Slutligen skall kommittén till prövning upptaga frågan om driftbidrag till den av staten icke handhavda delen av sinnessjukvården.

Med utgångspunkt från den i kap. 20 förordade fördelningen av sinnessjukvården mellan staten, å ena, och landstingen, å andra sidan, har kommittén till en början övervägt, huruvida icke staten borde lämna bidrag till vården av *alla* sådana sinnessjukfall, vilka icke borde eller på grund av platsbrist icke kunde omhändertagas av staten men dock vore i behov av anstaltsvård eller därmed förenad tillsyn, mot *skyldighet* för landstingen att ombesörja vården av dessa fall. En dylik ordning skulle givetvis vara bäst ägnad att åstadkomma en rationell lösning av sinnessjukvårdsfrågan i hela riket. Endast med denna ordning skulle betryggande garantier vinnas för att icke sinnessjukfall av ovan angiven karaktär t. ex. efter utskrivning från statens sinnessjukhus jämlikt 18 § sinnessjuklagen åter skulle komma att befolka fattigvårdsanstalterna eller utan tillsyn av fackläkare vistas i enskilda hem, och staten skulle icke, såsom hittills i stor omfattning skett, behöva å sina anstalter vårda fall, som

icke rätteligen hörde hemma där. Även gränsen mellan landstingens och primärkommunernas skyldigheter med avseende å de sinnessjuka skulle genom en anordning av här antytt slag kunna bättre upprätthållas och sådana missbruk förebyggas, som nu med stöd av ersättningsreglerna i 40 § fattigvårdslagen i icke ringa utsträckning förekomma. Då kommittén för sin del likväl icke förordar anordningens införande, beror detta främst därpå, att kommittén, vars uppdrag närmast avser den slutna kroppssjukvården, icke velat på sinnessjukvårdens område föreslå obligatoriskt införande av en ny grundprincip av den räckvidd, varom här är fråga. Kommitténs i kap. 20 framlagda förslag om borttagande av vårdavgifterna för fattiga patienter å de statliga sinnessjuk- och sinnesslöanstalterna torde ej heller med nödvändighet behöva medföra en konsekvens av nu angiven innebörd. För att stimulera landstingen att ombesörja den del av sinnessjukvården, som med ovan antydda fördelning skulle ankomma på dem, bör emellertid staten lämna ett verksamt bidrag till driften av vårdhemmen och, såvitt i anslutning därtill anordnats s. k. kontrollerad familjevård, jämväl till denna verksamhet. Skulle detta framdeles visa sig ej vara tillfyllest, torde frågan om skyldighet för landstingen att svara för ifrågavarande vård böra upptagas till förnyad prövning.

Storleken av statsbidraget torde lämpligen böra fastställas till samma belopp som vårdavgiften för fattig patient å statens sinnessjukhus, för närvarande utgörande kr. 1:30 per dag och patient. Jämlikt grunderna för 77 § sinnessjukstadgan skall denna avgift motsvara $^1/_3$ av verkliga dagkostnaden för salspatienter å statens anstalter. För vårdhemspatienterna komme emellertid ifrågavarande belopp med all sannolikhet att motsvara minst hälften av dagkostnaden. Då därmed landstingens kostnad för å vårdhem intagen sinnessjuk i regel torde komma att understiga den ersättning, som landstingen jämlikt 40 § 3 mom. fattigvårdslagen hava att utgiva för enskild vård av sådana sinnessjuka, som förklarats berättigade till inträde å statens sinnessjukhus men där ej kunnat av utrymmesskäl mottagas eller ock, därest de vunnit inträde, måst i förtid utskrivas för att bereda plats åt annan sinnessjuk, synes grundad anledning föreligga till antagande, att landstingen skola finna med sin fördel förenligt att för tillgodoseende av den på dem ankommande delen av sinnessjukvården inrätta erforderligt antal vårdhem. Härav skulle i sin tur följa, att ersättningsreglerna i 40 § 3 mom. fattigvårdslagen så småningom förlorade i betydelse och till sist helt sattes ur kraft. Med hänsyn härtill har kommittén ej heller funnit skäl att i samband med sitt förslag till borttagande av vårdavgifterna för fattiga patienter vid statsanstalterna förorda annan ändring i nu berörda hänseende än införande av skärpt kontroll i fråga om vårdbehovets förefintlighet. Kommittén återkommer härtill i kap. 22.

Vad beträffar de grunder och villkor i övrigt, som böra gälla för ifrågavarande statsbidrag, må erinras, att kommittén på skäl, som i kap. 20 närmare utvecklats, i princip förordat vårdhemsvårdens utbyggande genom landstingens resp. icke-landstingsstäders försorg och att förty endast av dessa huvudmän inrättade hem borde komma i åtnjutande av statsbidrag. Emellertid har i

ett par län ifrågavarande vård helt eller delvis utbyggts genom för ändamålet bildade kommunalförbund. Så länge landstingen icke ålagts skyldighet att organisera och handhava vården av lättskötta sinnessjuka, böra även dylika av kommunalförbund redan inrättade vårdhem göras delaktiga av ett eventuellt statsbidrag. Härjämte torde för det fall, att vården i ett län i väsentlig omfattning utbyggts av kommunalförbund, möjlighet böra hållas öppen, åtminstone under en viss övergångstid, för återstående primärkommuner att genom sammanslutning till kommunalförbund komma i åtnjutande av statsbidrag till nya vårdhem för ifrågavarande sinnessjuka. Med hänsyn till nödvändigheten att i viss utsträckning kunna tillgodose behovet av sysselsättning för patienterna bör som villkor för erhållande av statsbidrag i samtliga fall gälla, att vårdhem skall inrymma minst 30 platser. Därest vårdhemmet endast är avsett för sinnessjuka av ettdera könet eller särskilda skäl härför eljest föreligga, må dock statsbidrag kunna utgå, oaktat platsantalet understiger 30. Med den i kap. 20 uppdragna fördelningen av sinnessjukvården mellan staten och landstingen bör statsbidrag principiellt ej heller utgå till nu befintliga kommunala sinnessjukhus med mindre desamma komma till användning som för hela länet avsedda vårdhem. Skäl kunna dock anföras för att även dessa sjukhus under viss övergångstid må beviljas statsbidrag. Som allmänna villkor för statsbidrag till hithörande anstalter bör föreskrivas, att anstalten skall inrymmas i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för sinnessjukvårdens ordnande inom länet samt att anstaltsledningen skall vara skyldig att ställa sig till efterrättelse de bestämmelser om samverkan med vederbörande statsanstalt, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt föreskriva.

Att med tillförlitlighet uppskatta den merkostnad, som ett genomförande av kommitténs förslag i förevarande del skulle innebära, låter sig för närvarande icke göra. Enligt de beräkningar, som legat till grund för den av statsmakterna godtagna planen för den statliga sinnessjukvårdens utbyggande, skulle emellertid i riket finnas ett antal sinnessjuka av omkring 4 ‰ av folkmängden, varav å statens och de tre största städernas sinnessjukhus skulle beredas vård för 3 ‰. Det klientel, som vid ett fullt genomförande av denna plan skulle omhändertagas å vårdhemmen, kan med denna utgångspunkt uppskattas till högst 1 ‰ av landets befolkning eller i runt tal 6 000 personer. Med ett statsbidrag av 1 kr. 30 öre per dag och patient skulle statens kostnader för detta klientel uppgå till högst 2 800 000 kr.

Den icke-statliga sinnesslövården.

Vad till sist angår gällande bestämmelser rörande driftbidrag till den icke-statliga sinnesslövården vill kommittén under åberopande av vad tidigare anförts för sin del icke förorda annan ändring än att *dels* i landsting deltagande primärkommuner ävensom kommunalförbund icke må annat än i undantagsfall beviljas bidrag till nya anstalter, *dels ock* att för hithörande bidrag må i tillämpliga delar föreskrivas enahanda villkor som ovan föreslagits för bidrag till den icke-statliga sinnessjukvården.

C. Förslag till nya eller ändrade resebidrag.

Allmänna synpunkter.

Nu utgående statsbidrag för resor till och från kustsanatorierna, vanföreanstalterna och de radiologiska centralanstalterna hava främst sin grund i dessa anstalters karaktär av riksanstalter för sådan vård, som är ägnad för stark koncentration. I den mån det ur allmän sjukvårds- eller ekonomisk synpunkt befinnes lämpligt att viss vård koncentreras till ett fåtal anstalter, föreligga onekligen starka skäl för det allmänna att genom lämnande av resebidrag söka i möjligaste mån minska de olägenheter för den enskilde, som en dylik koncentration innebär, särskilt för den medellöse och mindre bemedlade. Med utgångspunkt från denna uppfattning föreslår ock kommittén nedan resebidrag till vissa ytterligare anstalter av enahanda karaktär som de ovan nämnda.

Däremot har kommittén ej för avsikt att föreslå någon allmän utvidgning av resebidragsrätten till att omfatta jämväl anstalter, avsedda för länen eller mindre sjukvårdsområden. En dylik utvidgning skulle visserligen kunna sägas vara i viss mån motiverad med hänsyn till den koncentration av den slutna sjukvården även inom länen, som av kommittén förordats. Det torde emellertid kunna befaras, att en sådan anordning skulle vara ägnad att motverka landstingens intresse för att på egen hand eller genom samarbete med angränsande sjukvårdsområden söka på det för samtliga invånare bästa och för det allmänna billigaste sättet ordna den dem anförtrodda delen av den slutna sjukvården. En alltför stark koncentration av vården inom länet och därmed ett fördyrande av den slutna sjukvården i dess helhet synes kommittén lätt kunna bli följden, därest resebidrag skulle komma att utgå även för länsvis organiserad vård. Kommittén har därför icke ansett sig böra annat än för visst undantagsfall — pneumothoraxbehandling av lungtuberkulösa — föreslå en utvidgning av resebidragsrätten i här angiven riktning. I den mån eljest för län med större ytvidd, främst de tre nordligaste, resebidrag erfordras för att underlätta den enskildes vårdmöjligheter, torde detta böra ankomma på resp. landsting, helst som landstingen med ett genomförande av kommitténs förslag till statsbidrag i övrigt skulle erhålla en betydande lättnad i sin nuvarande utgiftstunga för sjukvården.

Resebidrag för centraliserad vård.

Som en konsekvens av sin ståndpunkt i fråga om tillgodoseendet av vården för neurokirurgiska sjukdomar, kluven gom, medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis samt lupus vulgaris vill kommittén till en början föreslå, att medellösa och mindre bemedlade personer, som lida av dessa sjukdomar, tillerkännas rätt till bidrag av statsmedel för resor till och från centralanstalt, som är eller kan komma att inrättas för vård av sådana sjukdomar, oberoende av patientens hemort. Det synes kommittén utan vidare uppenbart, att beträffande nu nämnda slag av sjuka föreligger enahanda motiv för resebidrag av statsmedel som i fråga om de patientgrupper, vilka enligt gällande bestämmelser äga komma i åtnjutande av denna förmån. Kommittén inskränker sig därför till att som stöd för sitt förslag härutinnan åberopa vad i sådant hänseende ovan anförts beträffande nu utgående resebidrag.

Vad angår de närmare grunderna och villkoren för resebidrag till och från anstalter för starkt centraliserad vård må framhållas följande.

Jämlikt gällande kungörelser angående statsbidrag till resor till och från de statsunderstödda kustsanatorierna och vanföreanstalterna utgå resebidrag för såväl medellösa som mindre bemedlade personer under förutsättning, att de ej hava anhörig, som är pliktig eller i tillfälle att betala den sjukes och, i förekommande fall, vårdares resa. Kungörelsen angående resebidrag för patienter i behov av radiumbehandling avser däremot — under enahanda förutsättning — endast medellösa personer. Ursprungligen tillkom resebidrag även mindre bemedlade radiumpatienter, men på förslag av Kungl. Maj:t ändrades detta i besparingssyfte av 1924 års riksdag, varvid bl. a. erinrades, att enligt gällande föreskrifter statsunderstöd för behandling av lupuspatienter endast komme medellösa till del. Riksdagen sade sig dock förutsätta, att bestämmelserna i ämnet vid tillämpningen icke bleve alltför snävt tolkade. Här berörda skillnad påtalades sedermera i statsverkspropositionen till 1932 års riksdag men föranledde ej något definitivt ståndpunktstagande från riksdagens sida. Kommittén anser för sin del, att i förevarande hänseende någon skillnad icke bör göras mellan medellösa och mindre bemedlade patienter. Detta gäller resebidrag för all centraliserad vård. Vad särskilt angår radiumpatienterna vill kommittén framhålla, att den starkt ökade frekvensen av de sjukdomsfall, som kräva behandling å centralanstalt för radioterapi, samt vikten av att ekonomiska hinder icke resas mot en tidigt inledd behandling göra det synnerligen önskvärt, att rätt till resebidrag för mindre bemedlad radiumpatient återinföres, oavsett att statsverket därigenom förorsakas ökade kostnader. Att statsmakterna begränsat understöden för behandling mot lupus till medellösa patienter torde få ses mot den bakgrunden, att riksdagen, ehuru den av vissa skäl funnit statsbidrag böra utgå, ansett omsorgen om beredande av läkarbehandling för de med lupus vulgaris behäftade sjuka, som ej kunde genom eget eller anhörigas föranstaltande erhålla nödig vård, närmast åligga vederbörande kommuner och landsting.

Med hänsyn till den speciella läkarkompetens och särskilda utrustning, som diagnosen och bedömandet i övrigt av hithörande fall oftast kräva, torde bidrag böra som regel utgå icke blott till resa för behandling utan även till resa för undersökning. Endast beträffande lupussjuka torde ur nu nämnda synpunkter hinder icke föreligga för att inskränka bidraget till resa för behandling. Resebidrag bör ock kunna utgå för vårdare i samtliga fall, där omständigheterna påkalla, att vårdare medföljer. Detta är främst fallet med minderåriga patienter; i andra fall kan sjukdomens mer eller mindre svåra beskaffenhet nödvändiggöra vårdares medföljande. Behovet härav liksom av undersökning och behandling bör styrkas medelst intyg av legitimerad läkare, därest icke patientens tillstånd på grund av tidigare vistelse å anstalten eller eljest är känt för anstaltsläkaren.

I övrigt torde med de modifikationer, som föranledas av kommitténs nedan framlagda förslag beträffande vissa för samtliga resebidrag gemensamma spörsmål, för hithörande bidrag böra i tillämpliga delar gälla enahanda be-

stämmelser, som meddelats i §§ 3—7 i kungörelsen angående resebidrag för patienter vid centralanstalterna för radiumbehandling, samt härav föranledda ändringar i gällande kungörelser vidtagas. I detta hänseende må särskilt erinras, att därest resebidrag medgives för lupuspatienter, ändring erfordras av ordalydelsen i den förbindelse, som föreskrives i § 3 c) av kungörelsen den 9 juli 1920 (nr 558) angående understöd för behandling av dylika patienter.

Resebidrag för ambulatorisk pneumothoraxbehandling.

I en till medicinalstyrelsen den 16 november 1931 ingiven skrift har styrelsen för svenska sanatorieläkarföreningen på uppdrag av sagda förening gjort framställning om åtgärder för utverkande av statsbidrag för ambulatoriskt fortsatt pneumothoraxbehandling av obemedlade och mindre bemedlade lungtuberkulösa efter deras utskrivning från tuberkulosvårdanstalt. Som motiv härför anfördes i huvudsak följande:

Svenska sanatorieläkarföreningen.

Användandet av pneumothoraxbehandling vid lungtuberkulos hade under de senare åren alltmer vunnit terräng; behandlingsmetoden hade tillförts en grupp av fall, som vore synnerligen tacksamma objekt för detta slag av terapi. Metodens indikationsområde hade ytterligare vidgats genom möjligheten av dubbelsidig samtidig pneumothorax. Behandlingen hade dels en individuell kurativ effekt, dels en synnerligen stor betydelse för det profylaktiska arbetet genom att den i många fall snabbt gjorde en bacillspridande patient smittfri. Metodens nackdel vore den långa behandlingstiden (påfyllningar under 2 à 3 år, stundom ännu längre). Kvarhållande å sanatorium av obemedlade eller mindre bemedlade patienter, för vilka kostnaderna för resor i och för fortsatt pneumothoraxbehandling skulle vara oöverkomliga, vore nödvändigt för att ej genom behandlingens för tidiga avbrytande tillspillogiva det vunna resultatet. Ett antal väl behövliga vårdplatser skulle bliva disponibla, om åtskilliga av patienterna kunde utskrivas tidigare för fortsatt ambulant behandling med bidrag av statsmedel. En del kommuner hade visserligen av fattigvårdsmedel bekostat ambulatorisk pneumothoraxbehandling, men då utläggen härför ej återbetalades av landstingen, hade flerstädes kommunerna blivit mindre benägna för dylika utlägg. Några landsting hade ock beviljat bidrag till ifrågavarande behandling, men det vore ej tänkbart att på denna väg erhålla ekonomisk hjälp i nödig utsträckning, enär landstingens budget mångenstädes vore hårt pressad. Detta gällde särskilt Norrlandslänen. Vid sådant förhållande syntes det föreningsstyrelsen nödvändigt, att staten trädde ekonomiskt hjälpande emellan beträffande ifrågavarande ambulatoriska behandling. Föreningsstyrelsen erinrade härvid, att staten redan lämnade bidrag till anstaltsvården för tuberkulösa och att staten beträffande andra sjukdomar av social betydelse, t. ex. de veneriska sjukdomarna, redan slagit in på den här ifrågasatta vägen, i det att av smittsam könssjukdom angripna på statens bekostnad erhölle den behandling, som erfordrades för återställelse eller för ernående av smittfrihet. Den fortsatta pneumothoraxbehandlingen borde i regel utföras å »sanatorier eller tuberkulossjukhus» av där anställda läkare och endast, när särskilda omständigheter det påfordrade, av annan läkare. För sistnämnda fall borde särskilda föreskrifter utfärdas, som säkrade, att vederbörande läkare ägde nödig utbildning och nödiga tekniska resurser (röntgen) för att på ett betryggande sätt kunna utföra behandlingen ifråga.

1932 års riksdag.

Under åberopande av nu återgivna skrivelse hemställdes i två vid 1932 års riksdag väckta likalydande motioner, att riksdagen måtte besluta dels att för budgetåret 1932/1933 bevilja 22 500 kr. för bidrag till resor till »sanatorier eller tuberkulossjukhus» av mindre bemedlade och medellösa patienter från Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län för ambulatoriskt fortsatt kväv-

gasbehandling, dels att för dylika bidrags utbekommande skulle tillämpas samma bestämmelser som gällde eller bleve gällande för bidrag till resor för vissa patienter vid kustsanatorierna.

Vid ärendets behandling inom första kammaren vände sig professor Israel Holmgren mot sanatorieläkarföreningens styrelses uttalande, att den fortsatta behandlingen som regel borde utföras å »sanatorier eller tuberkulossjukhus», och framhöll, att vid alla lasarett, där medicinsk avdelning med särskild överläkare vore inrättad, jämväl funnes fullgod sakkunskap för behandling av tuberkulossjuka med pneumothorax. I de flesta fall hade lasaretten sannolikt bättre röntgenutrustning än tuberkulosanstalterna, vilket vore av stor betydelse för denna behandling. Om statsbidrag kunde givas även till resor till lasaretten, komme kostnaderna att minskas, enär de sjuka då i många fall icke behövde företaga så långa resor.

Riksdagen beslöt, på hemställan av statsutskottet, att hos Kungl. Maj:t anhålla om utredning och förslag i ämnet.

Av medicinalstyrelsen verkställd utredning.

Sedan Kungl. Maj:t med anledning härav anbefallt medicinalstyrelsen att verkställa den av riksdagen begärda utredningen ävensom inkomma med det yttrande eller förslag, vartill styrelsen funne utredningen föranleda, anmodade styrelsen genom cirkulärskrivelse den 4 juli 1932 samtliga sanatoriedirektioner ävensom hälsovårdsnämnderna i Stockholm och Göteborg att i ärendet inkomma med yttrande. Av de inkomna svaren, 31 till antalet, hava 20 tillstyrkt resebidrag för ifrågavarande ändamål, i ett fall dock endast vid långa avstånd; i 5 svar har tillstyrkts statsbidrag till såväl resor som läkararvoden, och i återstående 6 svar har statsbidrag förordats utan närmare angivande av om därmed avsåges resor eller behandling eller bådadera. Som förutsättning för utgående av statsbidrag har i ett flertal svar angivits, att den behandlande läkaren skulle äga nödig utbildning och erforderliga tekniska resurser för att kunna på ett betryggande sätt utföra behandlingen. I några svar har ock uttalats önskvärdheten av att behandlingen så vitt möjligt kunde hela tiden äga rum å det sjukhus, där den inletts. Om avståndet till sanatoriet icke vore alltför långt, ansåges fördelarna med en sådan enhetlig behandling vara så stora, att de uppvägde de något stegrade resekostnaderna. Läkarbytet hade nämligen ofta ogynnsam inverkan och bleve oekonomiskt, om det orsakade även blott ett helt ringa antal försämringar. Från en sanatoriedirektion har såsom önskvärt framhållits, att åtminstone varannan eller var tredje påfyllning kunde ske å sanatoriet. I 5 svar har däremot gjorts gällande, att pneumothoraxbehandling i allmänhet borde få lämnas även av andra läkare än läkare å länssanatorier. Slutligen har i en del svar påpekats, att där de sjukas hemortskommuner eller landsting icke bidragit till resekostnader för pneumothoraxbehandling av medellösa eller mindre bemedlade patienter, dessas sanatorievistelse måst till förfång för andra sjuka utsträckas längre tid än som skulle varit behövligt av rent medicinska skäl.

Sanatorieläkarföreningen med påminnelser.

I en till medicinalstyrelsen ingiven skrift har styrelsen för svenska sanatorieläkarföreningen förklarat sig vidhålla sin i förberörda skrift av den 16 november 1931 uttalade uppfattning, att den ambulatoriskt fortsatta pneu-

mothoraxbehandlingen som regel borde utföras å »sanatorierna och tuberkulossjukhusen» av där anställda läkare. Annan läkare borde endast i undantagsfall få anlitas, t. ex. vid mycket långa avstånd och svåra kommunikationsförhållanden, som medförde avsevärd omgång och kostnad för resor till sanatoriet. I sådana fall kunde bland annat lasarettens medicinska avdelningar, om de vore gynnsammare belägna, utgöra lämpliga platser för behandlingens genomförande.

Kommittén, till vilken medicinalstyrelsens ifrågavarande uppdrag på hemställan av styrelsen överflyttats, vill med anledning av vad i ämnet anförts och i övrigt förekommit uttala följande. Kommittén.

Från principiell synpunkt anser kommittén på skäl, som tidigare nämnts, det vara riktigast, att erforderliga resebidrag för utnyttjande av länsvis organiserad sjukvård lämnas av landstingen. Lungtuberkulosvården intager emellertid ur folkhälsosynpunkt en särställning, som redan tidigt föranlett staten att till tuberkulosanstalters inrättande och drift lämna avsevärda bidrag. Med hänsyn härtill och då ett mera allmänt användande av ambulatoriskt fortsatt pneumothoraxbehandling med stor sannolikhet kan förväntas medföra en hastigare omsättning vid sanatorierna och därmed möjliggöra ett effektivare utnyttjande av befintliga A-platser, föreligga uppenbarligen särskilda skäl för staten att åtminstone försöksvis underlätta dylik behandling genom resebidrag åt i behov därav varande patienter. Härtill kommer den betydelse i profylaktiskt hänseende, som behandling enligt pneumothoraxmetoden visat sig innebära. Kommittén anser sig därför böra förorda, att resebidrag må under en försökstid av exempelvis fem år utgå till medellösa och mindre bemedlade patienter i riket för åtnjutande av ambulatoriskt fortsatt pneumothoraxbehandling. Själva behandlingskostnaden synes däremot böra bestridas av resp. landsting såsom huvudmän för lungtuberkulosvården.

Vad angår de närmare grunderna och villkoren för ifrågavarande resebidrag finner väl kommittén vissa skäl tala för, att pneumothoraxbehandlingen i möjligaste mån fortsättes vid den anstalt, där den påbörjats, d. v. s. i regel å vederbörande länssanatorium. Såsom utredningen i ämnet giver vid handen har emellertid från ett flertal håll gjorts gällande, att fortsatt behandling med tillfredsställande resultat kan lämnas jämväl vid annan anstalt, i första hand lasarett med särskild medicinsk avdelning. För att vinna större erfarenhet härom och samtidigt tillgodose berättigade krav på sparsamhet med statens medel vore det önskvärt, att grunderna för resebidrag under försökstiden bestämdes så, att bidrag som regel utginge endast för resa till och från den inom patientens hemortslän närmast belägna sjukvårdsanstalt, där tillgång till för behandling ägnad läkare och utrustning finnes. Att härvid undantaga tuberkulossjukstugor torde icke vara lämpligt, då i vissa län tuberkulossjukstugorna äro talrikt företrädda och behandling, varom här är fråga, kan lämnas å sådan enklare tuberkulosanstalt, därest nyssnämnda förutsättningar äro för handen; självfallet få tuberkulosavdelningar vid lasarett i detta sammanhang icke heller lämnas åsido. Det synes kommittén lämpligt, att medicinalstyrelsen efter förslag av vederbörande

dispensärstyrelse godkände de anstalter inom länet, vid vilka pneumothoraxbehandling finge fullföljas, samt att dispensärstyrelserna — var inom sitt län — som första instans mottoge och närmast med hänsyn till patientens ekonomiska ställning prövade anmälningar om resebidrag för ifrågavarande ändamål. Om ock som regel patient skulle hänvisas och tilldelas bidrag för resa till närmast liggande, för ändamålet godkända anstalt, torde dock med hänsyn till de fördelar, som ur vårdsynpunkt uppgivas vara förbundna med en i möjligaste mån enhetlig pneumothoraxbehandling, möjlighet böra lämnas öppen för patient att, där dispensärläkaren prövar särskilda omständigheter föreligga, erhålla bidrag för resa till den anstalt inom patientens hemortslän, där behandlingen påbörjats, även om anstalten skulle vara mer avlägset belägen från sökandens hemort än närmaste sjukvårdsanstalt inom länet, där kvalificerad pneumothoraxbehandling kan lämnas. Dispensärstyrelserna kunde lämpligen kvartalsvis inkomma med av vederbörande läkare attesterade reseräkningar, efter vilkas granskning och godkännande medicinalstyrelsen hade att utbetala resebidrag till dispensärstyrelserna. I övrigt torde med nedan föreslagna modifikationer böra i tillämpliga delar gälla enahanda bestämmelser, som stadgas i §§ 3, 5 och 7 av gällande kungörelse om resebidrag för radiumpatienter. Det skulle tillkomma medicinalstyrelsen att utfärda de ytterligare bestämmelser i ämnet, som kunde erfordras.

Kommittén övergår härefter till att behandla några för *samtliga* resebidrag gemensamma frågor.

Begreppet mindre bemedlad.

Medicinalstyrelsen.

I ett den 7 november 1931 till statsrådet och chefen för socialdepartementet ingivet utlåtande angående gällande grunder för resebidragens utgående har medicinalstyrelsen föreslagit, att för underlättande av prövning, huruvida den bidragssökande resp. den eller de för honom försörjningspliktiga vore att anse såsom mindre bemedlade, bestämmelse måtte utfärdas, som angåve den närmare innebörden av detta begrepp. Styrelsen åberopade härutinnan § 3 i kungörelsen den 29 juni 1926 (nr 293) angående statsbidrag för lindring i mindre bemedlade patienters å landsbygden sjukvårdskostnader, sådan denna paragraf lyder enligt kungörelse den 26 juli 1926 (nr 390) och enligt vilken rätt till dylikt statsbidrag tillkommer person, för vilken det taxerade beloppet enligt förordningen om statlig inkomst- och förmögenhetsskatt ej överstiger 2 000 kr. och som icke heller äger eller brukar jordbruksfastighet med ett taxeringsvärde överstigande 10 000 kr. Då emellertid kostnaderna för erforderliga resor vid längre avstånd kunde uppgå till jämförelsevis betydande belopp, borde enligt medicinalstyrelsen begreppet mindre bemedlad tolkas något mera vidsträckt i fråga om resebidragen än beträffande nyssnämnda statsbidrag. Gränsen syntes styrelsen förslagsvis kunna sättas till 3 000 resp. 15 000 kr., i stället för 2 000 och 10 000 kr., med möjlighet medgiven att i särskilda fall bevilja resebidrag även vid högre taxering, därest försörjningsskyldighet för en talrik familj, arbetslöshet eller andra ömmande omständigheter förelåge.

Statskontoret.

I ett med anledning härav den 3 december 1931 avgivet yttrande uttalade statskontoret som sin uppfattning, att de i berörda kungörelse angivna gräns-

beloppen för inkomst och förmögenhet syntes bättre än de av medicinalstyrelsen föreslagna avspegla begreppet mindre bemedlad. Det förhållandet, att vissa patienter hade lång väg att färdas till anstalten, borde icke få inverka. Däremot biträdde statskontoret medicinalstyrelsens förslag, att ömmande omständigheter borde kunna medföra utbetalande av resebidrag även vid högre taxering än den för normala fall angivna.

1932 års riksdag.

Frågan förelades 1932 års riksdag. I statsverkspropositionen till denna riksdag underströks sålunda angelägenheten av att i vederbörande kungörelser intoges en bestämmelse, som närmare angåve under vilka förutsättningar en person vore att anse som mindre bemedlad, och framhölls härvid såsom ändamålsenligt, att rätten till statsbidrag i allmänhet gjordes beroende av vederbörandes taxering. Beträffande gränsen för bidragsrätt anslöt sig Kungl. Maj:t till statskontorets förslag. Tillika förordades en sådan undantagsbestämmelse, som tillåte statsbidrags utbetalande även vid högre taxering, därest medicinalstyrelsen funne ömmande omständigheter föreligga. De förutsättningar, under vilka en vårdbehövande skulle betraktas som mindre bemedlad, föreslogos skola lända till efterrättelse även då det gällde att avgöra, huruvida för bidragssökande försörjningspliktig skulle anses vara i tillfälle att betala sökandens och, i förekommande fall, vårdares resa.

Vid prövning av förevarande spörsmål kom riksdagen till den uppfattningen, att därest de av Kungl. Maj:t föreslagna maximibeloppen lades till grund för avgörande av frågan, huruvida sökande skulle anses som mindre bemedlad eller icke, kunde detta komma att leda till resultat, som ur synpunkten av en enhetlig och rättvis tilldelning av bidragen icke vore önskvärda. Under ärendets behandling i riksdagen uttalades ock önskvärdheten av att till grund för ifrågavarande bedömande lades det beskattningsbara beloppet i stället för det taxerade beloppet samt att hänsyn toges till skuld, som påvilade fastighet. Riksdagen ansåg sig emellertid icke böra taga definitiv ståndpunkt till denna fråga, förrän statens sjukvårdskommitté yttrat sig i densamma. Vid ett tillämpande tillsvidare av de nu gällande grunderna syntes dock hänsyn böra tagas till ovanberörda ömmande omständigheter.

Kommittén.

Att finna en tillförlitlig allmängiltig grund för bedömande av frågan, huruvida en vårdbehövande är att anse som mindre bemedlad eller icke, torde knappast låta sig göra. Vare sig man såsom bedömningsgrund väljer det till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt taxerade eller det beskattningsbara beloppet, kan detta lätt leda till orättvisor i det enskilda fallet. Med hänsyn till förefintligheten av de s. k. grund- och familjeavdragen ävensom övriga avdrag från det taxerade beloppet, vilka kunna av taxeringsmyndighet medgivas, synes kommittén det beskattningsbara beloppet dock vara att i förevarande hänseende föredraga framför det taxerade beloppet. Under alla förhållanden måste emellertid en skälighetsprövning i åtskilliga fall äga rum. Det är sålunda uppenbart, att arten av inkomst samt event. förefintlig förmögenhet spelar en stor roll för frågans bedömande. Medan t. ex. en person, som har sin bärgning uteslutande genom inkomst av eget arbete, ofta automatiskt flyttas ned bland de medellösa eller mindre bemedlade, därest han genom sjukdom eller

olycksfall blir urståndsatt att arbeta, är detta däremot sällan fallet med en person, som har sin huvudsakliga inkomst av kapital eller därmed jämställd förmögenhet. Dennes ekonomiska ställning behöver i varje fall ej i avgörande grad påverkas av iråkad sjukdom. Vidare är det för bedömande av betalningsförmågan av stor betydelse, om och i vad mån den vårdbehövande häftar för skuld, främst sådan som är förenad med amorteringsskyldighet, enär vid skattebeloppets fixerande hänsyn icke tages till dylik skyldighet. Jämväl sjukdomens längd kan inverka; en person, som blivit vanför för hela sitt liv, äger naturligen oftast väsentligt mindre betalningskraft än den, vars sjukdom är av relativt kort varaktighet. Sist berörda omständigheter kunna givetvis även inverka på bedömandet av betalningsförmågan hos person, som är försörjningspliktig för den vårdbehövande.

Ehuru det sålunda möter stora svårigheter att angiva en högsta inkomstgräns, inom vilken vederbörande *alltid* kan anses såsom mindre bemedlad, synes det dock kommittén vara av visst värde, att i vederbörande kungörelser angives en norm till vägledning för bedömandet av ifrågavarande begrepp. Som sådan norm vill kommittén för sin del föreslå ett beskattningsbart belopp av 350 kr., vilket för en normalfamilj, bestående av man, hustru och två minderåriga barn samt boende inom de för riket i genomsnitt representativa ortsgrupperna II och III, motsvarar ett taxerat belopp av ungefär 2 400 resp. 2 600 kr. För det stora flertalet fall torde denna norm böra utgöra en högsta inkomstgräns för att vederbörande skall kunna betecknas som mindre bemedlad. I detta sammanhang må erinras, att moderskapsunderstödssakkunniga i sitt år 1929 avgivna betänkande som normerande för begreppet mindre bemedlad föreslagit ett till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt beskattningsbart belopp av högst 500 kr. I ett flertal yttranden över nämnda betänkande har emellertid detta belopp ansetts för högt och i stället såsom övre gräns föreslagits ett beskattningsbart belopp av 300 à 400 kr. På sätt ovan antytts kunna emellertid omständigheter föreligga, som göra det skäligt, att en person med ett beskattningsbart belopp av mer än 350 kr. i förevarande hänseende anses som mindre bemedlad, och å andra sidan kunna fall förekomma, då ett beskattningsbart belopp av 350 kr. eller därunder icke bör medföra, att vederbörande inrymmes i kategorien mindre bemedlade. I sistnämnda hänseende synes det kommittén, att en person, som äger fastighet med ett behållet värde (= taxeringsvärde efter avdrag för intecknad gäld) av minst 6 000 kr. som regel icke kan betecknas såsom mindre bemedlad. Beloppet ifråga är därför endast avsett att tjäna som utgångspunkt vid ett bedömande av hithörande spörsmål och förutsätter, att skälighetsprövning i avsevärd utsträckning äger rum.

Utfärdas bestämmelser av här angiven innebörd, torde för underlättande av anstaltsledningarnas prövning tillika böra föreskrivas, att vid ansökningen skall fogas *dels* intyg av fattigvårdsmyndighet, angivande huruvida och i vad mån den vårdbehövande åtnjuter fattigvårdsunderstöd ävensom, i förekommande fall, namnet å den eller de personer, som äro för den vårdbehövande försörjningspliktiga, *dels och*, därest den vårdbehövande eller för honom försörjningspliktig vid senast verkställda taxering blivit taxerad till statlig inkomst-

och förmögenhetsskatt, fullständigt utdrag av vederbörliga taxeringslängder beträffande personen ifråga. Genom sistnämnda utdrag erhåller anstaltens ledning kännedom om, i vad mån vederbörandes beskattningsbara inkomst härrör ur fastighet, kapital, rörelse, tjänst eller tillfälligt uppdrag ävensom om taxeringsvärdet å vederbörande tillhörig fastighet. Häftar vederbörande i skuld, synes tillräckligt, att beloppet härav jämte event. föreliggande amorteringsskyldighet bestyrkes genom en av gäldenären på heder och samvete avgiven skriftlig förklaring. Har åter vederbörande icke blivit taxerad till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt, bör detta styrkas genom intyg av skatte- eller uppbördsmyndighet.

Det torde härjämte bliva nödvändigt att införa en instans, där på besvär av sökande erforderlig omprövning av samtliga inverkande omständigheter kan äga rum. Som sådan besvärsinstans vill kommittén förorda medicinalstyrelsen, som enligt gällande bestämmelser handhar utbetalningen av resebidragen. I egenskap av besvärsinstans bör medicinalstyrelsen äga rätt att, där styrelsen så prövar skäligt för vinnande av närmare upplysning om klagandes förmögenhetsställning, infordra av klaganden avgiven självdeklaration eller utdrag av densamma, en rättighet, som med hänsyn till föreskriven sekretess beträffande innehållet i självdeklarationen icke lämpligen bör tillerkännas de i första hand prövande anstaltsledningarna. Dessutom bör medicinalstyrelsen äga rätt och skyldighet att till ledning för anstaltsstyrelsernas prövning lämna de allmänna anvisningar och råd, som kunna befinnas erforderliga utöver de i vederbörande kungörelser intagna.

Kommittén har övervägt lämpligheten av att införskaffa uppgifter för att i möjligaste mån utröna, huru ett tillämpande av ovan förordade grunder skulle hava inverkat å statens utgifter för ifrågavarande ändamål under något kvartal. En dylik utredning skulle emellertid bliva rätt omständlig och knappast lämna ett mot arbetet svarande resultat. Enligt vad kommittén inhämtat kunna nämligen icke mindre än omkring 95 % av dem, som för närvarande erhålla statsbidrag av ifrågavarande slag, beräknas vara i sådana ekonomiska omständigheter, att resebidrag under alla förhållanden måste utgå. Kommittén har därför avstått ifrån att verkställa en sådan utredning.

Begränsning av resebidragen.

Medicinalstyrelsen 1931.

I sitt förenämnda, den 7 november 1931 avgivna utlåtande har medicinalstyrelsen, på förekommen anledning, till prövning även upptagit spörsmålet, på vad sätt en lämplig begränsning av statens utgifter för ifrågavarande ändamål må kunna ske. Styrelsen anförde härutinnan i huvudsak följande:

Patienter vid lasarett, sanatorier, sinnessjukhus, hem för kroniskt sjuka m. fl., av vilka anstalter i regel funnes en eller flera inom varje län, finge själva gälda sina omkostnader för resorna till och från dylik anstalt. Obemedlade och mindre bemedlade patienter vid kustsanatorier, anstalter för radiumbehandling och vanföreanstalter erhölle däremot resebidrag, motsvarande praktiskt taget hela kostnaden för resan från hemorten till anstalten och åter. Sistnämnda patienter skulle komma i samma ställning som övriga, om från resebidraget avräknades den genomsnittliga kostnaden för resa från patientens hemort till sjukvårdsanstalt inom det län, där hemorten vore belägen. I detta sammanhang ville styrelsen erinra, att enligt 22 § i förordningen den 26 juni 1931 om erkända sjukkassor medlem av så-

dan sjukkassa ägde att vid behov av sjukhusvård erhålla ersättning för intagande och vård på sjukvårdsanstalt — vari jämväl torde innefattas ersättning för resa till dylik anstalt — med belopp, som skulle hava utgått för den sjukes intagande och vård å lasarett drivet av landsting, inom vars område den sjuke vore bosatt.

Ett avdrag av här ifrågasatt art vore redan föreskrivet i nu gällande bestämmelser, i det att ersättning för resa med annat transportmedel än järnväg, fartyg och statens järnvägars eller postverkets trafikbilar skulle utgå endast i den mån dylik färd överstege 20 kilometer. Detta avdrag drabbade endast sådana patienter, som icke vore bosatta vid järnvägs- eller fartygsstation eller linje för automobiltrafik i regelbunden fart, anordnad av statens järnvägar eller postverket i anslutning till järnvägs- eller fartygslinje. Det syntes styrelsen kunna ifrågasättas, huruvida icke med upphävande av nämnda bestämmelse föreskrift borde meddelas av den innebörd, att resebidrag för patienter vid kustsanatorier, anstalter för radiumbehandling och vanföreanstalter finge utgå endast i den mån resekostnaden överstege det belopp, som i genomsnitt kunde anses motsvara den kostnad, patienter hade att vidkännas för resa till inom eget landstingsområde belägen sjukvårdsanstalt. I § 3 av den ursprungliga kungörelsen om resebidrag till patienter vid kustsanatorier (1914: 294) hade funnits en bestämmelse av innehåll, att för resebidrags åtnjutande förutsattes att kostnaden för enkel resa å järnväg eller fartyg till anstalten överstege 10 kronor och att bidraget utginge med det belopp, varmed kostnaden för resan till respektive från anstalten för den sjuke jämte vårdare, där sådan medföljt, tillika med kostnaden för vårdarens hemresa respektive resa till anstalten för den sjukes avhämtande överstege 10 kronor. Denna föreskrift, som innebure, att den sjuke skulle själv gälda ej blott kostnaden för resa till järnvägs- eller fartygsstation utan även 10 kronor av kostnaden för järnvägs- eller fartygsresan, hade bortfallit genom kungörelse den 9 november 1917 (nr 751), sedan riksdagen i skrivelse till Kungl. Maj:t ifrågasatt ändring därutinnan under erinran, att de för ändamålet anvisade medlen ej kommit till användning i den från början avsedda utsträckningen. Det i 1914 års kungörelse upptagna beloppet — 10 kronor — ansåge medicinalstyrelsen kunna antagas i genomsnitt motsvara den kostnad, en vårdbehövande nödgades utgiva för resa till sjukvårdsanstalt inom det landstingsområde, där han vore bosatt.

Statskontoret.

Den av medicinalstyrelsen sålunda ifrågasatta inskränkningen ansåg sig statskontoret i sitt förenämnda yttrande av den 3 december 1931 icke kunna förorda, enär densamma blivit av riksdagen upphävd, sedan den visat sig hava haft alltför restriktiv verkan. Tillika betonades, att det av statskontoret förordade fastslåendet av viss inkomst- och förmögenhetsgräns för rätt till resebidrag för patienter vid kustsanatorier och vanföreanstalter sannolikt komme att medföra någon minskning av utgifterna för dessa bidrag.

1932 års granskningsnämnd.

Medicinalstyrelsens ifrågavarande förslag föranledde ingen åtgärd från Kungl. Maj:ts sida, men den särskilda granskningsnämnd, åt vilken Kungl. Maj:t uppdrog att såsom förberedelse till 1933 års statsverksproposition verkställa undersökning rörande förefintliga möjligheter till besparingar och minskningar i statens utgifter, upptog förslaget till förnyad prövning samt förordade detsammas genomförande. Den av medicinalstyrelsen föreslagna begränsningen hade, framhöll nämnden, sin naturliga motivering däri, att resekostnadsbidrag ej utginge för resa till sjukhus inom det egna landstingsområdet samt att ett belopp, motsvarande sådan resekostnad, därför ej syntes i förevarande fall böra utgå. Genom vidtagande av en dylik ändring i grunderna för

resebidragen skulle för budgetåret 1933/1934 sannolikt kunna inbesparas tillhopa 165 000 kr.

Medicinalstyrelsen 1932.

I underdånigt utlåtande den 12 oktober 1932 vidhöll medicinalstyrelsen sitt yttrande av den 7 november 1931 och tillade:

Vid sitt ifrågavarande förslag hade styrelsen förutsatt, att gällande bestämmelse, att statsbidrag icke finge utgå för den del av resan från patientens bostad till järnvägs- eller fartygsstation eller automobiltrafiklinje av viss natur, som understege 20 kilometer, skulle upphävas. Denna bestämmelse syntes visserligen vara av stort värde ur praktisk synpunkt, då densamma i flertalet fall avsevärt förenklade beräkningen av resekostnaden, men enär den beskärning av resebidragen, bestämmelsen medförde, drabbade endast vissa patienter, ansåge styrelsen fortfarande övervägande skäl tala för bestämmelsens upphävande. Under förutsättning, att det statsfinansiella läget påkallade en avsevärd nedsättning av anslag för ifrågavarande ändamål, hemställde medicinalstyrelsen därför, att Kungl. Maj:t ville föreslå riksdagen sådan ändring av i ämnet gällande bestämmelser, att *dels* statsbidrag måtte utgå för resa från den sjukes bostad till järnvägs- eller fartygsstation eller till av statens järnvägar eller postverket i anslutning till järnvägs- eller fartygslinje anordnad automobiltrafiklinje med ett belopp av 10 öre för kilometer, även om dylik resa icke överstege en väglängd av 20 kilometer, *dels* statsbidrag skulle utgå allenast i den mån kostnaden för den sjukes resa till eller från anstalt av ifrågavarande slag samt, vad anginge resa till eller från kustsanatorium eller vanföreanstalt, jämväl i förekommande fall kostnaden för vårdares resa för den sjukes överförande till anstalten eller avhämtande ifrån densamma jämte vårdarens hemresa överstege ett belopp av 10 kr. Styrelsen framhöll samtidigt, att en bestämmelse av sist angiven innebörd skulle, så vitt framginge av inom styrelsen verkställda beräkningar, medföra en minskning av dessa statsbidrags belopp med något över hälften. Styrelsen ville därför ifrågasätta, huruvida icke det belopp, som resekostnaden skulle överstiga, kunde sättas något lägre än ovan föreslagits. Därest beloppet härvid bestämdes till 5 kr., kunde resebidragens belopp antagas komma att nedgå med omkring en fjärdedel.

1933 års statsverksproposition.

Ej heller nu berörda yttrande har föranlett något förslag från Kungl. Maj:ts sida. I 1933 års statsverksproposition uttalade föredragande departementschefen som sin uppfattning, att med en riktig tillämpning av gällande ganska stränga bestämmelser för rätten att åtnjuta resebidrag kunde det antagas, att endast personer, som vore i verkligt behov av bidrag, bleve berättigade därtill. Å andra sidan vore det av synnerlig vikt för de personer, varom här vore fråga, att erhålla den vård, som resebidragen avsåge att möjliggöra. Departementschefen befarade, att den föreslagna begränsningen skulle visa sig alltför restriktiv till sin verkan och därmed komma att äventyra resebidragens ändamål. Därtill komme, att under budgetåret 1931/1932 den dittillsvarande betydande stegringen år från år av kostnaderna för resebidragen avbrutits vad anginge resorna till kustsanatorier och vanföreanstalter samt efterträtts av en icke oväsentlig utgiftsminskning.[1] Anledning funnes därför till antagande, att även om grunderna för anslagens användning bibehölles oförändrade, någon ytterligare mera avsevärd utgiftsstegring icke vore att förvänta beträffande nämnda resor.

[1] Sammanlagd utgiftsminskning från kr. 228 232 budgetåret 1930/1931 till kr. 195 673 budgetåret 1931/1932, d. v. s. med kr. 32 559. Beträffande resorna till anstalterna för radiumbehandling förelåg en motsvarande ökning av kr. 13 032.

Kommittén.

I likhet med medicinalstyrelsen och 1932 års särskilda granskningsnämnd anser kommittén vägande skäl föreligga för en begränsning av statens resebidrag vad angår anstalter för starkt centraliserad vård, så länge resebidrag i allmänhet icke utgå eller komma att utgå för erhållande av vård å anstalt, avsedd för visst landstingsområde eller del därav. Detsamma kan i viss mån sägas gälla även resebidragen för pneumothoraxbehandling. En beskärning av samtliga resebidrag torde jämväl vara påkallad med hänsyn till den utvidgning av resebidragsrätten till vissa ytterligare sjukvårdsgrenar, som kommittén ovan föreslagit. Kommittén har ock till ingående prövning upptagit frågan om lämpligaste sättet för en dylik begränsning samt därvid främst dryftat två alternativ, innebärande det ena, att ersättning icke skulle utgå för resa inom visst kortare avstånd från resp. anstalt, och det andra, att staten icke skulle lämna ersättning för resekostnad, som understege visst belopp.

Ett tillämpande av det första alternativet torde med hänsyn till de väsentligen olika kommunikationsmöjligheter, som olika delar av vårt land erbjuda, komma att i praktiken verka ojämnt och orättvist för den enskilde. Det andra alternativet åter, att från ersättning av statsmedel undantaga visst resekostnadsbelopp, synes kommittén vila å en ur den enskildes synpunkt mera rättvis och lämplig grund. Även av granskningstekniska skäl torde detta alternativ vara att föredraga. Att härvid undantaga så pass stort resekostnadsbelopp som 10 kr. anser kommittén emellertid ägnat att i väsentlig mån äventyra syftet med resebidragen. Kommittén vill för sin del som allmän regel föreslå, att ersättning utgår med det belopp, varmed kostnaden för *enkel* resa överstiger 5 kr. För pneumothoraxpatienter torde dock på grund av det stora antal resor, som erfordras, bidrag böra utgå i den mån *sammanlagda* kostnaden för resa till och från behandlingsorten överstiger 5 kr. Med dessa normer synes kommittén skälig hänsyn hava tagits till såväl patienternas som statens berättigade intressen.

Bidrag för resor med motorfordon i privat linjetrafik.

Svenska vanföreanstalternas centralkommitté.

I skrivelse den 4 december 1931 har styrelsen för svenska vanföreanstalternas centralkommitté hos medicinalstyrelsen hemställt om vidtagande av åtgärder för sådan ändring av § 3 i kungörelsen angående statsbidrag till vissa resor av vanföra jämte vårdare, att statsbidrag måtte i vissa fall, åtminstone inom distriktet för Härnösandsanstaltens verksamhet, kunna utgå för resor med automobil eller automobilomnibus och möjligen även motorbåt i privat linjetrafik i allmänhet eller eventuellt endast i vissa angivna dylika trafikleder. Till stöd för sin framställning åberopade styrelsen för centralkommittén en från vanföreföreningen i Norrland inkommen skrivelse, vari i huvudsak anfördes följande:

Enligt gällande bestämmelser utginge statsbidrag allenast till resa med järnväg, ångbåt eller automobil i regelbunden trafik, som anordnats av statens järnvägar eller postverket samt för resa till dylikt trafikmedel, i den mån sistnämnda resa överstege 20 kilometer. Däremot utginge icke statsbidrag, om andra trafikmedel än nyss nämnda användes för hela resan. Erfarenheten vid den av föreningen drivna vanföreanstalten hade emellertid givit vid handen, att vanföra i stor utsträckning använde sig av privata linjetrafikföretag för sina resor till och från anstalten, då andra billiga fortskaffningsmedel i många fall ej stode till buds och i andra fall

resa med järnväg eller båt skulle ställa sig dyrare eller föranleda förlängd resa eller avsevärd tidsutdräkt. Fall förekomme, då avgiften för resa med omnibus utgjorde endast omkring hälften av avgiften för resa med järnväg samt då vid resa med järnväg överliggning måste äga rum, under det att resan, företagen med omnibus, toge en tidsrymd av allenast 4 timmar. Då resebidrag ej utginge för överliggning måste resan ställa sig betungande, särskilt för mindre bemedlade. Att märka vore ock, att i den mån kommunerna måste vidkännas utgifter för vanföras resor, de kommuner, som hade goda järnvägs- eller ångbåtsförbindelser eller järnvägs- eller postdiligenser, vore gynnsammare ställda i fråga om statsbidrag än kommuner, som saknade sådana trafikmedel. Vidare kunde ombyten av trafikmedel medföra olägenheter för vanföra, som skulle kunna undvikas, om resan i sin helhet finge företagas med ett och samma fortskaffningsmedel. Omnibuslinjetrafiken intoge en alltför framskjuten plats bland nutidens trafikmedel för att icke komma i fråga bland dem, för vilkas begagnande statsbidrag utginge oavsett resans längd. Detta förhållande gällde särskilt Norrland med dess stora avstånd och fåtaliga järnvägar, men enligt vad föreningen inhämtat hade även inom övriga delen av riket från vanförevårdande håll uttalats önskemål om att den privata linjetrafiken med automobil skulle i fråga om statsbidrag till vanföras resor jämställas med järnvägar och ångbåtslinjer samt av statens järnvägar och postverket driven automobillinjetrafik. På grund av vad sålunda anförts hade föreningen ansett en officiell framställning påkallad i syfte att åstadkomma, att resebidrag till vanföra beräknades jämväl för plats i automobil i privat linjetrafik, och finge föreningen i sådant avseende än ytterligare framhålla, att då för ifrågavarande trafik taxor fastställdes av myndighet samt befordringsavgiften i allmänhet måste betecknas såsom låg, någon risk för okontrollerbarhet eller uppskörtning icke förelåge.

För egen del anförde centralkommittén:

Det rådde intet tvivel, att framställningen från föreningen för bistånd åt vanföra i Norrland gåve uttryck för ett ur vanförevårdssynpunkt allt mera kännbart behov av ytterligare lättnader vid resor till och från vanföreanstalt för vissa vanföra. Beträffande de vanföra inom distrikten för de tre andra vanföreanstalternas verksamhet hade väl ett sådant behov, sedan Norrlandsdistriktets vanföra hänvisats till Härnösands vanföreanstalt, gjort sig mindre gällande. Stockholms vanföreanstalts erfarenhet gåve dock vid handen, att de svårigheter, som i berörda hänseende existerade för vanföra å vissa Mälaröar, vore värda all uppmärksamhet. Styrelsen för S. V. C. K. ville ej endast understryka de skäl för ändrade bestämmelser, som av Norrlandsföreningen framlagts, utan såsom en ytterligare anledning till beaktande även framhålla, att det vid många tillfällen kunde vara ur rent medicinsk synpunkt synnerligen önskvärt, att en vanför person vid resor till och från vanföreanstalt kunde färdas med minsta möjliga tidsutdräkt och med undgående i största möjliga grad av ombyten av trafikmedel, vilka ombyten även i och för sig kunde föranleda behov av åtföljande vårdare i vissa fall, där sådan annars icke skulle vara erforderlig.

Medicinalstyrelsen.

I en med anledning härav till statsrådet och chefen för socialdepartementet den 15 december 1931 avlåten skrivelse har medicinalstyrelsen tillstyrkt centralkommitténs framställning i så måtto, att statsbidrag för däri angivna resor förordades skola utgå med enahanda belopp, vartill bidraget skulle hava uppgått enligt av styrelsen i förenämnda yttrande av den 7 november 1931 föreslagna grunder. I de fall, då resan helt eller delvis kunnat företagas å järnväg, ångbåt eller av statens järnvägar eller postverket anordnad automobiltrafiklinje, skulle så anses som om resan företagits med anlitande av dessa tra-

fikmedel, dock att bidraget för den del av resan, som företagits med privata automobil- eller motorbåtstrafiklinjer, icke finge utgå med högre belopp än vartill resekostnaden i verkligheten uppgått.

Kommittén. Kommittén, till vilken ovannämnda framställningar överlämnats för att tagas under övervägande vid fullgörandet av dess uppdrag, finner för sin del vad däri anförts vara värt allt beaktande. Den där ifrågasatta utvidgningen av resebidragsrätten synes kommittén för övrigt i stort sett endast vara en konsekvens av kommunikationsväsendets utveckling under senare år. Beträffande bidragsbeloppets beräkning instämmer kommittén med medicinalstyrelsen, dock med den modifikation, som föranledes av kommitténs ovan föreslagna beskärning av resebidragen. Kommittén vill blott tillägga, att då särskilda skäl icke synas tala för en begränsning av ifrågavarande utvidgning till resor av vanföra och deras vårdare, densamma bör givas tillämpning å resor till och från samtliga sjukvårdsanstalter, beträffande vilka rätt till resebidrag föreligger eller föreslagits.

Sammanfattning.

Att vinna en fullständig bild av de ekonomiska konsekvenser för staten, som kommitténs i detta kapitel framlagda förslag innebära, låter sig uppenbarligen icke göra redan av den anledningen, att totalbeloppen för byggnads- och resebidragen icke kunna med någon grad av säkerhet på förhand uppskattas. Härtill kommer, att även de för driftbidragen gjorda uppskattningarna äro i hög grad approximativa. Sammanställas emellertid dessa beräkningar, skulle staten för de olika sjukvårdsgrenarna åsamkas ökade kostnader med omkring följande belopp per år:

neurokirurgi	25 000 kr.
behandling av kluven gom	15 000 »
barnbördsvården	530 000 »
lungtuberkulosvården	600 000 »
epidemivården	500 000 »
vården av kirurgisk tuberkulos	1 250 000 »
vanförevården	850 000 »
den kommunala sinnessjukvården	2 800 000 »
S:a	6 570 000 kr.

Att märka är emellertid, att i sistnämnda belopp ingå jämväl de kostnader, som äro en följd av kommitténs i kap. 20 framlagda förslag om överflyttning till staten av landstingens och storstädernas bidrag till den slutna vården av kirurgisk tuberkulos och vanföra. Avdragas dessa kostnader (690 000 + 710 000) minskas totalsumman till c:a *5 200 000*, vilket belopp alltså skulle utgöra den reella merkostnad för staten, som föranledes av kommitténs i *detta* kapitel framlagda förslag till driftkostnadernas fördelning.

Kap. 22. Landstingens ersättningar till primärkommunerna för viss sluten sjukvård.

Inledning.

Jämlikt bestämmelserna i 40—42 §§ av fattigvårdslagen samt 63 och 65 §§ i barnavårdslagen åligger det landstingen att ersätta primärkommunerna för av dem havda utgifter för vård åt vissa fattiga eller värnlösa sjuka och abnorma. Dessutom hava landstingen genom lag av den 2 maj 1919 ålagts att gottgöra primärkommunerna för av dem beredd lindring i vårdkostnaderna för vissa mindre bemedlade sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka.

Redan med hänsyn till sitt egentliga uppdrag att på lämpligt sätt söka avväga det allmännas, d. v. s. statens, landstingens och primärkommunernas, kostnader för den slutna sjukvården har kommittén haft anledning att närmare syssla med hithörande ersättningar. Ytterligare och särskilda anledningar härtill hava utgjort dels i kommitténs direktiv gjort uttalande, att ifrågavarande ersättningsbestämmelser »kunna befinnas vara i behov av revision», dels överlämnande till kommittén av vissa till Kungl. Maj:t gjorda framställningar i ärendet. I direktiven uttalar departementschefen, att sagda revision syntes »icke böra avse någon rubbning i den totala kostnadsfördelningen, utan snarast gå ut på att primärkommunerna alltid skola bära viss del av varje särskild kostnad mot det att landstingsbidrag erhållas i större antal fall än nu». De till kommittén i anslutning härtill överlämnade framställningarna och handlingarna utgöras dels av underdåniga framställningar från svenska landstingsförbundets styrelse den 13 december 1923 och fattigvårdsstyrelsen i Lidingö köping den 10 januari 1924 med anhållan om vissa ändringar och förtydliganden i omförmälda ersättningsbestämmelser samt över dessa framställningar av kammarrätten och styrelserna för svenska stadsförbundet, svenska landskommunernas förbund och svenska fattigvårdsförbundet avgivna utlåtanden, dels underdånig framställning från Jämtlands läns landstings förvaltningsutskott år 1929 med anhållan om sådan ändring i fattigvårds- och barnavårdslagarna, att primärkommunerna med viss mindre del göras betalningsskyldiga för lämnad sjukvård. Handlingarna ifråga skulle »tagas i övervägande vid fullgörande av det åt kommittén lämnade uppdraget».

Då kommittén nu går att till särskild behandling upptaga förevarande fråga om landstingens ersättningar för viss åt fattiga sjuka lämnad vård, torde det vara lämpligt att till en början redogöra för hithörande ersättningsbestäm-

melsers tillkomst, deras nuvarande innehåll och ekonomiska verkningar samt från olika håll framförda erinringar och ändringsförslag beträffande bestämmelserna ifråga.

Ersättningsbestämmelsernas tillkomst.

Systemet med ersättning från sekundärkommunen till primärkommunerna för viss vårdkostnad var före 1918 års fattigvårdslag okänt i vårt land. Det upptogs av *fattigvårdslagstiftningskommittén* i dess år 1915 avgivna betänkande och avsåg att åstadkomma förutom en förbättrad vård åt de fattiga sjuka närmast en skattelättnad och en skatteutjämning för primärkommunerna. Den för dessa syftens vinnande mera effektiva och rationella utvägen att helt eller delvis göra länen till utdebiteringsområden för fattigvårdskostnaderna avvisades av nämnda kommitté med en ganska knapphändig motivering.

De kategorier av fattiga sjuka och abnorma, för vilka landstingsersättning enligt fattigvårdslagstiftningskommitténs förslag skulle utgå, voro: 1) de som vårdas å statlig sinnessjukanstalt; 2) de som vårdas å landstingsanstalt för sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka eller å enskild anstalt för sinnesslöa eller fallandesjuka, vilken åtnjuter statsbidrag eller blivit av Konungen för ändamålet godkänd; 3) de som vårdas å anstalt för tuberkulösa eller vanföra, vilken åtnjuter statsbidrag; samt 4) de som vårdas å genom landstings försorg upprättad anstalt för kroniskt sjuka eller å av primärkommun eller annan upprättad anstalt eller avdelning för dylika sjuka. Vid vård å anstalter under 1—3 skulle landstingen hava att ersätta *hela* vårdavgiften, vid vård å anstalter och avdelningar under 4 skulle däremot endast *en fjärdedel* av vårdkostnaden ankomma på landstinget.

Beträffande kostnaderna för de akut sjuka, som erhålla vård å lasarett och sjukstugor, föreslog kommittén däremot allenast, att för hithörande fattiga sjuka avgift av fattigvårdssamhälle skulle utgå efter det lägsta belopp, som bestämts för å anstalten intagna patienters vård. Legosängsavgifterna för dessa fattiga patienter beräknades av kommittén för år 1907 hava uppgått till ett belopp om sammanlagt 321 566 kr. Med hänsyn till detta beloppets litenhet och att hithörande kostnader merendels utginge allenast för kortare tid och därför ej i varje särskilt fall kunde bliva synnerligen betungande, ville kommittén icke föreslå kommunernas befriande från avgifterna ifråga eller någon ersättningsskyldighet från landstingen för dylik vård.

Enligt kommittéförslaget skulle primärkommunerna såsom tillförne gälda de fastställda avgifterna för anstaltsvården åt omförmälda kategorier av fattiga sjuka och abnorma och hemortskommunen sedan hos landstinget söka ersättning för utlagda vårdkostnader. Landstinget eller dess organ skulle pröva riktigheten av det framställda kravet samt bifalla eller avslå detsamma. I händelse av avslag skulle hemortskommunen hava rätt att utsöka sin fordran på gottgörelse genom länsstyrelsen eller i sista hand genom kammarrätten. Endast beträffande de å landstingsanstalter vårdade kroniskt sjuka skulle ett annat förfaringssätt praktiseras, nämligen så att primärkommunerna skulle för fattig patient betala en legosängsavgift motsvarande allenast tre fjärdedelar av den för övriga patienter gällande lägsta legosängsavgiften. Den vår-

dades fattigvårdsbehov skulle styrkas genom ett s. k. förhörsprotokoll, som skulle åtfölja ersättningsansökan.

Den lättnad, som genom de föreslagna ersättningsbestämmelserna skulle bringas primärkommunerna, uppskattades av kommittén till inemot 3 miljoner kr.

Kommitténs lagförslag innehöll inga bestämmelser om rätt för landstinget att självt eller genom vederbörande fattigvårdsstyrelse hos den vårdade eller för honom försörjningspliktig enskild person återkräva ersättningsbeloppet. I fattigvårdslagstiftningskommitténs betänkande uttalas i denna punkt bl. a. följande:

»Av den anordning, som här beskrivits, enligt vilken frågan om kostnadernas fördelning skall vara slutförd, innan begäran om gottgörelse framställes till landstinget, följer, att man icke ansett nödigt eller lämpligt att tillerkänna landstinget för vad detsamma utlagt någon återkravsrätt mot enskilda personer, vilka betalningsskyldighet eljest enligt därför givna regler skulle påvila. Härigenom befrias dessa personer från betalningsskyldighet för vad av dem icke kunnat gäldas, innan gottgörelse av landstinget till vederbörande kommun utbetalades. Då understödstagares och försörjningspliktigas skyldighet att ersätta fattigvård, såsom framdeles kommer att beröras, i regel preskriberas inom två år från dess utgivande, kommer i allt fall dylik ersättningsskyldighet att jämförelsevis snart bortfalla. Därigenom avlägsnas ock de betänkligheter, som kunde yppas mot sistberörda anordning, därför att den ej kan bli gällande för de stadskommuner, som icke tillhöra landsting utan själva utgöra landstingsområden.»

I sitt yttrande över kommitténs betänkande anmärkte *statskontoret* (propositionen sid. 222) bl. a., att enligt betänkandet landstingen icke skulle hava någon regressrätt mot vare sig annat landsting eller den vårdade själv eller för honom försörjningspliktig person, vilket kunde leda till att landstinget fick svara för kostnader, som rätteligen bort gäldas av annat landsting eller bestridas av den vårdades egna tillgångar eller av för honom försörjningspliktiga.

De av fattigvårdslagstiftningskommittén föreslagna ersättningsbestämmelserna upptogos i det stora hela i propositionen till *1918 års riksdag*, dock med de förändringarna, att enligt Kungl. Maj:ts förslag landstingens ersättningsskyldighet för vård åt fattiga sjuka utsträcktes till att avse jämväl dem, som erhålla vård å lasarett och sjukstugor, samt att landstinget skulle hava att bestrida icke en fjärdedel utan halva kostnaden för vård av de kroniskt sjuka. I fråga om återkravsrätten förklarade sig departementschefen icke anse det vara av behovet påkallat att, på sätt statskontoret föreslagit, bibehålla det landsting, som utbetalat kostnaden, vid rätt att kräva ersättning härför från annat håll. Mot detta uttalande gjordes ingen gensaga under riksdagsbehandlingen, varför riksdagen torde få anses ha godkänt detsamma. Riksdagen godkände också propositionen i övrigt med några smärre formella ändringar.

År 1924 tillkom *lagen om samhällets barnavård* med dess stadganden i 63 och 65 §§, att kommun, som haft utgift för omhändertaget barns vård, i fall som avses i 40—42 §§ i fattigvårdslagen skall i förhållande till vederbörande landsting äga den rätt, som enligt omförmälda lagrum tillkommer fattigvårds-

samhälle. Fem år tidigare eller år 1919 hade *lagen om lindring i de mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka* tillkommit efter rätt långvarigt förberedelsearbete. Genom denna lag ålades primärkommunerna att under vissa betingelser bereda omförmälda sjuka lindring i vårdkostnaden, och landstinget förpliktigades att lämna kommunen gottgörelse för densamma sålunda åsamkad kostnad.

Genom särskilda av kungl. propositioner föranledda *lagändringar* hava sedermera fattigvårdslagens (och barnavårdslagens) bestämmelser om landstingens ersättningsskyldighet för av primärkommunerna bekostad anstaltsvård i särskilda repriser — åren 1920, 1925 och 1927 — utvidgats till att omfatta ytterligare kategorier av sjuka, och åren 1926 och 1927 hava, bland annat i syfte att minska antalet »beloppstvister», införts vissa förtydliganden och kompletterande bestämmelser angående hithörande ersättningars beräknande och tillvägagångssättet vid deras sökande m. m. Även de olika landstingen hava under årens lopp, delvis med stöd av den åt dem i fattigvårdslagen givna rätten att för beviljande av gottgörelse i vissa fall uppställa de villkor, som kunna befinnas lämpliga, sökt komplettera lagbestämmelserna och uppbygga ett tillfredsställande system för behandling och prövning av ersättningsanspråken. En riklig samling prejudikat från kammarrätten har slutligen bidragit till att närmare utforma och klarlägga landstingens ersättningsskyldighet.

Nuvarande bestämmelser och praxis.

Villkor för ersättning enligt fattigvårdslagen.

De kategorier av fattiga sjuka och abnorma, för vilkas vård landstingsersättning enligt fattigvårdslagen under vissa villkor kan utgå, äro för närvarande: 1) sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka samt blinda barn, som ej uppnått skolåldern; 2) tuberkulösa och vanföra; 3) andra kroniskt sjuka än nu nämnts; samt 4) å lasarett eller därmed likställda anstalter vårdade akut sjuka. Den allmänna förutsättningen för att landstinget skall gottgöra vårdkostnaderna för omförmälda kategorier av sjuka och abnorma är, att fattigvårdsbehov enligt 1 § i fattigvårdslagen föreligger och att i övrigt sådana förhållanden äro för handen, att ersättning för vården ej kunnat uttagas av den vårdade själv eller för honom försörjningspliktig person samt ej heller av staten (jfr 60 § i fattigvårdslagen). Förutom dessa allmänna villkor för landstingsersättning gälla följande särskilda villkor för olika slag av sjukvård.

Beträffande *sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka samt blinda barn under skolåldern* ersätter landstinget allenast vård

a) å statens anstalter för sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka (40 § 1 mom. första stycket);

b) å anstalt för sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka eller för blinda barn under skolåldern, vilken anstalt tillhör landsting eller stad, som ej deltager i landsting, eller å enskild anstalt för sinnesslöa eller fallandesjuka eller för blinda barn under skolåldern, om den enskilda anstalten åtnjuter statsbidrag eller blivit av Konungen för ändamålet godkänd (40 § 1 mom. andra stycket);

c) å vederbörligen godkänd sinnessjukanstalt, vilken tillhör stad, som deltager i landsting eller landskommun (40 § 2 mom.);

d) i enskild familj eller å enskild anstalt, under förutsättning att vården prövas tillfredsställande och den vårdade antingen förklarats berättigad till inträde å staten tillhörig anstalt för sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka men av brist på utrymme ej där vunnit inträde eller, ehuru ej återställd, utskrivits från staten tillhörig anstalt för sinnessjuka för att lämna plats åt annan sinnessjuk, vilken är i större behov av anstaltsvård (40 § 3 mom.).

Landstingsersättning utgår däremot ej för vård å av landsting eller primärkommuner drivna vårdhem för sinnessjuka.

För godkännande av under c) nämnda anstalter gälla bestämmelserna i kap. 2 i stadgan den 19 september 1929 angående sinnessjukvården i riket. För beviljande av gottgörelse för vård å dylika anstalter äga landstingen enligt lagen uppställa de ytterligare villkor, som kunna befinnas lämpliga.

Beträffande vård å under d) omförmälda enskilda vårdanstalter eller familjehem hava särskilda kontrollföreskrifter utfärdats av Kungl. Maj:t i kungörelsen den 9 december 1927 (nr 484), ändrad genom kungörelse den 19 september 1929 (nr 340). Enligt dessa föreskrifter skall fattigvårdssamhälle, som ombesörjer omförmäld vård eller inom vilket den vårdade kan antagas hava hemortsrätt, angående varje enskilt vårdad person, för vars vård ersättning av landsting kan ifrågakomma, göra anmälan om vårdfallet till länsstyrelsen i vårdlänet samt till vederbörande tjänsteläkare i vårdorten eller till vederbörande hjälpverksamhetsläkare vid statligt sinnessjukhus, där hjälpverksamhet bedrives. Till dylik anmälan skall fogas bestyrkt avskrift av intyg från den för sjukvården å statsanstalten ansvarige läkaren, att för den vårdade inträde å denna anstalt sökts men av platsbrist förvägrats eller att den vårdade, ehuru ej återställd, utskrivits från anstalten för att lämna plats åt annan sjuk, som är i större behov av anstaltsvård. Upphör vården eller vårdbehovet, skall fattigvårdssamhälle ofördröjligen anmäla detta i enahanda ordning. Det ankommer på tjänsteläkaren resp. hjälpverksamhetsläkaren att i enlighet med kungörelsens bestämmelser pröva, huruvida den enskilda vården är tillfredsställande, samt att utfärda och tillställa vederbörande fattigvårdssamhälle intyg om vårdens beskaffenhet. Åtnöjes ej fattigvårdssamhälle med tjänsteläkarens resp. hjälpverksamhetsläkarens intyg, vari vården förklarats vara icke tillfredsställande, kan samhället hos medicinalstyrelsen påkalla förnyad prövning av vårdens beskaffenhet.

I fråga om *tuberkulösa och vanföra* gäller för landstingsgottgörelse, att vården skall meddelas å anstalt för dylika sjuka, vilken åtnjuter statsbidrag (41 § 1 mom.). Hithörande anstalter utgöras av landstingens och primärkommunernas tuberkulosanstalter, de s. k. jubileumssanatorierna, kustsanatorierna, vanföreanstalterna och Eugeniahemmets vanföreavdelning.

För att landstingsersättning skall kunna utgå för vård av andra *kroniskt sjuka* än nu nämnts fordras, att vården lämnats å

a) genom landstings försorg upprättad anstalt för dylika sjuka (41 § 2 mom. första stycket);[1]

---

[1] Jfr not 2 å sid. 456.

b) särskild, fattigvårdssamhälle eller annan tillhörig anstalt eller å en vid fattigvårdsanstalt för ändamålet anordnad särskild avdelning, såvida anstalten eller avdelningen står under läkartillsyn och vården av förste provinsialläkaren intygas vara tillfredsställande (41 § 2 mom. andra stycket).[1]

För vård å landstingsanstalt för kroniskt sjuka äger landstinget fastställa en avgift, ej överstigande halva skillnaden mellan vårdkostnaden och till vården utgående statsbidrag, vilken avgift — jämte hälften av den vårdades folkpension — vederbörande fattigvårdssamhälle skall erlägga.[1] Här är sålunda icke fråga om ersättning i egentlig mening: »ersättningen» innebär i detta fall, att landstinget uttager en avgift, som blott uppgår till halva vårdkostnaden.[2]

För ersättning av vård å anstalter eller avdelningar för kroniskt sjuka är landstinget enligt lagen berättigat att uppställa de villkor, som kunna befinnas lämpliga. Flertalet landsting hava begagnat sig härav och uppställt särskilda villkor för dylik ersättning. Dessa hava tidigare varit av skiftande innehåll. En del landsting hade uppställt utförliga villkor angående anstalternas anordnande och de sjukas vård, medan andra landsting däremot endast fordrade läkarintyg rörande vårdens beskaffenhet. Numera synas emellertid villkoren för statsbidrag i stor omfattning bliva normerande för landstingens hithörande villkor. Flera landsting hava sålunda beträffande anordnande av och vården å anstalt eller avdelning för kroniskt sjuka direkt eller indirekt uppställt enahanda villkor, som gälla för statsbidrag. Till styrkande av vårdbehovet fordra landstingen ofta nog, att särskilt läkarutlåtande skall vara fogat till ansökningshandlingarna.

För landstingsersättning av vård av *akut sjuka* fordras, att vården ägt rum å länslasarett eller av landsting underhållen sjukstuga eller å annan, med länslasarett likställd sjukvårdsinrättning (42 §). Framhållas må, att jämlikt förefintliga prejudikat ersättning enligt nämnda lagrum utgår jämväl för vård av icke akut sjuka, som intagits å dessa anstalter. Med uttrycket »med länslasarett likställd sjukvårdsinrättning» avses närmast vissa sjukhus i de största städerna. I detta sammanhang må nämnas, att enligt numera förefintliga prejudikat landstingsersättning utgår jämväl för civila sjuka, som jämlikt särskilda avtal vårdats å militära sjukhus.

En *förteckning* över anstalter, beträffande vilka 40—42 §§ i fattigvårdslagen äga tillämpning med hänsyn till landstings ersättningsskyldighet mot kommun, utgives tid efter annan genom socialdepartementets försorg.

Storlek av ersättningen enligt fattigvårdslagen.

Landstingets hithörande ersättning till fattigvårdssamhällena utgår för vård å godkänd sinnessjukanstalt, vilken tillhör stad, som deltager i landsting, eller landskommun, med *hälften* av vårdkostnaden (40 § 2 mom.). Även för vård å fattigvårdssamhälle eller annan tillhörig anstalt för kroniskt sjuka eller å avdelning vid fattigvårdsanstalt för dylika sjuka utgör ersättningen hälften av

[1] Jfr not 2 nedan.

[2] Denna i första stycket av 41 § 2 mom. intagna bestämmelse torde avse allenast vård av patienter, som hava sin hemort inom landstingsområdet, varemot vid vård av »främmande» patienter å landstingsanstalt ersättningsförfarande enligt momentets andra stycke torde komma i tillämpning. Jfr nedan sid. 480—81.

vårdkostnaden (41 § 2 mom. andra stycket). För enskild vård av sinnessjuka m. fl. skall ersättningen högst motsvara *billigaste avgiften* å anstalt, där plats beviljats eller från vilken utskrivning ägt rum (40 § 3 mom.). I övriga fall ersätter landstinget *hela* den utgivna dagavgiften jämte »annan vårdkostnad» (40 § 1 mom., 41 § 1 mom., 42 §).

Stadgandet, att landstingen skola gottgöra »utgiven dagavgift och annan vårdkostnad», anses innebära, att landstingen förutom gäldade legosängsavgifter skola ersätta jämväl för vården nödvändiga åtgärder eller artiklar, såsom stödjebandage, röntgen, vakavgifter, spottkoppar, febertermometrar och dylikt. Ersättning lämnas däremot ej för kostnaderna för resa till och från anstalt, ej heller för begravningskostnader.

Ersättning för lämnad vård utgår enligt 51 § i fattigvårdslagen med (hela eller halva) det belopp, vartill kostnaden skäligen kan uppskattas. Har fattigvårdssamhälle ägt uppbära pension eller understöd, som jämlikt lagen om allmän pensionsförsäkring tillkommit den vårdade, eller har statsbidrag åtnjutits för vården, skall detta avräknas från kostnaden. Enligt bemyndigande i samma paragraf äger Konungen eller den myndighet, han därtill förordnar, om och i den utsträckning förhållandena det påkalla samt för tid, som befinnes lämplig, efter vederbörandes hörande fastställa det belopp, med vilket, enligt nyss angiven grund, för vård å anstalt eller inrättning ersättning skall i olika fall utgå. I enlighet med detta bemyndigande har Kungl. Maj:t utfärdat *taxa* för ersättning av vård å vissa sjukvårds-, fattigvårds- och barnavårdsanstalter, bl. a. lasarett och sjukstugor, tuberkulosanstalter samt primärkommunala avdelningar för kroniskt sjuka och sinnessjuka. Nu gällande taxa, som avser åren 1931—1935, finnes intagen i S. F. S. 1930: 440 (ändrad 1934: 43).

Ansökan om ersättning enligt fattigvårdslagen m. m.

Ansökan om gottgörelse av landsting för hithörande vårdkostnader skall enligt bestämmelserna i fattigvårdslagens 59 § göras före utgången av året efter det, då kostnaden av fattigvårdssamhället utgivits, vid äventyr, om det försummas, att rätt till gottgörelse för denna kostnad skall anses förfallen. Vid ansökan skola enligt omförmälda lagparagraf fogas följande handlingar:

a) avskrift av förhörsprotokoll enligt 52 §;

b) specificerad uppgift å fattigvårdskostnaden med angivande särskilt för varje vårdad av tiden för utbetalningen och för vård, för vilken ersättning yrkas, samt de grunder, efter vilka den begärda gottgörelsen beräknats; skolande uppgiften, där den ej åtföljes av behöriga verifikationer, vara till riktigheten styrkt av fattigvårdsstyrelsens ordförande eller kassaförvaltare; samt

c) utredning rörande de personers hemortsrätt, ansökningen gäller, samt redogörelse för de åtgärder, som eventuellt vidtagits för utbekommande av ersättning av annat fattigvårdssamhälle eller av staten eller enskild person, därvid i berörda hänseenden meddelade utslag böra bifogas.

Förhörsprotokollet skall innehålla utredning angående den vårdades namn, ålder, födelseort, familje- och hemortsrättsförhållanden, orsaken till fattigvårdsbehovet, förut åtnjuten fattigvård ävensom angående pension eller understöd från allmänna pensionsförsäkringen m. m.

I anslutning till fattigvårdslagens hithörande bestämmelser hava landstingen i allmänhet själva eller genom sina förvaltningsutskott utfärdat detaljerade föreskrifter angående sökande av landstingsgottgörelse. Dessa föreskrifter äro av två slag, nämligen dels allmänna, gällande samtliga ansökningar, dels särskilda, gällande allenast vissa slag av ansökningar. Innehållet i dessa föreskrifter är rätt växlande i olika landstingsområden. Ett flertal landsting hava emellertid numera enat sig om i huvudsak likartade dylika föreskrifter.

I de *allmänna bestämmelserna* uttalas bl. a. vissa önskemål med avseende å förhörsprotokollets innehåll. För styrkande av vårdkostnadens storlek fordra vidare ett flertal landsting, att kvitterad räkning å vårdavgiften bilägges ansökningen. I fråga om vård, för vilken avgiften betalas i förskott, exempelvis vård å statens sinnessjukhus, föreskrives intyg från vederbörande anstalt, att vården verkligen fortgått under den tid, för vilken ersättning begäres. För att få fattigvårdsbehovet för den vårdade styrkt önska landstingen, att ansökan om gottgörelse skall vara åtföljd av intyg från viss opartisk person, att enligt intygsgivarens mening fattigvårdsbehov enligt 1 § i fattigvårdslagen föreligger ävensom att kostnaden ej kunnat uttagas av för den vårdade försörjningspliktiga personer. Behörig att teckna dylikt intyg är i allmänhet utom fattigvårdsstyrelsen stående, med förhållandena förtrogen person i viss förtroendeställning eller innehavande viss befattning, såsom pastor, landstingsman, ledamot av styrelse för landstingets anstalt, läkare, landsfiskal, fjärdingsman, magistratsperson, stadsfiskal m. fl.

Rörande innehållet i de *särskilda bestämmelserna* må anföras följande.

I fråga om ersättning för vård å primärkommunal avdelning för sinnessjuka (40 § 2 mom.) fordras, att ansökan skall vara åtföljd av: 1) intyg om att anstalten eller avdelningen godkänts såsom sinnessjukanstalt (endast första gången, därefter på anfordran); 2) intyg från anstaltens läkare, att den, för vilken ersättning sökes, varit under angiven tid å anstalten eller avdelningen intagen.

Ansökan om ersättning för enskild vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka (40 § 3 mom.) skall vara åtföljd av följande två intyg, nämligen: 1) intyg, utvisande endera att den vårdade i vederbörlig ordning förklarats berättigad till inträde å staten tillhörig anstalt för sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka men av brist på utrymme där ej kunnat vinna inträde eller att den vårdade, ehuru ej återställd, utskrivits från staten tillhörig anstalt för sinnessjuka för att lämna plats åt annan sinnessjuk, vilken är i större behov av anstaltsvård; 2) intyg från vederbörande tjänsteläkare (hjälpverksamhetsläkare), att behov av vård förelegat samt att den lämnade vården varit tillfredsställande.

Vid ansökan om gottgörelse av landstingsmedel för vård av kroniskt sjuka å primärkommunala anstalter eller avdelningar skall till styrkande av sjukvårdsbehovet fogas intyg enligt fastställt formulär från vederbörande anstalts läkare.

Angående *besvär över landstings beslut* med anledning av sökt gottgörelse finnas bestämmelser intagna i fattigvårdslagens 59 §. Enligt dessa äger fattigvårdsstyrelse, därest gottgörelse helt eller delvis vägras för sökt vårdkostnad, att, med bifogande av avskrift av ansökningshandlingarna, hos Konungens befallningshavande föra talan om utfående av den sökta gottgörelsen. Sådan talan skall väckas inom 120 dagar från det meddelande erhölls om landstingets beslut. Vid missnöje med Konungens befallningshavandes utslag kan besvär däröver anföras hos kammarrätten inom trettio dagar efter delfåendet av sagda utslag.

Ersättning enligt barnavårdslagen.

Enligt 63 och 65 §§ i 1924 års lag om samhällets barnavård äger kommun, som haft utgift för omhändertaget barns vård i fall, som avses i 40—42 §§ i fattigvårdslagen, i förhållande till vederbörande landsting den rätt, som enligt omförmälda lagrum tillkommer fattigvårdssamhälle. I avseende å behandling av frågor om ersättning av landsting i enlighet härmed gälla i tillämpliga delar fattigvårdslagens motsvarande stadganden, med iakttagande dock, att vad där säges om fattigvårdsstyrelse och fattigvårdssamhälle skall gälla barnavårdsnämnd och kommun. För sökande av dylik gottgörelse hava landstingen fastställt enahanda villkor som för sökande av ersättning enligt fattigvårdslagen.

Ersättning enligt lagen den 2 maj 1919.

Enligt lagen den 2 maj 1919 om lindring i de mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka skall kommun bereda lindring i vårdkostnaderna för följande kategorier av mindre bemedlade men icke fattigvårdsbehövande sjuka, nämligen

dels sinnessjuka, som vårdats å billigaste plats å staten eller landsting tillhörigt sinnessjukhus, om den sjuke under de senaste 10 åren vårdats å dylikt sjukhus i sammanlagt två år eller därutöver eller om sinnessjukdomen eljest oavbrutet fortfarit under minst tre år;

dels sinnesslöa och fallandesjuka, som vårdats å staten eller landsting tillhöriga sinnessjukhus eller anstalter för sinnesslöa eller å enskilda anstalter för sinnesslöa och fallandesjuka, under förutsättning att den enskilda anstalten åtnjuter statsbidrag eller blivit för ändamålet vederbörligen godkänd.

Ansökan om lindring av vårdkostnaden för omförmälda kategorier av sjuka skall göras hos fattigvårdsstyrelsen i den kommun, där den sjuke senast mantalsskrivits. Vid prövning, huruvida den sjuke är att anse som mindre bemedlad och i behov av den begärda lindringen, skall fattigvårdsstyrelsen taga hänsyn till storleken av hans inkomster och övriga tillgångar samt skulder ävensom till alla andra på hans ekonomiska förhållanden inverkande omständigheter, såsom honom åliggande underhållsskyldigheter och dylikt. Den sjuke får dock ej betraktas som mindre bemedlad, därest han har anhörig eller annan för honom försörjningspliktig, som är i stånd att bekosta hans vård.

Beträffande storleken av här ifrågavarande lindring i vårdkostnaderna har fattigvårdsstyrelsen fri bestämmanderätt i varje särskilt fall. Den kan sålunda, när skäl därtill föreligger, låta lindringen omfatta till och med hela vårdavgiften. Lindringen skall ej betraktas som fattigvård. Därest den sjukes

ekonomiska ställning så förbättras, att han icke längre är att anse som mindre bemedlad, äger fattigvårdsstyrelsen att av honom uttaga ersättning för utlagda vårdkostnader, så framt styrelsen ej finner skäl till eftergift.

För den lindring i vårdkostnaderna, som fattigvårdssamhälle sålunda berett mindre bemedlade sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka, äger samhället utfå gottgörelse av det landsting, inom vars område samhället är beläget. I fråga om sökande av gottgörelse av landsting för hithörande kostnader gäller i tillämpliga delar vad som stadgats i fattigvårdslagens 59 § angående sökande av ersättning jämlikt 40—42 §§ i samma lag.

Statistisk översikt.

Ersättningarnas totalsumma åren 1919—1930.

De ersättningar, som i enlighet med ovan angivna bestämmelser utbetalats av landstingen, hava uppgått till långt högre summor än fattigvårdslagstiftningskommittén beräknat, och beloppen hava så gott som vart år stegrats på sätt närmare framgår av nedanstående tablå.

År 1919	Kr. 198 396	År 1925	Kr. 5 978 338
1920	» 2 127 842	1926	» 6 656 866
1921	» 4 589 270	1927	» 7 414 537
1922	» 6 410 422	1928	» 7 857 798
1923	» 6 684 516	1929	» 8 445 326
1924	» 5 921 383	1930	» 8 683 063

Ersättningssumman för år 1928 utgjorde 9·01 % av landstingens totala bruttoutgifter, 12·74 % av deras nettoutgifter samt 12·28 % av de i landstingsområde ingående primärkommunernas bruttoutgifter för fattigvård och 19·52 % av deras nettoutgifter för samma ändamål.

De tre slagen av ersättningar; fördelning å landsbygd och städer.

De ovan anförda ersättningsbeloppen grunda sig för tidigare år på i statistiska centralbyrån förefintligt material men för åren 1928—1930 på en av svenska landstingsförbundets byrå på begäran av skatteutjämningsberedningen företagen utredning. Resultaten av denna utredning, som omfattar jämväl ersättningar enligt 64 § i barnavårdslagen (skyddshemsavgifter), återfinnas i tab. 74.

Densamma visar bl. a., att landstingsersättningar enligt lagen den 2 maj 1919 praktiseras i synnerligen ringa omfattning. Summan av de enligt denna lag utbetalda ersättningarna belöpte sig sålunda till allenast 3 097 kr. år 1928, 3 403 kr. år 1929 och 4 960 kr. år 1930. Endast i åtta landstingsområden av tjugufem hava under något av de tre åren ersättningar av detta slag förekommit. Ersättningarna enligt 40—42 §§ i fattigvårdslagen belöpte sig år 1928 till 7 446 372 kr., år 1929 till 7 964 223 kr. och år 1930 till 8 162 866 kr. och ersättningarna enligt barnavårdslagens 63 § till respektive 408 329, 477 700 och 515 237 kr. De två sistnämnda slagen av ersättningar äro emellertid med hänsyn till den av landstingen praktiserade bokföringen ofta rätt svåra att skilja från varandra, och i de fall, där fattigvårdsnämnden tillika utgör barnavårdsnämnd, torde understundom ersättningar för barnsjukvård hava hänförts till ersättningar enligt fattigvårdslagen. Men detta är ju i förevarande sammanhang utan större betydelse.

Av tab. 74 framgår jämväl, huru ersättningssummorna fördela sig på

landskommuner och på städer. Ställer man dessa siffror för landsbygd och städer i relation till folkmängden, kan lätt konstateras, att städerna erhålla mera i ersättning än landsbygden. På 1 000 av folkmängden i landstingsområdena kommo sålunda på landsbygden en ersättningssumma om endast 1 485 kr. år 1928, 1 594 kr. år 1929 och 1 663 kr. år 1930, medan motsvarande belopp för städerna utgjorde 1 748 kr. år 1928, 1 892 kr. år 1929 och 1 837 kr. år 1930. Förhållandet hänger naturligtvis samman därmed, att städernas befolkning i allmänhet har närmare väg till respektive sjukvårdsanstalter än landsbygdens. Denna omständighet inverkar framför allt vid kortvarig vård, i första hand vård å lasarett och sjukstugor.

Fördelning å landstingsområdena.

Av tabellen framgår vidare, att de utbetalta ersättningsbeloppen i hög grad växla från ett landstingsområde till ett annat. För år 1928 kommo de högsta ersättningssummorna på Stockholms län med 529 565 kr. samt på Västernorrlands, Värmlands och Kopparbergs län med respektive 461 307, 436 222 och 414 915 kr. De lägsta summorna kommo på Gotlands län med 76 146 kr., Kalmar läns norra landstingsområde med 164 838 kr., Uppsala län med 181 056 och Kronobergs län med 192 274 kr.

För att ställa hithörande länssiffror i riktig belysning hava i tab. 75 beloppen för år 1928 satts i relation till de olika landstingsområdenas folkmängd, till landstingens sammanlagda nettoutgifter (inklusive de allmänna statsbidragen), till antalet understödstagare i landstingsområdet samt till de i landstingsområdet ingående primärkommunernas nettoutgifter för fattigvård. Man ser då, att i förhållande till folkmängden de högsta ersättningssummorna återfinnas i Jämtlands län med 2 323 kr. per 1 000 invånare och i Stockholms län med 2 012 kr. per 1 000 invånare, medan de lägsta summorna komma på Kristianstads län med 1 020 kr. per 1 000 invånare och på Älvsborgs län med 1 122 kr. per 1 000 invånare. I relation till det totala antalet understödstagare i landstingsområdet hade Gotlands län att uppvisa den högsta ersättningssumman eller 48·10 kr. per understödstagare, närmast följt av Hallands län med 42·14 kr. per understödstagare, medan däremot hithörande relativa tal voro lägst i Norrbottens län med 20·64 kr. per understödstagare och därnäst i Västmanlands län med 21·33 kr. per understödstagare. Beträffande relationerna mellan ersättningssummorna och landstingens nettoutgifter samt primärkommunernas nettoutgifter för fattigvård torde det vara tillfyllest att hänvisa till tabellen.

Antalet ersättningar och ersättningsbeloppet, fördelade på de olika vårdkategorierna.

För ett allsidigt bedömande av förevarande ersättningsspörsmål och dess ekonomiska innebörd är det av vikt att så vitt möjligt erhålla kunskap om icke blott summorna av de av de olika landstingen utbetalda ersättningarna utan jämväl, huru mycket av dessa summor belöper på var och en av de i fattigvårdslagens ersättningsparagrafer omförmälda vårdkategorierna samt i huru många fall ersättning utgått för var och en av dessa olika kategorier. Med hänsyn härtill har sjukvårdskommittén hänvänt sig till de olika landstingens förvaltningsutskott med begäran att genom deras förmedling å för ändamålet uppgjort frågeformulär erhålla uppgifter i omförmälda hänseenden. Formu-

lärets ifyllande har för alla de landsting, som icke föra ett detaljerat register eller kortsystem över de utbetalda ersättningarna, varit förenat med ett tidsödande arbete. Samtliga förvaltningsutskott hava dock tillmötesgått kommitténs anhållan. Huvudresultaten av den sålunda åstadkomna utredningen hava av kommittén sammanställts i tab. 76.

Som synes stämma de i denna tabell förekommande ersättningssummorna väl med de i tab. 74 meddelade summorna för år 1928. Rikssumman för ersättningar utgjorde sålunda enligt den förstnämnda tabellen 7 810 003 kr. och enligt den sistnämnda, med avdrag, som sig bör, för ersättningar enligt 64 § i barnavårdslagen, 7 857 798 kr. Skillnaden, 47 795 kr., förklaras till större delen därav, att, såsom angives i särskilda noter, i den förra tabellen ej äro inräknade för Stockholms län ersättningar enligt 63 § i barnavårdslagen samt för Hallands och Skaraborgs län ersättningar enligt lagen den 2 maj 1919 om lindring av mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka m. fl., vilka ersättningar enligt sistnämnda tabell utgjorde respektive 30 032, 400 och 392 kr., eller sammanlagt 30 824 kr. De enda län, för vilka några större ej direkt förklarliga skillnader föreligga mellan de båda tabellernas siffror, äro Kopparbergs och Västerbottens län. Av allt att döma torde emellertid skillnaderna för dessa båda län bero på att man där i ena tabellen räknat med under året faktiskt utbetalta belopp men i den andra tabellen med för året debiterade belopp.

Fäster man sig uteslutande vid rikssummorna i tab. 76, ser man, att under år 1928 antalet fall, där landstingen lämnat ersättning jämlikt bestämmelserna i 40—42 §§ i fattigvårdslagen, 63 § i barnavårdslagen samt lagen den 2 maj 1919, utgjorde ej mindre än 47 788. Sammanställes detta antal med den ovan uppgivna sammanlagda ersättningssumman 7 810 003 kr., erhåller man såsom medeltal per ersättning eller per vårdfall ett belopp om 163·43 kr.

De utan jämförelse talrikaste ersättningsfallen komma på vård å lasarett och sjukstugor med ej mindre än 25 786 fall, d. v. s. 54·0 % av samtliga, närmast i ordningen komma sinnessjukvårdsfallen med sammanlagt 8 864 fall, eller 18·5 % av samtliga. Ser man däremot till ersättningssummorna, så komma sinnessjukvårdsfallen i första rummet med ej mindre än 3 184 843 kr., eller 40·8 % av den totala ersättningssumman. Ersättningssumman för lasarettsfallen utgjorde 1 860 524 kr., eller 23·8 % av totalsumman — mot av fattigvårdslagstiftningskommittén beräknade 321 566 kr. för år 1907. Medan ersättningsbeloppet i medeltal per sinnessjukvårdsfall utgjorde ej mindre än 359·30 kr., utgjorde detsamma per lasarettsfall allenast 72·15 kr. Det ojämförligt högsta medelersättningsbeloppet per vårdfall, 725·05 kr., kommer på de fallandesjuka.

En tabellarisk översikt över de olika vårdkategoriernas absoluta betydelse i ersättningshänseende samt deras procentandelar med avseende å antal ersatta fall och ersättningsbelopp ävensom ersättningsbeloppen i medeltal per vårdfall år 1928 meddelas i omstående tablå.

I fattigvårdslagen omförmälda vårdkategorier	Antal ersättningsfall		Ersättningssummor		Ersättning i medeltal per fall, kr.
	Absoluta tal	I %	Absoluta tal, kr.	I %	
Sinnessjuka.					
Fvl. 40 § 1 mom.	7 881	16·40	2 804 815	35·90	355·89
» » 2 mom.	924	1·93	365 965	4·69	396·07
» » 3 mom.	59	0·13	14 063	0·19	238·36
Summa	8 864	18·55	3 184 843	40·78	359·30
Sinnesslöa.					
Fvl. 40 § 1 mom.	2 179	4·56	559 654	7·16	256·84
» » 2 mom.	26	0·05	4 746	0·06	182·54
» » 3 mom.	2	0·01	470	0·01	235·00
Summa	2 207	4·62	564 870	7·23	255·94
Fallandesjuka.					
Fvl. 40 § 1 mom.	232	0·48	168 211	2·15	725·05
» » 3 mom.	—	—	—	—	—
Summa	232	0·48	168 211	2·15	725·05
Blinda barn under skolåldern.					
Fvl. 40 § 1 mom.	10	0·02	4 786	0·06	478·60
Tuberkulösa.					
Fvl. 41 § 1 mom.	7 655	16·02	1 422 606	18·22	185·84
Vanföra.					
Fvl. 41 § 1 mom.	608	1·27	95 300	1·22	156·74
Kroniskt sjuka.					
Fvl. 41 § 2 mom. 2:dra stycket	2 426	5·08	508 863	6·52	209·75
Å lasarett och sjukstugor.					
Fvl. 42 §	25 786	53·96	1 860 524	23·82	72·15
Samtliga	**47 788**	**100·00**	**7 810 003**	**100·00**	**163·43**

Ersättningar för sinnessjuka m. fl. i enskild vård.

Såsom framgår av denna tablå samt tab. 76 utgjorde de i 40 § 3 mom. omförmälda »enskilt vårdade» sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka år 1928 en synnerligen obetydlig grupp både med avseende å antalet fall, för vilka ersättning utgått, och med avseende på utbetalta ersättningsbelopp. Endast 61 dylika fall förekommo sålunda år 1928 med ett sammanlagt ersättningsbelopp om 14 533 kr. Endast i 12 landstingsområden av 25 förekommo ersättningar enligt sagda lagrum. Att ersättningarna för denna kategori voro så fåtaliga, beror på den omständigheten, att bestämmelserna i fattigvårds-

lagens 40 § 3 mom. tillkommo först genom lag den 18 juni 1927 och trädde i kraft först den 1 januari 1928. För tiden före sistnämnda dag är enligt övergångsbestämmelse landsting icke skyldigt utgiva ersättning enligt detta moment. Tab. 76 omfattar sålunda endast de helt naturligt synnerligen fåtaliga fall, där ersättning enligt momentet ifråga för under år 1928 erhållen vård sökts och utbetalats redan samma år. Enligt vad från landstingshåll uppgivits, hava hithörande ersättningar sedermera uppgått till rätt betydande belopp. Något fullständigt statistiskt material till bestyrkande härav förefinnes emellertid icke.

För att dock erhålla någon föreställning om den nuvarande omfattningen av ersättningar enligt 40 § 3 mom. har kommittén hänvänt sig till landstingsdirektörerna i Stockholms, Södermanlands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs och Västernorrlands län samt genom dem erfarit, att antalet hithörande ersättningsfall och de på dem kommande beloppen i dessa län under åren 1929—1931 varit följande:

—	År 1929, kr.		År 1930, kr.		År 1931, kr.	
	Antal fall	Ersättningsbelopp, kr.	Antal fall	Ersättningsbelopp, kr.	Antal fall	Ersättningsbelopp, kr.
Stockholms län	3	1 158	3	893	3	566
Södermanlands »	—	—	2	457	4	999
Göteborgs o. Bohus »	13	1 952	18	5 207	24	5 857
Älvsborgs »	50	16 084	44	14 257	64	22 219
Skaraborgs »	35	8 862	55	13 419	66	17 649
Västernorrlands »	—	—	62	17 186	55	14 116
Summa	**101**	**28 056**	**184**	**51 419**	**216**	**61 406**

På ett undantag när, som avser ett sinnesslöfall i Västernorrlands län, utgöras de i denna tablå redovisade fallen uteslutande av sinnessjuka. Skulle man på basis av dessa uppgifter och de totala ersättningsbeloppen i tab. 74 våga en uppskattning av de av samtliga landsting med stöd av bestämmelserna i 40 § 3 mom. utbetalda ersättningarna år 1930, kommer man fram till en summa av omkring 300 000 kr.

Ersättningar för lasarettsvård efter vårdtidens längd.

Redan med ledning av de ovan anförda siffrorna angående medeltalen för de olika slagen av ersättningar samt förefintliga uppgifter om medelliggetiden vid lasarett — jfr tab. 1 — är man berättigad påstå, att lasarettsfallen i allmänhet äro kortvarigare än övriga i tab. 76 redovisade vårdfall. Utgår man från en total dagavgift av 1 kr. 75 öre i medeltal, utgjorde medelliggetiden för de i tab. 76 upptagna lasarettsfallen 41 dagar, en avsevärt längre tid således än för patienter i allmänhet å landstingslasaretten (23·3 dagar år 1930). Det är icke uteslutet, att den omständigheten, att vederbörande patient eller hans hemkommun icke behöver slutligt betala vårdavgiften, i viss mån bidragit till att förlänga vårdtiden. Även det förhållandet, att primärkommunerna

och åtminstone vissa landsting vid prövning av fattigvårdsbehovet utgallrat vissa särskilt kortvariga fall, kan hava medverkat till den långa medelliggetiden för dem, vars vårdkostnad slutligt ersatts av landstinget.

Då det med hänsyn till vissa framställda erinringar mot ersättning av lasarettsvård överhuvud taget och framför allt kortvarig sådan befunnits önskligt att erhålla mera detaljerade uppgifter angående liggetiden vid »ersatta» lasarettsfall, har kommittén genom hänvändelse till landstingsdirektörerna i Södermanlands och Skaraborgs län sökt erhålla vissa uppgifter, huru i dessa län antalet ersättningar och ersättningsbeloppen för vård å lasarett och sjukstugor enligt 42 § i fattigvårdslagen och 63 § i barnavårdslagen fördela sig efter vårdtiden. Resultaten härav återgivas i tab. 77.

Enligt denna tabell, vars procentserier för de båda länen visa en påfallande överensstämmelse sinsemellan, uppgick åren 1928—1930 vårdtiden för respektive 26·8 % och 26·9 % av samtliga i Södermanlands och Skaraborgs län ersatta lasarettsfall till högst 14 dagar. De på denna vård om högst 14 dagar kommande ersättningarna belöpte sig i Södermanlands län till allenast 5·8 % och i Skaraborgs län till allenast 5·9 % av de i respektive län utbetalade ersättningarna för lasarettsvård. Med utgångspunkt från anförda procenttal och de i tab. 76 förekommande siffrorna för ersatta lasarettsfall år 1928 och på dem kommande ersättningsbelopp kan man skatta det totala antalet sagda år ersatta lasarettsfall, där vården varat högst 14 dagar, till 6 924 och den på dessa kortvariga fall kommande ersättningssumman till 108 841 kr. Med hänsyn till de stora avstånden i exempelvis Värmlands-, Kopparbergs- och Norrlandslänen, vilka givetvis medföra en reducering av de kortvarigaste vårdfallens antal, torde emellertid de sålunda beräknade rikssiffrorna vara för höga.

Nämnda landstingsdirektörer hava jämväl meddelat uppgifter angående de lasarettsfall, för vilka ersättning sökts men avslagits med hänsyn till vårdtidens korthet eller ersättningsbeloppens obetydlighet. Enligt dessa uppgifter hade i Södermanlands län år 1928 9 st., år 1929 18 st. och år 1930 30 st. dylika ansökningar på angivna skäl avslagits. De i dessa avslagna fall begärda ersättningsbeloppen uppgingo år 1928 till sammanlagt 142 kr., år 1929 till 220 kr. och år 1930 till 351 kr. För Skaraborgs län föreligga i detta hänseende än fullständigare uppgifter. Enligt desamma fördelade sig de avslagna ansökningarna om ersättning för lasarettsvård och de däri begärda ersättningsbeloppen efter vårdtidens längd sålunda:

År och vårdtid	Antal avslagna ansökningar	Däri begärda ersättningsbelopp, kr.
År 1928		
Lasarettsvård, som varat		
1— 8 dagar	3	32
9—10 »	—	—
11—14 »	2	92
över 14 »	15	1 640
Summa	**20**	**1 764**

År och vårdtid	Antal avslagna ansökningar	Däri begärda ersättningsbelopp, kr.
År 1929		
Lasarettsvård, som varat		
1— 8 dagar	27	362
9—10 »	15	282
11—14 »	20	576
över 14 »	40	2 834
Summa	**102**	**4 054**
År 1930		
Lasarettsvård, som varat		
1— 8 dagar	37	479
9—10 »	23	500
11—14 »	32	824
över 14 »	143	12 814
Summa	**235**	**14 617**

De anförda siffrorna giva en god uppfattning om, i vilken hög grad avslag å ersättningsansökan sammanhänger med vårdtidens korthet eller ersättningsbeloppets obetydlighet och vilket irritationsmoment sålunda ersättningsskyldigheten i dylika fall erbjuder.

Kritik och påyrkade ändringar.

Mot det ersättningssystem, vars ekonomiska räckvidd ovan åskådliggjorts, har tid efter annan riktats tämligen skarp kritik. I riksdagen, å offentliga möten och konferenser samt i framställningar och yttranden till Kungl. Maj:t hava hithörande frågor diskuterats och ändringar i gällande bestämmelser påyrkats. Ensamt landstingsförbundet har förutom vid tvenne årsmöten i icke mindre än tio framställningar och yttranden till Kungl. Maj:t behandlat frågan. Då de till sjukvårdskommittén remitterade handlingarna i detta ärende sålunda icke äro ensamma i sitt slag och då desamma delvis avse förhållandena, sådana de tedde sig, innan ersättningssystemet genom företagna lagändringar och förtydliganden, genom praxis och genom de av landstingen utformade särbestämmelserna erhållit sin nuvarande utformning, torde det icke vara erforderligt att särskilt redogöra för de till kommittén remitterade delvis synnerligen vidlyftiga framställningarna och yttrandena, utan torde det vara lämpligare att först i korthet omnämna de mera betydelsefulla erinringar, som från olika håll riktats mot systemet, sådant det nu är utbyggt, samt däri påyrkade förändringar för att sedan framlägga kommitténs synpunkter med avseende å dessa erinringar samt dess förslag i ämnet. Ett dylikt tillvägagångssätt kan så mycket mera försvaras, som frågan om landstingens ersättningsskyldighet i det stora hela ligger något vid sidan av kommitténs egentliga uppdrag och de i ämnet remitterade handlingarna överlämnats allenast för att tagas i övervägande vid fullgörande av kommitténs uppdrag.

Principiell erinran och därav föranledda yrkanden.

Vid redogörelse för den mot det omförmälda ersättningssystemet framförda kritiken må redan från början framhållas, att man även från håll, som haft mycket att erinra mot detta system och däri påyrkat rätt vittgående ändringar, likväl oförbehållsamt medgivit systemets stora betydelse för förbättring av

vårdmöjligheterna för fattiga sjuka samt för minskning av primärkommunernas skattetryck. Ett fullständigt avskaffande av dessa ersättningsbestämmelser och en återgång till förhållandena före 1918 års fattigvårdslag har icke från något håll påyrkats.

Kritiken har i första hand inriktats på den mindre tillfredsställande prövningen från primärkommunernas sida, att behov av fattigvård enligt 1 § i fattigvårdslagen verkligen förelegat hos dem, för vilka vårdersättning krävts hos landstinget, och på underlåtenhet av primärkommunerna att hos den enskilde eller för honom försörjningspliktig bevaka sin eller rättare landstingets rätt. Och dessa förhållanden, menar man, hänga i sin tur samman med den grundprincip, varpå 40—42 §§ i fattigvårdslagen bygga, nämligen att *en* beslutar utgiften, medan en *annan* får bära de ekonomiska konsekvenserna av beslutet. Systemet kan måhända bidraga till att en och annan erhåller vård, som eljest ej skulle fått sådan, men ur ekonomisk synpunkt anses detsamma locka till missbruk och misshushållning.

Det närmast till hands liggande botemedlet häremot skulle naturligtvis vara, att åtminstone en viss del av vårdkostnaden alltid skulle stanna på primärkommunen. Yrkanden i sådan riktning hava också framförts från flera håll, bl. a. från svenska landstingsförbundet och Jämtlands läns landsting. Andra åter hava påyrkat, att den vårdades och de försörjningspliktigas ekonomiska förhållanden skola vitsordas av vissa förtroendemän eller tjänstemän utanför fattigvårdsstyrelsen, att fattigvårdsstyrelsen skall hava skyldighet att hos den enskilde, för vilken vårdkostnad erlagts, eller hos den för honom försörjningspliktige bevaka sin och landstingets fordran samt att, om erlagd vårdkostnad återbetalas av den enskilde, fattigvårdsstyrelsen i sin tur skall återgälda landstinget den erhållna ersättningen — jfr svenska landstingsförbundets ovannämnda framställning av den 13 december 1923 samt inom socialdepartementet under år 1932 utarbetad promemoria angående åtgärder för minskning av statens kostnader för fattig- och barnavård. I sistnämnda avseende har såsom ett efterföljansvärt exempel pekats på de bestämmelser, som härutinnan gälla beträffande skyddshemsavgifter — jfr kungl. kungörelsen den 8 maj 1925 om statsbidrag till vissa kostnader enligt lagen om samhällets barnavård m. m. § 8 med tillhörande exempel. Bestämmelserna ifråga tillkommo, såsom i proposition nr 150/1924 uttryckligen framhålles, just under intryck av den, enligt departementschefens förmenande, berättigade kritik, som framförts mot att i fattigvårdslagens ersättningssystem jämlikt 40—42 §§ »ingen garanti förelåge, att fattigvårdsstyrelsen verkligen gjorde, vad som göras kunde för att utfå ersättning av försörjningstagare eller försörjningspliktiga». Från ett par håll har ansetts, att införselinstitutet borde komma till användning för utkrävande av avgift å sjukhus eller annan vårdanstalt.

Ang. ersättning för lasarettsvård.

Av erinringar, som riktats mot fattigvårdslagens ersättningsbestämmelser, torde de vanligaste vara de, som avse bestämmelsen i 42 §, enligt vilken kostnaden för vård av fattiga sjuka å lasarett och sjukstugor skall ersättas av landstinget. Såsom ovan framhållits, hade fattigvårdslagstiftningskommittén ställt denna vård helt utanför ersättningsbestämmelserna. Redan denna kom-

mitté framhöll, att den korta vårdtiden för lasarettsfallen och de till följd härav ringa avgifterna utgjorde motiv för att låta hithörande avgifter stanna på primärkommunerna. Ett ytterligare skäl härtill utgjorde det förhållandet, att ersättningsskyldighet från landstingets sida för hithörande kostnader vore ägnad att särskilt gynna städerna och sålunda motverka en åsyftad skatteutjämning. Erfarenheten har också visat, menar man, att just denna lasarettsvård är den, som förorsakat de flesta tvisterna mellan landstingen och primärkommunerna i fråga om fattigvårdsbehovet. Måste en person på grund av sinnessjukdom, sinnesslöhet, tuberkulos, vanförhet eller annan kronisk sjukdom under en längre tid vårdas å anstalt utan möjlighet att därunder med sitt arbete bidraga till sitt eller sin familjs uppehälle, så torde han också, så vitt icke han eller hans anhöriga äga förmögenhet eller på annat sätt åtnjuta inkomst oberoende av arbete, åtminstone för tillfället vara att hänföra till de fattigvårdsbehövande. Är han efter eventuellt tillfrisknande hänvisad till en knapp arbetsförtjänst, ställer det sig som regel även svårt för honom att återbetala den av landstinget gäldade vårdkostnaden, som på grund av den långvariga anstaltsvistelsen måste bliva rätt avsevärd. Annorlunda är förhållandet, om vederbörande för akut sjukdom under en oftast relativt kort tid intages å lasarett eller sjukstuga. Här bör, anses det, personen ifråga oftast själv eller genom försörjningspliktiga anhöriga kunna gälda den obetydliga vårdkostnaden eller åtminstone, om fattigvården för tillfället måste anlitas, sedermera återgälda kommunens utlägg. Vederbörande kommuns hänförande av dylik person till de fattigvårdsbehövande eller dess uraktlåtenhet att återkräva gjorda utlägg torde, som sagt, ock utgöra de flesta fall, där landstingen oberättigat krävas på ersättning för sjukvårdskostnad. Genom sin talrikhet och den ingående prövning, de tarva, vålla de tillika både primärkommunerna och landstingen ett tidsödande arbete, som ingalunda står i relation till de små ersättningsbeloppen.

Både i riksdagen och från landstingshåll hava för den skull talrika röster höjts för att lasarettsfallen icke skola inräknas bland dem, för vilka landstingen hava ersättningsskyldighet. Andra hava nöjt sig med att påyrka, att de kortvariga fallen, exempelvis där vårdtiden uppgår till högst fjorton dagar, skola undantagas från ersättningsskyldigheten. Från ett par håll har förmenats, att icke vårdtidens längd utan den sammanlagda vårdkostnadens storlek bör vara avgörande, om kostnaden skall ersättas av landstinget eller ej. Vårdbelopp, som understege exempelvis 25 kronor, skulle sålunda gäldas av primärkommunen utan rätt till gottgörelse från landsting.

Ang. ersättning för vård av kroniskt sjuka.

De vårdfall näst efter lasarettsfallen, beträffande vilka lämpligheten av landstingens ersättningsskyldighet ivrigast diskuterats, ha varit de å fattigvårdsinrättningarnas avdelningar för kroniskt sjuka. Men här har det varit icke mot fattigvårdsbehovet utan mot sjukvårdsbehovet, man vänt sig. Ersättningsbestämmelserna ifråga — 41 §, 2 mom. 2:a stycket — hava ansetts locka primärkommunen att inrätta en ofta rätt primitiv avdelning för kroniskt sjuka och att sedan till denna hänvisa försörjningsanstaltens så gott som samtliga ålderdomsfall. På så sätt har, menar man, på landstingets

bekostnad en delvis oberättigad lättnad i kommunens fattigvårdskostnader uppnåtts. Anmärkningarna hava varit så mycket skarpare, som det i första hand varit städerna och andra ekonomiskt mera bärkraftiga kommuner, som kunnat inrätta och inrättat dylika avdelningar för kroniskt sjuka. Ur sjukvårdssynpunkt men också ur ekonomisk synpunkt hava anmärkningar framförts mot dessa vårdavdelningar, som ofta varit avsedda för ett synnerligen fåtaligt klientel. Att dylika avdelningar verkligen godkänts av förste provinsialläkaren, har, menar man, oftast berott på den otillräckliga förekomsten av fullgoda vårdplatser för de kroniskt sjuka. Läkaren har uppenbarligen ansett, att en om ock otillfredsställande sjukvård är bättre än ingen sjukvård alls.

Från vissa håll har man velat råda bot mot nu berörda förhållande genom att helt befria landstingen från att ersätta kostnaderna för den vård, som erhålles vid fattigvårdsinrättningarnas sjukavdelningar. I andra fall har man föreslagit ett system, enligt vilket landstingen skulle hava att ersätta hithörande vård endast för den händelse, att till densamma utginge driftbidrag från staten. Flera landsting hava också med stöd av sin i 41 § av fattigvårdslagen givna befogenhet uppställt nog så rigorösa definitioner på vad som bör anses som kronisk sjukdom och huru hithörande vård bör vara beskaffad för att vårdkostnaden skall ersättas av landstinget. Efter det att statliga driftbidrag för den kroniska sjukvården tillkommit med åtföljande bestämmelser, huru anstalterna och vården böra vara beskaffade för att dylikt bidrag skall erhållas, hava landstingen, såsom ovan framhållits — jfr sid. 456 — i stor utsträckning gått in för principen att ersätta allenast kronisk sjukvård vid statsunderstödd anstalt. Härmed har man, i första hand kanske av ekonomiskt intresse men även av intresse för tillskapandet av en fullt tillfredsställande vård, velat så att säga tvinga kommunerna att inrätta sin kroniska sjukvård efter sådan standard, att statsbidrag för densamma erhålles. Både lagligheten och billigheten i den sålunda av landstingen för ersättning uppställda fordran hava emellertid ifrågasatts.

Ang. ersättning för enskild vård av sinnessjuka m. fl.

En tredje vårdform, beträffande vilken det nuvarande ersättningssystemet kritiserats, än så länge dock allenast inom landstingens och sinnessjukhusläkarnas krets, är den, för vilken ersättningsskyldighet infördes år 1927 genom det då tillagda 3 mom. av 40 § i fattigvårdslagen. Enligt detta lagrum skall, såsom ovan nämnts, landstinget ersätta primärkommunen dess kostnad för i enskild familj eller å enskild anstalt vårdade sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka, under förutsättning att vården förklarats tillfredsställande och den vårdade antingen förklarats berättigad till inträde å staten tillhörig anstalt men av brist på utrymme ej där vunnit inträde eller, ehuru ej återställd, utskrivits från statlig sinnessjukanstalt för att lämna plats åt annan sinnessjuk, vilken är i större behov av anstaltsvård. Angående de för hithörande vård av Kungl. Maj:t utfärdade kontrollföreskrifterna se sid. 455.

När landstingsförbundets styrelse hade att yttra sig över det inom socialdepartementet uppgjorda förslaget till hithörande ersättningsbestämmelser, tillstyrkte den detsamma, dock under uttryckligt villkor, att vården gjordes till

föremål för ingående kontroll från vederbörande läkare å de statliga hospitalen. Kontrollen överlätes emellertid helt till tjänsteläkarna och kom icke, såsom från landstingsförbundet åsyftats, att innefatta en tid efter annan återkommande undersökning, att patient, för vars vård gottgörelse begärdes av landstinget, verkligen allt fortfarande var i behov av sjukvård. Vid det nu tillämpade systemet är det tillräckligt, att patienten en gång skall hava förklarats berättigad till inträde å statlig anstalt eller att han, ehuru ej tillfrisknad, utskrivits därifrån. Jämlikt sinnessjukhusstadgan åligger det visserligen sinnessjukhusläkare att föra expektantlista och att, i den mån plats blir ledig, inkalla den expektant, som är i tur, men försitter den inkallade expektanten den föreskrivna tiden utan anmält giltigt förfall, upplåtes den lediga platsen till annan, och med den stora platsbrist, som för närvarande råder vid de statliga sinnessjukanstalterna, kunna särskilt de såsom lindrigast betecknade fallen få vänta på inkallelse under oöverskådlig tid. När så både »den sjukes» anhöriga och vederbörande fattigvårdsstyrelse hava ekonomiskt intresse av att han alltjämt betraktas som sjuk, blir, menar man, följden den, att sjukdomen »konserveras» och att landstingen oberättigat måste utbetala ersättning för en vård, vars nödvändighet de icke kunna kontrollera. Från sinnessjukläkarhåll har påtalats, i huru hög grad ett dylikt intresse för sjukdomens »konservering» är ägnat att motverka tillfrisknandet, och landstingen klaga över att deras vårdersättningar oberättigat ökas.

Botemedlet har man velat söka däri, att hela denna vård ställes under effektiv kontroll av läkarna vid de statliga sinnessjukhusen och den därifrån anordnade hjälpverksamheten eller, om detta av ekonomiska skäl icke låter sig göra, att vederbörande tjänsteläkare, som har att pröva, om vården är tillfredsställande, lagligen ålägges att jämväl pröva och utfärda intyg om att »den sjuke» *är* i behov av vård samt att landstinget icke har att ersätta vården utan att dylikt i laga ordning utfärdat intyg företes.

Utökning av ersättningsskyldigheten till vissa nya kategorier av sjuka.

Om man sålunda från landstingshåll riktat kritik mot ersättningsbestämmelserna för vissa vårdformer och i viss utsträckning velat befria landstingen från ersättningsskyldighet i hithörande fall, så har man å andra sidan, åtminstone från landstingsförbundet, förmenat, att, om till förhindrande av de mest flagranta missbruken landstingen befrias från ersättningsskyldighet för viss kvotdel av vårdkostnaden och för den kortvariga lasarettsvården m. m., landstingen lämpligen kunna hålla kommunerna ekonomiskt skadeslösa genom att på de förra lägges ersättningsskyldighet för viss annan, i 40—42 §§ av fattigvårdslagen nu ej omnämnd vård. Man har därvid närmast åsyftat *dels* den vård av civila sjuka, som jämlikt mellan landstingsmyndighet och militärsjukvården träffade överenskommelser äger rum å militära sjukhus, *dels* sluten barnbördsvård, oberoende av om densamma äger rum å barnbördsavdelning vid lasarett eller sjukstuga eller å av stat, landsting eller kommun drivet eller understött barnbördshus eller förlossningshem, *dels* slutligen den vård, som erhålles å s. k. vårdhem för lättskötta sinnessjuka.

Landstingens ersättningsskyldighet i förstnämnda fall torde numera genom prejudikat från kammarrätten av den 21 mars 1929 få anses ådagalagd. I

enlighet härmed hava de åsyftade *militärsjukhusen* ock upptagits i den av socialdepartementets fattigvårds- och barnavårdsbyrå senast (mars 1934) utgivna förteckningen över sjukhus och anstalter, beträffande vilka 40—42 §§ i fattigvårdslagen äro tillämpliga.

Beträffande *barnbördsvården* har numera genom prejudikat fastslagits, att vård å barnbördsavdelning vid länslasarett i ersättningshänseende är likställd med vård å annan lasarettsavdelning och att landsting sålunda jämlikt 42 § i fattigvårdslagen har att lämna ersättning för sådan vård. Å andra sidan är enligt utslag från kammarrätten vård å Södra barnbördshuset — tillhörande Stockholms stad — icke av sådan art, att den jämlikt fattigvårdslagens ersättningsparagrafer skall ersättas av landsting. Vad angår Allmänna barnbördshuset är den gynekologiska avdelningen upptagen i nyssnämnda förteckning men däremot icke denna anstalts barnbördsavdelning eller andra det allmänna tillhörande barnbördshus. Kommer det av moderskapsunderstödssakkunniga framlagda och av sjukvårdskommittén kompletterade förslaget till den offentliga barnbördsvårdens ordnande att omsättas i verklighet, så kommer en avsevärd utbyggnad av det allmännas förlossningsvård till stånd, och om icke förr så i samband härmed måste, menar man, landstingens ersättningsskyldighet för hithörande vård klarläggas. Detta har med styrka framhållits i det av landstingsförbundets styrelse över sagda sakkunnigas betänkande avgivna yttrandet. Styrelsen synes därvid närmast vara böjd för att landstingen åläggas att till en viss kvotdel — förslagsvis hälften — svara för avgifterna för hithörande vård, oberoende av om den erhålles å lasarett eller sjukstuga eller å självständigt av det allmänna drivet barnbördshus eller förlossningshem, med avdrag i varje fall för bl. a. barnaföderskan tillkommande moderskapsunderstöd eller del därav.

Enligt 1929 års sinnessjukhusstadga, vars 4 kapitel innehåller bestämmelser om *vårdhem för sinnessjuka*, kunna dessa vara statliga eller drivas av landsting, primärkommuner eller kommunsammanslutningar. Sinnessjukvård å fattigvårdsanstalt får dock icke bedrivas under vårdhemsform. Blott patienter, vilka kunna förmodas vara stillsamma, skola vårdas å vårdhem.

Ett landsting — Södermanlands läns — har redan upprättat vårdhem. De primärkommuner, som deltaga i landsting, hava däremot hittills icke inrättat några anstalter av denna typ, troligen av den anledning att landstinget icke har att ersätta kostnad för vård av fattiga sjuka å av landsting eller kommun drivet vårdhem. Vård å enskilt vårdhem är under vissa förhållanden i ersättningshänseende likställd med enskild vård jämlikt 40 § 3 mom. av fattigvårdslagen.

Att de kommunala vårdhemmen icke inbegripits i fattigvårdslagens ersättningsbestämmelser torde, anser man på sina håll, icke kunna bero på annat än ett rent förbiseende. När landstingen enligt 40 § 3 mom. i fattigvårdslagen åtminstone under vissa betingelser hade att ersätta t. o. m. kostnaden för vård av fattiga sjuka i familjehem, borde dylik ersättning jämväl medgivas för vård å kommunala vårdhem. Dessa borde i ersättningshänseende likställas med de primärkommunala sinnessjukanstalterna (40 § 2 mom.) och hemmen

för kroniskt sjuka (41 § 2 mom., andra stycket) och landstingen följaktligen med tillämpning av den särskilda taxan ersätta halva vårdkostnaden. Till undvikande av alltför små anstalter, som liksom i fråga om de kroniska sjukhemmen torde vara till skada för en god vård och ekonomisk drift, har man emellertid såsom villkor för dylik ersättning ansett sig böra kräva, att vårdhemmen äro av viss minimistorlek.

Aktion i Jämtlands län.

I samband med kritiken över det nuvarande ersättningssystemet må även omnämnas en nyligen i Jämtlands läns landsting igångsatt aktion mot oberättigade ersättningar jämlikt 40—42 §§ i fattigvårdslagen. Ett särskilt program till åtgärder för nedbringande av landstingets hithörande ersättningsutgifter har uppgjorts och godkänts av förvaltningsutskottet. Programmets innebörd är i huvudsak följande. Genom lämplig upplysningsverksamhet böra de enskilda erinras om vars och ens skyldighet att för sin sjukhusvård betala stadgade legosängsavgifter, vilka ju utgöra allenast en bråkdel av den verkliga vårdkostnaden, och en kraftig opinion bör väckas för att denna skyldighet uppfylles. Patienter böra endast i trängande fall mottagas på sjukhusen utan ansvarsförbindelse eller förskottsbetalning — jfr sjukhusstadgan 43 §. I fråga om ansvarsförbindelse bör man i första hand eftersträva sådan, som utfärdats av enskilda personer, eventuellt med underborgen av fattigvårdsstyrelse, och fattigvårdsstyrelsen bör utfärda ansvarsförbindelse endast i fall, där behov av fattigvård jämlikt 1 § fattigvårdslagen föreligger. Ett intensivt samarbete bör anordnas mellan sysslomanskontor och fattigvårdsstyrelser för att söka utfå betalning av den vårdade eller för honom försörjningspliktiga. Sysslomannen bör alltid kräva den enskilde, innan han begär betalning av fattigvårdsstyrelse. Om fattigvårdsstyrelse gäldat vårdavgiften, bör den göra ytterligare krav hos den enskilde, innan ersättning sökes hos landstinget. Och, där landstinget till sist utgivit vårdersättning till fattigvårdsstyrelsen, bör denna i fortsättningen hos den enskilde och hans försörjningspliktiga bevaka landstingets fordran och, där möjlighet att av dessa återfå ersättningsbeloppet förefinnes, återkräva detsamma. I frågan har hållits ett talrikt besökt propaganda- och diskussionsmöte mellan representanter för landstinget och länets fattigvårdsstyrelser, och enligt uppgift har rörelsen redan satt spår i form av väsentlig minskning i landstingsersättningarna.

Vid den diskussion, som kommit till stånd med utgångspunkt från aktionen i Jämtlands län, ha framställts önskemål om vissa lagändringar, åsyftande att underlätta möjligheterna att av de enskilda uttaga ersättning för vårdkostnader. Sålunda har pekats på den milda tillämpning, som i praxis givits åt 65 § fattigvårdslagen, varigenom det blivit mycket svårt för fattigvårdsstyrelserna att få försörjningstagare och försörjningsskyldiga förpliktade att återgälda utgivna fattigvårdskostnader, en praxis, som borde brytas genom lagändring. Vidare har yrkats, att införselinstitutet skulle göras tillämpligt även på fordringar för bl. a. fattigsjukvård och att sjukvårdsinrättningarna skulle beredas möjlighet att handräckningsvis uttaga ersättning för åtnjuten

vård efter ungefär samma system, som ger en provinsialläkare rätt till handräckning för uttagande av ersättning för tjänsteförrättning.

Samtliga dessa spörsmål ävensom spörsmålet om sjukkassornas roll med avseende å legosängsavgifterna och lämpligheten av att införa ansvarsförbindelse och förskottsbetalning av enskilda, avseende en begränsad kortare tids sjukhusvistelse, hava nyligen ingående diskuterats i en uppsats i landstingsförbundets tidskrift, häfte 2 för år 1934, och man har därvid bl. a. pläderat för att landstingens sjukhusledningar i fråga om krav å legosängsavgifter, även om ansvarsförbindelse från fattigvårdsstyrelse föreligger, i första hand skola hänvända sig till de vårdade själva eller för dem försörjningspliktiga enskilda personer samt påyrkat vissa lagändringar.

Förenkling i ersättningsförfarandet.

Till slut torde böra framhållas, att då och då röster höjts för en förenkling av det nuvarande ersättningsförfarandet därhän, att, för det fall att vårdsamhället är ett annat än hemortssamhället, det förstnämnda skall med sina ersättningsanspråk för vård kunna vända sig direkt till hemortslandstinget. I några enstaka fall har jämväl påyrkats, att, då vård, som skall ersättas, sker å landstingets anstalt, ersättningsfrågan helt enkelt skall lösas så, att anstalten icke uttager någon avgift av den vårdade (jfr bestämmelserna i 41 § 2 mom. 1 stycket i fattigvårdslagen).

Kommitténs yttrande och förslag.

Inledande synpunkter.

Vid prövning av nuvarande ersättningsbestämmelser i 40—42 §§ fattigvårdslagen och de erinringar, som framförts mot desamma, har kommittén funnit, att vissa av dessa erinringar under årens lopp förlorat sin udd, i den mån som landstingen uppbyggt en betryggande kontroll och sedan genom lagförtydliganden och domstolsutslag systemet vunnit fasthet, men att å andra sidan de på detta område förefintliga lagbestämmelserna alltjämt giva anledning till missbruk och för den skull tarva viss revidering. Lika litet som kommittén ansett sig böra i detalj redogöra för dessa erinringar och den diskussion, som i anslutning härtill kommit till stånd, har kommittén ansett sig behöva deklarera sin ställning till eller framlägga förslag i alla dessa detaljspörsmål, vilka i rätt stor utsträckning ligga i eller utanför periferien för kommitténs uppdrag i övrigt. Kommittén har därför i det följande nöjt sig med att taga ställning till de på området mera aktuella spörsmålen och de reformkrav, som närmast böra tillgodoses. Vid detta sitt ställningstagande har kommittén städse utgått ifrån, att *vårdmöjligheterna för den enskilde icke få genom de ifrågasatta åtgärderna försvåras.*

Missbruket av ersättningsbestämmelserna har jämväl enligt kommitténs mening sitt upphov i själva systemet, enligt vilket beslutandet av utgiften tillkommer *en* myndighet (primärkommunens fattigvårdsstyrelse), medan den ekonomiska konsekvensen av beslutet helt får bäras av en *annan* (landstinget). Även om i nu förevarande fall ett dylikt system ur sjukvårdssynpunkt kan vara förmånligt såtillvida, att den fattige sjuke, utan att kostnadsfrågan lägger hinder i vägen, alltid hänvisas till lämplig vårdanstalt, har dock kommittén i likhet med bl. a. landstingsförbundets styrelse och skatteutjämningsberedningen i möjligaste mån velat beakta de ekonomiska påföljder för det allmänna, som ett dylikt system kan medföra. Även den omständigheten, att en-

dast sluten fattigsjukvård ersättes av landstinget, medan fattigvårdskostnaderna i övrigt få bäras av primärkommunerna, torde åtminstone i viss mån kunna sägas hava fördyrat det allmännas vårdkostnader, i det att vissa vårdbehövande understundom anvisats en dyrbarare vårdform än som strängt taget varit nödvändig.

Det är bl. a. med hänsyn till båda dessa förhållanden som kommittén, på sätt i kap. 20 framhållits, förklarat sig biträda skatteutjämningsberedningens förslag vad angår den till fattigvården knutna sjukvårdens handhavande och finansiering, varigenom skulle rådas bot mot omförmälda missbruk. Då emellertid genomförandet av förslaget i denna del med undantag av i vad det avser borttagandet av avgifter för å statens sinnessjukhus och sinnesslöanstalter intagna fattiga sjuka är beroende av en rad tämligen ovissa faktorer samt i allt fall förutsätter ett vidlyftigt lagstiftningsarbete och betydande tidsutdräkt, har kommittén i enlighet med erhållna direktiv ansett nödvändigt att utan hänsynstagande till beredningens förslag pröva vad som lämpligen kan göras för avlägsnande av bristerna i det nuvarande ersättningssystemet.

Viss kvotdel av vårdkostnaden på primärkommunerna?

Den åtgärd, som härvid för kommittén liksom för flertalet övriga, som sysslat med hithörande spörsmål, framstått såsom den mest logiska och närmast till hands liggande, är givetvis att låta en viss kvotdel av omförmälda vårdkostnader alltid stanna på primärkommunen. Skulle fråga vara att på den slutna fattigsjukvårdens område uppbygga ett tidigare ej förefintligt ersättningssystem för landstingen gentemot primärkommunerna, skulle kommittén utan tvekan gå in för en dylik kvotdelsprincip över hela linjen. Då emellertid nämnda ersättningsskyldighet numera tillämpats under en avsevärd tid och primärkommunerna sålunda inrättat sig därefter, måste man tydligen med hänsyn till skatteutjämningskravet samt primärkommunernas alltjämt försämrade ekonomi och ökade skattetryck se till, att man icke, utan att synnerligen tvingande skäl och flagranta missbruk föreligga, föreslår några inskränkningar i ersättningsskyldigheten samt att man, om dylika föreslås på en viss punkt, i enlighet med de kommittén lämnade direktiven håller primärkommunerna ekonomiskt skadeslösa genom en utvidgning på annat håll av sagda ersättningsskyldighet. I sistnämnda avseende torde emellertid, så vitt kommittén funnit, icke så mycket kunna föreslås, om man icke vill utsträcka ersättningsskyldigheten till att avse jämväl öppen sjukvård och därmed riskera ytterligare missbruk.

Med beaktande av vad sålunda anförts och då missbruk av fattigvårdsbehovet endast mera sällan kan ifrågakomma vid långvarig sjukhusvård, har kommittén i fråga om den föreslagna avgiftsfriheten för de å statliga *sinnessjukhus* (och sinnesslöanstalter) vårdade fattiga patienterna — jfr ovan sid. 383 — icke föreslagit någon inskränkning därhän, att en viss kvotdel av de nuvarande legosängsavgifterna för dessa sjuka skulle åvila primärkommunerna, och har ej heller i fråga om annan sluten sinnessjukvård åt fattiga sjuka ansett, att primärkommunerna skola bära en viss kvotdel av vårdavgiften eller en större kvotdel än nu. Vid primärkommunal vård av fattiga sinnessjuka (å sinnessjukhus) och av sinnesslöa svara kommunerna redan nu för

halva vårdkostnaden (40 § 2 mom. fattigvårdslagen). Skulle på primärkommunerna läggas en fjärdedel av avgifterna å statens, landstingens och enskildas sinnessjukanstalter, vilket väl är den minsta kvotdel, som kan tänkas medföra önskvärd effekt, skulle dessa primärkommuner förorsakas en utgiftsökning av inemot 750 000 kr. per år och en utgift per vårdfall av i medeltal 89 kr. Detta måste anses som synnerligen betydande belopp för våra skattetyngda kommuner. Och hur skola desamma inom ramen av det nuvarande förvaltningssystemet lämpligen kunna kompenseras härför? Samhällsvådan av att en sinnessjuk med hänsyn till vårdkostnaden skulle undandragas en nödvändig anstaltsvård måste också sägas vara synnerligen påtaglig, påtagligare än i fråga om övriga vårdkategorier.

I stort sett analoga äro förhållandena beträffande de *sinnesslöa* och *fallandesjuka*, ehuru här en överflyttning av en viss andel (eller större andel än nu) av vårdkostnaderna på primärkommunerna för dessa skulle betyda en mindre kännbar utgiftsökning. Per vårdfall ställa sig emellertid landstingens ersättningsbelopp för hithörande sjuka synnerligen höga, för de fallandesjuka t. o. m. två à tre gånger så höga som för någon annan vårdgrupp.

Kommittén har alltså för sin del icke velat införa bestämmelser därhän, att primärkommunerna under nuvarande förhållanden i större omfattning än nu skola bära kostnaderna för vård av fattiga sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka. Icke heller i lagen om lindring i de mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka bör sålunda enligt kommitténs mening för närvarande företagas någon ändring.

Ersättningar för *blinda barn under skolåldern* utgå, såsom av anförd statistik framgår, i allenast 10 fall per år med en sammanlagd ersättningssumma om 4 786 kr. Den genomsnittliga ersättningen per vårdfall, 479 kr., är synnerligen betydande. Vården är långvarig, och vårdbehovet ligger i öppen dag. Med hänsyn till dessa fakta måste under nuvarande förhållanden en överflyttning på primärkommunerna av en viss andel av hithörande vårdkostnader anses såsom obehövlig eller rent av olämplig.

Även vården av *tuberkulösa* och *vanföra* kan betecknas såsom långvarig, ehuru ej i samma grad som vården av ovan avhandlade kategorier. Medelersättningen per vårdfall är också avsevärt lägre än för sagda kategorier, men å andra sidan är det ur samhälls- och vårdsynpunkt synnerligen viktigt, att de tuberkulösa och vanföra, oberoende av kostnadshänsyn, erhålla vård på ett tidigt stadium. Ej heller beträffande dessa sjuka anser kommittén en överflyttning av viss andel av vårdkostnaden tillrådlig.

För de *kroniskt sjuka* hava redan nu primärkommunerna att bära halva vårdkostnaden.

Återstår sålunda spörsmålet, huruvida och i vad mån kostnaderna för vård av fattiga sjuka å *lasarett och sjukstugor* böra stanna på primärkommunerna.

Även om klagomålen över missbruk av landstingens ersättningsskyldighet vid hithörande vård i någon mån sammanhänga med rådande stora arbetslöshet m. m., kan kommittén för sin del ej finna annat än att denna vård

just på grund av sin kortvarighet och med hänsyn till att, av allt att döma, städerna i långt högre grad än landskommunerna draga fördel av ersättningsskyldigheten, rätteligen icke alls bort inbegripas i fattigvårdslagens ersättningsbestämmelser. Vårdbeloppet uppgår här i medeltal till allenast 72 kr. och kan sålunda i varje särskilt fall icke bliva alltför betungande. Sjukvårdskommitténs uppfattning i denna punkt närmar sig sålunda den, som fattigvårdslagstiftningskommittén på sin tid deklarerat. Till denna sjukvårdskommitténs uppfattning har i mycket hög grad de ersatta lasarettsfallens talrikhet bidragit. Icke mindre än 25 786 dylika fall förekommo under år 1928, representerande som sagt 53·96 % av alla ersättningsfall under året. Omöjligt är icke, att hithörande ersättningsbestämmelser i viss mån bidragit till den platsbrist, som trots ett intensivt nybyggande för närvarande råder å våra lasarett och sjukstugor. Såsom redan i den statistiska översikten uttalats, torde också den omständigheten, att vederbörande patient eller hans hemkommun icke behöver slutligt betala vårdavgiften eller del därav, hava i någon mån medverkat till den synnerligen långa medelliggetiden för dessa fattiga patienter (41 dagar mot 23·3 för samtliga patienter). Kommer så härtill det synnerligen tidsödande prövningsförfarande, som dessa ofta tveksamma lasarettsfall förorsaka framför allt de ersättningslämnande landstingen men jämväl de ersättningssökande primärkommunerna. Påståendet från landstingshåll, att prövningsförfarandet i fråga om lasarettsfall förorsakar dubbelt så mycket arbete som samtliga övriga fall tillsammans, torde knappast innebära någon överdrift. Även länsstyrelserna och kammarrätten förorsakar ersättningsskyldigheten för lasarettsvård åtskilligt arbete på grund av de talrika fall, som överklagas.

Å andra sidan utgöra just fallens talrikhet ävensom den omständigheten, att även lasarettsvården understundom är nog så långvarig, samt den till följd härav stora betydelse, ersättningsskyldigheten för hithörande fall kan hava för primärkommunerna och de vårdade, bärande motiv för att man icke ens här oberoende av sjukhusvistelsens längd kan helt borttaga ersättningsskyldigheten. Kommittén har därför icke velat framlägga förslag i sådant syfte.

Däremot hyser kommittén inga betänkligheter mot att utan undantag låta en viss kvotdel av hithörande vårdkostnad stanna på primärkommunen. De skäl för en sådan anordning, som i det föregående åberopats, torde få anses bärande, och de risker, som onekligen äro förenade med ett fullständigt avskaffande av landstingens ersättningsskyldighet för hithörande vård, torde icke eller i endast ringa mån vara för handen, när fråga allenast är om att låta en viss kvotdel av vårdkostnaden stanna på primärkommunerna. Sättes denna kvotdel så lågt som till en fjärdedel, skulle utgiftsminskningen för landstingen av reformen ifråga belöpa sig till 465 131 kr. per år. Kommittén är förvissad därom, att genom den noggrannare kontroll av fattigvårdsbehovet med åtföljande minskning av ersättningsfallen, som den föreslagna reformen skulle medföra, en avsevärd del av den nyssnämnda summan skulle komma att bäras icke av primärkommunerna utan av de vårdade och deras försörjningspliktiga.

Den utgift, som en fattig sjuks intagande å lasarett eller sjukstuga skulle förorsaka hemkommun vid reformens genomförande, skulle i medeltal belöpa sig till allenast 19 kr. 54 öre. Sistnämnda belopp är tydligen så litet, att detsamma icke kan förmodas utgöra hinder för att den fattige sjuke skall erhålla den vård, som bäst lämpar sig för honom. Man kan måhända just med hänsyn till beloppets obetydlighet vara frestad förmoda, att den sålunda föreslagna ekonomiska medansvarigheten från kommunernas sida icke skulle kunna utgöra tillräcklig garanti mot att en vårdbehövande av primärkommunen oberättigat rubriceras såsom fattig. Emellertid riskerar ju kommunen, att beloppet i varje särskilt fall kan bli avsevärt högre, om liggetiden blir lång, något som kommunen i allmänhet icke kan på förhand avgöra.

Försiktigheten samt svårigheten att på lämpligt sätt kompensera en större utgiftsökning för primärkommunerna hava sålunda föranlett kommittén att i fråga om primärkommunernas andel i hithörande vårdkostnad stanna vid en fjärdedel, d. v. s. samma kvotdel, som med avseende å fattigvårdskostnader i allmänhet enligt skatteutjämningsberedningens principbetänkande skulle påvila sagda kommuner. Kommittén har också beträffande såväl detta förslag som det nedan angivna angående den kortvariga lasarettsvårdens ställning i ersättningshänseende rådgjort med skatteutjämningsberedningen, och denna har därvid förklarat sig vid nuvarande fattigvårdsorganisation gilla kommitténs förslag i dessa delar.

Kortvarig lasarettsvårds undantagande från ersättningsskyldighet.

Där lasarettsvården varat allenast en kortare tid eller där vårdkostnaden utgjort allenast ett mindre belopp, torde man böra taga steget fullt ut och sålunda helt befria landstingen från ersättningsskyldighet. Endast genom en dylik anordning är det enligt kommitténs mening möjligt att på allvar komma till rätta med de mest pregnanta missbruken av nuvarande ersättningsskyldighet, och endast härigenom kan man på förevarande område avlägsna de vanligaste irritationsmomenten mellan landsting och primärkommuner. Samtidigt reduceras ersättningsfallens antal och försvinna de fall, som med hänsyn till kontrollen vålla det största arbetet och den största omgången. De små vårdbeloppen vid kortvarig lasarettsvård kunna i allmänhet utan svårighet gäldas av den vårdade eller hans försörjningspliktiga eller, om detta i undantag icke är möjligt, av primärkommunen. Med avseende å primärkommunernas utgifter spelar en dylik anordning ingen större roll, och ur skatteutjämningssynpunkt torde den nog snarast innebära ett plus, eftersom framför allt i fråga om lindriga eller kortvariga lasarettsfall patienterna från städerna äro relativt talrikare än de från landsbygden.

En olägenhet är emellertid alltid förenad med en dylik begränsning av ersättningsskyldigheten, antingen man låter vårdtidens längd eller vårdkostnadens belopp vara normerande. Det kan sålunda för den vårdade eller rättare hans hemkommun förefalla ganska orättvist eller godtyckligt, att en vård, som varat exempelvis 14 dagar eller som dragit en kostnad om exempelvis 25 kr., icke skall berättiga till landstingsersättning, medan däremot hela eller tre fjärdedelar av vårdkostnaden skulle hava ersatts av landstinget, om vårdtiden uppgått till 15 dagar eller vårdkostnaden till 26 kr. I den mån

den vårdade eller hans hemkommun kan öva inflytande på vårdtiden, torde man ock måhända kunna befara, att vid ett dylikt system vårdtiden i fråga om gränsfallen onödigtvis skulle förlängas en eller annan dag, på det att landstingsersättning måtte kunna påräknas. Med hänsyn till dylika erinringar har kommittén övervägt lämpligheten att i stället för en sådan begränsning införa ett system, enligt vilket landstinget beträffande all lasarettsvård skulle hava att ersätta allenast den del av vårdkostnaden, som överstege visst belopp, eller för den del av vårdtiden, som överstege visst dagantal. Ett sådant system skulle givetvis få en mjukare karaktär och borttaga orättvisorna vid gränsfallen. Å andra sidan kan man tydligen med detta system icke uppnå någon avsevärdare reducering av ersättningarnas antal med åtföljande tids- och arbetsbesparing utan att på primärkommunerna överflytta betydande kostnader. Systemet skulle vidare i hög grad öka »bagatellersättningarnas» antal och därmed av allt att döma även friktionen mellan landstingen och primärkommunerna. Att sätta hela den vidlyftiga ersättningsapparaten i gång för några få kronor eller mindre måste givetvis te sig irrationellt. På grund av vad sålunda anförts har kommittén avvisat tanken på ett dylikt system och återgått till att förorda en anordning, enligt vilken landstingen skola med tre fjärdedelar av beloppet ersätta kostnaden för lasarettsvård i det fall, att denna varat utöver en viss tid eller dragit en avgift utöver ett visst minimum. Kommittén har därvid utgått från att vederbörande läkare skall göra bruk av sin rätt att helt bestämma, när utskrivning skall ske, utan att låta sig påverka av andra hänsyn än de rent sjukvårdande.

Huruvida man vid en dylik begränsning av landstingens ersättningsskyldighet skall låta vårdtidens längd eller vårdbeloppets storlek vara utslagsgivande är i viss mån en smakfråga. Det sistnämnda alternativet kan ju förefalla såsom det mest rationella. Då emellertid legosängsavgifterna å allmän sal ännu äro rätt olika i de olika sjukvårdsområdena, torde en begränsning med avseende å vårdbeloppets summa verka synnerligen ojämnt i olika delar av landet och måhända från huvudmännens sida framkalla en ur vårdsynpunkt föga önskvärd strävan att höja legosängsavgifterna. Med hänsyn härtill har kommittén för sin del ansett sig böra stanna vid det förstnämnda alternativet och sålunda föreslå, att landstinget skall vara befriat från att ersätta vård å lasarett eller sjukstuga, där vården är kortvarig.

Var gränsen lämpligen skall dragas, därom kunna ju delade meningar råda. Ett undantagande av sådan vård, som varat 14 dagar och därunder, skulle minska antalet ersättningsfall med omkring 6 925 och ersättningssumman med omkring 81 600 kr. Sättes däremot gränsen vid 10 dagar, skulle motsvarande belopp utgöra respektive 4 640 och 43 600. Försiktigheten och viss hänsyn till i det följande avhandlade barnbördsfall har bjudit kommittén att stanna för det senare alternativet, enligt vilket landstingen jämlikt bestämmelse i 42 § av fattigvårdslagen skola hava att ersätta vård å lasarett och sjukstugor endast i de fall, där vården varat längre tid än 10 dagar. Liksom i fråga om de ekonomiska verkningarna av förslaget att i varje särskilt fall låta en fjärdedel av kostnaden för lasarettsvård stanna på primärkommunen är kommittén även

beträffande nu anförda förslag av den övertygelsen, att en mycket stor del av eller här kanske nära nog hela den av landstingen inbesparade utgiften på grund av skärpt kontroll av fattigvårdsbehovet skall drabba icke primärkommunerna utan de enskilda vårdade eller för dem försörjningspliktiga. I medeltal per fall skulle det belopp, den vårdade eller primärkommunen sålunda får gälda vid dessa från ersättningsbestämmelserna undantagna lasarettsfall, belöpa sig till vid pass 9 kr. 40 öre.

Sedan kommittén sålunda genom förslag om inskränkning av landstingens ersättningsskyldighet för lasarettsvård sökt råda bot mot den mest påtalade bristen i det nuvarande ersättningssystemet, skall kommittén taga ståndpunkt till viss i det föregående framförd kritik gentemot ersättningsbestämmelserna i fråga om kronisk sjukvård och enskild vård av sinnessjuka m. fl. för att därefter undersöka, i vad mån primärkommunerna genom utvidgning av landstingens ersättningsskyldighet till nya vårdgrupper kunna hållas skadeslösa för minskningen i ersättningarna för lasarettsvård m. m. Först sedan samtliga olika slag av vårdformer, för vilka ersättning utgår eller bör utgå, blivit granskade, skall kommittén i ett sammanhang pröva, huruvida och i vad mån systemet i dess helhet kan kräva ytterligare reformering, närmast med avseende å fattigvårdsbehovets styrkande, underlättande av möjligheten att av de enskilda och sjukkassor uttaga ersättning för sjukhusvård, återkravsrätt för landstingen samt i vissa andra hänseenden, vilka diskuterats under eller i anknytning till den omförmälda aktionen i Jämtlands län, samt så till slut undersöka, huruvida själva formerna för ersättningsförfarandet kunna förenklas.

Vårdbehovets prövning vid kronisk sjukvård m. m.

De i det föregående angivna anmärkningarna mot ersättning för kronisk sjukvård och för enskild vård av sinnessjuka m. fl. hava i det stora hela gått ut på att vårdbehovets prövning för hithörande kategorier eftersättes.

Vad angår förstnämnda vårdkategori har kommittén redan i kap. 13 och 20 framfört vissa erinringar mot den av primärkommunerna bedrivna kroniska sjukvården och speciellt mot dess sammankopplande med ålderdomshemmen samt för sin del uttalat sig för, att hemmen eller vårdavdelningarna för kroniskt sjuka böra hava en viss minimistorlek. För att leda utvecklingen av den kroniska sjukvården i riktiga banor fram mot större och bättre utrustade anstalter borde, enligt vad kommittén sålunda tidigare anfört, i allmänhet statsbidrag icke tilldelas anstalter med ett mindre antal platser än 18. Härvid har i första hand avsetts byggnadsbidrag, eftersom man icke plötsligt kan beröva de mindre hem eller avdelningar, som redan tilldelats statligt driftbidrag, det ekonomiska stödet från staten. Men i den mån större och ändamålsenliga hem komma till stånd, böra dessa ha företräde jämväl i fråga om driftbidrag, så att i län, där ett tillräckligt antal vårdplatser å större, ändamålsenligt utrustade hem förekomma, statligt driftbidrag skulle utgå allenast till dessa hem.

Att den utveckling, kommittén sålunda eftersträvat i fråga om den kroniska sjukvården, skulle i hög grad främjas genom att bestämmelserna om

landstingens ersättningsskyldighet för hithörande av primärkommunerna bedriven sjukvård ändrades därhän, att ersättningsskyldigheten begränsades till de hem, som godkänts för statsbidrag eller i allt fall fylla kraven för dylikt godkännande, ligger i öppen dag. Något verkligt bindande skäl, varför landstinget skulle hava att ersätta vården vid anstalt, som ansetts icke fylla kraven för statsbidrags erhållande, torde väl heller icke kunna presteras. Kommittén är å andra sidan av den bestämda uppfattningen, att man av hänsyn till primärkommunerna icke utan vidare kan i fattigvårdslagen införa bestämmelser, som på en gång beröva ett stort antal kommuner det ekonomiska stöd, som de för sin kroniska sjukvård för närvarande åtnjuta av landstingen. Kommittén vill icke heller förorda, att landstingen, med stöd av dem i fattigvårdslagen given rätt att för beviljande av gottgörelse för kronisk sjukvård uppställa lämpliga villkor, skola som sådana villkor stipulera, att vården skall bedrivas å anstalt, som godkänts för statsbidrag. Enligt kommitténs mening bör i stället den väg beträdas, att vederbörande förste provinsialläkare, som jämlikt bestämmelserna i 41 § 2 mom. 2:a stycket i fattigvårdslagen har att avgöra, om vården kan anses »tillfredsställande», i samråd med medicinalstyrelsen och vederbörande landsting samt med beaktande av de lokala förhållandena under skälig övergångstid skärper fordringarna på en »tillfredsställande» vård så, att de vid denna tids slut i huvudsak överensstämma med villkoren för statsbidrag. En dylik av kommittén förordad mjukare övergång till en ur vård- och ersättningssynpunkt mera ändamålsenlig ordning inom den kroniska sjukvården ha tydligen landstingen möjlighet att genom inrättande av egna anstalter för kroniskt sjuka påskynda. Anordningen innebär sålunda en sporre för landstingen i deras hithörande sjukvårdande verksamhet.

Några av landstingen givna bestämmelser om vad som skall anses såsom »annan kronisk eller obotlig sjukdom» torde efter av medicinalstyrelsen härutinnan under åren 1928 och 1929 utfärdade cirkulärskrivelser (jfr kap. 13) icke vara erforderliga. Vid behandling av frågan om landstingens ersättningsskyldighet för vård av kroniskt sjuka har kommittén emellertid uppmärksammat viss inadvertens i den nuvarande lagtexten av beskaffenhet att böra i detta sammanhang beaktas.

Enligt momentets första stycke äger landsting för vård av fattiga å sina anstalter för kroniskt sjuka fastställa en avgift för vården, ej överstigande halva skillnaden mellan vårdkostnaden och till vården utgående statsbidrag. Denna avgift skall jämte tillägg, motsvarande hälften av den vårdade jämlikt lagen om allmän pensionsförsäkring tillkommande pension eller understöd, erläggas av vederbörande fattigvårdssamhälle för å sådan anstalt intagen fattig. Enligt andra stycket i samma moment gäller, att, om fattigvårdssamhälle åt fattiga kroniskt sjuka å särskild samhället eller annan tillhörig anstalt eller å en vid fattigvårdsanstalt för ändamålet anordnad särskild avdelning berett vård, som av förste provinsialläkaren intygas vara tillfredsställande, det samhälle, som har att ansvara för vårdkostnaden, äger av vederbörande landsting erhålla gottgörelse för hälften av vårdkostnaden.

Med den ordalydelse, första stycket av omförmälda moment har, bibringas man den uppfattningen, att landstinget beträffande fattiga patienter från såväl eget som främmande landstingsområde skulle vara underkastat de avgiftsbestämmelser, som i sagda stycke meddelas. En sådan tolkning torde emellertid knappast få anses riktig, ty i så fall skulle i fråga om främmande patienter vårdlandstinget få svara för halva vårdkostnaden, medan hemortslandstinget helt befriades från utgifter för vården, vilket tydligen strider mot ersättningsbestämmelsernas princip. Varken fattigvårdslagstiftningskommittén eller den kungl. propositionen 1918 giva stöd för den meningen, att man i förevarande fall velat bryta mot den för ersättningsförfarandet och hela vår fattigvårdslagstiftning grundläggande principen, att hemkommunen (primärkommun eller landsting) skall svara för kostnaden för fattiga från sitt område. Omförmälda tolkning strider även mot den princip, efter vilken landstingen bestämma sina legosängsavgifter — med högre belopp för utomläns- än för inomlänspatienter. Man torde därför kunna utgå från att första stycket i ovannämnda moment har avseende allenast å inomlänspatienter och att landstinget i fråga om utomlänspatienter sålunda är obundet av där meddelade avgiftsbestämmelser.

Under sådana förhållanden skulle ersättningsbestämmelserna i 41 § 2 mom. 2:a stycket bliva tillämpliga på vård av utomlänspatienter å landstingens anstalter för kroniskt sjuka, eftersom i detta fall vården skall vara meddelad å fattigvårdssamhälle eller *annan* tillhörig anstalt etc. Då något ersättningsbelopp för vård av utomlänspatienter å landstingens anstalter för kroniskt sjuka numera icke finnes upptaget i gällande ersättningstaxa, har hemortslandstinget tydligen att ersätta halva den verkliga vårdavgiften, i den mån denna kan anses skälig.

Endast med den tolkning av de båda styckena i 2 mom. i 41 §, som här angivits, beredes möjlighet för kommun att av hemlandstinget erhålla gottgörelse för vård av fattig sjuk å främmande landstingsanstalt. Vid en tolkning efter bokstaven skulle ersättning väl utgå för vård å primärkommunal och enskild anstalt utanför hemlänet men däremot icke för vård å landstingsanstalt utanför hemlänet, där det dock kan förväntas, att den meddelade vården i allmänhet är av bättre kvalitet än å de primärkommunala och enskilda anstalterna.

Att den sålunda konstaterade inadvertensen i förevarande lagtext icke långt före detta uppmärksammats, beror givetvis därpå, att vid hittillsvarande platsbrist å landstingens hem för kroniskt sjuka utomlänspatienter allenast i sällsynta undantagsfall där vårdats. I den mån vissa landsting på allvar tagit sig an denna vård, medan kanske grannlandstingen föga åtgjort för tillskapande av erforderliga platser, har emellertid frågan blivit aktuell. Enligt vad kommittén erfarit hava ifrågavarande bestämmelser vid ett par tillfällen lagt hinder i vägen för ett utnyttjande av förefintliga lediga platser å landstingsanstalt till vård av patienter från grannlänet. Kommittén har med hänsyn härtill föreslagit vissa ändringar och förtydliganden av lagtexten efter de linjer, som ovan angivits (jfr textbilaga 12).

Vårdbehovets prövning vid enskild vård av sinnessjuka m. fl.

I fråga om enskild vård av sinnessjuka m. fl. delar kommittén i stort sett ovan nämnda uppfattning, att fattigvårdslagens bestämmelser angående ersättning för dylik vård icke lämna tillräcklig garanti att de personer, för vilka vårdersättning begäres, verkligen äro i behov av vård. Kommittén håller likaledes före, att den garanti, som nu saknas, säkrast och bäst skulle vinnas genom att denna vård ställdes under kontroll av de statliga sinnessjukhusen och den därifrån anordnade hjälpverksamheten. Även ur vårdsynpunkt skulle naturligtvis en dylik anordning vara till stort gagn. Men tydligt är också, att anordningen ifråga icke kan helt genomföras utan en kanske rätt väsentlig utökning av de statliga sinnessjukhusens läkare- och sköterskepersonal med ty åtföljande kostnader. I den mån platsbristen vid dessa sinnessjukhus minskas och genom det av kommittén föreslagna statsbidragssystemet landstingskommunala vårdhem tillkomma i större omfattning, torde emellertid antalet sinnessjuka i enskild vård reduceras samtidigt som expektanterna mera allmänt än nu kunna för undersökning inkallas å statssjukhus. Under sådana förhållanden har kommittén ansett, att man tills vidare för den erforderliga kontrollen av vårdbehovet bör nöja sig med att i 40 § 3 mom. i fattigvårdslagen införa bestämmelse därom, att icke blott vården utan jämväl vårdbehovet skall prövas i den ordning Konungen bestämt, samt att genom tillägg i kungl. kungörelsen den 9 december 1927 angående kontroll i vissa fall över enskild vård av sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka ålägga vederbörande tjänsteläkare (provinsialläkare eller hjälpverksamhetsläkare) att pröva och utfärda intyg om att i förevarande fall behov av vård verkligen föreligger. Det torde icke vara till fyllest, att, såsom nu i stor utsträckning praktiseras, landstinget föreskriver, att vid ansökan om ersättning enligt 40 § 3 mom. i fattigvårdslagen skall företes dylikt intyg av vederbörande tjänsteläkare, enär landstinget icke kan med bindande kraft ålägga tjänsteläkare att pröva vårdbehovet och utfärda intyg därom.

Utvidgning av landstingens ersättningsskyldighet.

Då enligt kommitténs ovan framlagda förslag primärkommunerna skulle få vidkännas minskning i ersättningarna för lasarettsvård m. m., har kommittén i enlighet med erhållna direktiv haft att tillse, att kommunerna om möjligt kompenseras härför genom en utvidgning av landstingens ersättningsskyldighet till nya vårdgrupper. Härutinnan tidigare framkomna förslag hava som nämnts i huvudsak avsett trenne grupper, nämligen vård av civila sjuka å militära sjukhus, vård vid barnsbörd, oberoende av om densamma äger rum å barnbördsavdelning vid lasarett eller sjukstuga eller å fristående barnbördshus, förlossningshem eller förlossningsrum hos barnmorska, samt vidare vård å av landsting eller kommun drivet vårdhem för lättskötta sinnessjuka. Härutöver har kommittén vid sin behandling av epidemivården uttalat sig för regressrätt i fråga om vårdavgifterna för vissa å epidemisjukhus intagna fattiga sjuka.

Såsom tidigare framhållits får ersättningsfrågan beträffande den förstnämnda kategorien, *civila patienter*, som i enlighet med träffade överenskommelser vårdas *å militära sjukhus*, redan anses såsom löst genom förefintligt prejudikat. Att ifrågavarande patienter skola i ersättningshänseende likställas med patien-

ter å lasarett och sjukstugor anser kommittén riktigt. Enligt kommitténs förslag skola landstingen sålunda ersätta 3/4 av vårdkostnaden för å dessa militärsjukhus vårdade civila patienter, för den händelse vården varat längre än 10 dagar. Den omständigheten, att landstingen hittills stundom förmenats icke hava någon ersättningsskyldighet för sådana patienters vård, torde i sin mån hava bidragit till den relativt ringa beläggningen med civila patienter å omförmälda militärsjukhus. Sedan dessa sjukhus numera upptagits i den av socialdepartementets fattigvårds- och barnavårdsbyrå utgivna förteckningen över sjukhus och anstalter, beträffande vilka 40—42 §§ i fattigvårdslagen äro tillämpliga, torde en ändring i berörda hänseende sannolikt vara att förvänta.

I fråga om den *slutna barnbördsvården* har såsom skäl *mot* ersättningsskyldighet framhållits, att barnbördsvård icke är detsamma som sjukvård och att skillnaden mellan dessa båda begrepp bland annat kommit till uttryck i sjukhuslagens 1 §, enligt vilken landstingen ha *skyldighet* att ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada eller kroppsfel, medan landstingens förhållande till den slutna barnbördsvården angives så, att landstingen *böra* ombesörja anstaltsvård vid barnsbörd. Å andra sidan är det tydligt nog, att de komplicerade barnbördsfallen måste betraktas såsom sjukdomsfall. Och var skall gränsen sättas? All barnbördsvård, som sker å lasaretten och sjukstugorna och deras barnbördsavdelningar, skall vidare enligt förefintliga prejudikat ersättas av landstinget. Att någon skillnad i ersättningsskyldigheten skall vara för handen, om lasarettets barnbördsavdelning utbrytes till särskild anstalt, kan icke anses riktigt. Som en konsekvens av ersättningsskyldigheten för barnbördsvård å lasarett torde i stället böra följa samma skyldighet i fråga om vård å av staten, landsting eller stad utanför landsting drivet barnbördshus. Att i så fall även vården å ett i vederbörlig ordning godkänt förlossningshem eller förlossningsrum hos barnmorska bör ersättas, torde väl också få anses riktigt. Ett motsatt betraktelsesätt skulle tydligen leda därhän, att våra fattiga landskommuner icke skulle komma i åtnjutande av det ekonomiska stöd, som landstingen genom ersättande av barnbördsvård å lasarett eller barnbördshus lämna de ekonomiskt bättre lottade städerna. Ersättningsskyldighet för landstinget för all av det allmänna bedriven eller understödd sluten barnbördsvård anser kommittén utgöra en logisk utveckling av den nuvarande ersättningsskyldigheten för lasarettsvård och erbjuda en synnerligen lämplig kompensation för den inskränkning, som skett i ersättningsskyldigheten för sistnämnda vård. Vid ett dylikt system kan man ock såsom nedan skall angivas, till skillnad mot vad fallet är vid nuvarande system, fasthålla vid den i och för sig riktiga principen, att en normalt förlöpande barnsbörd icke är att betrakta som sjukdom och följaktligen icke heller i ersättningshänseende bör likställas med sådan.

Landstingsförbundets styrelse har i sitt yttrande över moderskapsunderstödssakkunnigas betänkande uttalat sig för, att ifrågavarande barnbördsvård skulle i ersättningshänseende likställas med den kroniska sjukvården och att

landstinget följaktligen skulle ersätta allenast halva vårdkostnaden. Med hänsyn till att en stor del av hithörande vård bedrives å våra lasarett och sjukstugor anser emellertid kommittén för sin del nödvändigt och lämpligt, att vården i ersättningshänseende helt likställes med lasarettsvård och att sålunda landstinget skall ersätta tre fjärdedelar av vårdkostnaden, dock endast under förutsättning att vården pågått under längre tid än 10 dagar. Då en normal barnsbörd vanligen icke tarvar mer än nio dagars sjukhusvistelse, komma tydligen vid ett dylikt system de vanliga barnbördsfallen icke att inbegripas i landstingens ersättningsskyldighet.

I kap. 9 har kommittén uttalat sig för att, där så kan ske, personer, lidande av vissa *i epidemilagen ej omförmälda epidemiska sjukdomar*, såsom svårartad mässling, kikhosta eller influensa, ävensom personer, lidande av sådana *infektiösa sjukdomar* som rosfeber, elakartad halsfluss eller svårare infektioner i luftvägarna, svåra, variga inflammationer i underhudsbindväven eller bensystemet m. fl. och vilka icke lämpligen kunna vårdas på lasarett, beredas vård å epidemisjukhus. Härvid har förutsatts, att statsbidrag icke skall utgå för vården av dessa sjuka samt att patienterna skola erlägga legosängsavgifter i huvudsak överensstämmande med dem vid lasaretten. Enligt vad kommittén erfarit hava epidemisjukhusen i storstäderna och i en del län redan i rätt stor omfattning upplåtits för vårdfall av omförmält slag.

Jämlikt bestämmelserna i 40—42 §§ i fattigvårdslagen och med stöd av förefintliga prejudikat kan man utan tvekan säga, att landstingen för närvarande icke äro pliktiga ersätta primärkommunerna för vårdkostnad å epidemisjukhus. Vid tillkomsten av dessa bestämmelser och prejudikat har man uppenbarligen utgått från att epidemisjukhusen blott i undantagsfall skulle komma att upplåtas för andra sjukdomsfall än de i epidemilagen omförmälda, för vilka vården ju i regel är avgiftsfri. Enligt vad kommittén har sig bekant hava emellertid några landsting gått in för att ersätta av primärkommuner erlagda vårdavgifter för omförmälda å epidemisjukhus vårdade patienter antingen genomgående eller allenast för det fall, att det kunnat styrkas, att den vårdade varit intagen å lasarett men jämlikt överläkarens order på grund av platsbrist eller smittrisk överflyttats till epidemisjukhus. Det stora flertalet landsting har emellertid med stöd av förefintliga lagbestämmelser icke ersatt primärkommunerna deras kostnader för hithörande vård.

Om man, som sig bör, utgår ifrån att personer, som lida av här avsedda epidemiska eller infektiösa sjukdomar, icke intagas å epidemisjukhus med mindre de äro i verkligt behov av anstaltsvård, synes kommittén intet bärande skäl kunna åberopas för att hithörande patientgrupper skola ur ersättningssynpunkt intaga en annan ställning än patienter vid lasarett och tuberkulossjukhus m. fl. anstalter, helst som orsaken till vårdens meddelande å epidemisjukhus ofta varit platsbrist vid lasaretten eller smittrisk. Med hänsyn härtill samt önskvärdheten att skaffa primärkommunerna kompensation för ovan föreslagna inskränkningar i landstingens ersättningsskyldighet har kommittén ansett, att omförmälda å epidemisjukhus vårdade fall böra i ersättningshänseende likställas med lasarettsfallen. Primärkommunen skulle sålunda, där vår-

den vid anstalten i ett sammanhang varat under längre tid än tio dagar, av landstinget erhålla ersättning för tre fjärdedelar av utgiven dagavgift och av annan vårdkostnad.

Vad till slut angår de *för lättskötta sinnessjuka avsedda vårdhemmen* har kommittén på annat ställe i detta betänkande (jfr kap. 21) föreslagit, att av landsting och i undantagsfall av kommunalförbund drivna vårdhem skulle under vissa villkor komma i åtnjutande av statliga driftbidrag. Såsom ett av dessa villkor skulle gälla att vårdhemmet inrymde visst minimiantal platser. Till av primärkommun eller enskild drivna vårdhem skulle däremot intet statligt driftbidrag utgå.

Redan som en konsekvens av de statliga driftbidragen till omförmälda vårdhem bör enligt kommitténs förmenande följa, att landstingen erhålla skyldighet att, åtminstone delvis, ersätta vårdkostnaden för där intagna fattiga sjuka. Då det här i allmänhet är fråga om långtidsvård och landstingen själva äro ägare till anstalten, torde större fara för missbruk av en dylik ersättningsskyldighet icke föreligga, helst om man, såsom även i övrigt kan anses riktigt, i ersättningshänseende jämställer hithörande vård med den vid hem för kroniskt sjuka och sålunda låter landstingsersättningen avse allenast hälften av vårdavgiften efter avdrag för statsbidrag och eventuellt åtnjuten pension. För vård å eventuellt tillkommande primärkommunala vårdhem för sinnessjuka skulle däremot landstingen icke hava någon ersättningsskyldighet, lika litet som dylika hem skulle komma i åtnjutande av statliga driftbidrag. Beträffande de enskilda sinnessjukhusen och vårdhemmen skulle landstingens ersättningsskyldighet som hittills vara inskränkt till att gälla för de fall och i den ordning, som i fattigvårdslagens 40 § 3 mom. sägs.

Huru stor ekonomisk lättnad, som genom ovan föreslagna utvidgningar av landstingens ersättningsskyldighet skulle tillskyndas primärkommunerna, kan under nuvarande förhållanden icke överblickas. På grundval av förefintliga siffror angående respektive vårdgrenars nuvarande omfattning torde man emellertid kunna våga det påståendet, att man genom att på föreslaget sätt i landstingens ersättningsskyldighet inbegripa vården å landstingskommunala vårdhem, vården å i vederbörlig ordning godkända förlossningsanstalter och förlossningsrum samt viss vård å epidemisjukhus skulle bereda primärkommunerna en utgiftsminskning, som vida överstege den utgiftsökning, de skulle få vidkännas genom att sagda skyldighet med avseende å lasarettsvård inskränktes på sätt kommittén föreslagit.

I förevarande sammanhang kan måhända spörjas, varför kommittén icke till ytterligare minskande av primärkommunernas sjukvårdsutgifter och till förenklande av systemet, enligt vilket landstingen skulle för viss sjukvård hava att ersätta hela kostnaden, för annan sjukvård tre fjärdedelar och för ett tredje slag av sjukvård allenast hälften av kostnaden, velat föreslå en sådan anordning, att jämväl för fall jämlikt 40 § 2 mom. och 41 § 2 mom. 2:a stycket landstingen skulle hava att ersätta tre fjärdedelar i stället för halva vårdkostnaden. Kommitténs ståndpunkt i denna fråga motiveras emellertid av att det i nyssnämnda lagrum till skillnad från ersättningsbestämmelserna i övrigt

närmast är fråga om primärkommunala anstalter. Såsom man nogsamt fått erfara särskilt i fråga om den kroniska sjukvården, kräves här i högre grad än vid annan vård ett återhållande och reglerande moment. Erinras må också, att fattigvårdslagstiftningskommittén icke föreslagit någon som helst ersättningsskyldighet för vård å primärkommunal sinnessjukanstalt och att landstingen med avseende å de primärkommunala hemmen eller avdelningarna för kroniskt sjuka enligt sagda kommittés förslag skulle hava att ersätta endast en fjärdedel av vårdkostnaden.

Fattigvårdsbehovets styrkande.

Vad så angår frågan, huruvida och i vad mån ersättningssystemet i dess helhet kan kräva ytterligare reformering, vill kommittén till en början deklarera, att den icke funnit tillräckliga skäl föreligga för en legalisering av den på sina håll tillämpade anordningen, att fattigvårdsstyrelses uppgifter om fattigvårdsbehovet skola verifieras av vissa utomstående personer. En dylik åtgärd skulle enligt kommitténs mening vara ägnad att minska förtroendet för fattigvårdsmyndigheterna. Ej heller torde de personer, som vid dylik verifiering närmast skulle komma i fråga, alltid kunna förväntas vara villiga eller utan vidlyftigt arbete hava möjlighet att bestyrka uppgift om fattigvårdsbehovet för en person, som de kanske alls icke känna till. Och att i detta avseende lagligen tvinga vederbörande torde väl knappast kunna ifrågakomma. Lagbestämmelser äro här icke på sin plats. Det må vara landstingens ensak, om de, såsom redan skett i viss utsträckning, själva vilja såsom villkor för ersättning uppställa dylik verifiering av fattigvårdsstyrelses uppgifter. Såvitt kommittén har sig bekant, hava kommunerna hittills efter bästa förmåga sökt rätta sig efter landstingens föreskrifter av dylik innebörd.

Underlättande av möjligheten att av enskild uttaga betalning för sjukhusvård.

Då det härefter gäller att undersöka, huruvida och på vad sätt man skall kunna öka möjligheten att i skälig omfattning av den enskilde uttaga betalning för sjukhusvård, kan man lämpligen uppdela spörsmålet i tre delar, allt eftersom det avser 1) åtgärder för att sjukhusmyndighet i större utsträckning skall av den vårdade kunna utfå legosängsavgift m. m., 2) åtgärder för att fattigvårdsstyrelse, som gäldat legosängsavgift m. m., skall av den vårdade kunna utfå ersättning för utgiften samt 3) åtgärder för att landsting, som gäldat fattigvårdssamhälles utgift för legosängsavgift m. m., skall av den vårdade kunna utfå ersättning för utgiften. Hela det föreliggande frågekomplexet, som, ehuru delvis redan tidigare uppmärksammat, fått aktualitet genom aktionen i Jämtlands län, gäller sålunda icke en minskning av landstingets utgifter på primärkommunernas bekostnad utan allenast ett tillbörligt utnyttjande av den enskildes eller för honom försörjningspliktigas förmåga att fullgöra sin betalningsskyldighet, varigenom landstingsutgifterna skulle nedbringas.

1) För sjukhusmyndighet.

Vid övervägande av de under mom. 1 inbegripna åtgärderna torde böra erinras om de bestämmelser och den praxis, som tillämpas i syfte att säkerställa vårdkostnadens täckande. Enligt sjukhusstadgans 43 § fordras i allmänhet för intagning å lasarett, sjukstuga eller tuberkulossjukhus, att därvid, såvida icke skyndsam vård är av nöden, skall avlämnas av fattigvårdssamhälle utfärdad eller eljest antaglig ansvarsförbindelse för den vårdkostnad, som kan

uppstå; dock kan inträdessökande i stället för att avlämna ansvarsförbindelse inbetala vårdkostnaden i förskott för minst en månad. Jämlikt bestämmelsen i 43 § 6 mom. äger sjukhusdirektion från ovannämnda stadganden göra de eftergifter, som direktionen finner för gott. Garantierna för vårdavgiftens gäldande äro sålunda antingen ansvarsförbindelse eller förskottsbetalning. Ansvarsförbindelsen kan vara utfärdad antingen av fattigvårdsstyrelse (eller barnavårdsnämnd) eller av enskild person, arbetsgivare o. s. v. Övriga kommunala sjukvårdsinrättningar ävensom de privata av mera allmän karaktär följa i stor utsträckning enahanda intagningsbestämmelser och praxis som lasaretten. Bestämmelserna om betalningsgarantierna vid statens sinnessjukhus innehållas i 79 och 80 §§ sinnessjukstadgan men kunna i förevarande sammanhang i stort sett förbigås. I 58 § i fattigvårdslagen och 65 § i lagen om samhällets barnavård föreskrives, huru sjukhuset och vederbörande kommunala organ skola förfara, därest vid intagningen ingen av de nämnda garantierna föreligger. Enligt förstnämnda lagrum skall sjukhuset även för det fall, att vid intagningen ansvarsförbindelse från kommunen lämnats, utan uppskov bevisligen underrätta denna om tiden för vårdens början. I enlighet med bestämmelserna i fattigvårdslagens 1 § torde, om en person i behov av sjukhusvård (för tillfället) saknar medel till föreskriven förskottsbetalning och icke heller kan skaffa enskild ansvarsförbindelse, ägnad att godtagas av lasarettet, fattigvårdsstyrelsen få anses skyldig att genom utfärdande av ansvarsförbindelse möjliggöra patientens intagning.

En helt nyligen av svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundet företagen undersökning samt av svenska landstingsförbundets byrå inhämtade uppgifter giva med önskvärd tydlighet vid handen, att ansvarsförbindelse från vederbörande fattigvårdsstyrelse är den utan jämförelse vanligast praktiserade garantien för vårdavgiften vid lasarett. Endast vid några få lasarett, exempelvis Stockholms läns centrallasarett vid Stocksund, där man systematiskt inriktat sig på att söka av den vårdade själv uttaga förskottsbetalning och där man för den skull vid intagning nöjer sig med ett relativt blygsamt förskott, har systemet med ansvarsförbindelser av fattigvårdsstyrelse trätt mer i bakgrunden. Ansvarsförbindelse av enskild torde genomgående vara den minst allmänt tillämpade garantien.

Att praxis utbildat sig på angivet sätt är lätt förklarligt. För det ofta i små omständigheter levande allmänsalsklientelet måste det ofta vara förenat med stora svårigheter eller rent av omöjligt att vid iråkad sjukdom på en gång i förskott betala legosängsavgift för en månad. Än svårare torde det vara att skaffa godkänd borgen av enskild person, helst som denna borgen enligt stadgans bestämmelse skall avse hela vårdtiden, vars längd ju icke på förhand kan avgöras. Att för en patient, som om ock allenast för tillfället saknar medel till förskottsbetalning, erhålla ansvarsförbindelse från fattigvårdsstyrelse möter däremot i allmänhet inga som helst svårigheter. Lasaretten torde ock i allmänhet föredraga en dylik förbindelse, som ju alltid vederbörligen infrias, framför enskild borgen, vars värde understundom är tvivelaktigt eller i allt fall tarvar omsorgsfull prövning.

Såsom erfarenheten och företagna undersökningar utvisa, leder emellertid systemet med ansvarsförbindelse av fattigvårdsstyrelse ofta nog rent automatiskt till att först fattigvårdsstyrelsen och i sista hand landstinget få bära hela vårdkostnaden, utan att den vårdades eller för honom försörjningspliktigs oförmåga att erlägga legosängsavgiften bliver tillräckligt ådagalagd (jfr nedan). Från denna synpunkt sett kan det möjligen ifrågakomma att, såsom skett i Jämtlands län, söka minska antalet ansvarsförbindelser av fattigvårdsstyrelser och i stället öka antalet enskilda borgensförbindelser och förskottsbetalningar. Som inledningsvis betonats böra dock strävandena i sådant syfte icke under några förhållanden få leda till ett försvårande av vårdmöjligheterna för den enskilde. Att öva något som helst tryck på fattigvårdsstyrelserna för att få dem att inskränka antalet borgensförbindelser vill kommittén därför för sin del bestämt avråda. Än mindre kan kommittén biträda ett under diskussionen i denna fråga framkommet förslag att helt avskaffa fattigvårdsstyrelsernas ansvarsförbindelser. Vad fattigvårdsstyrelserna i denna sak kunna och böra göra är allenast att, då tiden medgiver, pröva, om icke i stället för av styrelsen utfärdad ansvarsförbindelse någon av de båda andra garantierna kan komma till användning, och i så fall uppmana vederbörande att söka åstadkomma förskottsbetalning eller borgen av enskild. Även sjukhusmyndigheterna torde kunna verka i samma riktning. Genom vissa ändringar i 43 § av sjukhusstadgan, ägnade att underlätta förskottsbetalning och borgen av enskild, bör ock syftet kunna i viss mån främjas. Sålunda vill kommittén föreslå, att minimitiden för förskott sänkes från nuvarande trettio till tjugu dagar eller den kortare tid, som sjukhusläkaren efter undersökning av fallet kan finna skälig, samt att enskild persons borgen medgives kunna avse samma tid. En dylik tidsbegränsning skulle ock väl rimma med nuvarande medelliggetid vid lasarett. Redan för närvarande upprätthålles icke i praktiken den för förskottsbetalning stadgade minimitiden, utan åtnöja sig ett flertal sjukhus i många fall med förskott för endast en vecka. På grund av det ovannämnda stadgandet i 43 § 6 mom. kommer den föreslagna tidsbegränsningen icke att hindra de direktioner, som så önska, att tillämpa för den sjuke än lindrigare bestämmelser i avseende å intagningen, exempelvis att såsom regel åtnöja sig med förskottsbetalning för allenast en vecka. Samtidigt bör man, på sätt diskussionsvis föreslagits, söka främja ett sådant system, att fattigvårdsstyrelse förser enskild persons borgen med underborgen. Ett dylikt system, som torde få viss psykologisk verkan, då det gäller att utkräva betalning för sjukhusvistelse, kan med stöd av bestämmelserna i sjukhusstadgans 43 § införas utan någon som helst lagändring. Lämpligt torde härvid vara, att direktionerna fastställa formulär jämväl för hithörande borgensförbindelser.

Viktigare än de sålunda föreslagna åtgärderna torde emellertid vara, att vederbörande sjukvårdsinrättning vid uttagande efter vårdens upphörande av betalning för sjukhusvistelse alltid, *såvida icke uppenbara försörjningsfall föreligga,* i första hand kräver den vårdade eller för honom försörjningspliktig. För närvarande vända sig sjukvårdsinrättningarna, så fort icke förskotts-

betalning eller borgen av enskild föreligger, i allmänhet eller i mycket stor utsträckning med sina krav direkt till fattigvårdsstyrelsen, som då vanligen utan vidare erlägger avgiften. Ofta nog få de vårdade eller deras försörjningspliktiga icke ens kunskap om, att de hava att erlägga någon avgift. De krävas icke och få därmed den uppfattningen, att vården är avgiftsfri eller att det i varje fall åligger fattigvården att gälda densamma. Enligt uppgift från sjukvårdsinrättningar, som praktisera ovan förordade system, har detsamma slagit synnerligen väl ut, och i Jämtlands län, där man tidigare i allmänhet i första hand vänt sig med betalningskraven till fattigvårdsstyrelserna men nu övergått till att i första hand kräva den enskilde eller för honom försörjningspliktig, anses systemändringen hava i hög grad ökat de fall, där vederbörande själv gäldar sin legosängsavgift. Å andra sidan har mot systemet ifråga framhållits, att om sjukhusen i större omfattning än för närvarande skulle använda sig av detsamma, skulle sysslomanskontorens arbete i hög grad ökas. Riktigheten av ett sådant påstående torde icke kunna förnekas, även om hittills från vissa sjukhus vunnen erfarenhet tydligt ådagalägger, att det förordade systemet med fördel låter sig genomföra eventuellt genom en mindre utökning av sysslomanskontorets arbetskrafter. Åtminstone vid landstingens sjukvårdsinrättningar torde en dylik utökning av arbetskraft, med hänsyn till den arbets- och utgiftsbesparing som det nya systemet visat sig medföra för landstingen, vara fullt försvarlig.

Genom lagstiftning torde för övrigt en del kunna göras till underlättande av sysslomanskontorens arbete för vårdavgiftens indrivande från den enskilde. Kommittén syftar härvid i första hand på ett under diskussionen i ämnet framfört förslag om införande av kostnadsfritt handräckningsförfarande hos länsstyrelserna, avsett att användas mot sådana patienter, som *vägra* att betala, *oaktat* fattigvårdsbehov enligt 1 § i fattigvårdslagen icke föreligger. Man skulle härutinnan i viss mån kunna efterbilda det handräckningsförfarande, som redan nu finnes stadgat i fråga om betalning för tjänsteförrättningar av vissa statliga befattningshavare, såsom provinsialläkare m. fl. Systemet borde givetvis kunna komma till användning även gent emot den vårdades försörjningspliktiga och eventuella enskilda borgensmän. Genom att bereda möjlighet till ett dylikt handräckningsförfarande skulle man uppenbarligen även underlätta strävandena att avkoppla fattigvårdsstyrelserna från ekonomisk befattning med annan sjukvård än sådan, där fattigvård enligt 1 § i fattigvårdslagen föreligger. Kommittén vill därför för sin del föreslå lagstiftningsåtgärder i här angivet syfte, dock under uttrycklig förutsättning, att dylikt handräckningsförfarande gent emot den vårdade skall tillgripas först sedan han helt återhämtat sig från sin sjukdom, så att icke detsamma till äventyrs kan verka hindrande eller fördröjande på hans tillfrisknande. Den erforderliga bestämmelsen torde lämpligen kunna inflyta i 34 § sjukhuslagen.

Med vad sålunda anförts och förordats har kommittén icke avsett att föreslå några för landstingen bindande bestämmelser utan endast velat ange vissa riktlinjer, efter vilka det i Jämtlands län tillämpade systemet bör kunna utveck-

las. Med hänsyn såväl till den ännu jämförelsevis ringa erfarenheten av detta system som till de verkningar, ovan föreslagna inskränkningar i landstingens ersättningsskyldighet för meddelad lasarettsvård kunna hava, synes det tills vidare böra stå landstingen fritt att tillämpa systemet ifråga i den mån så kan anses gagneligt icke endast för landstingen som sådana utan främst för sjukvården inom området. En dylik frihet för landstingen anser kommittén så mycket mer befogad som de merutgifter för större personal o. d. på sjukhusens sysslomanskontor, vilka bli en följd av systemet, helt komma att falla på landstingen.

2) För fattigvårdsstyrelse.

Om trots krav mot den enskilde i enlighet med vad ovan föreslagits betalning likväl icke inkommit till sjukhuset, har detta, där ansvarsförbindelse från fattigvårdsstyrelse föreligger, att vända sig till denna, som då omedelbart bör gälda avgiften. Den enskildes uraktlåtenhet att betala kan emellertid bero icke endast på oförmåga utan på tredska eller ovillighet, eller ock kan oförmågan vara allenast tillfällig och den vårdade efter någon tid hava möjlighet att betala. Detta senare förhållande torde väl vara synnerligen vanligt, då det gäller den relativt obetydliga kostnaden för sådan korttidsvård, för vilken landstinget enligt kommitténs förslag icke skulle hava någon ersättningsskyldighet. Fattigvårdsstyrelse, som till sjukhusmyndighet gäldat vårdavgift, bör därför icke utan vidare söka ersättning hos landstinget eller själv stå för betalningen utan, där fattigvårdsbehovet är tvivelaktigt eller tillfälligt, med stöd av bestämmelserna i 62 och 63 §§ i fattigvårdslagen söka i första hand få sin fordran gäldad av den enskilde eller för honom försörjningspliktig. Härmed är man inne på de ovan under mom. 2 avsedda åtgärderna. Om ock under nuvarande förhållanden, då landstingen i allmänhet hava att ersätta primärkommunerna för hela vårdkostnaden, kommunerna ofta nog underlåta att med tillräcklig kraft tillse, att den vårdade ersätter av kommunen gäldad vårdkostnad, torde med avseende å lasarettsvården en väsentlig förbättring härutinnan vara att påräkna, därest kommitténs ovan framlagda förslag om inskränkningar i landstingens ersättningsskyldighet för sådan vård genomföras.

Såsom sista utväg för att från den enskilde eller för honom försörjningspliktig utfå ersättning för erlagd vårdkostnad kan fattigvårdsstyrelse hänvända sig till länsstyrelsen och till kammarrätten. Möjligheterna att på denna väg få en person förpliktad att återgälda fattigvårdskostnader äro emellertid, såsom framhållits bl. a. i samband med aktionen i Jämtlands län, icke särskilt stora och detta på grund av bestämmelserna i 65 § i fattigvårdslagen, enligt vilken »anspråk på ersättning för fattigvårdskostnad av understödstagare eller av försörjningspliktig, som i 3 § säges, icke må bifallas, där den ersättningsskyldige genom att återbetala kostnaden eller någon del därav *kan antagas* komma att sakna medel till underhåll för sig och de sina». Av förarbetena till fattigvårdslagen kan icke med bestämdhet utläsas vad som åsyftats med de i detta stadgande förekommande orden »kan antagas». Emellertid har, delvis måhända genom förekomsten av dessa ord, tolkningen av stadgandet i

praxis kommit att bliva relativt välvillig mot den enskilde, och skäl synes därför möjligen kunna åberopas för att ur stadgandet borttaga orden ifråga i syfte att därmed angiva en skärpning av den numera väl milda tolkningen av paragrafen. Kommittén kan dock icke finna annat än att verkan av en dylik lagändring skulle te sig rätt tvivelaktig och har för den skull icke ansett sig böra föreslå en sådan.

Däremot torde i nämnda paragraf böra vidtagas en annan ändring. Redan inom fattigvårdslagstiftningskommittén reserverade sig en ledamot mot kommitténs förslag, att ovillkorligt försörjningspliktig anhörigs ersättningsskyldighet skulle göras beroende av myndighets prövning av hans förmåga att försörja sig och de sina. Departementschefen uttalade i propositionen angående fattigvårdslagen vid sin behandling av 65 § följande:

»I ett par av de avgivna yttrandena har till besvarande upptagits frågan, huruvida anspråk på ersättning, vilket en gång avvisats, bör vid ändrade ekonomiska förhållanden kunna ånyo väckas. Analogien med 66 § kan synas tala för ett jakande svar på denna fråga, men då den i berörda lagrum meddelade föreskriften om jämkning grundar sig på särskilda förhållanden, lärer det vara lämpligast att här följa vanliga regler och således anse hinder möta för förnyad prövning av ett anspråk, som förut avvisats. Någon uttrycklig föreskrift härom har ej synts mig erforderlig.»

Riksdagen godtog kommittémajoritetens och Kungl. Maj:ts ståndpunkt i frågan.

I enlighet med de allmänna processregler, varpå departementschefens uttalande vilar, gäller alltså för närvarande, att anspråk på ersättning, varom här är fråga, icke kan bliva föremål för förnyad prövning, även om den ersättningsskyldiges ekonomiska förhållanden ändrats. Ett ogillande av dylikt anspråk verkar alltså som en särskild och absolut preskription. Detta synes kommittén mindre lämpligt. Det har med rätta framhållits, att det i denna fråga bör göras skillnad mellan å ena sidan den formella skyldigheten att ersätta utgiven fattigvård och å andra sidan vederbörandes ekonomiska förutsättningar att i det särskilda fallet ersätta fattigvården. Att ett utslag i förstnämnda hänseende bör erhålla materiell rättskraft torde vara klart. I det senare hänseendet tala däremot övervägande skäl för att här såväl som i det i 66 § fattigvårdslagen avsedda fallet ersättningsfrågan skall kunna upptagas på nytt, då ändrade förhållanden föranleda därtill. En ändring av paragrafen i detta syfte torde sålunda böra företagas.

Härvid kunna olika utvägar tänkas. Ett alternativ vore att införa en särskild bestämmelse liknande den, som återfinnes i 66 § andra stycket, och sålunda giva möjlighet att ånyo pröva framställt anspråk på ersättning, där sådant anspråk tidigare helt eller delvis ogillats med hänsyn till vederbörandes dåvarande ekonomiska förhållanden men dessa sedermera ändrats. En annan utväg är den, vilken förordats av ovannämnde reservant inom fattigvårdslagstiftningskommittén och som i huvudsak går ut på att den försörjningspliktige på grund av sin lagstadgade försörjningsplikt ålägges ersätta den

lämnade fattigvården, medan verkställigheten av domen göres beroende av den försörjningspliktiges förmåga att betala.

Vilkendera av de båda ovan antydda vägarna, man skall välja, torde i viss mån vara en smaksak. För att i möjligaste mån undvika att rubba de allmänna processreglerna synes dock enligt kommitténs mening företräde böra givas den senare av dem. I enlighet härmed torde en sådan ändring i 65 § fattigvårdslagen böra företagas, att beslut, varigenom understödstagare eller försörjningspliktig ålagts utgiva ersättning för fattigvårdskostnad, icke må verkställas, då den förpliktade genom att återbetala kostnaden kan antagas komma att sakna nödiga medel till underhåll för sig och de sina. I samband härmed böra i sagda paragraf intagas föreskrifter i syfte att förbehålla överexekutor prövningen av den förpliktades förmåga att betala. Dylik prövning torde böra äga rum endast för det fall, att den förpliktade invänder, att förutsättningarna för beslutets verkställbarhet saknas. Utöver det föreslagna stadgandet i 65 § andra stycket fattigvårdslagen torde bestämmelser böra utfärdas, som reglera de spörsmål angående exekutionsförfarandet, vilka i övrigt uppkomma genom den ändrade principen angående uttagande hos understödstagare och försörjningpliktig av ersättning för fattigvårdskostnad.

Sedan länsstyrelsens eller eventuellt kammarrättens utslag erhållits med förpliktande för den enskilde att till kommunen återgälda vårdkostnad, finnes i händelse av tredska hos den förpliktade för närvarande ingen annan möjlighet att uttaga utdömt belopp än genom utmätning. Efter vad som uppgivits hava våra fattigvårdsstyrelser rätt nedslående erfarenheter av de besvär, som äro förenade med denna metod, och av de möjligheter, som vederbörande äga att göra densamma resultatlös. I stor omfattning hava ock fattigvårdsstyrelserna upphört att på denna väg söka utfå sina fordringar.

Med anledning härav hava, som tidigare nämnts, vid ett flertal tillfällen röster höjts för en utvidgning av införselinstitutet, så att införsel skulle kunna komma i fråga icke blott som nu för indrivning av periodiska underhållsbidrag, utgående enligt beslut med stöd av 66 § fattigvårdslagen, utan även för fattigvård avseende förfluten tid. Om införselinstitutet på angivet sätt utvidgas, blir det nödvändigt att föreskriva en viss tidsgräns, utom vilken införsel ej må beviljas eller meddelat beslut om införsel äga tillämpning. Dessutom måste regler givas om konkurrens mellan fattigvårdsfordringar, underhållsbidrag och skatter. Sättes tidsgränsen så, att införselinstitutet kan tänkas tillämpat, när den för närvarande för sökande av landstingsersättning stadgade tiden går till ända, bör sistnämnda tid i motsvarande grad utökas.

Emellertid synes det tveksamt, huruvida fullt lämpliga regler kunna givas om konkurrens mellan olika införselberättigade fordringar. Fråga är också, om icke införselinstitutets effektivitet skulle minskas i alltför hög grad, därest införsel kunde meddelas även för ifrågavarande fattigvårdsfordringar. Mot att göra införselinstitutet tillämpligt på dylika fordringar har även anmärkts, att detta skulle leda till en alltför stor stränghet. Riktigheten härav torde icke kunna bestridas. De invändningar, som gjorts, torde i vart fall enligt kommitténs mening väga så tungt, att man bör avvakta resultatet av övriga

föreslagna reformer, innan man skapar möjligheter att på införselväg uttaga kommunens fordringar för sjukhusvård.

Har fattigvårdsstyrelse med till buds stående medel konstaterat, att vårdersättningarna ej kunna uttagas av den vårdade eller för honom försörjningspliktig person, och föreligga ej heller sådana omständigheter, att gottgörelse för vården skall lämnas av staten, har styrelsen att hos vederbörande landsting söka gottgörelse för den utgivna vårdkostnaden. Landstingets prövning av sådan ansökning torde, om det ovan förordade systemet av sjukhusmyndighet och fattigvårdssamhälle vederbörligen utnyttjats, i hög grad förenklas. 3) För landsting.

Emellertid kan understundom och kanske ej så sällan inträffa, att en person, som vid tiden för vården och landstingsersättningen verkligen var fattigvårdsbehövande enligt 1 §, sedermera kommer i väsentligen förbättrat ekonomiskt läge; en arbetslös får arbete, en fattig får ett arv o. s. v. Fråga blir då, om landstinget i sådant fall självt eller genom kommunen kan bevaka sin fordran och av den enskilde eller för honom försörjningspliktig erhålla gottgörelse för utbetald vårdersättning.

Av den inledningsvis lämnade översikten angående ersättningsbestämmelsernas tillkomst framgår med tydlighet, att någon dylik regressrätt från landstingets sida gentemot den enskilde icke av lagstiftaren åsyftats. Ett av fattigvårdslagstiftningskommitténs skäl för att icke tillerkänna landstingen sådan rätt var den korta preskriptionstid om två år, som föreslogs för (fattigvårdsstyrelses) rätt att hos understödstagare och försörjningspliktiga återkräva utbetald fattigvård. Förslaget om en sådan preskriptionstid godtogs emellertid icke av statsmakterna, utan i stort sett och efter lagändringen år 1924 genomgående har härutinnan den allmänna tioåriga preskriptionstiden gällt.

Såsom i det föregående antytts, hava dock tid efter annan krav framkommit på införande av regressrätt för de av landstingen (och staten) utbetalda ersättningarna för fattigsjukvård. I den tidigare omförmälda inom socialdepartementet år 1932 utarbetade promemorian — jfr ovan sid. 467 — uttalas i denna del bl. a. följande:

»I första hand torde böra i lagen fastslås, att den fattigvårdssamhället tillförsäkrade rätten till ersättning av enskild icke upphör i och med det att vårdkostnaden ersatts av staten. Undanröjandet av en i detta hänseende till synes *allmänt utbredd missuppfattning* torde i och för sig vara av betydelse. Men dessutom bör i anslutning därtill fattigvårdssamhället åläggas att i berörda hänseende bevaka statens intressen och till statsverket inleverera inflytande belopp. Det kan ytterligare ifrågasättas, om icke för att stimulera fattigvårdssamhällenas intresse att i förevarande fall söka utfå ersättning av enskild borde tillförsäkras dem någon rätt till provision å utsökta belopp, eftersom de i alla fall här handla för statsverkets räkning. Något förslag i det hänseendet har emellertid icke utformats. Varje år bör i samband med ansökning om ersättning av staten redogörelse lämnas för vidtagna åtgärder beträffande förut av staten ersatt fattigvård ävensom, i förekommande fall, för anledningen till, att inga åtgärder ansetts böra vidtagas. Vad nu sagts beträffande av staten ersatt fattigvård gäller även vårdkostnad, som ersatts av landsting.»

I promemorian framlades förslag till införande i 59 och 61 §§ i fattigvårdslagen samt 65 § i barnavårdslagen av formlig bestämmelse om statens och landstingens regressrätt i omförmält avseende. Promemorian och där framlagda förslag ha ännu icke föranlett någon åtgärd från statsmakternas sida.

Mot bakgrunden av fattigvårdslagstiftningskommitténs och statsmakternas ställningstagande till förevarande fråga år 1918 måste man ställa sig något tvekande inför det i promemorian gjorda uttalandet om den »allmänt utbredda missuppfattningen» åtminstone i vad det gäller *landstingens* återkravsrätt. Författarens uttalande torde emellertid böra sammanställas med visst av kammarrätten den 11 mars 1932 meddelat utslag. Rättsfallet, som finnes refererat å sid. 628 i Svensk Fattigvårds- och Barnavårds Tidning nr 13 för år 1932, innebär i huvudsak följande: Stockholms stads hälsovårdsnämnd hade under en följd av år på sjukhus i Stockholm meddelat hospitalsvård åt en person till en sammanlagd kostnad av 8 619 kronor. Av detta belopp hade 8 068 kronor 50 öre återgäldats av statsmedel. Nämnden begärde därefter åläggande för ifrågavarande persons förmyndare att av den omyndiges medel ersätta hela kostnaden. Överståthållarämbetet biföll nämndens talan, och kammarrätten gjorde däri ingen annan ändring än att det skulle åligga nämnden att till statsverket återbära vad nämnden på grund av utslaget kunde erhålla av den omyndiges medel med avdrag för skillnaden mellan ovannämnda båda belopp eller 550 kronor 50 öre. Kammarrätten torde sålunda ha ansett, att nämndens fordran skulle i första hand täckas och att statsverket först i andra hand skulle äga återfå sitt utlägg.

Med detta rättsfall kan jämföras ett kammarrättens utslag den 8 juni 1932 på besvär av hustru N. N., vari principen om fattigvårdsstyrelses återkravsrätt även för av landstinget ersatt fattigvård synes hava erkänts. Frågan om återvunnet belopps fördelning mellan fattigvårdsstyrelsen och landstinget har i nämnda fall sedermera blivit föremål för process. Landstinget framställde förlikningsvis erbjudande till fattigvårdsstyrelsen om fördelning i förhållande till resp. fordringars belopp. Fattigvårdsstyrelsen ansåg sig emellertid ha rätt att i första hand helt täcka sin fordran. Landstinget anhängiggjorde med anledning härav talan mot fattigvårdsstyrelsen under yrkande om fördelning efter principen, att tidigare utgiven (och ersatt) fattigvård i första hand skulle täckas av det återvunna beloppet. Länsstyrelsen i Jämtlands län godtog denna ståndpunkt. Målet vilar f. n. (april 1934) hos kammarrätten.

Så sent som i slutet av år 1933 har emellertid länsstyrelsen i Norrbottens län förklarat en av fattigvårdsstyrelse gjord ansökan om förpliktigande för understödstagare att återgälda utbetalad fattigvårdskostnad icke kunna bifallas i vad den avsåge det belopp, fattigvårdsstyrelsen redan erhållit från landstinget.

I likhet med statskontoret och svenska landstingsförbundets styrelse samt den i ovan omförmälda promemoria framkomna uppfattningen anser kommittén avsaknaden av bestämmelser om regressrätt för landstingen och staten i fråga om av dem gäldad fattigvård utgöra en uppenbar brist i lagstiftningen, en brist, som icke är på något sätt betingad av ersättningens ka-

raktär eller de former, som reglera systemet. Om man också skulle kunna anse kammarrättens ovan berörda utslag prejudicerande även vad angår landstingens återkravsrätt, torde dock starka skäl föreligga att genom lagändring uttryckligen fastslå, att en sådan rätt finnes. Vid lagbestämmelsernas utformning måste hänsyn tagas till att fattigvårdsstyrelse enligt 62 och 63 §§ fattigvårdslagen kan underlåta att återkräva fattigvårdsfordringar, i den mån styrelsen finner skäl till eftergift. Det torde icke vara lämpligt att införa strängare bestämmelser i fråga om återkravsrätt för stat och landsting. Lämpligast vore givetvis, om man i fall, då både fattigvårdsstyrelse och landsting eller staten ha fordran på viss person för utgiven vårdkostnad, kunde utfinna en rättvis fördelningsgrund för rätten att uppbära återkrävt belopp. Om fattigvårdsstyrelserna finge prioritet för sin fordran, skulle nämligen deras intresse för fortsatt indrivning lätt slappas, sedan deras egen fordran blivit till fullo täckt. Möjligen skulle härvid en framkomlig väg yppa sig genom att låta var och en av fordringsägarna erhålla del i återvunnet belopp i förhållande till deras fordringars storlek (jfr ovan anförda utslag från Jämtlands län). Kommittén anser sig emellertid icke böra framlägga ett formligt förslag till bestämmelser angående dylika fördelningsgrunder utan nöjer sig med att i fråga om landstingens och statens regressrätt ansluta sig till det i omförmälda promemoria framförda förslaget till bestämmelser i 59 och 61 §§ fattigvårdslagen samt 65 § barnavårdslagen.

Sjukkassorna och vårdersättningen.

Ovan föreslagna åtgärder för att av den vårdade eller hans försörjningspliktiga utfå vårdkostnad eller ersättning därför förutsätta tydligen, att ett intimt samarbete äger rum mellan sysslomanskontor, fattigvårdsstyrelser och landstingens centralförvaltning. Skall emellertid systemet i allo fungera tillfredsställande, kräves härjämte, att i detta samarbete inbegripas jämväl sjukkassorna, detta för vinnande av nödig kontroll att från kassan till medlem utgående medel i föreskriven omfattning användas för sjukhusvårdens gäldande.

Medlem av erkänd sjukkassa är nu tillförsäkrad bl. a. ersättning för sjukhusvård under en tid av två år. Enligt normalstadgarna för lokalsjukkassor skall dylik ersättning utbetalas mot avlämnande av kvitterad räkning å vården eller annan handling, som styrker utgifterna. 25 § i sjukkasseförordningen giver emellertid sjukkassa rätt att avdraga av densamma utgiven ersättning för sjukhusvård från den sjukpenning, som skall utgivas av kassan. Om sjukkassan, trots stadgarnas bestämmelser om sjukkontroll (sjukbesökare), icke erhåller kännedom om lämnad sjukhusvård, utbetalas till den sjuke hela sjukpenningen. Denne kan på grund härav frestas att dölja erhållen sjukhusvård. Från landstingshåll har ock omvittnats, att en del sjukkassemedlemmar fallit för denna frestelse och låtit fattigvården och i sista hand landstinget svara för vårdkostnaden.

För att om möjligt undvika här berörda olägenhet synes det kommittén önskvärt, att, i den mån så låter sig göra, centralsjukkassa tillhandahåller vederbörande sjukhusmyndighet avskrift av kassans medlemsförteckning samt att sjukkassan, såsom praktiseras av riksförsäkringsanstalten vid olycksfall, direkt till sjukhuset erlägger vårdavgifter för medlemmarna. Med ett dylikt

system synes också lämpligt, att sjukkassorna tillhandahålla och vid behov utfärda ansvarsförbindelser för sina medlemmar. Det torde böra ankomma på vederbörande inom socialstyrelsen att framlägga förslag till de författningsbestämmelser, som kunna erfordras för dessa syftens uppnående.

Ifrågasatta förenklingar i ersättningsförfarandet.

Vad till slut angår frågan om förenklingar i det nuvarande ersättningsförfarandet har förslaget om rätt för vårdsamhälle, som icke är hemortssamhälle, att med sina ersättningsanspråk vända sig direkt till hemortslandstinget varit uppe så väl under fattigvårdslagens utarbetande som under förberedelsearbetet till de år 1927 beslutade ändringarna i denna lag. Att man hittills stannat vid ett bibehållande av nuvarande ordning, ehuru denna innebär en omgång, har berott därpå, att hemortssamhället som regel i högre grad än vistelsesamhället besitter nödig kännedom om den vårdade och hans anhörigas ekonomiska förhållanden, pensionsförmåner m. m. Man torde på den grund i varje fall icke kunna undgå att engagera hemortssamhället i det nödiga utredningsarbetet. Vid sådant förhållande blir den föreslagna genvägen ingen genväg. Förslagets genomförande skulle i själva verket medföra, att det egentliga utredningsarbetet i fråga om vissa vårdade skulle överflyttas från fattigvårdsstyrelserna till landstingen eller deras organ, vilka härigenom skulle påläggas en betydande arbetsbörda. Härtill kommer, att den från vårdsamhället uppgivna hemkommunen måhända icke är den riktiga och att denna efter vederbörlig utredning kan befinnas vara belägen inom ett annat landstingsområde än som ursprungligen uppgivits, vilket allt skulle ytterligare inveckla ersättningsförfarandet. Invändningarna mot det ifrågasatta systemet hava fog för sig oberoende av om vårdsamhället och hemortssamhället äro belägna i samma eller i skilda län men göra sig naturligtvis med ökad styrka gällande i det senare fallet.

Det andra förslaget till förenkling, innebärande att landstinget vid vård å landstingsanstalt i hemlänet icke skall uttaga någon avgift av den vårdade, torde icke hava många anhängare. I enlighet med fattigvårdslagstiftningskommitténs förslag och fattigvårdslagens bestämmelser praktiseras visserligen ett dylikt system i fråga om den vård, som åtnjutes vid landstingsanstalt för kroniskt sjuka, dock utan att något motiv framlagts, varför ersättningsförfarandet vid sådan vård skall vara ett annat än vid vård å landstingslasarett eller landstingsanstalt för sinnessjuka eller sinnesslöa. Att ett liknande system i Kristianstads län, där landstinget gått in för att å egna anstalter taga hand om primärkommunernas vårdbehövande sinnessjuka m. fl., sedan någon tid utan olägenhet praktiserats i fråga om »långliggare» i allmänhet å landstingets anstalter, utgör heller intet bevis för att det lämpar sig för landet i övrigt.

Det ifrågasatta systemet, för vilket kommittén på grund av den förenkling, det i viss mån medför, a priori haft sympatier, är överhuvud taget genomförbart allenast då vården sker å landstingsanstalt i hemlänet och torde redan på den grund icke vara i nämnvärd grad arbetsbesparande, enär primärkommunen vanligen på en gång och i en gemensam ansökning inkommer till landstinget med sina samtliga ersättningsanspråk för det gångna året. Det

måste givetvis innebära en väsentlig fördel, att en och samma landstingsmyndighet prövar samtliga dessa anspråk. Endast på så sätt kan ett enhetligt och tillfredsställande prövningsförfarande komma till stånd. Skulle varje anstalt för sig pröva anspråken på avgiftsfrihet, skulle helt säkert till de nuvarande olikheterna landstingen emellan beträffande prövningsförfarande och noggrannhet i granskningen av inkomna ansökningar komma motsvarande olikheter inom ett och samma län, något som ju icke kan anses önskvärt.

Ihågkommas bör också, att exempelvis en lasarettsdirektion eller ett sysslomanskontor icke utan avsevärd utökning av sina arbetskrafter skulle vara i stånd att pröva den stora mängd av ansökningar om avgiftsfrihet, som vid det ifrågasatta systemet skulle inkomma till ett lasarett. En förutsättning för att systemet skall medföra någon fördel framför det nuvarande är jämväl, att nödiga handlingar till styrkande av patientens fattigdom, hemort m. m. skola kunna införskaffas och jämte ansökan insändas till anstalten samt där vederbörligen prövas, medan den vårdade ännu är kvar å anstalten. Detta är emellertid snart sagt en omöjlighet vid det stora flertalet lasarettsfall, där ju sjukhusvistelsen vanligen är relativt kortvarig. Något annorlunda ställer sig frågan i detta hänseende beträffande den kroniska sjukvården, sinnessjukvården och sinnesslövården, som nästan undantagslöst fortgå under en längre tid. Detta torde utgöra anledningen till att systemet ifråga kunnat utan större olägenhet tillämpas vid vård å landstingsanstalt för kroniskt sjuka och sinnessjuka.

Efter att sålunda hava prövat härovan angivna ävensom vissa andra projekt till förenklande av det nuvarande ersättningsförfarandet får kommittén för sin del uttala sig för ett bibehållande av detsamma, som, ehuru rätt besvärligt och tidsödande, dock skänker viss möjlighet till en effektiv och enhetlig prövning från de ersättningsbeviljande landstingens sida.

Författningsutkast.

Till klarläggande av de i föreliggande kapitel av kommittén föreslagna författningsändringarna ha i textbilaga 12 bifogats utkast till ändrad lydelse av vissa paragrafer i fattigvårdslagen och sjukhusstadgan. Härvid ha även beaktats de följdändringar beträffande 40 § 1 mom. fattigvårdslagen, som föranledas av kommitténs i kap. 20 framlagda förslag om borttagande av vårdavgifterna för fattiga patienter å statens sinnessjuk- och sinnesslöanstalter. Sistnämnda lagrum har jämväl underkastats en formell omredigering i syfte att tydliggöra, att ersättningsskyldigheten endast avser den del av vårdkostnaden, som icke kunnat uttagas av den vårdade eller för honom försörjningspliktig. Slutligen har i fattigvårdslagens 59 § 2:a st. c) medtagits en mindre ändring, som föreslagits i ovanberörda, inom socialdepartementet år 1932 upprättade promemoria angående minskning av statens kostnader för fattigvård och barnavård. Utkasten torde icke erfordra några kommentarer utöver vad ovan anförts och i textbilagan anmärkts.

Kap. 23. Samverkan mellan olika landsting och med andra huvudmän.

Inledning.

Som bekant lägger nuvarande indelning i sjukvårdsområden jämte det allmänt tillämpade systemet med högre legosängsavgifter för utomlänspatienter än för inomlänspatienter avsevärda hinder i vägen för ett rationellt utnyttjande av landets sjukvårdstillgångar, särskilt kännbart beträffande den till lasaretten knutna vården. I de kommittén givna direktiven har ock med skärpa framhållits, att för vinnande av en rationell ordning inom den slutna sjukvården kräves framför allt samarbete mellan de på ifrågavarande område verksamma huvudmännen och att som en konsekvens härav måste tagas under övervägande antingen slopande av de spärrar mellan sjukvårdsområdena, vilka ovan antydda legosängsavgiftssystem innebär, eller ock införande av en regel av den ungefärliga innebörd, att vederbörande huvudman erlägger skillnaden i vårdkostnad för patienter från annat resp. eget område. Kommittén skall i detta kapitel upptaga nu angivna spörsmål till närmare prövning, varvid till orientering i ämnet först skall i korthet redogöras för nuvarande legosängsavgiftssystem inom lasarettsvården och dess motiv, med systemet sammanhängande olägenheter samt de åtgärder, som vidtagits för olägenheternas avhjälpande eller mildrande.

Nuvarande legosängsavgiftssystem inom lasarettsvården och dess motiv.

För den vård, som lämnas vid våra lasarett, sjukstugor och därmed likställda anstalter, hava patienterna eller för dem försörjningspliktiga eller, i fråga om de fattiga och av det allmänna omhändertagna barn, vederbörande primärkommuner att gälda viss legosängs- eller patientavgift per dag, vilken för sistnämnda klientel utgår enligt av Kungl. Maj:t meddelade bestämmelser samt för övriga patienter jämlikt sjukhuslagens 17 § helt bestämmes av huvudmannen. I tab. 78 med därtill fogade anmärkningar och detaljbestämmelser lämnar kommittén en översikt över legosängsavgifterna vid de olika anstalterna år 1933. Tabellen tager icke någon hänsyn till de vid vissa lasarett förekommande tuberkulos- eller sinnessjukavdelningarna, för vilka i viss mån särskilda avgiftsbestämmelser tillämpas.

Av denna översikt framgår bl. a., att legosängsavgifterna i allmänhet äro desamma vid samtliga lasarett och sjukstugor inom ett och samma sjukvårdsområde. Översikten visar också, att — med undantag i viss mån för Serafimerlasarettet — skillnad gjorts mellan patienter från det egna sjukvårdsområdet och patienter från annat sjukvårdsområde, i det att för de senare fixerats långt högre avgifter än för de förra. Vid Serafimerlasarettet och vissa andra sjukvårdsinrättningar debiteras ytterligare en högre avgift för patienter av utländsk nationalitet, som ej äro mantalsskrivna inom landet. Inom var

och en av dessa patientgrupper äro avgifterna olika fixerade, allteftersom vården erhållits å allmän sal, halvenskilt rum eller enskilt rum. Beträffande allmänsalspatienterna, den patientgrupp som i förevarande sammanhang erbjuder största intresset, hava flertalet huvudmän för patienter från eget område graderat legosängsavgiften efter sjukhusvistelsens längd på så sätt, att avgiften sänkes efter en viss vårdtid, vanligen 1 månad. Vissa huvudmän hava ock för ifrågavarande patienter direkt tagit hänsyn till patienternas betalningsförmåga och fastställt olika avgifter för olika inkomstgrupper. I detta sammanhang må nämnas, att nedsättning i avgifterna för inomlänspatienter å allmän sal kan medgivas i Stockholms stad efter prövning av en särskild nämnd samt inom några landstingsområden och Göteborgs stad efter direktionens prövning. Vid lasaretten i Göteborg och Malmö tillämpas dessutom särskilt låg avgift för inomlänspatienter, som äro medlemmar av sjukkassa. Motsvarande graderingar, som här nämnts, tillämpas i regel icke för utomlänspatienter.

Vad angår legosängsavgifternas storlek växlar denna rätt avsevärt från det ena sjukvårdsområdet till det andra såväl för inom- som utomlänspatienter. Avgifterna å allmän sal variera sålunda vid kortare vårdtid mellan 1—3·50 kr. för inomlänspatienter och 3·50—7 kr. för utomlänspatienter; den vanligaste allmänsalsavgiften för den förra patientgruppen är 2 kr. och för den senare 4 kr. Legosängsavgifterna för allmänsalspatienter från eget sjukvårdsområde motsvara i själva verket icke ens hälften eller en tredjedel av huvudmannens självkostnader för vården. Att dessa avgifter satts så låga utgör ett uttryck för den uppfattningen, att landstingsskatten och för städer utanför landsting kommunalskatten samt den sjukvårdsavgift, som gäldas till huvudmannen, äro att betrakta såsom ett slags i hälsans dagar erlagda försäkringspremier, vilka, då behov av sjukhusvård inträder och betalningsförmågan minskas, böra berättiga vederbörande att mot en låg avgift erhålla vård vid någon av sjukvårdsområdets inrättningar. Detta motiv är däremot från huvudmannens sida sett icke för handen i fråga om utomlänspatienter, vilka ju icke till huvudmannen gjort några inbetalningar i form av skatter. För dessa patienter hava därför stipulerats en högre avgift, avsedd i första hand att täcka självkostnaden för vården eller större delen därav.

En högre avgift för utomlänspatienter har emellertid, enligt vad från skilda håll uppgivits, i många fall visat sig nödvändig jämväl för att på ett effektivt sätt tillförsäkra det egna sjukvårdsområdets invånare erforderlig sjukhusvård. Även med nuvarande skillnad mellan legosängsavgifterna för inomläns- och utomlänspatienter kan frekvensen av utomlänspatienter vid våra lasarett och därmed jämställda sjukhus sägas vara betydande. Kommittén hänvisar härutinnan till en av kommittén i ämnet verkställd, vid betänkandet som textbilaga 13 fogad utredning. Denna utvisar bl. a., att totala antalet utomlänspatienter vid lasaretten, sjukstugorna och de därmed jämställda sjukhusen år 1929 uppgick till nära 8 % av samtliga där intagna patienter samt att frekvensen av utomlänspatienter var ojämförligt störst vid undervisningssjukhusen och storstädernas sjukhus samt därnäst vid landstingens lasarett med specialavdelningar. Orsakerna till dessa förhållanden äro givetvis flera. Dels

sker insjuknandet ej sällan under vistelse i ett främmande sjukvårdsområde, dels hava invånarna i vissa landsändar, även då de befinna sig i hemorten, närmare eller i varje fall bekvämare förbindelse med främmande sjukvårdsinrättning än med sjukhus inom det egna områdets gränser, dels slutligen är en främmande sjukvårdsinrättning i fråga om utrustning, specialvård och läkarkrafter stundom vida överlägsen det egna områdets inrättningar. Nämnas må att, såvitt kommitténs utredning givit vid handen, de inom främmande sjukvårdsområde akut insjuknade fallen utgöra en mycket stor del — uppskattningsvis $^1/_3$ — av samtliga utomlänspatienter.

Med nuvarande avgiftssystem sammanhängande olägenheter.

Om sålunda systemet med högre avgift för utomlänspatienter från huvudmannens sida måste anses fullt berättigat, så kan å andra sidan icke förnekas, att systemet i sin »renodlade» form ofta nog av allmänheten kännes såsom en orättvisa och för densamma fördyrar och komplicerar erhållandet av nödig sjukhusvård. Härmed avses då i första hand den allmänhet, som vid insjuknandet vistas utanför det egna sjukvårdsområdet eller har sitt hem i närheten av ett främmande sjukvårdsområdes inrättning och som i behov av omedelbar sjukhusvård föres till främmande sjukhus samt där, ehuru den under längre tid gäldat skatter i hemorten, nödgas betala en hög legosängsavgift. Denna kan stundom vara så betungande, att en sjukling, som väl kunnat erlägga den för inomlänspatienter gällande lägre avgiften, måhända för den högre avgiftens gäldande måste anlita fattigvårdens hjälp, d. v. s. i sista hand hemlandstingets eller hemstadens. Uppenbart är ock, att den högre avgiften i många fall lägger hinder i vägen för erhållande av sådan specialvård, som ej är tillgänglig inom det egna länet.

Systemet ifråga medför ock olägenheter i form av besvärliga och kostsamma sjuktransporter. Dessa hava påtalats av bland andra järnvägsstyrelsen, som i skrivelse till medicinalstyrelsen den 15 mars 1922 fäst dennas uppmärksamhet å frågan och därvid framhållit önskvärdheten av att genom överenskommelse mellan de olika länens myndigheter en sådan anordning träffas, att i de kommunikationsfattiga landsdelarna med långa avstånd till länets lasarett sjuka personer tillerkännas rätt att intagas å närmaste lasarett, även om detta är beläget inom annat län, utan att patienten skulle behöva vidkännas högre sjukhusavgift, än om han vore intagen å länets lasarett. Medicinalstyrelsen, 1920 års lasarettsstadgekommitté och svenska landstingsförbundets styrelse hava var för sig med anledning av nämnda skrivelse vitsordat de av järnvägsstyrelsen framhållna synpunkterna, varvid medicinalstyrelsen särskilt understrukit, att de längre sjuktransporterna ofta måste medföra synnerligen svåra olägenheter för de sjuka.

I detta sammanhang må omnämnas, att Sveriges redareförening jämte åtskilliga andra sammanslutningar inom sjötransportväsendet i skrivelse till Kungl. Maj:t den 31 juni 1929 påpekat sjömännens ogynnsamma ställning i fråga om möjligheten att tillgodogöra sig sjukhusvård inom eget sjukvårdsområde samt hemställt om åtgärder för att sjöman, som intages å sjukvårdsanstalt utom kommun, där han är mantalsskriven, måtte komma i åtnjutande av samma förmåner som ifrågavarande kommuns invånare. Skrivelsen har,

sedan svenska landstingsförbundets styrelse däröver avgivit yttrande, överlämnats till kommittén för att tagas i övervägande vid fullgörandet av dess uppdrag.

Det förhållandet, att legosängsavgiften för utomlänspatienter fixerats synnerligen olika i olika sjukvårdsområden, utgör ock en anledning till friktion sjukvårdsområdena emellan. Det måste uppenbarligen för invånarna i ett sjukvårdsområde kännas såsom en påtaglig orättvisa, när sjuka från området, då de vårdas vid ett annat områdes sjukvårdsinrättningar, måste betala en avsevärt högre avgift, än vad sjuka från sistnämnda område erlägga vid vård å det förstnämndas sjukhus. Detta förhållande i förening med omsorgen om att i största möjliga omfattning förbehålla sjukhusen för det egna områdets invånare har understundom, särskilt i de stora städerna och därtill gränsande områden, lett till synnerligen beklagliga följder, i det att personer, i trängande behov av sjukhusvård, remitterats från det ena sjukhuset till det andra med därav följande risker.

Det må jämväl påpekas, att det olika och ofta stränga sätt, varpå hemortsbegreppet ända intill de senaste åren tillämpats, då det gällt att avgöra, huruvida en patient är att anse såsom tillhörande det egna sjukvårdsområdet eller annat, i hög grad bidragit till att skärpa olägenheterna av systemet ifråga. En hel del sjukvårdsområden hava sålunda tillämpat fattigvårdslagens bestämmelser om hemortsrätt. För de fattigvårdsunderstödda patienterna var ju detta förfarande helt naturligt. För dem, som själva betalade sina legosängsavgifter, måste systemet däremot betecknas såsom alltför strängt, och några bestämmelser eller gängse praxis, ägnade att uppmjuka eller upphäva detsamma, förefunnos icke. Först två år efter mantalsskrivningen kunde dylika personer, som flyttat från ett sjukvårdsområde till ett annat, få åtnjuta den lägre, för inomlänspatienter stadgade legosängsavgiften, och häftade personerna ifråga för fattigvårdsunderstöd i sitt forna hemlän eller hade uppnått 60 års ålder, kunde de aldrig i det nya hemlänet åtnjuta fördelen av lägre legosängsavgift. Härutinnan har dock, på sätt nedan skall närmare utvecklas, en avsevärd förbättring inträtt genom en år 1932 vidtagen ändring av 17 § sjukhuslagen.

Slutligen må erinras, hurusom avgiftssystemets tillämpning å fattigvårdsbehövande patienter tidigare medfört en stark ökning av antalet fattigvårdstvister, speciellt s. k. beloppstvister. Denna olägenhet har emellertid till väsentligaste del undanröjts, sedan år 1926 ett särskilt taxesystem för hithörande fall införts och detta år 1931 kompletterats med en ändring av 43 § sjukhusstadgan i fråga om där föreskriven ansvarsförbindelse. Kommittén saknar därför anledning att närmare ingå på berörda förhållande.

Systemet med högre legosängsavgifter för utomlänspatienter tillämpas jämväl vid sanatorier och tuberkulossjukstugor. Olägenheterna av systemet hava emellertid vid dessa sjukhus varit mindre framträdande, enär det för de tuberkulösa i vanliga fall icke innebär någon större olägenhet att för erhållande av vård hänvända sig till det egna sjukvårdsområdets anstalter. Den olika till-

lämpningen av hemortsbegreppet har dock tidigare medfört väsentliga olägenheter även för vårdbehövande tuberkulösa.

Vidtagna åtgärder till mildrande av avgiftssystemets olägenheter.

För att mildra de med berörda system sammanhängande olägenheterna för icke-fattigvårdsbehövande patienter ävensom underlätta tillgången i allmänhet till erforderlig specialvård hava i första hand en del åtgärder av frivillig natur vidtagits. Hit äro främst att hänföra de vittgående avtal om gemensamma sjukvårdsinrättningar, som träffats dels mellan *Gävleborgs läns landsting och Gävle stad,* dels ock mellan *Malmöhus läns landsting och Hälsingborgs stad,* varigenom de facto sammanslagning av sjukvårdsområden ägt rum. Hit äro ock att räkna de avtal av större eller mindre räckvidd, som ingåtts mellan närliggande sjukvårdsområden eller mellan ett sjukvårdsområde och statlig myndighet, enligt vilka det ena området bekostar och för sina sjuka disponerar platser vid det andra området eller staten tillhörig anstalt eller enligt vilka det ena området förbinder sig att i fråga om patienter från vissa socknar inom det andra området icke uttaga högre legosängsavgift än för patienter från det egna sjukvårdsområdet mot att det andra området gäldar skillnaden i legosängsavgift. Såvitt kommittén kunnat utröna, föreligga dylika avtal mellan följande huvudmän (den förmånsberättigade kursiverad):

Stockholms stad och Serafimerlasarettet — och Allmänna barnbördshuset — angående dispositionsrätt för staden av visst antal platser vid dessa sjukvårdsinrättningar;

Stockholms läns landsting å ena sidan samt dels Serafimerlasarettet — och Allmänna barnbördshuset — dels Akademiska sjukhuset, dels ock Stockholms stad beträffande Eira sjukhus å andra sidan, enligt vilka avtal landstinget disponerar visst antal platser vid nämnda sjukhus;

Uppsala läns landsting och Akademiska sjukhuset beträffande disponerande av platser vid sjukhuset;

Uppsala läns landsting samt Gävle stad och län beträffande vård å Gävle lasarett;

Södermanlands läns landsting och Stockholms läns landsting beträffande vård å Södertälje lasarett;

Östergötlands läns landsting och Jönköpings läns landsting beträffande vård å Eksjö lasarett;

Kronobergs läns landsting och Kalmar läns södra landsting beträffande vård å Kalmar lasarett;

Kalmar läns norra landsting och samma läns södra landsting beträffande vård å Oskarshamns lasarett;

Älvsborgs läns landsting och Värmlands läns landsting beträffande vård å Årjängs lasarett;

Gävleborgs läns landsting och Kopparbergs läns landsting beträffande vård å Svärdsjö sjukstuga och lasarettet i Falun; samt

Jämtlands läns landsting och Kopparbergs läns landsting beträffande vård å Särna sjukstuga.

Åtskilliga av nu uppräknade avtal avse all lasarettsvård, andra åter alle-

nast specialvård. En översikt över det närmare innehållet i flertalet av samtliga ovannämnda avtal lämnas i textbilaga 14.

Till dessa överenskommelser ansluter sig ett under senaste åren mellan staten, å ena sidan, samt Stockholms stad och län, å andra sidan, träffat avtal om disponerande av visst antal platser å det blivande *Karolinska sjukhuset*. Detta avtal går i huvudsak ut på att för staden och länet skola reserveras resp. 315 och 110 vårdplatser med viss fördelning å sjukhusets olika kliniker mot det att staden och länet erlägga ett mot kostnaden för platsernas inrättande svarande belopp, fördelat i viss platskostnadsavgift per vårddag. Legosängsavgifterna å dessa platser bestämmas av staden resp. länet. Kostnaderna för sjukhusets drift fördelas å staten, staden och länet efter antalet vårddagar. Beträffande det närmare innehållet i avtalet hänvisar kommittén till Kungl. Maj:ts proposition 1930 nr 197.

I samband härmed må framhållas, att vissa landsting — utan att direkta avtal föreligga — bevilja anslag för underlättande av vård å »främmande» sjukhus åt i landstingsområdet hemmahörande personer. Så betalar Älvsborgs läns landsting merkostnaden, dock högst 2 kr. per dag, för patienter från vissa delar av landstingsområdet vid vård å särskilt angivna lasarett i grannlänen. Även Kristianstads, Blekinge och Västerbottens läns landsting bevilja medel till beredande av specialvård utom länet. Erinras må tillika, att staten genom sina anslag till de kliniska sjukhusens uppförande och drift indirekt bidragit till främjandet av specialvård för utomlänspatienter ävensom att staten genom att upplåta vissa militära sjukhus för civila patienter berett befolkningen i åtskilliga sjukvårdsområden ökade möjligheter till specialvård.

Av mera allmän räckvidd i förevarande hänseende äro de *landstingsbeslut*, som föranletts av en av svenska landstingsförbundets styrelse år 1927 till samtliga landsting gjord framställning i syfte att mildra de med nuvarande legosängsavgiftssystem sammanhängande olägenheterna. Denna framställning gick i huvudsak ut på, att landstingen måtte besluta

1) att ersätta icke-fattigvårdsbehövande (resp. civil) patient från landstingets område, vilken insjuknat inom främmande landstingsområde och där inlagts å allmän sal vid lasarett eller sjukstuga (resp. militärsjukhus), med det merbelopp, som patienten erlagt i patientavgifter utöver vad han skolat betala, om han varit intagen å landstingets motsvarande anstalt, dock att landstingsbidraget i intet fall skulle överstiga 2: 50 kr. per patient och dag,

2) att fastställa legosängsavgiften för icke-fattigvårdsbehövande patient från annat landstingsområde, vilken insjuknat inom landstingets område och erhållit vård å allmän sal vid landstingets lasarett eller sjukstugor, till högst samma belopp, som av Kungl. Maj:t fastställts för vård av fattiga utomlänspatienter å anstalten ifråga, d. v. s. i regel 3: 50—4: 50 kr. per dag, samt

3) att såsom patient från landstingets område (inomlänspatient) räkna dels patient, som enligt gällande fattigvårdslag där ägde hemortsrätt, dels ej fattigvårdsbehövande patient, som där minst ett år före intagningen å sjuk-

huset förvärvat fast bostad eller fast tjänst, dels även tjänare, som vore anställd i hushåll hos person från landstingsområdet, för det fall att denne vore villig att erlägga legosängsavgiften.

Framställningen hade god framgång. Icke mindre än 18 landsting beslöto sålunda att i huvudsaklig överensstämmelse med förbundsstyrelsens förslag under punkt 1 lämna bidrag till vården av icke fattigvårdsbehövande patienter från landstingsområdet, vilka insjuknat inom främmande landstingsområde. Dessa landsting äro: Uppsala, Södermanlands, Jönköpings, Kalmar läns norra och södra, Blekinge, Kristianstads, Malmöhus, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting. Kalmar läns norra och Värmlands läns landsting hava dock som villkor för beslutet uppställt, att samtliga övriga landsting anslöte sig till systemet ifråga. Sedermera har även Skaraborgs läns landsting anslutit sig till framställningen i denna punkt.

Det av landstingsförbundet under punkt 2 föreslagna systemet antogs av 19 landsting, nämligen Uppsala, Södermanlands, Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns norra och södra, Gotlands, Blekinge, Kristianstads, Hallands, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Kopparbergs, Västernorrlands och Norrbottens läns landsting. Kalmar läns norra och Värmlands läns landsting hava även i detta fall såsom villkor för systemets tillämpande uppställt, att samtliga övriga landsting anslöte sig till detsamma. För Kristianstads, Örebro och Västernorrlands län gäller beslutet endast gentemot patienter från de landstingsområden, som själva tillämpa systemet.

Landstingsförbundets förslag rörande hemortsbegreppet (punkt 3), vilket avsåg såväl att åstadkomma enhetlighet som ock att till förbilligande av legosängsavgifterna för nyinflyttade patienter vidga nämnda begrepp, godtogs i huvudsakliga delar av samma landsting, som anslutit sig till landstingsförbundets förslag under punkt 1, av Kalmar läns norra och Värmlands läns landsting under enahanda villkor som beträffande denna punkt. Malmöhus och Hallands läns landstings beslut innebära en ytterligare vidgning av hemortsbegreppet. Enligt beslutet av Malmöhus läns landsting skall sålunda såsom inomlänspatient betraktas icke blott i hushåll hos person från landstingsområdet anställd tjänare utan över huvud taget varje person, anställd hos arbetsgivare från landstingsområdet, för det fall denne är villig att ansvara för legosängsavgiften. Jämlikt Hallands läns landstings beslut skall varje person, som förvärvat fast bostad eller fast tjänst inom sjukvårdsområdet, betraktas som inomlänspatient, ävensom person anställd hos arbetsgivare från området, därest denne är villig att ansvara för legosängsavgiften.

Stockholms läns landsting däremot fattade år 1928 formligt beslut, att såsom patient från landstingsområdet skulle anses allenast person, som enligt de i fattigvårdslagen givna bestämmelserna ägde hemortsrätt inom länet, därvid emellertid uttryckligen betonades, att beslutet skulle gälla endast till dess vissa mellan landstinget och Stockholms stad i ärendet pågående för-

handlingar avslutats. Även Stockholms och Göteborgs stad tillämpade i stort sett fattigvårdslagens hemortsbegrepp, dock att i Stockholms stads tjänst anställda, inom eller utom staden boende personer och deras familjemedlemmar alltid ansåges tillhöra staden.

De olikheter vid tillämpningen av hemortsbegreppet, som sålunda trots landstingsförbundets beaktansvärda insats på området kvarstodo, framkallade snart försök att på *legislativ* väg få till stånd ett likformigt hemortsbegrepp. Redan vid 1930 års riksdag väcktes motion i sådant syfte, men då spörsmålet förväntades bli föremål för ingående utredning av statens sjukvårdskommitté, föranledde motionen ingen riksdagens åtgärd. Vid 1931 års riksdag förelåg ånyo motion i ämnet (I: 18), i vilken bland annat föreslogs, att 17 § sjukhuslagen måtte erhålla följande, av svenska landstingsförbundets styrelse i yttrande över 1930 års motion föreslagna lydelse: »För den, som är intagen å sjukhus, erlägges legosängsavgift efter de grunder och till det belopp, som fastställes av den, som driver sjukhuset; dock att, där legosängsavgiften för patienter från eget sjukvårdsområde bestämts skola utgå med lägre belopp än för patienter från andra sjukvårdsområden och avgiften betalas av annan än vederbörande kommun, såsom patient från eget sjukvårdsområde skall räknas envar, som vid intagningen å sjukhuset är mantalsskriven inom sjukvårdsområdet eller som där har fast bostad eller anställning.» För fattigvårdsbehövande patienter skulle alltjämt fattigvårdslagens hemortsbegrepp tillämpas. Riksdagen beslöt på närmare angivna skäl hos Kungl. Maj:t hemställa om särskild utredning rörande den i motionen väckta frågan.

Till följd av remiss avgav kommittén den 30 april 1931 utlåtande i ärendet. Kommittén erinrade, att densamma redan år 1929 upptagit frågan till preliminär behandling och därvid kommit till enahanda uppfattning som motionären såväl angående behovet av lagbestämmelser i förevarande avseende som angående dessas närmare innebörd. Vid ny prövning av frågan hade kommittén icke funnit anledning att frångå sin preliminära ståndpunkt. På grund härav och då frågan syntes kunna lösas utan att resultatet av kommitténs arbete i övrigt behövde avvaktas, tillstyrkte kommittén den i motionen föreslagna ändringen av 17 § sjukhuslagen.

Frågan förelades 1932 års riksdag genom Kungl. Maj:ts proposition nr 170. Däri föreslogs ett från ovannämnda förslag avvikande hemortsbegrepp så till vida som i propositionsförslaget stadgades, att därest legosängsavgiften sattes till lägre belopp för sjuka från det landstingsområde eller från den kommun, som dreve sjukhuset, än för andra sjuka, till sistnämnda grupp ej finge hänföras den, som vid intagningen vore *bosatt* inom landstingsområdet eller kommunen. I uttalande till statsrådsprotokollet vitsordade föredragande departementschefen, att fattigvårdslagens hemortsregler icke borde gälla i fråga om patienter, som själva betalade sina avgifter, samt förklarade sig likaså vara ense med landstingsförbundets styrelse och statens sjukvårdskommitté om att det beträffande dessa patienter borda vara tillfyllest för åtnjutande av lägre avgift, att de faktiskt bosatte sig å den nya orten. Hade emellertid en person flyttat, borde han icke kunna göra anspråk på att jämväl å utflytt-

ningsorten komma i åtnjutande av sjukhusvård efter samma taxa som inomlänspatienter, vilket bleve följden, om mantalsskrivningsorten städse skulle vara avgörande. Med hänsyn härtill hade bestämmelsen givits sådan innebörd, att den som är bosatt inom ett sjukvårdsområde berättigades erhålla vård efter taxan för inomlänspatienter. Vad anginge förslaget att likställa anställning i förevarande hänseende med mantalsskrivning eller innehav av fast bostad framhöll departementschefen, att realiserandet av ett sådant förslag skulle särskilt för vissa orter få vidsträckta konsekvenser. Frågan om en dylik förändring syntes honom därför böra lösas i ett större sammanhang, och finge statens sjukvårdskommitté förväntas ägna detta spörsmål fortsatt uppmärksamhet.

Riksdagen biföll propositionen.

Kommitténs yttrande och förslag.

Allmänna synpunkter.

Det torde vara uppenbart, att en sådan administrativ organisation, vilken medgåve varje sjukhusvårdbehövande rätt att, oavsett var han hörde hemma, utan extra avgift vårdas på det sjukhus, för vilket han hade det största förtroendet, vore ur den sjukes synpunkt mest tilltalande. Den ekonomiskt oberoende träffar sitt val av sjukvårdsanstalt på sådant sätt, för så vitt omständigheterna i övrigt medgiva handlingsfrihet. En dylik organisation skulle emellertid innebära ett upphävande av alla sjukvårdsområdens gränser. Även om ett system kunde uppbyggas utan hänsynstagande till ett redan bestående sådant, vore den här ifrågasatta organisationen ogenomförbar redan av det skäl, att det praktiskt taget vore omöjligt att avväga det erforderliga antalet sjukhusplatser inom olika områden. En indelning i sjukvårdsområden synes därför ofrånkomlig för varje organisation av offentlig sjukvård. Något förslag till en så radikal omläggning av landets sjukvårdsadministration, som nyss antytts, har icke heller framkommit. De krav på en mera ingripande förändring av den administrativa indelningen, som i framlidne professor John Berg haft sin mest auktoritativa förespråkare, hava jämväl gått ut på en indelning av riket i sjukvårdsdistrikt, om ock efter helt andra indelningsgrunder än dem, som gälla för den nuvarande indelningen. Hänsyn skulle sålunda tagas såväl till landsdelarnas geografiska natur och kommunikationsleder, befolkningens täthet och ekonomiska bärkraft som även till läkarnas fördelning och kvalifikationer, de i sjukvårdssystemet ingående anstalternas olikstora verksamhetsradier m. m. En indelning efter sådana grunder skulle innebära ett sönderbrytande av nuvarande indelning i ej ringa omfattning och redan på den grund möta stort motstånd. Men dessutom skulle stora vanskligheter erbjuda sig vid avvägande av en lämplig sådan indelning. Även här skulle otvivelaktigt uppstå gränsproblem av i stort sett samma slag som vid nuvarande indelning. Bland annat av dessa skäl har kommittén icke ingått på något försök till uppdelning i sjukvårdsdistrikt efter de av professor Berg skisserade riktlinjerna.

Det anförda får uppenbarligen icke tagas till intäkt för att nuvarande indelning enligt kommitténs uppfattning skulle i allo fylla de anspråk, som en ändamålsenligt ordnad sjukhusvård ställer på densamma. Härutinnan må blott erinras om, förutom ovan påpekade olägenheter, de svårigheter, som en-

ligt vad i kap. 3 e) utvecklats indelningen reser mot ett rationellt ordnande av viss till lasaretten knuten specialvård. Kommittén anser dock dessa förhållanden icke vara av den art, att ett så djupt ingrepp i sjukvårdsorganisationen som en ny indelning i sjukvårdsdistrikt påfordras. Då i direktiven för kommittén anbefalles till övervägande att slopa de spärrar mellan olika sjukvårdsområden, som nu existera i form av olika vårdavgifter för patienter, boende inom resp. utom visst sjukvårdsområde, har därmed icke heller avsetts någon nyindelning av sjukvårdsväsendets administrativa områden utan endast en samverkan mellan nu förefintliga sjukvårdsenheter.

Med denna utgångspunkt blir man, som tidigare antytts, för vinnande av en rationell sjukvårdsorganisation närmast hänvisad till att söka uppnå en vidgad samverkan mellan landstingen och städer utanför landsting, såväl sinsemellan som i förhållande till de statliga myndigheter, vilka ansvara för av staten ombesörjda delar av sjukvården. Denna samverkan torde främst böra taga sikte på att i möjligaste mån förbilliga utomlänsvården för patienter, som insjuknat utom eget sjukvårdsområde eller eljest ha bekvämare väg till främmande sjukhus, men även på att underlätta tillgången i allmänhet till specialvård för i sådant hänseende mindre gynnsamt ställda sjukvårdsområden.

Upphävande av olikheten i avgifter för inom- och utomlänspatienter?

Det radikalaste medlet i sådant syfte skulle givetvis vara ett upphävande av olikheterna i legosängsavgifter för inomläns- och utomlänspatienter samt införandet av ett system med i möjligaste mån samma legosängsavgifter för samtliga patienter utan annan skillnad än den, som betingas av att vården erhållits å allmän sal, halvenskilt rum eller enskilt rum. Kommittén finner emellertid i likhet med landstingsförbundets styrelse och de landsting, som uttalat sig vid det av nämnda styrelse företagna utredningsarbetet i denna sak, en dylik väg oframkomlig. Den skulle innebära ett alltför kraftigt ingrepp i den kommunala självbestämmanderätten och den nuvarande i stort sett rådande principen, att landstingen och de med dem jämställda städerna själva inom sina respektive områden handhava sjukhusvården. De olika lokala förhållandena tala emot en alltför långt gående uniformering av legosängsavgifterna. En sådan åtgärd skulle, jämväl med hänsyn till vikten av att icke ytterligare öka sjukvårdsområdenas utgifter för anstaltsvården, av allt att döma medföra en höjning av de nuvarande avgifterna för inomlänspatienter, något som från de vårdades sida sett knappast kan anses tillrådligt. Principen, att landstingsskatten så att säga utgör en i hälsans dagar erlagd försäkringspremie, som vid inträffad sjukdom berättigar vederbörande att mot en synnerligen låg avgift erhålla vård vid någon av områdets anstalter, torde i stort sett få anses riktig och ur vårdsynpunkt förmånlig. Hänsyn måste ock tagas till den från landstingshåll framförda synpunkten, att den högre avgiften för utomlänspatienter i många fall utgör en nödvändig förutsättning för att huvudmannen på ett effektivt sätt skall kunna fylla sin uppgift att tillförsäkra det egna områdets invånare nödig sjukhusvård. Ett borttagande av den förefintliga skillnaden i avgifter mellan de båda patientgrupperna skulle utan tvivel i hög grad öka patienttillströmningen till de bäst och dyrbarast utrustade sjukhusen, vars huvudmän just genom att hålla vården på en hög ståndpunkt sålunda

skulle drabbas av ökade utgifter. Ett dylikt förhållande måste icke minst på grund av omtanken om att hålla sjukhusvården på en hög nivå undvikas. Rent teoretiskt sett skulle ett upphävande av skillnaden mellan inomläns- och utomlänspatienter i förevarande hänseende kunna möjliggöra för ett sjukvårdsområde att i större eller mindre grad undandraga sig sina vårdförpliktelser gentemot områdets invånare och överflytta förpliktelserna ifråga på övriga sjukvårdsområden, framför allt de närliggande.

Under sådana förhållanden kan kommittén ej finna annat än att det hädanefter som hittills måste ankomma på varje sjukvårdsområde att sörja för och i större eller mindre omfattning bekosta vården för de sjuka från området och att sålunda nuvarande skillnad i legosängsavgifter för inomläns- och utomlänspatienter måste åtminstone i viss utsträckning bibehållas. För ett förbättrande och förbilligande av vårdmöjligheterna för här ifrågavarande patienter måste därför andra utvägar sökas. Självfallet böra härvid i första hand prövas de vägar, som redan frivilligt beträtts av ett flertal landsting.

Fullständig samverkan mellan sjukvårdsområden.

I detta hänseende har kommittén till en början övervägt möjligheterna för ett fullständigt, resp. område i dess helhet avseende samarbete mellan vissa sjukvårdsområden i likhet med vad som för närvarande gäller mellan exempelvis Gävle stad och Gävleborgs läns landsting. Nära till hands ligger då tanken på ett dylikt samgående mellan Norrköpings stad och Östergötlands läns landsting. Norrköping har som rikets fjärde stad i viss mån karaktär av storstad och utgör i olika avseenden ett centrum för norra och nordöstra Östergötland, liksom Linköping bildar ett centrum för de mellersta, södra och västra delarna av länet. För ett rationellt tillgodoseende av lasarettsvården i länet, särskilt den därtill knutna specialvården, synes det därför naturligt att göra lasaretten i nämnda städer till centrallasarett för länet i dess helhet. Lasarettet i Linköping kan, om man räknar garnisonssjukhuset därstädes såsom öronavdelning, sägas hava nått den uppdelning, att detsamma väl lämpar sig som centrallasarett. Härtill kommer, att såväl lasarettet i Linköping som lasaretten i norra och östra Östergötland — Finspångs och Söderköpings — äro hårt belagda. Någon fara för överorganisation torde därför ett väl avvägt samarbete icke komma att innebära. För Norrköping skulle ett samgående med landstinget medföra den fördelen, att specialvården vid stadens lasarett kunde ordnas på ett från sjukvårdssynpunkt fördelaktigare sätt än om hänsyn enbart skulle tagas till stadens eget behov. Kommittén anser sig emellertid icke böra framlägga något förslag till överenskommelse i ämnet, enär vederbörande huvudmän själva torde äga största förutsättningarna att rätt bedöma möjligheterna och villkoren för ett dylikt samarbete. Kommittén vill dock livligt tillråda huvudmännen att snarast upptaga spörsmålet till ingående prövning. Ett positivt resultat härav skulle från sjukvårdssynpunkt medföra väsentliga fördelar för båda parterna.

Ur allmän sjukvårdssynpunkt skulle även för Gotlands läns och Kalmar läns norra landstingsområden ett intimt samarbete med annat sjukvårdsområde vara synnerligen önskvärt. Enligt kommitténs förmenande äga nämligen dessa områden icke ett tillräckligt befolkningsunderlag för att på egen hand

kunna tillfredsställande ordna lasarettsvården. Emellertid torde Gotlands avskilda läge innebära ett avgörande hinder för ett sådant samarbete. Vad angår Kalmar läns norra landstingsområde talar en redan befintlig gemenskap beträffande vissa vårdanstalter för ett samgående med Kalmar läns södra landstingsområde. Ur kommunikationssynpunkt åter synes en samverkan med Östergötlands läns landstingsområde vara att föredraga. Sannolikt skulle en närmare undersökning visa, att en klyvning av området ifråga i två delar, av vilka den södra sammanfördes med Kalmar läns södra landstingsområde och den norra med Östergötlands, vore från allmän sjukvårdssynpunkt ändamålsenligast. En sådan förändring skulle emellertid medföra åtskilliga andra svårlösta spörsmål av ekonomisk och administrativ art än dem, som beröra sjukvården, och kan därför förväntas väcka starka betänkligheter även hos personer, som inse de fördelar, ett realiserande av förslaget skulle medföra för sjukvården. Spörsmålet synes emellertid kommittén förtjänt att av vederbörande landsting ägnas största uppmärksamhet, varvid olika utvägar för spörsmålets lösning böra prövas.

Utvidgning av gällande hemortsbegrepp?

I fråga om all samverkan av mindre räckvidd än härovan angivits, avseende viss specialvård eller viss del av sjukvårdsområde eller detsamma tillhörande patienter, vill kommittén förutskicka, att kommittén icke har för avsikt att föreslå någon utvidgning av det hemortsbegrepp, som genom 1932 års ändring av 17 § sjukhuslagen fastställts. Kommittén har visserligen tidigare, i likhet med landstingsförbundets styrelse, uttalat sig för en ytterligare utvidgning av hemortsbegreppet, så att även den, som hade fast anställning inom visst sjukvårdsområde, städse skulle anses som inomlänspatient. Vissa skäl tala väl alltjämt för en dylik utvidgning. Genom den samverkan, kommittén nedan föreslår beträffande personer, som insjuknat inom främmande sjukvårdsområde, skulle emellertid i det närmaste uppnås samma fördelar, som kommittén avsett att vinna med nämnda utvidgning av hemortsbegreppet. Tillämpningen av ett sålunda utvidgat hemortsbegrepp skulle ock kunna tänkas medföra vissa svårigheter i praktiken. På grund härav och då hemortsbegreppet genom 1932 års lagstiftning från kommitténs synpunkt vunnit en tillfredsställande lösning i övrigt, har kommittén avstått från att föreslå någon ändring i berörda hänseende.

Inom främmande sjukvårdsområde insjuknade personer.

Till förbilligande av sjukhusvården för icke-fattigvårdsbehövande personer, som under vistelse i främmande sjukvårdsområde där insjukna, har kommittén övervägt lämpligheten av att på legal väg till samtliga sjukvårdsområden utvidga ovanberörda, av åtskilliga landsting redan godtagna system, enligt vilket för hithörande patienter, vårdade å allmän sal å främmande anstalt, ej debiteras högre legosängsavgift än den för fattiga utomlänspatienter av Kungl. Maj:t fastställda och det egna sjukvårdsområdet ersätter patienten skillnaden mellan denna avgift och den avgift, patienten skolat betala, om han intagits å det egna området tillhörig anstalt, dock med högst 2·50 kr. per dag.

Något principiellt motstånd från landstingens sida mot en dylik utvidgning av nämnda system skulle väl knappast möta. Kommittén vill härvid under-

stryka vad tidigare framhållits, nämligen att de höga avgifterna för utom eget sjukvårdsområde insjuknade och vårdade allmänsalspatienter ofta nog medföra, att fattigvården och i sista hand sjukvårdsområdet helt måste bestrida vårdkostnaden, som, om avgiften satts lägre eller det egna sjukvårdsområdet bidragit till densamma, den sjuke själv eller hans anhöriga kunnat helt eller delvis gälda. Förutom billighetshänsyn torde sålunda för det egna sjukvårdsområdet ett rent ekonomiskt intresse förefinnas att bidraga till avgifterna för omförmälda patienter. Betonas bör också, att det för det egna sjukvårdsområdet innebär en ren ekonomisk vinst, om en av dess invånare vårdas å anstalt inom främmande sjukvårdsområde, enär patientavgiften för å allmän sal vårdad inomlänspatient utgör allenast en del av den verkliga vårdkostnaden. Det torde ur denna synpunkt få anses fullt riktigt och ändamålsenligt, att det egna sjukvårdsområdet i berörda fall bidrager till avgiften för utanför området vårdad patient.

Från storstädernas sida torde däremot icke utan fog kunna framställas erinringar mot systemets universering. Dessa städer torde nämligen i förhållande till landstingsområdena ha en oproportionerligt stor beläggning av hithörande patienter och skulle på den grund komma att drabbas av avsevärt högre kostnader för vården av dessa patienter än landstingen. Enligt vad kommittén inhämtat har systemet i praktiken icke heller visat sig vara fullt tillfredsställande, framför allt beroende därpå, att patienterna fått förskottera beloppet, vilket säkerligen i åtskilliga fall lagt hinder i vägen för erhållande av nödig sjukhusvård.

Med hänsyn till vad sålunda anförts har kommittén övergivit tanken på en legal utvidgning av nämnda system. Enligt kommitténs uppfattning torde de fördelar, man genom systemet velat uppnå, kunna med mindre olägenheter vinnas genom införande i 17 § sjukhuslagen av en bestämmelse av innebörd, att person, som under vistelse i främmande sjukvårdsområde där insjuknar och för vård intages å allmän sal vid sjukhus inom området, skall i fråga om legosängsavgift likställas med inomlänspatient samt att skillnaden mellan avgiften för utomläns- och inomlänspatient i sådant fall skall av det egna områdets myndigheter erläggas till det främmande områdets. Genom en sådan anordning beredas hithörande patienter största möjliga trygghet för att vid behov erhålla sjukhusvård mot en ur deras synpunkt skälig kostnad. Frekvensen av hithörande patienter behöver ej heller vålla det främmande sjukvårdsområdet ökade kostnader för vården. Å andra sidan är det tydligt, att den möjlighet till billig sjukhusvård, som den föreslagna bestämmelsen innebär för ifrågavarande patienter, kan komma att av dem missbrukas och därigenom åsamka det egna sjukvårdsområdet större kostnader än nöden kräver. Där det ej är uppenbart, att patienten insjuknat inom främmande sjukvårdsområde, såsom t. ex. vid olycksfall, bör därför vederbörande sjukvårdsområde kunna, på anfordran, medelst intyg av läkare eller annorledes styrka, att patienten insjuknat inom området. Till undvikande av onödiga tvister sjukvårdsområdena emellan torde ovannämnda bestämmelse böra kompletteras med en före-

skrift härom. Hithörande ekonomiska mellanhavanden torde lämpligen böra ordnas sjukvårdsområdena emellan med uppgörelse årsvis.

Såsom av ovanstående framgår har den föreslagna lättnaden i avgiftshänseende inskränkts till patienter å allmän sal. Enligt kommitténs mening finnes knappast tillräckligt fog för att utvidga anordningen till att omfatta jämväl patienter å enskilt eller halvenskilt rum. Den numera utan undantag tillämpade principen, att det allmänna icke bör bekosta vården för rumspatienter, torde böra upprätthållas. Den förefintliga tendensen att i allt större omfattning inrätta isoleringsrum, där mindre betalningskraftiga patienter, som äro i behov av ostördhet, kunna erhålla vård för samma avgift som å allmän sal, möjliggör denna princips upprätthållande utan åsidosättande av vården eller patienternas betalningsförmåga.

Vad sålunda anförts avser som nämnts endast icke-fattigvårdsbehövande patienter. För »fattigvårdspatienter» torde gällande särskilda avgiftsbestämmelser alltjämt böra tillämpas.

Särskilda åtgärder beträffande sjömän?

I detta sammanhang torde lämpligen böra till prövning upptagas frågan, huruvida till förbilligande av sjukhusvården för sjömän särskilda åtgärder böra vidtagas i enlighet med ovan omförmälda framställning från Sveriges redareförening m. fl. sjöfartskorporationer.

Enligt 27 § i 1922 års sjömanslag skall, om sjöman är sjuk eller skadad, befälhavaren sörja för att den sjuke eller skadade erhåller nödig vård ombord eller i land. Vården omfattar jämväl underhåll, läkarbehandling och läkemedel. Enligt 28 § i samma lag skall kostnaden för sjömans sjukvård bestridas av redaren, så länge sjömannen är kvar i tjänsten. Varder sjöman, som är sjuk eller skadad, vid tjänstetidens utgång skild från tjänsten eller dessförinnan avskedad, utan att skäl, som i 33 § sägs (d. v. s. oduglighet i tjänsten, våld å överordnad, upprepad vägran att lyda förmans befallningar m. m.), därtill föranlett, äger han jämväl efter anställningens upphörande åtnjuta vård på redarens bekostnad, dock icke utöver sex veckor eller, om han är svensk och vårdas utom riket, tolv veckor efter avmönstringen; har avmönstring ej ägt rum, räknas tiden från det fartyget gått vidare.

Dessa sjömanslagens bestämmelser kompletteras av vissa föreskrifter i de mellan redareföreningen och de olika befattningshavareorganisationerna ingångna kollektivavtalen. Hithörande föreskrifter äro i stort sett desamma för samtliga grupper befattningshavare. I § 7 av gällande avtal mellan Sveriges redareförening samt svenska eldarunionen och svenska sjömansunionen angående löne- och arbetsförhållandena för svensk maskin- och däckspersonal stadgas sålunda, att sjöman, som på grund av sjukdom eller skada blir oförmögen att fullgöra sin tjänst och för sjukdomen eller skadan åtnjuter sjukhusvård på redarens bekostnad, skall, såvitt sjömannen under denna tid uppsagts eller tjänstearbetet utan uppsägning utlöper, äga åtnjuta hyra under den tid, sjukhusvården varar, dock ej för längre tid än en månad. För att vid oförmåga till tjänstgöring på grund av annan sjukdom än sådan, som uppenbarligen ådragits efter påmönstringen, komma i åtnjutande av förmån utöver vad i sjömanslagen stadgas erfordras dock, att sjömannen tjänstgjort minst en månad hos vederböran-

de rederi. Sjöman, som eljest åtnjuter sjukvård på redarens bekostnad, skall i ersättning för underhåll erhålla 4 kronor per dag.

Av nämnda bestämmelser framgår, att det för närvarande är rätt väl sörjt för att sjöman vid sjukdom skall erhålla nödig vård och ekonomiskt bistånd från arbetsgivaren. Det kan emellertid icke förnekas, att sjömannen på grund av sitt yrkes natur oftare än andra personer nödgas söka vård å främmande anstalt (i hamnstäderna) och därmed vidkännas en högre legosängsavgift. Så länge redaren betalar avgiften, torde detta förhållande ur vårdsynpunkt icke hava någon betydelse, och det kan heller icke gärna begäras, att sjukvårdsområdena skola bereda redaren-arbetsgivaren särskilda ekonomiska förmåner i förevarande avseende. Annorlunda ter sig saken, när sjömannen själv har att erlägga avgiften. Sjömannen torde i allmänhet redan under vanliga förhållanden få anses såsom mindre ekonomiskt bärkraftig, och bärkraften blir självfallet än mindre i ohälsans dagar. Den höga legosängsavgiften torde därför i mycket stor omfattning medföra, att fattigvården måste träda emellan, varigenom i sista hand vederbörande sjukvårdsområde helt får svara för vårdkostnaden. Att härutinnan åstadkomma rättelse bör emellertid icke såsom i ovannämnda framställning föreslagits ske genom att för sjömän stadga ett särskilt och vidare hemortsbegrepp. En dylik särlagstiftning skulle innebära en uppenbar orättvisa mot de sjukvårdsområden, som hade anstalter i hamnstäderna. Lämpligare synes kommittén vara att helt jämställa ifrågavarande sjömän med icke-fattigvårdsbehövande patienter, som insjuknat inom främmande sjukvårdsområde. Kommittén vill därför förorda, att bestämmelser i sådant syfte utfärdas.

Personer med bekvämare väg till främmande sjukvårdsanstalt.

Vad härefter angår patienter, som insjuknat inom eget sjukvårdsområde men hava närmare väg eller bekvämare förbindelse med främmande sjukvårdsanstalt än till det egna områdets anstalter, anser kommittén, att de nuvarande mellan vissa närliggande sjukvårdsområden slutna avtalen, vilka tillförsäkra dylika personer vård vid främmande anstalt till samma avgifter som för inomlänspatienter, väl fylla sitt ändamål. Ytterligare sådana avtal äro emellertid av behovet påkallade. För att bilda sig en närmare uppfattning om vilka trakter, som härvid böra ifrågakomma, har kommittén genom en enquête anmodat läkarna vid lasaretten och sjukstugorna uppgiva, i vad mån enligt erfarenheten vård å dessa anstalter sökes av invånare i kommuner utanför resp. sjukvårdsområden på den grund, att de hava bättre och bekvämare kommunikationer med anstalt inom annat sjukvårdsområde än det egna. Kommitténs fråga avsåg sålunda icke endast specialvård utan lasarettsvård i allmänhet. Enquêtesvaren hava sammanställts i textbilaga 15. Enligt denna skulle sådana förhållanden föreligga beträffande samtliga städer utanför landsting med undantag av Stockholm samt beträffande 22 landstingsområden. Att Stockholms stad utgör undantag beror på det avtal, Stockholms läns landsting träffat med Serafimerlasarettet om rätt att disponera visst antal vårdplatser därstädes ävensom på gällande bestämmelser rörande intagning å Allmänna barnbördshuset. Ifrågavarande uppgifter äro emellertid knappast av den art, att de kunna tjäna till underlag för ett närmare utfor-

mat förslag i ämnet från kommitténs sida. Sammanställningen torde dock giva en tämligen god vägledning för samverkan i förevarande hänseende.

I fråga om innehållet i gällande avtal av här avsedd art hänvisar kommittén till textbilaga 14. Det torde ej vara av någon praktisk betydelse, att kommittén närmare uttalar sig om de olika avtalens inbördes lämplighet. Redan den omständigheten, att de lokala förhållandena erbjuda stora olikheter, skulle göra ett sådant uttalande synnerligen vanskligt. Kommittén inskränker sig därför till att framhålla, att det mellan Kalmar läns norra och södra landstingsområden träffade avtalet enligt kommitténs uppfattning erbjuder en lämplig form för samarbete i förevarande syfte. Kommittén vill i detta sammanhang framhålla vikten av att, då ett nytt sjukhus eller utvidgning av äldre sjukhus planeras, hänsyn tages jämväl till närgränsande landstingsområdes platsbehov, i den mån detta lämpligen bör fyllas genom visst antal platser vid sjukhuset ifråga.

Underlättande av å eget områdes sjukhus ej tillgänglig lasarettsvård.

Vad slutligen angår samverkan mellan olika huvudmän för underlättande av sådan lasarettsvård, som ännu ej är eller icke lämpligen kan göras tillgänglig å eget områdes sjukhus, må till en början erinras om ovanberörda avtal angående disposition av visst antal platser å det blivande Karolinska sjukhuset i Stockholm samt Akademiska sjukhuset i Uppsala. Härjämte vill kommittén nämna, att under år 1931 förhandlingar förts mellan direktionen för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund, å ena sidan, samt representanter för Kristianstads och Kronobergs läns landsting, å andra sidan, angående samverkan för ordnande av den slutna ögonsjukvården i länen, varvid följande preliminära riktlinjer för samarbetet uppdragits. Den nuvarande ögonkliniken i Lund skulle för ändamålet utbyggas men alltjämt förbli i Malmöhus läns landstings ägo. Staten förutsattes bidraga med halva byggnadskostnaden liksom förut skett i fråga om sjukhusets övriga kliniker. Återstående hälften av byggnadskostnaden skulle på vanligt sätt genom lån bestridas av sjukhusägaren. Den andel i förevarande kostnad, som för samorganisationstiden — beräknad till 20 år — borde falla på Kristianstads och Kronobergs läns landsting, skulle gäldas genom viss årlig fastighets- eller platsavgift, beräknad efter det antal vårdplatser, som vartdera landstinget skulle förfoga över i den utbyggda kliniken. I fråga om driften skulle den nuvarande ordningen för Lunds lasarett tillämpas. Detta innebär, att en taxa gäller för patienter från Malmöhus län och en taxa för patienter från övriga län och att staten bestrider återstående del av dagkostnaden för utomlänspatienterna, varvid lasarettet räknas som en enhet och statsbidraget utgår för det antal utomlänspatienter, som överstiger 3 % av beläggningen vid lasarettet. Som motiv härför anföres, att samgåendet betingas ej blott av det rena sjukvårdsbehovet utan även av statens behov av ett tillräckligt fylligt material för undervisningen i ögonsjukdomar och att detta material endast kan garanteras, därest ett distrikt av den omfattning, som det nu tilltänkta utgör, erhålles. Under förhandlingarna i ärendet har ock med bestämdhet framhållits, att ifrågavarande samorganisation endast kan av resp. landsting godtagas, därest bidrag av staten garanteras genom kontrakt, som ej ensidigt kan brytas.

Kommittén är icke beredd att uttala sig om vilken av sålunda angivna former för samarbete bör givas företräde framför övriga. I här berörda fall kunna givetvis undervisningssynpunkter och förutsättningar i övrigt motivera särregler i skilda hänseenden. För samverkan rörande specialvård å vanligt länslasarett torde däremot i huvudsak kunna tillämpas enahanda grunder som för samverkan i fråga om lasarettsvård i allmänhet. Ovannämnda avtal mellan Kalmar läns norra och södra landstingsområden torde härutinnan kunna tjäna till nöjaktig vägledning. Beträffande samarbete i förevarande syfte mellan militär och civil sjukvård tillåter sig kommittén hänvisa till kap. 5.

Till förebyggande av varje missförstånd vill kommittén framhålla, att här givetvis icke åsyftas sådan specialvård, som är eller bör vara förlagd till ett fåtal, för riket i dess helhet avsedda centralanstalter, även om dessa skulle formellt drivas av landsting eller storstäder. Med ett genomförande av kommitténs i föregående kapitel framlagda förslag till denna vårds finansiering skulle en samverkan av i detta kapitel åsyftat slag icke vara påkallad beträffande nämnda vård.

Samverkan beträffande sluten sjukvård i övrigt.

Vad ovan anförts gäller närmast den till *lasaretten* knutna vården. Beträffande övrig länsvis organiserad sluten sjukvård, främst lungtuberkulos- och epidemivården, är läget något annorlunda. Å ena sidan är behovet av samarbete på dessa områden icke alltid så trängande som beträffande lasarettsvården, å andra sidan har staten genom sina bidrag till anstalternas anläggnings- och driftkostnader möjlighet att, allt efter som skäl därtill föreligga, föreskriva samarbete huvudmännen emellan såsom villkor för statsbidrag.

På *lungtuberkulosvårdens* område har kommittén i kap. 6, för undvikande av ytterligare utbyggnad av A-platser, förordat samarbete olika huvudmän emellan för utnyttjande av ej belagda platser å såväl länssanatorier som de s. k. folksanatorierna. Kommittén har ock föreslagit vissa åtgärder för att underlätta överenskommelser i sådant syfte. Erfarenheten utvisar emellertid, att betydande svårigheter möta för att på frivillighetens väg i erforderlig utsträckning åstadkomma ett ur det allmännas synpunkt önskvärt samarbete inom sjukvården. Fog synes kommittén därför föreligga att som generellt villkor för statsbidrag till lungtuberkulosvården föreskriva skyldighet för huvudmännen att i förekommande fall förbinda sig till den samverkan med annan huvudman, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt föreskriva för ett rationellt utnyttjande av platstillgången i landet. Kan enighet mellan vederbörande huvudmän i ena eller andra avseendet icke uppnås, torde det böra tillkomma Kungl. Maj:t att träffa avgörande. Uppenbarligen föreligger möjlighet att i samband med ifrågavarande avtal i första hand tillgodose behovet av vård utom länet för sådana personer, som insjuknat inom främmande område eller ha närmare eller bekvämare väg till den främmande anstalten.

På *epidemisjukvårdens* område synes kommittén ett samarbete mellan olika huvudmän erforderligt i väsentligt mindre utsträckning än i fråga om lungtuberkulosvården. Genom stadgandet i 23 § epidemilagen att person, som inom epidemidistrikt insjuknat i sådan sjukdom, som i 2 § 1 mom. sägs, på

distriktets bekostnad åtnjuter vård och underhåll i allmänt rum å epidemisjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal, förefinnes icke något behov av samarbete beträffande inom främmande epidemidistrikt insjuknade personer. Detsamma gäller person, som för observation intagits å epidemisjukhus eller tillfällig sjukvårdslokal. Kommittén vill i detta hänseende blott tillägga, att därest genom ändring av 23 § epidemilagen jämväl person, vilken *konstaterats* lida av sjukdom, som i 2 § 1 mom. sägs, oavsett om han insjuknat inom det epidemidistrikt, där konstaterandet sker, förklaras skola åtnjuta kostnadsfri vård i allmänt rum vid epidemisjukhus i detta epidemidistrikt, därmed ytterligare ett steg skulle bliva taget för att göra epidemivården oberoende av landstingsgränser.

Kommittén har icke närmare undersökt, i vad mån behov av samarbete mellan angränsande epidemidistrikt kan föreligga av den anledningen, att den sjuke har närmare väg till främmande epidemisjukhus än till sitt eget distrikts. Att sådant ofta föreligger beträffande de till icke-landstingsstäderna gränsande områdena är uppenbart. Med nuvarande decentralisation inom epidemivården är väl behovet av samarbete landstingen emellan i förevarande syfte icke så stort, men givetvis kommer behovet därav att vidgas, i den mån epidemivården inom landstingsområdena koncentreras. Där behov av sådant samarbete förefinnes, torde de överenskommelser, som i enahanda syfte träffats mellan olika huvudmän i fråga om lasarettsvården, vara väl ägnade att tjäna som förebilder även för epidemivårdens del. Med hänsyn till det statsunderstöd, epidemidistrikten åtnjuta, anser kommittén emellertid lämpligt, att erhållande av dylikt understöd förenas med skyldighet att förbinda sig till det samarbete, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt föreskriva för epidemivårdens ändamålsenliga bedrivande. Detta gäller uppenbarligen endast vården av de i epidemilagens 2 § 1 mom. angivna sjukdomsfallen. I den mån samarbete erfordras för beredande av vård å främmande epidemisjukhus av andra epidemiska eller infektiösa sjukdomar än de i nyssnämnda lagrum angivna, bör samarbetet liksom i fråga om lasarettsvården vara helt frivilligt.

Återstå så de *kompletterande anstalterna:* hemmen för kroniskt sjuka och konvalescenthemmen. Såvitt kommittén kan finna, äro de senare hemmens sjukvårdande uppgifter av den art, att de icke påkalla något samarbete mellan olika sjukvårdsområden. Detsamma gäller hemmen för kroniskt sjuka, i den mån den kroniska sjukvården helt handhaves eller övertages av landstingen. Där åter så av en eller annan anledning ej kan ske, bör samarbete mellan vårdens olika huvudmän inom landstingsområdet i erforderlig utsträckning anordnas i huvudsaklig överensstämmelse med ovan angivna riktlinjer.

Kap. 24. Den slutna sjukvårdens förhållande till socialförsäkringen.

A. Förhållandet till sjukförsäkringen.

Gällande bestämmelser.

Enligt 20 § i kungl. förordningen den 21 juni 1931 om erkända sjukkassor (S. F. S. nr 280), vilken trätt i kraft med 1933 års ingång, skall, såvitt ej annorlunda i förordningen stadgats, sjukhjälp till medlem i sådan kassa omfatta dels ersättning för utgifter till sjukvård (sjukvårdsersättning), dels ock ett understöd i penningar för varje dag (sjukpenning). 22 § föreskriver vidare, att därest med läkarintyg styrkes, att vård å sjukvårdsanstalt (sjukhusvård) är erforderlig, ersättning skall utgivas för den sjukes intagande och vård å sjukvårdsanstalt, som drives av staten, landsting eller kommun eller till vars drift statsbidrag utgår, eller å godkänt enskilt sjukhem, så ock för vård, som beredes den sjuke genom pensionsstyrelsens försorg; dock är kassan i intet fall pliktig utgiva ersättning för sjukhusvård med högre belopp, än som skulle hava utgått för den sjukes intagande och vård å allmän sal å lasarett, drivet av det landsting eller den i landsting ej deltagande stad, inom vars område den sjuke är bosatt. Sjukkassans ifrågavarande prestation omfattar alltså såväl själva vården som intagandet å sjukhuset (resekostnaden). Såsom villkor för sjukhjälps utbekommande må föreskrivas, att den sjuke skall underkasta sig undersökning, vård och föreskrift av läkare så ock vård å sjukvårdsanstalt, där läkare finner det för sjukdoms lyckliga utgång eller för sjukdomstids förkortande vara av betydelse, att den sjuke intages å sådan anstalt. Är den sjuke av kassan ej tillförsäkrad ersättning för behandling och vård, som nu sagts, skall kassan ändock vara pliktig utgiva sådan ersättning (24 §). Om erkänd sjukkassa utgiver ersättning för sjukhusvård, äger kassan minska den sjuke för vårdnadstiden tillkommande sjukpenning med belopp, motsvarande kassans kostnader för vården. Är den sjukes familj eller annan för sitt uppehälle av honom väsentligen beroende, må dock högst halva sjukpenningen på detta sätt avdragas (25 §).

Kommittén.

Den slutna sjukvården har hittills i stort sett kunnat fylla de anspråk, sjukförsäkringen ställt på densamma. Såvitt för kommittén är känt, ha från ifrågavarande försäkringsgren icke vidtagits andra för dess eget behov avsedda anordningar för sluten sjukvård än att vissa sjukkassor inrättat hem för konvalescentvård. Trenne sådana hem, ett i Uppland, ett i närheten av Göteborg och ett i Skåne, omfattande sammanlagt cirka 150 platser, äro i bruk se-

dan några år. Såväl hemmet i Uppland (Tobo) som hemmet i Skåne åtnjuta driftbidrag av allmänna medel, det förra från Stockholms stad, det senare från Malmöhus läns landsting.

Med den nya sjukkasselagstiftningen kan emellertid sjukförsäkringen sägas hava ingått i ett nytt skede, kännetecknat av ökade prestationer. Av största praktiska betydelse i detta hänseende är skyldigheten för sjukkassa att ersätta medlems utgifter för bl. a. erforderlig sjukhusvård, ingående i den s. k. obligatoriska sjukvårdsförsäkringen. Då någon förpliktelse att på egen hand ombesörja sluten sjukvård åt medlemmarna icke åligger sjukkassorna, kan nämnda ersättningsskyldighet med viss sannolikhet antagas komma att från sjukkassornas sida medföra ökade krav på den allmänna sjukhusvården, först och främst vad angår antalet vårdplatser. Genom att sjukkassan erlägger dagavgift å sjukhus för den försäkrade bortfaller nämligen det hinder eller återhållande moment mot att söka sjukhusvård, som dagavgiften kunnat utgöra för de mindre bemedlade försäkringstagarna. Å andra sidan kan mycket väl det bidrag, den försäkrade erhåller till bestridande av läkarkostnaden vid vård i hemmet, verka i motsatt riktning. Sjukkassas rätt att minska den sjuke för vårdnadstiden tillkommande sjukpenning med belopp, som motsvarar kassans kostnader för vården, kan även verka i samma riktning. Erinras må ock, att dagavgifterna på sjukhusen genomgående varit låga och att fattigvårdsmyndigheterna särskilt i de större städerna visat stor frikostighet med att utgiva ifrågavarande dagavgifter, vilket allt i hög grad bidragit till att göra sjukhusvården lätt tillgänglig för den mindre bemedlade. Under sådana förhållanden är det svårt att med bestämdhet förutsäga, i vad mån den obligatoriska sjukvårdsförsäkringen i och för sig kommer att leda till ökade anspråk på sådan vård.

Emellertid göra sig även andra synpunkter gällande vid bedömande av detta spörsmål. En av den sociala sjukförsäkringens främsta uppgifter är att verka för den försäkrades återställande till arbetsförmåga snarast möjligt. Ju större försäkringens prestation är, desto större är sjukkassans ekonomiska intresse av att den sjuke erhåller effektiv vård tidigast möjligt. Att detta kan leda till ökade krav på vårdplatser ligger nära till hands att antaga. Måhända kan detta krav i viss mån kompenseras av att en tidigt inledd vård bidrager till ett förkortande av vårdtiden. Härvid får icke förbises, att sjukkassans utgivande av dagavgiften kan göra den sjuke benägen att kvarstanna på sjukhuset längre tid än vården i och för sig kräver. Ett korrektiv häremot ligger dock i läkarens rätt att bestämma sjukhusvistelsens längd. Huruvida och i vad mån sjukförsäkringen kommer att ställa ökade krav på sjukhusens vårdplatser, beror givetvis ytterst på den anslutning, sjukförsäkringen erhåller. Svaret på förevarande spörsmål måste därför bliva svävande. Med all sannolikhet komma emellertid de ökade fordringar, som i detta hänseende framställas, att endast successivt göra sig gällande, varför den offentliga sjukhusvårdens målsmän för ett tillgodoseende härav icke torde ställas inför problem, som fordra omedelbar lösning.

Spörsmålet om den sociala sjukförsäkringens krav på sluten sjukvård är emellertid icke enbart en fråga om antalet vårdplatser i och för sig. Det inrymmer jämväl ett annat problem, som förtjänar att här närmare belysas.

Det klientel, den sociala sjukförsäkringen omfattar och kommer att omfatta, lärer till övervägande del kunna betecknas som representativt för den kroppsarbetande befolkningen, med en viss övervikt för industriarbetare. Enär den huvudsakliga beläggningen på våra allmänna sjukhus för närvarande utgöres av patienter, härrörande ur samma befolkningsgrupper som de sociala sjukkassornas medlemmar, kunna kraven på sjukvård från försäkrade och icke försäkrade, såvitt arten angår, vid ett första påseende synas vara tämligen enahanda. Emellertid har man härvid att räkna med faktorer, som kunna åstadkomma en förskjutning i detta avseende. Kommittén syftar närmast på överdrifter och simulationer. I regel framträda sådana företrädesvis inom psykoneurosernas stora grupp, men de äro ingalunda okända hos försäkrade med en psykisk konstitution, som saknar psykoneurosens kännemärken. Det lär vara ofrånkomligt, att även den mest kontrollerade socialförsäkring liksom varje annan sjuk- och invaliditetsförsäkring brister i förmåga att uti ifrågavarande avseenden rätt bedöma föreliggande fall samt att detta medför ökade krav på sjukvård för dessa fall. Med de väsentligt bättre möjligheter till observation och övervakning, som en väl ordnad sjukhusvård skänker, torde väl nämnda svårigheter i högre grad beröra den öppna än den slutna vården. Men de komma förvisso att återverka även på den slutna vården och särskilt då sjukvårdsanstalter, avsedda för interna sjukdomar.

Redan av det nu sagda torde framgå, att det klientel, som från de försäkrades led tillföres sjukhusen, sannolikt kommer att få en starkare betoning av de funktionella nervösa sjukdomarna än det icke-försäkrade klientelet. Detta förhållande har så mycket större betydelse som vården av ifrågavarande sjukdomsfall på våra lasarett enligt mångstämmig utsago lämnar mycket övrigt att önska och jämväl föranlett pensionsstyrelsen att träffa särskilda anstalter för neurosvården. Även för en annan stor sjukdomsgrupp kommer, att döma av pensionsstyrelsens erfarenheter, den sociala sjukförsäkringen att ställa särskilda anspråk på vårdtillgångar, nämligen för de rheumatiska sjukdomarna.

Någon mera omfattande statistik för Sverige, ägnad att belysa olika sjukdomsgruppers frekvens bland de sjukförsäkrade, finnes för närvarande icke. Utan jämförelsematerial, refererande till icke försäkrade, vore den för övrigt föga vägledande. Det oaktat vill kommittén för belysande av de olika sjukdomsgruppernas förekomst bland sjukkassekliententelet hänvisa till nedanstående sammanställning för år 1929 från en av landets största sjukkassor, sjukkassan Vänfast i Stockholm:

	Antal fall	%	Antal dagar	%
Havandeskaps- och förlossningssjukd. . . .	31	0·18	1 308	0·17
Infektionssjukd.	2 261	12·85	78 636	10·20
Blodbildningsorg:s och blodets sjukd., ämnesomsättningssjukd.	477	2·71	26 289	3·41
Nervsystemets sjukd.	1 842	10·47	108 670	14·09
Sinnessjukd.	102	0·58	20 183	2·62
Cirkulationsorg:s sjukd.	1 256	7·14	97 874	12·69
Andningsorg:s sjukd.	2 272	12·92	89 186	11·57
Matsmältningsorg:s sjukd.	1 106	6·29	43 650	5·66
Njurarnas o. urinvägarnas sjukd.	1 766	10·04	61 321	7·95
Köns- och hudsjukd.	746	4·24	29 330	3·80
Muskel-, led- och bensystemets sjukd. . . .	2 115	12·02	90 277	11·71
Ögon- och öronsjukd.	431	2·45	14 444	1·87
Svulster	329	1·85	23 202	3·01
Olycksfall och förgiftningssjukd.	2 860	16·26	86 734	11·25
Summa	**17 594**		**771 104**	

Enligt denna tabell utgjorde rheumatiska och nervsystemets sjukdomar 22·5 % av samtliga år 1929 anmälda sjukdomsfall, och ej mindre än 25·8 % av antalet sjukdagar kommo på dessa fall. Den frågan öppnar sig alltså, om den allmänna sjukhusvården[1] mäktar omhändertaga ett ökat klientel inom dessa sjukdomsgrupper. Att den hittills icke förmått detta, visa de sjukvårdande åtgärder, som pensionsstyrelsen vidtagit. Det torde finnas grundade skäl till antagande, att en utvidgad sjukförsäkring kommer att taga hand om en ej ringa del av det klientel av ifrågavarande slag, vilket nu kommit på invalidförsäkringens konto. Någon minskning av vårdbehovet kan emellertid denna förskjutning icke medföra, snarare motsatsen. Under alla förhållanden lär särskilt på detta område sjukförsäkringens och invaliditetsförsäkringens intressen i ej ringa grad sammanfalla. Kommittén skall därför nedan i ett sammanhang till behandling upptaga spörsmålet om den allmänna sjukvårdens möjligheter att inom sin ram tillgodose det samlade behov av sjukhusvård, som den sociala sjuk- och invaliditetsförsäkringen kan medföra.

I detta sammanhang må jämväl bringas i erinran, att sjukförsäkringen genom gällande bestämmelser om moderskapshjälp och moderskapsunderstöd onekligen fått ökat intresse av en väl ordnad förlossningsvård och storleken av de dagavgifter, som fastställas för densamma. Kommittén hyser för sin del den uppfattningen, att därest kommitténs i kap. 20 och 21 framlagda förslag till barnbördsvårdens handhavande och finansiering vinna vederbörligt beaktande, den allmänna sjukvården skall visa sig äga möjligheter att på ett tillfredsställande sätt tillgodose kommande krav på sluten barnbördsvård.

[1] Den allmänna sjukhusvården här sedd i motsats till av socialförsäkringen driven sluten sjukvård.

B. Förhållandet till olycksfallsförsäkringen.

Gällande bestämmelser. Jämlikt lagen den 17 juni 1916 om försäkring för olycksfall i arbete är envar arbetare, såvitt ej annorlunda i lagen stadgas, försäkrad för skada till följd av olycksfall i arbetet (1 §). Vid inträffat olycksfall skall, där olycksfallet medfört sjukdom, som förorsakat förlust eller nedsättning av arbetsförmågan, i ersättning till den skadade, så länge sjukdomen varar, utgivas erforderlig läkarvård jämte läkemedel och andra till arbetsförmågans höjande eller eljest till lindrande av menliga följder av olycksfallet nödiga särskilda hjälpmedel, såsom kryckor, enklare konstgjorda lemmar, glasögon och dylikt, ävensom under vissa förutsättningar sjukpenning med närmare angivet belopp (6 §). Försäkringsinrättning, i vilken den skadade enligt 4 § är försäkrad, äger rätt att när helst och under så lång tid, sådant finnes lämpligt, bereda honom vård å sjukvårdsanstalt. Den skadade må dock ej utan sitt medgivande intagas å sjukvårdsanstalt, såvida ej skadan, enligt läkares intyg, kräver vård å sådan anstalt. Har den skadade intagits å sjukvårdsanstalt, äger försäkringsinrättningen att, till täckande av kostnaden för vården, å sjukpenning, som under tiden för vården till honom av inrättningen utgives, avdraga högst hälften (10 §).

Statistik. Till belysande av de anspråk, olycksfallsförsäkringen ställer på våra allmänna sjukvårdsinrättningar, må följande uppgifter anföras:

Olycksfallsår	Antal olycksfall i arbete, för vilka ersättning för läkarvård m. m. skolat utgivas enligt olycksfallsförsäkringslagen	Antal i kol. 2 avsedda fall, som föranlett sjukhusvård		Totala antalet på lasarett och sjukstugor intagna olycksfall		
		absolut	i % av samtliga	i arbete	utom arbete	Summa
1927	59 698	4 761	8·0	9 463	10 974	**20 437**
1928	65 571	4 980	7·6	9 832	12 219	**22 051**

Antalet olycksfall i arbete, som genom olycksfallsförsäkringslagen tillfördes våra allmänna sjukhus, uppgingo således år 1927 till 23·3 % och år 1928 till 22·6 % av totala antalet på lasarett och sjukstugor vårdade olycksfall samt till respektive 50·3 % och 50·7 % av samtliga där vårdade antal olycksfall i arbete.

Kommittén. Särskilda sjukvårdsanstalter för vård av det klientel, som faller under nämnda lag, hava icke inrättats vare sig av riksförsäkringsanstalten eller, enligt vad kommittén erfarit, av här ifrågakommande försäkringsbolag. Oftast är vårdbehovet för hithörande fall trängande och tillgodoses därför helt naturligt, när behov av sjukhusvård föreligger, som regel på närmast belägna och för vården ägnade lasarett eller sjukstuga. Dessa torde ock i det stora hela hava väl fyllt de uppgifter, som de i detta hänseende ställts inför. I vissa fall har bristen på specialavdelningar visserligen gjort sig gällande, men i den mån denna brist fylles, ökas den allmänna sjukhusvårdens effektivitet jämväl för täckande av olycksfallsförsäkringens specialvårdsbehov.

Frågan om lasarettsvårdens möjligheter att tillgodose olycksfallsförsäkringens krav på sjukhusbehandling har dock icke alltid varit ställd utom diskussion. I bilaga till en år 1918 avlåten ämbetsskrivelse ifrågasatte sålunda dåvarande statsinspektören för vanföreanstalternas ortopedisk-hygieniska verksamhet, professor John Berg, mycket starkt tillräckligheten av lasarettens resurser i fråga om efterbehandling av benbrott och andra svårare skador å extremiteter. Under framhållande, att denna behandling förutsatte förutom skicklighet och erfarenhet hos läkaren jämväl annan tränad personal än egentlig sjukvårdspersonal och därtill särskilda hjälpmedel, föreslog professor Berg inrättande av särskilda vårdanstalter för ortopedisk och fysikalisk terapi, vilka skulle stå i organiskt samband med sjukhus av vanlig lasarettstyp inom ett sjukvårdsdistrikt. Till dessa vårdanstalters uppgifter skulle höra bl. a. att mottaga benbrott, då kirurgisk behandling icke längre krävdes men efterbehandling vore behövlig. Sedan år 1918 hava emellertid lasarettens vårdtillgångar för behandlingen av extremitetsskador ej oväsentligt förbättrats och torde att döma av de behandlingsresultat, som olycksfallsförsäkringsanstalterna registrerat, i stort sett motsvara skäliga anspråk även beträffande denna vård. Detta utesluter givetvis icke, att vissa olycksfall kräva en mer kvalificerad vård än den, som kan lämnas på lasaretten i allmänhet. Det lärer dock hittills icke ha mött svårigheter för försäkringsanstalterna att få sådana fall omhändertagna å därför lämpade sjukhus. Skulle framdeles sådana svårigheter yppa sig, synes kommittén tillgodoseendet av erforderlig specialvård lämpligen kunna tryggas genom att i lag stadga rätt för ifrågavarande försäkringsanstalter att efter prövning av medicinalstyrelsen få dylika fall intagna å statsunderstödd enskild specialanstalt, där ortopedisk behandling lämnas. Kommittén återkommer härtill längre fram i detta kapitel.

En annan fråga är, om resultaten av benbrottsbehandlingen kunna förväntas bliva avsevärt bättre därigenom, att vissa fall finge behandling vid särskilda för ändamålet inrättade lasarettsavdelningar eller specialsjukhus. Denna fråga har kommittén närmare berört i kap. 3 d) och därvid kommit till det resultatet, att behandlingen i och för sig icke för närvarande kan anses kräva dylika anordningar men att, därest en kirurgisk avdelning skulle visa sig vara för stor för en överläkare, en uppdelning av denna avdelning i en avdelning för extremitetskirurgi och en för annan kirurgi lämpligen bör tagas under övervägande.

En annan grupp av sjukdomar, som falla inom olycksfallsförsäkringen och vilkas behandling icke kan fullt tillgodoses å lasaretten, äro de s. k. traumatiska neuroserna. I stort sett torde emellertid dessas behandling sammanfalla med behandlingen av psykoneuroser i allmänhet; i denna del blir alltså olycksfallsförsäkringen för sina sjukvårdsbehov beroende av den allmänna sjukvårdens förmåga att inom sin ram tillgodose den slutna vården av psykoneuroserna.

C. Förhållandet till pensionsförsäkringen.

Gällande bestämmelser.

Sedan 1914 års riksdag medgivit, att för vidtagande av åtgärder till förebyggande och hävande av invaliditet finge av pensionsstyrelsen jämlikt de föreskrifter, som av Kungl. Maj:t meddelades, disponeras ett belopp av högst 200 000 kronor, fastställde Kungl. Maj:t genom beslut den 30 oktober 1914 grunder för denna pensionsstyrelsens verksamhet. I de sålunda meddelade bestämmelserna hava sedermera (år 1919) en del ändringar vidtagits, vilka dock ej rubbat huvudprinciperna för verksamheten. Dessa äro i korthet följande:

Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet kan antingen vara individuell, d. v. s. anknyta sig till viss person, eller ock hava mera allmän inriktning. Den förra avser beredande av vård eller yrkesutbildning å anstalt eller eljest, enligt pensionsstyrelsens i varje särskilt fall fattade beslut, åt personer, som kunna förväntas behålla eller återvinna arbetsförmågan genom dylika åtgärder. Den senare innefattar understödjande av åtgärder av allmän natur, avsedda att i pensionsförsäkringens intresse förebygga eller häva arbetsoförmåga eller befordra folkhälsan, t. ex. understödjande av konvalescenthems och barnhems inrättande, smärre badanläggningars anordnande m. m.

För den individuella verksamheten gälla följande särskilda bestämmelser:

Vård eller yrkesutbildning må genom pensionsstyrelsens försorg beredas *dels* person, som vid varaktig oförmåga till arbete skulle vara berättigad till pension eller understöd enligt pensionsförsäkringslagen och som inom en nära framtid hotas av sådan oförmåga, därest icke lämplig vård eller yrkesutbildning beredes honom, *dels ock* person, som tillerkänts pension eller understöd men genom lämplig vård eller yrkesutbildning åter kan bliva förmögen till arbete. Förutsättning härför är dock *att* utsikter förefinnas till förebyggande eller helt eller delvis hävande, genom dylik hjälp, av arbetsoförmågan *samt att* sådan hjälp ej kan antagas komma till stånd utan pensionsstyrelsens ingripande eller att dylikt ingripande på grund av andra förhållanden anses erforderligt. Från principen, att sökande måste vid inträffad invaliditet falla pensionsförsäkringen till last, medgives undantag så tillvida, att sjukvård må beredas även barn under 15 år.

På grund av dessa bestämmelser falla utom pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet först och främst alla akuta sjukdomar ävensom fall, där fråga är om ett så ringa lyte, att detsamma nedsätter arbetsförmågan i endast obetydlig grad. Uteslutna äro vidare i regel personer, som uppnått 55 års ålder, enär utsikterna till arbetsförmågans återställande i sådana fall vanligen icke äro stora samt en återställelse, därest sådan vinnes, sannolikt icke blir av synnerligen lång varaktighet. Personer i god ekonomisk ställning kunna i princip icke heller bliva föremål för sjukvårdande åtgärder från pensionsstyrelsens sida, då beträffande dem anledning föreligger till antagande, att erforderlig vård kommer till stånd utan pensionsstyrelsens ingripande. Alltför snäva gränser hava emellertid icke här uppdragits; så t. ex. kunna ägare av mindre fastighet eller kapital, understigande 6 000 kronor, i allmänhet bliva föremål för sjukvård, varom nu är fråga. Slutligen äro, sedan ikraftträdandet av 1918 års

fattigvårdslag, från pensionsstyrelsens sjukvård uteslutna samtliga fall, där enligt nämnda lag kommun har att besörja och bekosta sjukvård, d. v. s. vanliga lasarettsfall, fall av lungtuberkulos och sinnessjukdom och dylikt. Denna av fattigvårdslagen föranledda ändring är den enda mera betydelsefulla, som under hela den tid, ifrågavarande verksamhet pågått, inträffat i dennas praktiska inriktning.

Ansökning om sjukvård respektive yrkesutbildning göres hos pensionsstyrelsen. Innan beslut i ärendet fattas, skall styrelsen pröva, huruvida icke bidrag från annat håll bör kunna påräknas och göras till villkor för styrelsens ingripande. I regel uppställes ock dylikt villkor. Sålunda erlägger vid kurortsvård och privat yrkesutbildning pensionsstyrelsen i regel omkring $^2/_3$ till $^3/_4$ av kostnaden, medan sökanden eller hans anhöriga eller kommun få svara för återstoden. Vid kurortsvård bekostar pensionsstyrelsen jämväl i huvudsak patientens resor till och från kuranstalten. Härigenom möjliggöres en sådan fördelning av patienterna mellan de olika kuranstalterna, som befinnes lämplig med hänsyn till platstillgång och andra synpunkter.

Den individuella verksamhetens utveckling och omfattning.

Utvecklingen av den individuella verksamheten karakteriseras framför allt av en starkt ökad omfattning av den s. k. *kurortsvården*, avseende personer, som lida av kroniska men botbara sjukdomar, huvudsakligen rheumatiska åkommor, neuroser, neuralgier och astma. Dessa sjukdomar visade sig nämligen redan i början av pensionsstyrelsens verksamhet leda till en tidig och långvarig invaliditet. Då därjämte särskilt de rheumatiska sjukdomarna samt neuroserna voro talrikt förekommande, blev det för pensionsförsäkringen ett viktigt ekonomiskt intresse, att erforderliga vårdmöjligheter för dessa sjukdomar kunde erbjudas. Till en början remitterades dylika patienter till sommarkurorter och andra enskilda kuranstalter. För att bereda plats för det alltmera ökade antalet sjukvårdssökande blev det emellertid snart nödvändigt för pensionsstyrelsen att skapa egna kuranstalter. De vårdplatser, som för dessa sjukdomar stodo till pensionsstyrelsens förfogande vid lasaretten och därmed jämförliga sjukhus, befunnos nämligen vara i hög grad otillräckliga. Sålunda tillkommo anstalten i Tranås år 1916, anstalten i Nynäshamn år 1918 och fjällkuranstalten i Åre i början av år 1923. Tranåsanstalten, som till en början inrymde omkring 50 vårdplatser, utbyggdes år 1924 till 120 vårdplatser och har sedermera ytterligare utvidgats till omkring 150 platser. Genom pågående utbyggnad av Nynäsanstalten kommer platsantalet därstädes att utökas från nuvarande 100 vårdplatser till omkring 230. Åreanstalten inrymmer c:a 120 platser. Nämnda tre anstalter erhålla alltså vid full utbyggnad ett sammanlagt vårdplatsantal av omkring 500.

Anstalterna i Nynäshamn och Åre ägas direkt av pensionsförsäkringsfonden. Förvaltningen av dessa anstalter ombesörjes av ett med medel från pensionsförsäkringsfonden bildat bolag, Aktiebolaget Kurortsverksamhet, vars styrelse består av fem personer, av vilka fyra utses av fullmäktige för nämnda fond och en av pensionsstyrelsen. Av de fem styrelseledamöterna är för närvarande en ledamot i pensionsstyrelsen, en överläkare i samma styrelse och en ledamot i medicinalstyrelsen. Tranåsanstalten äges av ett särskilt bolag,

Aktiebolaget Tranås Vattenkuranstalt, i vilket bolag aktiemajoriteten äges av Aktiebolaget Kurortsverksamhet. Två ledamöter i styrelsen för sistnämnda bolag äro för närvarande ledamöter även av Tranåsbolagets styrelse. Tranåsanstaltens verksamhet omfattar, utom kurortsvård åt pensionsstyrelsens patienter, även vård av självbetalande patienter.

Genom tillkomsten av nu nämnda, från andra sjukvårdsinrättningar helt fristående anstalter kunde emellertid icke mer än en ringa del av det förefintliga platsbehovet tillgodoses. Pensionsstyrelsen fann sig därför föranlåten att vidga sin ifrågavarande verksamhet. Härvid sökte styrelsen samarbete med landsting och städer utanför landsting. Sålunda hava, som tidigare nämnts, genom särskilda avtal mellan pensionsstyrelsen, å ena sidan, samt vederbörande landsting eller stad utanför landsting, å den andra, under åren 1927—1931 vid sex lasarett tillkommit såsom särskilda lasarettsavdelningar inrättade kuranstalter, nämligen vid lasaretten i Norrköping, Västerås, Lund, Lidköping, Umeå och Malmö, inrymmande tillhopa 345 vårdplatser. Dessutom disponerar pensionsstyrelsen enligt avtal dels 24 platser å den ortopediska avdelningen vid lasarettet i Lund, dels en avdelning om 30 platser vid vanföreanstalten i Göteborg. Jämlikt av Kungl. Maj:t år 1932 lämnat medgivande har tillika mellan vederbörande militära myndigheter och pensionsstyrelsen träffats avtal om uppförande vid garnisonssjukhuset i Boden av en paviljong för rheumatici, inrymmande 48 sängar. Med uppförande av denna paviljong kommer pensionsstyrelsen alltså att förfoga över ungefär 450 lasaretts- eller därmed jämförliga platser för ifrågavarande sjukdomar.

Fördelningen av patientmaterialet vid förenämnda anstalter och avdelningar har i huvudsak varit sålunda, att vid Åre-, Tranås- och Nynäshamnsanstalterna samt lasarettsavdelningen i Malmö vårdats neuroser, medan å avdelningarna i övrigt vårdats rheumatici; dock ha vid anstalterna i Åre, Nynäshamn och Tranås i begränsad omfattning mottagits även lindrigare fall av rheumatism, varjämte vid lasarettsavdelningen i Umeå vård i viss utsträckning beretts neuroser. Vid Åre- och Tranåsanstalterna ha dessutom emottagits astmapatienter. Utöver nu angivna sjukdomar har vid ifrågavarande anstalter eller avdelningar vård beretts fall av neuralgi, mag- och tarmsjukdomar, hjärtfel samt allmän svaghet ävensom konvalescenter efter vissa sjukdomar, särskilt lungsäcksinflammation.

Ur innehållet i de avtal, som ligga till grund för ovannämnda lasarettsavdelningar, må anföras följande:

I form av lån mot en räntefot av 4·3 % hava av pensionsförsäkringsfonden till landstingets respektive stadens förfogande ställts erforderliga medel dels för avdelningens uppförande, dels för dess utrustning. Uppförandet och iordningställandet av avdelningen ha ålegat landstinget (staden), som ock blir ägare till densamma. Lånet skall återbetalas på en tid av 35 år. Avtalstiden utgör 50 år, varunder patienter, som av pensionsstyrelsen hänvisas till avdelningen, skola där emottagas, såvitt vederbörande lasarettsläkare icke har något att erinra. För vården av dessa patienter betalar pensionsstyrelsen dels

en dagavgift, dels en fastighetsavgift och dels — i vissa fall — en utrustningsavgift. Dagavgiften motsvarar i huvudsak medelkostnaden per dag och patient för samtliga å lasarettet intagna. Fastighetsavgiften utgår för år räknat med ett belopp så beräknat, att fastighetsavgifterna skola förslå att under avtalstiden förränta och amortera det till landstinget (staden) lämnade lånet för avdelningens uppförande. Efter avtalstidens utgång disponeras alltså avdelningen fritt av landstinget (staden). Utrustningsavgiften beräknas så, att den förslår att under de första 15 åren av avtalstiden förränta och amortera lånet för paviljongens utrustning. Mot det att pensionsstyrelsen sålunda bestrider kostnaden för avdelningens utrustning äger styrelsen rätt att vid avtalets upphörande erhålla ett belopp, motsvarande värdet av de inventarier, som då finnas å avdelningen. Avdelningens underhåll bekostas under avtalstiden av landstinget (staden). Kostnaden härför skall således icke inräknas i den dagavgift, pensionsstyrelsen erlägger. I dagavgiften ingår icke heller kostnad för lämnad tandvård, hålfotsinlägg m. m. eller för patienternas resor till och från anstalterna. I samband härmed må nämnas, att pensionsstyrelsens kostnader per patient och kur för tiden 1 oktober 1930—30 september 1931 i medeltal utgjorde kr. 306: 18, varav belöpte sig å tandvård kr. 22: 26 och å resor kr. 26: 30.

Förutom kurortsvården har även en annan gren inom den individuella verksamheten alltmera trätt i förgrunden, nämligen *yrkesutbildning hos enskilda yrkesidkare.* En redogörelse för grunderna för denna verksamhet vad angår vanföra har lämnats i textbilaga 6. Här må blott tilläggas, att den av pensionsstyrelsen understödda yrkesutbildningen avser icke blott vanföra personer utan även vissa andra smärre grupper av sjuka, såsom personer med hjärtfel, lungtuberkulos och astma. Utbildningen sker i sådana yrken, som vederbörande trots lytet eller sjukdomen kunna inlära och därefter till egen försörjning utöva. För ändamålet har samarbete sökts och vunnits med Sveriges hantverksorganisation. Yrkesutbildning bekostas stundom, förutom hos enskilda och å vanföreanstalterna, vid statens hantverksskola för blinda i Kristinehamn och andra hantverksskolor samt vid handelsskolor.

Slutligen må erinras, att pensionsstyrelsen lämnar ekonomiskt bistånd även för beredande av vård åt syfilitiska barn, lupus- och kräftsjuka m. fl. Tidigare har understöd utgått jämväl för vård av tuberkulösa. För ett närmare studium av utvecklingen och omfattningen av pensionsstyrelsens individuella sjukvårdande verksamhet hänvisas till tabell 79.

Den sjukvårdande verksamhetens finansiering.

För vidtagande av åtgärder till förebyggande och hävande av invaliditet har riksdagen alltsedan 1914 årligen ställt direkta statsmedel till pensionsstyrelsens förfogande. Från och med år 1921 hava jämväl överskottsmedel ur pensionsförsäkringsfonden kommit till användning för sådant ändamål. Sålunda i anspråk tagna överskottsmedel äro till storleken högst betydande i förhållande till anslaget av direkta statsmedel. Sålunda uppgingo för budgetåret 1930/1931 de anslagna fondmedlen till 2 205 000 kr., därav för individuell verksamhet 1 990 000 kr. och för annan verksamhet 215 000 kr., un-

der det att statsmedelsanslaget utgjorde 100 000 kr. Sistnämnda anslag är i riksstaten redovisat under pensionsförsäkringen, ej under sjukvården. Tillskotten från pensionsförsäkringsfonden redovisas icke i riksstaten. En sammanställning över anslagen till och kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten lämnas i tabell 80.

Tidigare uttalanden ang. verksamheten.

Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet har vid skilda tillfällen varit utsatt för kritik. Sålunda har verksamheten upprepade gånger varit föremål för erinringar i social-medicinsk tidskrift, särskilt åren 1924—1927, varjämte skattebetalarnas förening i en år 1926 till Konungen ingiven skrift framställt anmärkningar mot densamma. Kritiken har företrädesvis gällt den verksamhet, pensionsstyrelsen bedrivit på egna eller genom samarbete med huvudmän för lasarettsvården anordnade vårdanstalter och alldeles särskilt verksamheten vid de förstnämnda. Den kan sammanfattas under följande tre huvudpunkter:

1. Verksamheten är för dyrbar i förhållande till vårdens beskaffenhet och de vårdresultat, som vunnits. Hithörande sjuka komma i allmänhet först på ett sent stadium av sjukdomen till pensionsstyrelsens kännedom, varigenom utsikterna till ett återställande försämras.

2. Verksamheten fungerar tekniskt på ett mindre tillfredsställande sätt, närmast på grund av att de sökandes vårdbehov sammanförts till en central prövning, och inom den centrala ledningen råder brist på speciell medicinsk sakkunskap.

3. Genomförande av en enhetlig sjukvårdsplan är icke möjligt, så länge pensionsstyrelsen utgör ett självständigt arbetande sjukvårdsorgan vid sidan om de egentliga, medicinalstyrelsen och landstingen.

Kritiken ifråga har emellertid bemötts av olika ledamöter och läkare i pensionsstyrelsen. Mest ingående och representativ i detta hänseende är en av pensionsstyrelsens dåvarande överläkare, framlidne professor Hj. Forssner, byråchefen C. Broberg och pensionsstyrelsens biträdande läkare, överläkaren G. Kahlmeter verkställd, den 9 februari 1927 dagtecknad utredning med anledning av förutnämnda skrift från skattebetalarnas förening. I denna utredning framhålles inledningsvis, att pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet avsåge att *förebygga* invaliditet, icke att vårda de på grund av kroniska obotbara sjukdomar bestående arbetsoförmögna. Redan på ett tidigt stadium av pensionsförsäkringsverksamheten hade en dylik förebyggande verksamhet visat sig vara ett nödvändigt komplement till pensionsförsäkringen. Utan detta komplement kunde en folkpensionering sådan som den svenska befaras bliva en antisocial verksamhet.

Vidkommande *punkt 1* anföres, att pensionsstyrelsen icke förbisett vikten av att få hand om de sjuka på ett tidigt stadium. Tvärtom hade styrelsen med alla till buds stående medel strävat efter att i möjligaste mån tillgodose denna synpunkt. Att detta ock i stor utsträckning lyckats framginge av de goda vårdresultaten. I detta avseende åberopades nedanstående statistik, grundande sig på år 1925 införskaffade uppgifter och omfattande under tiden 1921—$^{30}/_{9}$ 1923 behandlade (1 886) kurortspatienter.

	S:a patienter	Försörja sig helt eller i mera väsentlig grad, således ej pensionerade	Försörja sig ej eller i varje fall oväsentligt	
			ej pensionerade	pensionerade
Ledgångsrheumatism	547	355 (64·9 %)	74 (13·5 %)	118 (21·6 %)
Neuroser	792	593 (74·9 %)	115 (14·5 %)	84 (10·6 %)
Övriga (ischias, astma m. m.)	547	344 (32·1—94·4 %)	101 (0—30·3 %)	102 (2·8—37·6 %)
Summa	**1 886**	**1 292** (68·5 %)	**290** (15·4 %)	**304** (16·1 %)

Rörande storleken av driftkostnaderna vid kuranstalterna hänvisa utredningsmännen, under framhållande att dagkostnaden vid en pensionsstyrelsens kuranstalt på grund av kurortsbehandlingens art måhända ej torde behöva vara fullt så hög som vid ett lasarett av ungefär samma storlek, till följande jämförelse mellan dagkostnaden år 1925 vid å ena sidan styrelsens egna dåvarande anstalter och å andra sidan dessa anstalter närliggande lasarett:

1.	Tranås kuranstalt	4: 69
	Jönköpings lasarett	5: 63
2.	Nynäs kuranstalt	4: 77
	Södertälje lasarett	5: 93
3.	Åre fjällkuranstalt	4: 77
	Östersunds lasarett	6: 87

Till belysande av verksamhetens ekonomiska berättigande anföres i övrigt följande: Av de 3 527 personer, som genom styrelsens försorg erhållit kurortsvård under tiden 1915—30/9 1923, hade vid 1926 års utgång 2 306 alltjämt icke erhållit pension. För sistnämnda personer hade rätten till pension framflyttats i medeltal 5·8 år. Fördelades den sammanlagda tidrymd, som pensionsrätten för dessa 2 306 personer framflyttats, på samtliga 3 527 kurortspatienter, bleve medeltalet för var och en av patienterna 3·8 år, eller 1 års längre tid än den till 2·8 år beräknade tid, som med nu utgående medelpensionsbelopp motsvarade den på varje vårdad hemortspatient nedlagda kostnaden. Slutomdömet bleve, att även om icke alla med framgång vårdade skulle ha fått pension, därest de icke erhållit vård, och även om en del av vårdkostnaden täckts av primärkommuner samt jämväl andra på beräkningarna ofördelaktigt inverkande omständigheter beaktades, talade vägande skäl för att styrelsens sjukvård vore på rätt väg, även då frågan såges ur försäkringsteknisk-ekonomisk synpunkt.

Gentemot kritiken under *punkt 2* betonas den omfattande konsultationsverksamhet med på sjukhusvårdens områden erkända fackmän, som föregått styrelsens ifrågavarande åtgärder, och den specialkompetens på särskilt de rheumatiska sjukdomarnas område, styrelsen förfogade över. Med anledning av anmärkningen under *punkt 3* framhålles slutligen, att medicinalstyrelsen icke är något organiserande centralorgan på kroppssjukvårdens område. Allt initiativ och hela organisationen av denna sjukvård tillkomme landstingen och städer utanför landsting. 1928 års sjukhuslag förutsatte härutinnan ingen

ändring. Frånsett de tre anstalterna i Nynäs, Tranås och Åre hade pensionsstyrelsen vänt sig just till den allmänna, kommunala sjukvården för att få sin sjukvård inordnad uti densamma. Pensionsstyrelsens rätt i fråga om lasarettsavdelningarna inskränkte sig i huvudsak till att patienter, som av styrelsen dit hänvisades, skulle, därest vederbörande lasarettsläkare icke hade något att erinra, emottagas därstädes.

Kommittén. Rheumatiker- och psykoneurosvårdens sociala betydelse m. m.

Ingen torde tveka att erkänna pensionsstyrelsens stora insats vid påvisandet av den betydelse, ifrågavarande sjukdomsgrupper äga såsom invaliditetsorsak. De statistiska undersökningar, som 1928 års pensionsförsäkringskommitté och organisationssakkunniga offentliggjort,[1] giva vid handen, att pensionsstyrelsen ingalunda överskattat denna deras betydelse, särskilt vad de rheumatiska sjukdomarna beträffar. Bland invaliditetsorsakerna komma nämligen för nämnda år »rheumatiska och andra artriter» i andra rummet med en procentsiffra av 12·4 samt »neurastenier och neuroser» i åttonde rummet med en procentsiffra av 3·1. I den tabell, som angiver de viktigaste invaliditetsorsakernas procentuella andel i antalet invaliditetsfall inom olika årsgrupper, återfinnas följande belysande uppgifter, likaledes för år 1928:

åldersgruppen	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64
rheumatiska och andra artriter	5·8	7·2	14·8	14·6	19·8	18·9
neurastenier och neuroser . .	8·7	8	8·6	10	8·6	5

Av en jämförelse med övriga i förevarande tabell upptagna sjukdomsgrupper skall man finna, att i åldersgrupperna 45—64 stå de rheumatiska sjukdomarna i främsta rummet såsom invaliditetsorsak. Det är alltså under en tidsperiod av icke mindre än 20 år, en period då individens bevarande i full arbetskraft är av stor betydelse för samhälle och familj, som dessa sjukdomar mer än andra förorsaka invaliditet. Att ett förebyggande av de rheumatiska sjukdomarnas följder är en sjukvårdsangelägenhet av största vikt torde därför ligga i öppen dag. Neurasteniernas och neurosernas (psykoneurosernas) betydelse uti ifrågavarande hänseende synes ej vara avsevärt mindre. Å nyssnämnda tabell intogo de nämligen för åldersgrupperna 45—64 andra, tredje eller fjärde plats; för åldersgrupperna 35—44 funnos de ej upptagna.

Lika visst som en väl ordnad vård för rheumatiska sjukdomar och psykoneuroser är en sjukvårdsangelägenhet av stor social betydelse, lika visst har pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet på ett övertygande sätt jämväl ådagalagt, att stora brister i detta avseende vidlått och ännu vidlåda vår allmänna sjukhusvård. I sistnämnda hänseende må — utöver vad i kap. 3 c) anförts — framhållas, att medan vid 1931 års utgång sammanlagda antalet av pensionsstyrelsens å kuranstalt intagna patienter utgjorde 682, uppgick antalet personer, vilka av styrelsen beviljats bidrag till anstaltsvård men då ännu ej kunnat beredas plats, till 815. Väntetiden för de inneliggande patienterna belöpte sig i medeltal till 9 veckor för män och 8 veckor för kvinnor. Till jämförelse kan nämnas, att motsvarande väntetid var den 30 juni 1930 14 veckor för män och 18 för kvinnor, den 31 december 1930 9 veckor för män och

[1] Statens offentliga utredningar 1930: 15 (sid. 100 o. ff.).

8 för kvinnor samt den 30 juni 1931 8 veckor för män och 11 för kvinnor. Nedgången under år 1930 berodde huvudsakligen på en stark förkortning av vårdtiden för psykoneuroser men även på nya vårdplatsers tillkomst. Behovet av vidgade åtgärder för ifrågavarande sjukdomars bekämpande synes kommittén därför tydligt ådagalagt.

Bör och kan socialförsäkringens sjukhusvårdsbehov tillgodoses inom den allmänna sjukvårdens ram?

Av vad sålunda och i övrigt anförts framgår, att det väsentligen är tre områden — rheumatiker-, neuros- och konvalescentvården — där den allmänna sjukvården[1] för närvarande icke fyller de sociala försäkringsgrenarnas behov. Det är visserligen icke uteslutet, att den nya sjukförsäkringslagstiftningen kommer att under den närmaste framtiden medföra ökade krav på specialvård jämväl inom andra områden än de nu nämnda ävensom inom den icke specialiserade sjukhusvården. Men några grundade skäl till antagande, att den allmänna sjukvården icke skulle förmå i vanlig ordning tillgodose dessa krav torde icke föreligga. Praktiskt sett lärer därför frågan om möjligheterna för den allmänna sjukvården att fylla socialförsäkringens sjukvårdskrav sammanfalla med spörsmålet om ett ändamålsenligt ordnande av förenämnda vårdgrenar inom den nuvarande eller en vidgad ram för den allmänna sjukhusvården. Kan en tillfredsställande lösning härav vinnas, torde socialförsäkringen icke hava något intresse av att upprätthålla en särskild, för dess klientel avsedd sluten sjukvård. Som förutsättning härför måste givetvis gälla, att vårdkostnaden hålles inom sådana gränser, att densamma blir från försäkringens synpunkt sett försvarlig med hänsyn såväl till de utgifter, vilka skulle åsamkats försäkringen, om vården icke kommit till stånd, som till de kostnader, en av försäkringen själv ordnad vård skulle draga.

Något skäl för socialförsäkringen att träffa anstalter för sluten sjukvård på den grund, att vårdkostnaderna härigenom skulle för socialförsäkringen som sådan förbilligas, lärer icke föreligga. Det har visserligen uttalats, att den av pensionsstyrelsen ombesörjda vården ställde sig billigare än den på de allmänna sjukhusen lämnade vården, men den skillnad, som härutinnan eventuellt förefinnes, beror i så fall säkerligen på olikheten i vårduppgifter. Å andra sidan har, som nämnts, mot pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet riktats den erinringen, att densamma icke vore ekonomiskt försvarlig. Att de ekonomiska synpunkterna bliva desto tyngre vägande, ju större omfattning den av allmänna medel bekostade sjukvården får, är självfallet. Ett beaktande härav utesluter emellertid icke ett erkännande av de osedvanliga svårigheter, som resa sig mot att på den offentliga sjukvårdens resultat lägga en ekonomisk måttstock. Detta gäller redan en uppskattning efter den förenklade beräkning, som socialförsäkringen kan göra enbart med hänsyn till sina utgifter för sjukpenning och invaliditetsräntor. De auktoritativa upplysningar, som i detta hänseende lämnats i ovan återgivna av pensionsstyrelsen föranstaltade utredning, bestyrka dessa svårigheter. Uppenbarligen bliva de mångdubbelt större, då uppskattningen gäller värdet av den genom vården återvunna arbetsförmågan.

Möta svårigheter att på socialförsäkringens sjukvårdande verksamhet an-

[1] Jfr sid. 519, not 1.

lägga räntabilitetssynpunkter, gäller detta i än högre grad den allmänna sjukvården. Avgörande för det allmännas anslag till denna torde i stället få bliva vad de anslagsbeviljande myndigheterna anse sig kunna offra på densamma efter prövning av samtliga krav för tillgodoseendet av de skilda samhälleliga funktioner, de hava att svara för. Men även med denna begränsning är problemet ingalunda lättlöst. Avvägandet av de olika vårdnadsbehoven emot varandra erbjuder ur såväl ekonomisk som sjukvårdssynpunkt mycket stora vanskligheter. Kan läkekonsten bringa hjälp till hälsa eller förbättring, framtvinga även humanitära och sociala skäl anordningar för den sjukvård, som härför erfordras, oavsett kalkyler över utbyggnadens ekonomiska berättigande. Detta har varit utvecklingens gång och är för övrigt en oavvislig förutsättning för framsteg på läkekonstens och sjukvårdens område. Vid uppkomsten av nya vårdnadsbehov torde därför den närmaste uppgiften bli att tillse, att erforderliga anordningar utbyggas successivt allt efter som erfarenheter vunnits på området, att de på lämpligaste sätt inpassas i det administrativa systemet samt att de i övrigt organiseras med iakttagande av all den sparsamhet, som kan vara förenlig med vårdens ändamål.

För ett förläggande av socialförsäkringens sjukhusvård inom ramen för den allmänna sjukvården talar emellertid framför allt den omständigheten, att med socialförsäkringens nuvarande organisation en av densamma eller något av dess organ ledd sjukhusvård icke lär bliva tillgänglig för landets samtliga vårdbehövande invånare. Detta medför fara för dubbelorganisation och leder även lätt till en förminskad effektivitet av sjukvården i dess helhet. Socialförsäkringsorgan som självständiga företagare på sjukvårdens område jämsides med stat och landsting försvåra även avvägandet av de olika sjukvårdande åtgärderna mot varandra. En sjukvårdsgren kan lätt växa sig kraftigare än andra minst lika behövliga och utbreda sig på ett sådant sätt, att en olämplig förskjutning mellan olika vårdområden kommer till stånd.

Under sådana förhållanden kunna endast mycket starka skäl motivera ett bibehållande av nuvarande möjligheter för socialförsäkringsorganen att på egen hand anordna sluten sjukvård. Det närmast liggande skälet av denna beskaffenhet skulle då vara, att nämnda organ, på sätt vår allmänna sjukhusvård är organiserad, icke skulle *kunna* inom ramen för densamma få sina vårdbehov för rheumatiker, neuroser och konvalescenter i erforderlig utsträckning tillgodosedda. Att från ren sjukvårdssynpunkt hinder häremot icke föreligger har kommittén närmare belyst i kap. 3 c) samt kap. 14. Här skall i korthet beröras den administrativa och finansiella sidan av spörsmålet. Enär denna särskilt vad angår rheumatiker- och psykoneurosvården intimt sammanhänger med den under utredning varande frågan om omorganisation av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet, inskränker sig kommittén till att nedan framlägga några allmänna synpunkter på ämnet. Kommittén vill härvid förutskicka, att, såvitt kommittén har sig bekant, med ett genomförande av pensionsförsäkringskommitténs blivande förslag[1] några överskottsmedel icke torde komma att stå till förfogande för sjukvårdande ändamål.

[1] Numera avgivet (Statens offentliga utredningar 1934: 18).

Vad först angår de till lasaretten anslutna kuranstalterna för rheumatiker och psykoneuroser synas kommittén ansvaret för och finansieringen av denna vård lämpligen kunna ordnas i huvudsaklig överensstämmelse med de principer, som av kommittén förordats beträffande de planerade radiologiska centralanstalterna i Lund och Göteborg. Ansvaret för vården skulle sålunda formellt åligga resp. landsting eller icke-landstingsstad, medan driftkostnaderna skulle, frånsett inflytande legosängsavgifter, komma att bestridas av staten. Kommitténs huvudmotiv härför är, att varken rheumatiker- eller psykoneurosvården lämpligen kan organiseras länsvis utan liksom hittills bör tillgodoses genom anstalter, avsedda för större områden än länen. Kostnaderna för denna vård böra sålunda redan enligt kommitténs allmänna principer för sjukvårdens finansiering bestridas av staten. Härtill kommer, att nu befintliga anstalter för dessa vårdgrenar inrättats och bedrivits utan större uppoffringar från resp. landstings och storstäders sida. Med fullt fog kunna därför även andra huvudmän för sin medverkan till denna vårds utvidgande göra anspråk på liknande fördelar. Kommittén inser väl, att ett samarbete mellan staten och landstingen resp. storstäderna av här förordad beskaffenhet kan vara ägnat att väcka betänkligheter i administrativt hänseende. Men då vägande sjukvårdssynpunkter tala för ett sådant samarbete och den vunna erfarenheten visar, att samarbetet emellan pensionsstyrelsen och lasarettens huvudmän icke, såvitt kommittén känt är, medfört några administrativa olägenheter, har kommittén låtit sina betänkligheter härutinnan falla.

Vad härefter angår de tre stora psykoneurosanstalterna torde redan av den anledning, att de äro helt fristående från andra sjukvårdsinrättningar, bliva nödvändigt, att staten övertager ansvaret för driftkostnadernas täckande, där est verksamheten icke framdeles kan i allt väsentligt bekostas av medel från pensionsförsäkringsfonden. Anordningen behöver emellertid icke heller här oundgängligen medföra, att anstalterna skola administreras som rena statsanstalter, utan kan härvid tänkas en liknande anordning som exempelvis beträffande kustsanatorierna. De skäl, som anförts till förmån för en sådan anordning i fråga om dessa anstalter, göra sig för övrigt i viss mån gällande även beträffande nu ifrågavarande anstalter. I enlighet med kommitténs allmänna principer för resebidrag böra ock kostnaderna för kurortspatienternas resor, vilka hittills i huvudsak gäldats av pensionsstyrelsen, framdeles bestridas med statsmedel.

Ett förläggande av den slutna rheumatiker- och psykoneurosvården inom ramen för den allmänna sjukvården skulle således, såvitt kommittén kan finna, icke kräva några finansiella eller administrativa anordningar, som icke förut prövats. Då kommitténs förslag i övrigt intimt ansluter sig till den bestående organisationen, lärer man vara berättigad räkna med, att vårdkostnaden icke skall bliva större i det ena fallet än i det andra.

Vad slutligen angår konvalescentvården torde denna lämpligast böra ombesörjas av landstingen och storstäderna i anslutning till den av dem bedrivna lasarettsvården, allt i enlighet med de närmare grunder, som angivits i kap. 14. Någon ekonomisk medverkan från statens sida torde härvid icke vara av behovet påkallad.

Härmed har kommittén i princip intagit den ståndpunkten, att socialförsäkringens sjukvårdsbehov kunna och böra tillgodoses inom ramen för den allmänna sjukvården. Kommittén utgår ifrån, att när pensionsförsäkrings- och sjukvårdskommittéernas utredningar framlagts, förevarande spörsmål i erforderliga delar göres till föremål för särskild utredning, varvid speciellt finansieringen av och övergångsbestämmelserna till den av sjukvårdskommittén förordade organisationen komma att närmare behandlas.

Socialförsäkringsorganens rätt i fråga om intagning på sjukhus.

Socialförsäkringens ställning till den allmänna sjukvården är emellertid icke löst enbart med att ett tillräckligt antal sjukhusplatser finnas tillgängliga. Enligt gällande sjukhusförfattningar ligger avgörandet om de sjukas intagning och utskrivning som regel i vederbörande läkares hand, åtminstone vad lasarett och därmed jämförliga sjukhus vidkommer. Att intressekonflikter mellan socialförsäkringsorganen och dem, som företräda den allmänna sjukvården, på denna grund kunna uppstå ligger i öppen dag. Socialförsäkringsorganen kunna nämligen finna sig nödsakade att utgiva underhåll och sjukpenning, även om enligt deras uppfattning sjukhusvård skulle kunna bidraga till förminskande av deras utgifter. Det synes därför vara ett från socialförsäkringsorganens synpunkt sett skäligt krav, att de vid eventuell vägran från anstaltsläkarens sida erhålla möjlighet att efter opartisk prövning få sina patienter intagna på sjukhus för vård eller observation, då de så anse erforderligt. Kommittén inser väl, att ifrågavarande angelägenhet är svår att lösa särskilt vad beträffar intagande för vård. Mindre betänkligheter torde intagning för observation vålla. Kommittén finner det dock vara av vikt, att åtgärder vidtagas för att i möjligaste mån tillgodose socialförsäkringsorganens berättigade intressen i förevarande hänseende.

Då enligt kommitténs uppfattning de fall, där en frivillig överenskommelse icke kan träffas, torde bliva relativt få, anser sig kommittén härvid kunna förorda den utvägen, att ärenden av ifrågavarande art hänskjutas till en central prövning. Lämpligaste forum härför torde vara medicinalstyrelsen. Den sakkunskap, som styrelsen kompletterad med dess vetenskapliga råd äger, synes kommittén garantera nöjaktig behandling av dessa ärenden. Medicinalstyrelsen torde ock böra medgivas rätt att hänvisa fall, som vid en prövning kunna befinnas vara i behov av vård eller observation, till härför lämpat allmänt eller av allmänna medel understött enskilt sjukhus. En dylik prövnings- och remissrätt skulle visserligen stundom medföra ett inkräktande på landstingens och storstädernas bestämmanderätt över sjukhus, vars uppförande och drift de själva helt bekostat, men med hänsyn till den principiella vikt, spörsmålet har, torde betänkligheter i dylikt avseende få vika.

Centralt organ för samarbete.

Kommitténs förslag angående sättet för tillgodoseendet av socialförsäkringens sjukvårdsbehov innebär, att landets slutna sjukvård skulle komma under enhetlig organisation. Socialförsäkringens ekonomiska intresse av en väl ordnad sjukhusvård kräver emellertid, att den icke ställes utan inflytande på planläggningen och utvecklingen av den allmänna sjukvården. Ett centralt organ för samarbete bör därför åvägabringas, där socialförsäkringens olika grenar äro representerade. Ett dylikt organ synes kommittén jämväl vara av stort

värde för befrämjande av den samverkan mellan den allmänna sjukvårdens huvudmän, som kommittén i olika avseenden förordat. Då ifrågavarande organ enligt kommitténs mening bör givas en uteslutande rådgivande natur, kan det förslagsvis benämnas »det centrala sjukvårdsrådet». Med den ställning, medicinalstyrelsen har till landets hälso- och sjukvård, anser kommittén naturligt, att dess chef blir rådets ordförande. Medlem av rådet bör jämväl vara den läkarbyråchef i medicinalstyrelsen, under vars byrå ifrågakommande ärende närmast sorterar. Till ständiga medlemmar i rådet skulle socialstyrelsen[1], pensionsstyrelsen, riksförsäkringsanstalten, arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse samt svenska landstingsförbundets styrelse äga att utse vardera en representant. Då förekommande ärende det påkallade, skulle till rådets sammanträde kunna inbjudas representant jämväl för statens fattigvård och barnavård ävensom för svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundet, svenska stadsförbundet, svenska landskommunernas förbund, svenska röda korset, svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt landets läkarorganisationer.

Detta råd skulle hava att upptaga de viktigare frågor av mera allmän natur rörande den slutna och möjligen även den öppna sjukvården, vilka hänskötes till detsamma. För att rådet icke skulle betungas med angelägenheter av mindre betydelse torde rätten att dit hänvisa ärenden böra starkt begränsas och tillkomma endast myndigheter och korporationer, vilka äga att utse ständiga representanter i rådet, ävensom statens inspektör för samhällets fattigvård och barnavård. Sålunda skulle icke landstingen, deras förvaltningsutskott, epideminämnder, sjukhusdirektioner m. fl. kunna hänskjuta ärende till rådet med mindre landstingsförbundets styrelse lämnat medgivande därtill. På samma sätt skulle sjukkassor hava att göra framställning genom socialstyrelsen, pensionsnämnder genom pensionsstyrelsen, ifrågakommande ömsesidiga olycksfallsförsäkringsbolag genom riksförsäkringsanstalten, fattigvårds- och barnavårdsstyrelser genom inspektionen för samhällets fattigvård och barnavård. Andra korporationer och sammanslutningar skulle hava att göra framställningar genom medicinalstyrelsen.

Såvitt kommittén kan finna, skulle ett sålunda organiserat centralråd hava goda förutsättningar för att bliva ett forum, där en allsidig kunskap och insikt i viktigare sjukvårdsangelägenheter av mera allmän natur vore representerade och där dessa angelägenheter kunde få en allsidig belysning. En stor fördel skulle enligt kommitténs förmenande det föreslagna centralrådet innebära därutinnan, att överläggningar kunde komma till stånd på ett tidigt stadium av ett ärendes behandling. Därigenom skulle en värdefull ledning kunna lämnas redan i ett första skede av planläggningen av ekonomiskt eller principiellt viktigare åtgärder, vilket skulle väsentligt bidraga till sjukvårdens ändamålsenliga ordnande.

[1] Såsom tillsynsmyndighet för sjukkasseväsendet.

Avd. IV. Allmän sjukvårdsplan.

Kap. 25.

Inledning.

Behovet och värdet av en allmän sjukvårdsplan.

Det ligger i sakens natur, att de allt starkare framträdande kraven på en specialisering inom den slutna sjukvården, vilkas uppfyllande komme att medföra väsentligt ökade kostnader, skulle ställa större fordringar på sjukhusväsendets organisation än under ett tidigare skede, då utvecklingen i det stora hela var liktydig med utökande av antalet platser med ungefär samma vårduppgifter. Samtidigt med att specialiseringsfrågan blev allt mer aktuell, uppträdde ock nya intressenter, som hade betydelsefulla uppgifter på sjukvårdens områden att bevaka. Genom fattigvårdslagen av år 1918 hade fattigvårdssamhällena fått vidgade förpliktelser även beträffande understödstagarnas sjukvård, och socialförsäkringens olika grenar — framför allt pensions- och invaliditetsförsäkringen — hade funnit avsevärda brister och luckor i den allmänna sjukhusvården. Pensionsstyrelsen hade därför ansett sig böra vidtaga anordningar vid sidan om statens och landstingens för att kunna förebygga och minska invaliditeten inom dess klientel. Den allmänna sjukhusvården kunde icke längre betraktas såsom en fristående institution. Den måste ses i samband med andra inrättningar och organisationer, vilka med stöd av allmänna medel fått sig tilldelade viktiga funktioner inom socialhygienen och socialmedicinen. Dessa voro för att kunna fylla sina uppgifter i hög grad beroende av denna allmänna sjukvårds effektivitet. Deras olika arbetsområden föranledde olika problemställningar, vilka den slutna sjukvårdens huvudmän i längden icke kunde lämna obeaktade, försåvitt icke de sociala försäkringsgrenarna skulle känna sig hänvisade att helt gå sina egna vägar. Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet innebar i detta hänseende ett kraftigt giv akt, samtidigt som man däri på många håll sett en allvarlig fara för splittring inom vårt offentliga sjukhusväsende.

Det var sålunda flera samverkande faktorer, som väckte till liv frågan om den bestående organisationens bärkraft och anpassningsförmåga för det i viss mån förändrade läge, i vilket sjukhusväsendets utveckling kommit, väsentligen genom läkekonstens specialisering och socialförsäkringens växande omfattning och uppgifter. En kritik, som icke kunde frånkännas visst fog, hade

ock under årens lopp riktats mot landstingens åtgärder beträffande lasarettsväsendets utveckling. Det saknades icke exempel på att desamma varit dikterade av hänsyn, som icke varit förenliga med ändamålsenlighet och planmässighet. När frågan om en allmän sjukvårdsplan upptogs till diskussion, inriktades denna därför dels på angelägenheten av att landstingen läte verkställa en planmässig utredning av sjukvårdsbehovet inom sina respektive områden i deras helhet, innan de vidare utbyggde sin lasarettsvård, dels på önskvärdheten av att de sjukvårdsgrenar, som landstingen av en eller annan anledning icke själva kunde tillgodose, bleve föremål för en allmän planläggning.

Tidigare uttalanden och förslag.

Professor *John Berg* var den förste, som på allvar upptog berörda spörsmål till närmare skärskådande. Såsom dåvarande statsinspektör för vanföreanstalternas ortopedisk-hygieniska verksamhet framlade nämligen professor Berg i en bilaga till sin årsberättelse för 1917 ett mycket uppmärksammat »förslag till vissa systemändringar i de svenska offentliga sjukvårdsanstalternas anordning med hänsyn till önskemålet av en verksammare invalid- och vanförebehandling».[1] Detta förslag avsåg i främsta rummet att bereda en förbättrad omvårdnad åt sådana samhällsmedlemmar, vilka till följd av vissa lyten, skador och sjukdomar åsamkats större eller mindre, långvarigare eller kortare nedsättning i yrkes- och förvärvsförmågan. Till besvarande uppställdes först frågan, huruvida vår allmänna sjukvård kunde anses tillräckligt rustad för att *förekomma* minskad förvärvsförmåga, övergående eller bestående invaliditet och vanförhet såsom följder av sjukdom och skador. Professor Berg fann för sin del, att så icke vore fallet. På våra sjukhus emottoges och vårdades nämligen grupper av patienter, som icke lede av sådan sjukdom eller sjukdomsstadium, vilket gjorde vården inom allmänt sjukhus för dem *nödvändig*, men däremot av sjukliga tillstånd, som ej kunde inom nämnda sjukhus på behörigt sätt erhålla den form av behandling, som erfordrades. Då de icke vore att anse som oförbätterliga, borde de förhjälpas till vård. På trångt belagda sjukhus kunde de ofta icke beredas utrymme. På sjukhus med bättre platstillgång bleve de mottagna men finge på grund av lasarettets bristande resurser och förutsättningar icke den vård, som behövdes för deras förbättring. På så sätt åsamkades det allmänna kostnader utan att det med uppoffringarna avsedda ändamålet vunnes. Därtill komme, att sjuka, vilkas sjukdomar gjorde lasarettsvård erforderlig, löpte fara att bliva utestängda från vård i rätt tid. Det allmänna kunde föranledas att anskaffa nya vårdplatser för att tillgodose ett vårdbehov, som lasarettet på grund av sin organisation och utrustning icke vore ägnat att fylla. Till undanröjande av dessa missförhållanden framlade professor Berg därefter följande plan för ändring av de allmänna sjukvårdsanstalternas organisation:

1:o. Läns- och stadssjukhusen befrias helt från omvårdnaden av ifrågavarande konvalescent- och invalidtillstånd ävensom från vissa former av specialistsjukvård. Den sålunda ändrade sjukhustypen, typ. I, betecknar i själva verket en återgång till nämnda anstalters ursprungliga uppgift.

[1] Allmänna svenska läkartidningen 1918, sid. 1, och Sveriges landstings tidskrift 1918, sid. 5.

2:o. Inom vissa större sjukvårdsdistrikt inrättas en ny typ av offentliga vårdanstalter, typ II, i nära organiskt samband med typ I inom samma sjukvårdsdistrikt. Deras huvuduppgift karakteriseras med begreppet »*vårdanstalter för fysikalisk terapi*».

3:o. Som tredje led i kedjan komma anstalterna för lytta och vanföra med den i viss mån förändrade verksamhet och organisation, som påkallas av typ II.

Med detta förslag förklarade sig professor Berg ha velat giva uttryck åt sin fasta övertygelse, att det svenska sjukvårdsväsendet för en raskare och sundare utveckling krävde en i sina grunddrag utarbetad, utvecklingsmöjlig allmän organisationsplan. Beträffande gällande indelning i sjukvårdsområden framhöll professor Berg såsom irrationellt, att städernas och landsbygdens sjukvårdsintressen så ofta och så strängt åtskildes som nu. Likaså ansåg han olämpligt, att den administrativa länsindelningen satte sina gränser för den allmänna sjukvårdens ledning och anordningar. Han förordade i stället kontinuerligt samarbete mellan sakkunniga representanter för ett sjukvårdsdistrikt, vars gränser ej bestämdes av länens växlande storlek utan av landsdelens geografiska natur och kommunikationsleder, befolkningens täthet och ekonomiska bärkraft, läkarnas fördelning och kvalifikationer, de i sjukvårdssystemet ingående anstalternas olikstora verksamhetsradier m. m.

På *allmänna svenska läkarmötet i Stockholm 1922*, där som nämnts frågan om uppdelning av lasaretten på specialavdelningar var föremål för ingående diskussion, kom man även in på frågan om nödvändigheten av en allmän sjukvårdsplan. Inledaren, professor I. Hedenius, framhöll som sin åsikt, att på geografiskt lämpliga ställen borde uppdelningen av de större landsortslasaretten i en medicinsk och en kirurgisk avdelning fullständigas genom upprättande av ett flertal specialavdelningar, så att *centralsjukhus*, tillgängligt även för sjuka från främmande kommuner, uppstode, samt betonade vikten av att för detta programs genomförande en enhetlig plan för lasarettsvårdens vidare utveckling utarbetades. Under den följande diskussionen deklarerade generalfältläkaren Bauer sin anslutning till professor Bergs uppfattning angående behovet av en allmän organisationsplan och erinrade om de av Berg föreslagna sjukvårdsdistrikten. Bauer höll för sannolikt, att en allsidig prövning av denna fråga skulle tydligt visa, att det ur såväl ekonomisk som ren sjukvårdssynpunkt vore bättre att utöka vissa redan befintliga sjukhus, uppdela dessa och förse dem med nödiga diagnostiska och terapeutiska hjälpmedel än att, såsom dittills i stor utsträckning skett, bygga små och medelstora sjukhus. Framlidne professor Karl Petrén såg för sin del ingen annan utväg för tillgodoseendet av behovet av nya specialavdelningar, än att det inom de olika landstingen skapades centrallasarett, där de nödvändiga specialiteterna vore företrädda. Det vore enligt professor Petrén möjligt, att de lokala förhållandena kunde någonstädes ligga till på det sätt, att tvenne landsting skulle kunna förena sig om att inrätta ett dylikt centrallasarett eller kanske snarare att vid ett dylikt anordna *viss* specialavdelning, som kunde vara gemensam för tvenne län, men i själva verket trodde han icke, att denna väg skulle vara framkomlig.

I den på mötet följande diskussionen i fackpressen framhöll professor J. W. Nordenson[1] önskvärdheten av att en hela riket avseende sjukvårdsplan upprättades och att därefter landsting, kommuner och andra myndigheter genom författningsbestämmelser ålades svara för den andel av sjukvårdsbördan, som enligt planen tillkomme envar av dem.

I korthet torde man kunna vara berättigad återgiva diskussionens gång angående sjukvårdsplanen sålunda, att önskemålet om inrättande i varje landstingsområde av ett centrallasarett framstått som allt mera angeläget för den slutna sjukvårdens behöriga tillgodoseende. Man har därvid icke förbisett de ekonomiska konsekvenser, ett dylikt programs genomförande skulle medföra. Från flera håll har sålunda framhållits, att ett sådant program kunde realiseras endast på lång sikt. Icke heller har man förbisett den invändning, som ur medicinsk synpunkt gjorts emot en långt driven uppdelning, nämligen att den enskilde avdelningsläkarens praktik därigenom icke komme att bliva tillräckligt omfattande för att han skulle kunna bibehålla eller utvidga sin yrkesskicklighet. Denna olägenhet har emellertid ansetts kunna uppvägas av fördelen för allmänheten att hava en lätt tillgänglig specialvård och möjligheten för läkarna att konferera med kolleger inom olika områden samt att fördjupa sig i sina specialfack.

Vid sammanträde med *Jönköpings läkarförening år 1926* återkom professor Nordenson[2] till frågan om allmän sjukvårdsplan under särskilt beaktande av den allmänna sjukvårdens samband med socialförsäkringen. Efter att hava konstaterat, att socialförsäkringen (och fattigvården) redan då ställde stora krav på sjukvårdsväsendet och att dessa i framtiden komme att ökas, framhöll Nordenson, att dessa krav nödvändiggjorde en sjukvårdsplan. Vid fördelning av uppgifterna mellan de sjukvårdande organen borde den allmänna regeln vara den, att sjukvårdens omhänderhavande decentraliserades så långt som möjligt, enär ju längre ned man komme, desto starkare gjorde sig bristerna gällande och desto större bleve intresset för deras botande. Detta bleve för våra förhållanden liktydigt med att sjukvården i allmänhet borde stanna hos »provinserna», d. v. s. hos landstingen och städerna utanför landsting; primärkommunerna vore alltför små enheter för sjukvårdens uppbärande. Beträffande de sjukvårdsgrenar, för vilka även »provinserna» vore för små enheter, ansåge Nordenson den av professor Berg föreslagna utvägen att inrätta nya sjukvårdsdistrikt vara mindre lycklig. Allt förändrande av gamla administrativa indelningar vore en invecklad sak, som helst borde undvikas. Han erinrade i stället om tidigare framkomna förslag, att staten skulle övertaga dessa grenar eller att ifrågavarande problem skulle lösas genom samarbete mellan »provinserna». Den centrala ledningen av sjukvårdsväsendet borde i möjligaste mån vara enhetlig samt ej förläggas till socialförsäkringsorgan utan bibehållas hos »medicinalverket».

---

[1] Nordenson, J. W. Lasarettsdelningen, en huvudfråga för vår sjukvård. Social-medicinsk tidskrift 1924, sid. 146 ff.

[2] Nordenson, J. W. Socialförsäkring och sjukvårdsväsende. Svenska läkartidningen 1926, sid. 1147 ff.

Full samstämmighet om betydelsen av en allmän sjukvårdsplan för den slutna sjukvårdens rationella utveckling har emellertid icke rått. Framlidne professor *Hjalmar Forssner* ifrågasatte sålunda i ett tal vid invigningen av pensionsstyrelsens nya kuranstalt i Tranås starkt nyttan av en dylik organisationsplan. Talaren yttrade därvid bl. a.: »Tanken är född vid ett skrivbord och har ingen gemenskap med levande livet. En organisation skapar intet nytt, men kan väl hämma, om den vill tränga sig främst och organisera, innan ännu finnes något att organisera. Finnes det någon, som tror, att sjukhusvården i våra bygder vore så väl ordnad, som den allmänt erkänt är, om våra landsting och städer skulle ha avvaktat en organisationsplan för riket i stället för att låta sin egen praktiska erfarenhet tala och bestämma. Svaret är på förhand givet och pensionsstyrelsen ämnar gå sin egen väg.»

Generalfältläkaren *Richard Erhardt* har i en uppsats år 1927[1] upptagit frågan om sjukvårdsplan till granskning och därvid belyst såväl Nordensons som Forssners inställning till detta problem. Dessas skiljaktiga åsikter synas honom icke vara så oförenliga som man vid ett första påseende skulle vara böjd att tro. Visserligen vore ett planläggande av åtgärder i den riktning, som Nordenson påyrkat, lika naturligt som nödvändigt, men det vore ock ett komplicerat företag på mycket lång sikt. Att av en plan vänta epokgörande eller åtminstone särskilt framträdande gynnsam effekt under de närmaste åren vore icke berättigat. Beträffande en sjukvårdsplans verkställande finge man räkna med de olika myndigheter, som redan hade att skaffa med sjukvårdsärenden av ifrågavarande art. Det vore vidare tänkbart, att förhållandena kunde gestalta sig så, att ett viktigt sjukvårdsintresse måste tillgodoses, oavsett dess inpassande i en befintlig plan. Liksom Nordenson ansåg Erhardt, att det som regel skulle vara lyckligast, om medicinska myndigheter finge ledningen i sjukvårdsangelägenheter, men han erinrade samtidigt, att sjukvårdsväsendet främjades blott i samma mån som dessa myndigheter kunde frigöra sig från rena specialintressen och bringa sin vilja igenom i samförstånd med övriga statsintressen.

En viss nyansering i uppfattningen om betydelsen av en allmän sjukvårdsplan har även kommit till synes i de utredningar, som ligga till grund för gällande sjukhuslag och sjukhusstadga. De uttalanden, som gjorts i samband med dessa utredningar, taga visserligen närmast sikte på nödvändigheten av en plan för varje sjukvårdsområde men torde dock kunna anses i viss mån tillämpliga även på en hela riket avseende sjukvårdsplan.

1928 års sjukhuslagstiftning föregicks, som tidigare nämnts, av tvenne sakkunnigeberedningar, nämligen dels *1920 års lasarettsstadgekommitté*, dels 1926 års lasarettsstadgesakkunniga. I den förstnämnda beredningens betänkande föreslogs ett stadgande av innehåll, att en plan för sjukvårdens utveckling inom landstingsområdet borde fastställas; förslag härtill skulle uppgöras av ett landstingets organ, benämnt sjukvårdsnämnd, och underställas medicinalstyrelsen för granskning, varefter landstinget hade att besluta i ärendet. Om förslaget därvid icke bleve antaget, skulle, därest landstinget icke annor-

[1] Erhardt, Richard. Till frågan om sjukvårdsplan. Svenska läkartidningen 1927, sid. 125.

ledes beslutade, nytt förslag uppgöras i samma ordning. Som motiv för det föreslagna stadgandet, vilket icke avsåg att göra upprättandet av en sjukvårdsplan obligatoriskt, framhölls, att kommittén funnit det vara av synnerlig vikt att, såvitt genom författningsbestämmelserna läte sig göra, söka skapa garantier för att utvecklingen av landstingens sjukvårdsväsende måtte ske planmässigt och så litet som möjligt påverkas av lokala intressen med tillfälliga impulser. Hur eftersträvansvärt detta mål än vore, ville kommittén dock ej föreslå sjukvårdsplanen såsom ett obligatoriskt medel för dess ernående, enär det enligt kommitténs mening vore förhastat att uti ifrågavarande avseenden binda landstingen vid ofrånkomliga bestämmelser; andra åtgärder kunde tänkas medföra åtminstone delvis samma nytta som en sjukvårdsplan, och stundom, såsom efter en period av kraftig utveckling, kunde behovet därav vara mindre aktuellt än eljest.

De svar, som ingingo på remiss av 1920 års lasarettsstadgekommittés betänkande och berörde förslaget om sjukvårdsplan, delade sig enligt *1926 års lasarettsstadgesakkunniga* tämligen jämnt för och emot detsamma. För egen del ville sistnämnda sakkunniga icke bestrida nyttan av planmässighet överhuvud vid utvidgning av den ifrågavarande sjukvårdande verksamheten. I likhet med flertalet avstyrkande myndigheter ansågo emellertid de sakkunniga det kunna befaras, att landstingen ej utan mycken tveksamhet ville fatta ens principiell ställning till ett så omfattande ärende som en sjukvårdsplan samt att, därest en sjukvårdsplan väl blivit antagen, ändringar i densamma snart skulle visa sig nödvändiga, varigenom dennas praktiska värde skulle bliva skäligen illusoriskt. De sakkunniga funno ock, att behovet av planmässighet kunde tillgodoses på ett väsentligen enklare och i själva verket mera effektivt vis. I enlighet härmed inskränkte sig de sakkunniga till att i sitt förslag till sjukhuslag upptaga en bestämmelse av innehåll, att landstingets förvaltningsutskott, vilket i egenskap av en landstingets sjukhusberedning hade att bl. a. med uppmärksamhet följa sjukhusväsendets behov och utveckling inom landstingsområdet, skulle vid beredande av förslag, som avsåge inrättande av nytt eller ändring av förefintligt sjukhus, vara verksamt för främjande av största möjliga planmässighet i landstingets sjukhusväsende och för sådant ändamål, i den mån omständigheterna det påkallade, söka samarbete med vederbörande statsmyndighet, så ock med sjukhusberedningar utom landstingsområdet.

Ifrågavarande bestämmelse återfinnes, med några smärre redaktionella ändringar, i gällande sjukhuslag (3 §). I detta sammanhang må erinras, att med nämnda lag landstingen och städerna utanför landsting för första gången uttryckligen ålagts att för dem, som hava sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja allmän sjukhusvård, i den mån icke annan drager försorg därom (1 §).

Slutligen må här i korthet beröras de framställningar, som närmast föregingo kommitténs tillsättande.

I skrivelse den 8 juni 1927, nr 318, anhöll riksdagen med anledning av vissa i ämnet väckta motioner, att Kungl. Maj:t ville låta verkställa utred-

ning, huruvida och på vad sätt en utjämning av kostnaderna för den allmänna sjukvården i riket kunde åvägabringas, samt för riksdagen framlägga de förslag, vartill denna utredning kunde giva anledning. I ett över densamma den 6 juli 1927 avgivet utlåtande framlade *medicinalstyrelsen* vissa synpunkter, som i detta sammanhang äro av intresse. Styrelsen framhöll sålunda, att därest en blivande utredning skulle ådagalägga behov av att staten ekonomiskt trädde emellan i och för en ifrågasatt utjämning av sjukvårdskostnaderna, skulle en sådan åtgärd vara ägnad att medföra vissa andra fördelar än rent ekonomiska. Genom en dylik skatteutjämning skulle nämligen, enligt styrelsen, måhända på ett mera enhetligt och för landet i dess helhet fördelaktigt sätt än för närvarande vore möjligt kunna lösas ej mindre frågan om lämpligaste förläggningen av nya sjukvårdsanstalter, i vilket avseende stundom oberättigade lokala hänsyn dittills velat göra sig alltför mycket gällande, än även frågan om inrättande vid något eller några av ett landstingsområdes sjukhus av avdelningar för specialvård. I det sistnämnda hänseendet hade man hållit före, att upprättandet av en hela riket avseende sjukvårdsplan, vilken säkerligen bleve nödvändig för den önskade skatteutjämningens genomförande, skulle vara ägnat att underlätta anordnandet på lämpligt sätt av dylika specialavdelningar.

Även *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* har i en till Kungl. Maj:t ingiven framställning av den 15 juli 1927 behandlat frågan om enhetlig sjukvårdsplan. Centralstyrelsen framhöll däri bland annat, att en splittring i den slutna sjukvårdens ledning blivit en följd av att ansvaret för sjukvårdens ordnande på grund av den dittillsvarande utvecklingen fördelats på så många olika myndigheter — medicinalstyrelsen, arméförvaltningen, undervisningsverken, pensionsstyrelsen, de olika landstingen och de med landstingen likställda städerna. Denna splittring innebure en fara för en rationell utveckling, särskilt beträffande sjukvårdens specialisering. Utan en enhetlig plan för den slutna sjukvårdens organisation och utveckling syntes centralstyrelsen en organisatoriskt sett tillfredsställande utveckling av sjukhusväsendet, enkannerligen dess specialisering, icke kunna tryggas. Genom upprättandet av en sådan plan skulle ock de ekonomiska synpunkterna bäst främjas. En sådan plan borde — efter fastställandet av de sjukvårdskrav, som skulle tillgodoses genom det allmännas försorg — söka mellan stat och kommun fördela sjukvårdsuppgifterna ävensom närmare fastställa den utsträckning, i vilken staten kunde påräknas vara villig att genom sina olika organ, såsom den militära sjukvården samt undervisningsverkens och socialförsäkringens sjukvård, åtaga sig bördan för den slutna kroppssjukvården. Därjämte borde planen upptaga anvisningar om lämpliga former för samarbete mellan kommunerna eller mellan stat och kommun för dess genomförande, särskilt i fråga om inrättandet av specialavdelningar. Framställningen utmynnade i en hemställan om utredning, huru planmässighet skulle kunna uppnås i den utveckling av den slutna kroppssjukvården, som påginge och ytterligare vore att emotse.

Uppfattningarna angående behovet och värdet av en sjukvårdsplan hava, som av det ovan återgivna framgår, varit delade. Ett rent underkännande av dess praktiska betydelse, å ena sidan, och ett betonande av dess nödvändighet för en ändamålsenlig utveckling av vår slutna sjukvård, å andra sidan, beteckna ytterlighetsståndpunkterna. Kommittén finner för sin del den kritiska inställningen emot en sjukvårdsplan befogad, i den mån man åsyftar en *detaljerad* sådan. Såväl läkekonstens snabba utveckling som växlingar i det ekonomiska läget äro faktorer, vilka kunna helt oväntat om ej kullkasta så dock i väsentliga avseenden rubba en dylik plan. Under alla förhållanden bidraga nämnda faktorer till att begränsa en sjukvårdsplans livslängd och tillämpningstid. Tillkomsten av nya industrier, som bereda tidigare glest bebyggda trakter oförutsedda utvecklingsmöjligheter, anläggande av nya kommunikationsleder och tillkomsten av förbättrade samfärdsmedel kunna ock, ehuru i mera begränsad omfattning, föranleda nya synpunkter och krav. Förändringar i den sociala lagstiftningen kunna tillika influera på en sjukvårdsplans utformning. Kommittén.

Dylika skäl synas emellertid kommittén icke vara av beskaffenhet att förtaga värdet av en *allmän* sjukvårdsplan, även om de såsom påminnelse om en sådan plans begränsning icke böra förbises. En väsentlig fördel med en allmän riksplan för den offentliga sjukhusvården ser kommittén däri, att den giver sjukvårdens huvudmän en vidare överblick över de åtgärder, som med hänsyn till läkekonstens förhandenvarande och överskådliga möjligheter äro erforderliga eller önskvärda, och därmed en mera allsidig anvisning om behov resp. organisation av nya sjukvårdsanordningar, än den huvudmännen eljest kunna utan tidsödande och krävande arbete själva förskaffa sig. I administrativt och ekonomiskt hänseende har sjukvårdsplanen till uppgift att dels uppdraga gränser emellan de förpliktelser, som böra åvila den allmänna sjukvårdens olika huvudmän, dels ställa samhällets sociala hjälporgans, främst fattigvårdens samt den sociala försäkringens, prestationer i lämpligt förhållande till den allmänna sjukhusvårdens. Förefintligheten av en allmän riksplan lärer även komma att utgöra ett värdefullt korrektiv emot tillfälliga omkastningar i olika trakters sjukvårdspolitik och ett skydd emot inflytelser, härrörande mera av lokala eller andra tillfälliga hänsyn än av sakligt väl grundade skäl.

I den lämnade överblicken av diskussionen angående allmän sjukvårdsplan har kommittén även belyst de meningsskiftningar, som gjort sig gällande i fråga om lämpligheten av obligatoriska sjukvårdsplaner för de *olika sjukvårdsområdenas* vidkommande. Med kommitténs principiella inställning till en riksplan följer, att kommittén hyser vissa sympatier för införande av en bestämmelse om skyldighet för landstingen och städer utanför landsting att uppgöra sjukvårdsplan för sina resp. områden. De skäl, som anförts häremot, anser kommittén emellertid vara av den betydelse, att kommittén icke är beredd att framställa något förslag till ändring i gällande bestämmelser. Härvid har kommittén även påverkats av att dessa bestämmelser så nyligen

trätt i kraft. Ett ytterligare skäl till denna kommitténs ståndpunkt är, att, såvitt kommittén kan finna, medicinalstyrelsen på grund av sin instruktion har möjlighet tillse, att sjukhuslagens bestämmelser i detta hänseende icke åsidosättas. Beträffande de grenar av sjukvården, till vilka statsbidrag utgår eller föreslås utgå, förutsätter kommittén dock, att för de olika sjukvårdsområdena planer uppgöras och av medicinalstyrelsen godkännas.

I enlighet med sin här ovan återgivna uppfattning och erhållna direktiv har kommittén i det föregående för skilda grenar inom den slutna sjukvården undersökt dessas behov av vårdanordningar och uppdragit allmänna riktlinjer för vårdens tillgodoseende, handhavande och finansiering. För erhållande av en allmän riksplan för den slutna sjukvården återstår sålunda i stort sett endast att under beaktande av nödiga krav på överskådlighet och fullständighet sammanställa de resultat, vartill kommittén i föregående kapitel kommit. *Stommen* i en dylik plan utgöres självfallet av de vårdbehov, som inom sjukvårdens olika grenar aktualiserats av läkekonstens utveckling och andra omständigheter, samt de anordningar, vilka erfordras för att tillgodose dessa behov. Fördelningen av sjukvårdsuppgifterna och kostnaderna för dessa å de olika huvudmännen bilda ett *andra* för en riksplan konstituerande moment. Ett *tredje* omfattar grunderna och formerna för samarbete mellan huvudmännen i syfte att möjliggöra ett mera rationellt utbyggande och utnyttjande av befintliga vårdtillgångar. Beträffande motiveringen för och det närmare utformandet av planen hänvisar kommittén till de särskilda kapitlen.

Förslag till allmän sjukvårdsplan.

A. Vårdbehoven och erforderliga anordningar för deras tillgodoseende.

Det första av riksplanens huvudmoment inrymmer i sig uppgiften att med utgångspunkt från förefintliga vårdtillgångar och vårdbehov söka för de olika sjukvårdsgrenarna uppskatta antalet erforderliga vårdplatser i riket, anvisa lämpliga anstaltstyper för vårdbehovets tillgodoseende samt angiva riktlinjer i övrigt för vårdens utbyggande. Innan kommittén går att redogöra för det huvudsakliga resultat, vartill dess utredningar härutinnan lett, bör måhända erinras, att kommittén vid sin uppskattning av platsbehovet främst tagit sikte på det *nuvarande riksbehovet*, totaliter eller ställt i relation till invånarantalet. Befolkningstillväxten har under rådande nativitetsförhållanden synts kommittén vara en alltför osäker faktor att räkna med och förskjutningen mellan befolkningen i de städer, som bilda egna sjukvårdsområden, och landet i övrigt ännu osäkrare. En ytterligare anledning till nämnda begränsning har varit, att kommittén, på sätt flerstädes framhållits, funnit beräkningar av platsbehovet överhuvud taget vara synnerligen vanskliga.

Lasaretts- och därmed jämförlig vård.

Inom lasarettsvården har kommittén i sin tidigare utredning lyckats åstadkomma en platsberäkning av större praktiskt värde endast för ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar samt barnbördsvården ävensom rheumatiska sjukdomar och psykoneuroser. Sålunda har riksplatsbehovet uppskattats till omkring 470 för ögonsjukdomar, motsvarande 1 plats per 13 000 invånare, och till omkring 1 030 för öron-, näs- och halssjukdomar, motsvarande för de fyra största städerna 1 plats per 4 000 invånare och för riket i övrigt 1 plats per 6 500 invånare. Antalet i en första etapp erforderliga platser för barnsbörd har kommittén beräknat till c:a 1 600, avsett att täcka behovet för 83 % av barnaföderskorna i de fyra största städerna och för 44 % av barnaföderskorna i rikets övriga delar. För de rheumatiska sjukdomarna och psykoneuroserna har kommittén med ledning av vissa från pensionsstyrelsen lämnade uppgifter kommit fram till ett preliminärt riksbehov av c:a 700 resp. 100 *nya* platser. För övriga specialiteter har kommittén i stort sett måst nöja sig med ett konstaterande, att behov av ytterligare platser föreligger. Härvid kan möjligen undantag göras för köns- och hudsjukdomarna, beträffande vilka något ytterligare platsbehov icke kunnat direkt påvisas. Till komplettering av dessa utredningar, vilka närmast avsett lasarettsvårdens olika specialiteter, har kommittén gjort vissa undersökningar i syfte att för lasarettsvården *i dess helhet*, alltså jämväl för odelade lasarett och sjukstugor, vinna en i möjligaste mån tillförlitlig uppskattning av platsbehovet. Kommittén är väl medveten om vanskligheten i dylika beräkningar och att förty resultaten av desamma endast kunna tillmätas ett mycket relativt värde men anser sig dock icke böra vid framläggande av en allmän plan för den slutna sjukvården förbigå desamma.

Uppskattning av platsbehovet.

Till en början vill kommittén i korthet erinra om de ingående utredningar, som föreligga rörande platsbehovet å hithörande sjukhus i Stockholm och Göteborg. Utredningen rörande Stockholms stad, som verkställts av generalfältläkaren Fritz Bauer, innehåller ett flertal tabeller, utvisande platstillgången under förutsättning, att de nybyggnadsplaner, som då förelågo beträffande vissa angivna, Stockholms stad tillhöriga sjukhus, bragtes till utförande samt att Karolinska sjukhuset förverkligades enligt det av 1926 års sjukhuskommission framlagda förslaget. Kommittén har nedan sammanställt uppgifter ur tvenne av dessa tabeller, betecknade tab. III »Disponibla vårdplatser, då sjukhuset S:t Göran utvidgas», avseende år 1930, samt tab. V »Disponibla vårdplatser under förutsättning att det föreslagna Karolinska sjukhuset uppföres», avseende år 1940. I den för Göteborgs stad föreliggande utredningen ingår en av doktor C. O. Forselius uppgjord beräkning av det erforderliga antalet vårdplatser för år 1931. Denna synes kommittén ägnad att jämföras med nämnda uppgifter ur generalfältläkare Bauers utredning. Sammanställningen ter sig sålunda:

	Stockholms stad				Göteborgs stad	
	Disponibla platser år 1930		Disponibla platser år 1940		Disponibla platser år 1931	
	totala antalet	pr 1 000 invånare[1]	totala antalet	pr 1 000 invånare[2]	totala antalet	pr 1 000 invånare[3]
Medicinska sjukdomar	1 143	2·37	1 292	2·4	270	1·1
Kirurgiska »	898	1·86	1 120	2	310	1·27
Ögon »	55	0·1	85	0·16	17	0·07
Öron »	57	0·1	82	0·15	41	0·17
Barn »	273	0·57	283	0·53	225	0·92
Gynekologiska »	100	0·2	176	0·33	—	—
Barnbördsfall	211	0·43	282	0·53	150	0·6
Röntgen	—	—	43	0·08	25	0·1
Hud- och könssjukdomar	—	—	—	—	100	0·41
	2 737	5·6	3 363	6·2[4]	1 138	4·68

Beträffande frågan, huruvida och i vad mån ett förverkligande av då föreliggande nybyggnadsplaner — såväl stadens egna som Karolinska sjukhusets — skulle täcka platsbristerna i Stockholm, gör generalfältläkaren Bauer vissa reservationer vad angår platstillgången för 1930. Han anser sålunda, att en platsbrist knappast är att förvänta under de allra närmaste åren beträffande medicinska och kirurgiska sjukdomar men väl däremot beträffande såväl gynekologiska sjukdomar och barnbördsfall som öronfall. Den för år 1940 beräknade platstillgången i Stockholm anser Bauer med all sannolikhet komma att tagas helt i anspråk. Enligt Bauer skulle alltså för Stockholms stad antalet behövliga vårdplatser för sådana sjukdomar, vilka i allmänhet hänföras till lasarettsvård, kunna för åren 1930 och 1940 uppskattas till något högre än 5·6 resp. 6·2 promille. Enligt doktor Forselius kan motsvarande platsbehov för Göteborg år 1931 uppskattas till 4·27 promille (platsbehovet å hud- och könsavdelningar ej medräknat).

För att få en inblick i de utredningar angående platsbehovet, som kunna ha föregått landstingens under senare år tämligen omfattande byggnadsåtgärder, har kommittén från samtliga landstings förvaltningsutskott anhållit om uppgift, huruvida under 5-årsperioden $^{1}/_{7}$ 1927—$^{30}/_{6}$ 1932 utredning företagits angående behovet av vårdplatser å lasarett och sjukstugor inom resp. landstingsområden, samt, därest så varit fallet, om det resultat, vartill dessa utredningar lett. Av de inkomna svaren att döma hava sådana utredningar verkställts inom Stockholms och Jönköpings läns landstingsområden, Kalmar läns södra,

[1] Folkmängden år 1930 uppskattad till 481 000.
[2] » » 1940 » » 530 000.
[3] » » 1931: 243 317.
[4] I originalet uppgives pro milletalet till 6.

Örebro, Västernorrlands och Jämtlands läns landstingsområden, varjämte utredning pågår inom Gävleborgs läns landstingsområde. Icke heller dessa svar giva emellertid någon ledning för en beräkning av platsbehovet ur rikssynpunkt.

Kommittén har därför med utgångspunkt från beläggningsförhållandena år 1929 sökt göra en uppskattning av det nuvarande platsbehovet för lasarettsvården. Såsom i kap. 2 anförts, får ett lasarett eller en sjukstuga anses vara väl belagd, om antalet vårdade per dag i medeltal uppgår till 90 på 100 vårdplatser, av kommittén betecknat som normal beläggningskapacitet. Med ledning av talen i tabell 2, kol. 23—27, som angiva den faktiska medelbeläggningen under år 1929 vid lasaretten, därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar och sjukstugorna för såväl hela riket som varje sjukvårdsområde, samt talen i samma tabell kol. 2—6, utvisande antalet vårdplatser samma år å dessa anstalter, har kommittén beräknat det antal vårdplatser, som skulle hava varit tillfyllest år 1929 under iakttagande av normal beläggningskapacitet. Resultatet framgår av tabell 81, kol. 2—4, där jämväl överskott (+) eller underskott (—) i förhållande till det verkliga antalet vårdplatser angives i procentuella tal. Kol. 5 utvisar det beräknade erforderliga antalet vårdplatser i förhållande till invånarantalet (per 10 000 invånare).

Med hänsyn till den livliga byggnadsverksamheten inom lasarettsvården under åren 1930—1931 torde emellertid dessa siffror icke kunna direkt tjäna som underlag för bedömandet av det nuvarande platsbehovet. Härtill kommer, att folkmängden i landstingsområdena i det stora hela icke ökat i någon avsevärd grad men väl på en del håll sjunkit. Platstillgången i riket har därför såväl absolut som relativt blivit större. För att om möjligt få en riktigare bild av nuvarande läge har kommittén därför med tillhjälp av talen i tabell 81, kol. 5, beräknat det antal vårdplatser, som med hänsyn till förändringarna i folkmängden erfordrades vid utgången av år 1931. Resultatet därav framgår av tabell 81, kol. 6. Jämför man detta resultat vad angår Stockholm och Göteborg med Bauers och Forselius ovannämnda beräkningar, visa sig uppskattningarna stämma ganska väl. Enligt kommitténs uppskattning skulle sålunda det totala platsbehovet för år 1931 ha utgjort för Stockholm 3 317 platser, vari dock ingå platser för hud- och könssjukdomar, vid 1931 års utgång angivna till 354, och för Göteborg 1 135, likaledes inkluderande platser för sistnämnda sjukdomar (100). Kommitténs promillesiffror äro för Stockholm 6·45 och för Göteborg 4·58.

Från talet i kol. 6 har kommittén härefter dragit det verkliga antalet vårdplatser vid 1931 års utgång (kol. 7) och därvid erhållit det procentuella överskott eller underskott, som kol. 8—9 angiva. Utgår man från det område, som utvisar det högsta procentuella överskottet, blir ordningsföljden dem emellan i enlighet med nedanstående tablå, där till jämförelse även folkmängdstätheten och medelvårdtiden för år 1929 angives:

Sjukvårdsområde	Proc. överskott eller underskott	Invånare per km² den 31/12 1929	Medelvårdtid år 1929, dagar
Örebro läns landstingsområde	+ 27·3	26	20
Skaraborgs » »	[1] + 23·6	30	20
Göteborgs och Bohus » »	+ 21·4	44	27
Älvsborgs » »	+ 16·2	27	23
Malmöhus » med Hälsingborg	+ 11·6	81	23
Göteborgs stad	+ 7·6	—	24
Stockholms läns landstingsområde	+ 7·4	36	22
Stockholms stad	[1, 2] + 6·5	—	[4] 26
Malmö »	+ 5·1	—	23
Hela riket	+ 2·4	[3] 12·7	24
Östergötlands läns landstingsområde	[1] + 1·4	25	27
Uppsala » »	+ 1·0	27	22
Kronobergs » »	± 0	18	22
Södermanlands » »	— 0·2	30	21
Kristianstads » »	— 0·4	39	23
Jönköpings » »	[1] — 1·2	22	19
Gävleborgs » med Gävle	— 1·4	15	25
Värmlands läns landstingsområde	— 2·6	15	23
Norrköpings stad	— 3·1	—	23
Jämtlands[5] läns landstingsområde	— 4·7	2·8	21
Västmanlands » »	— 4·8	25	25
Västerbottens » »	— 6·5	3·6	21
Hallands[5] » »	— 7·9	32	22
Blekinge » »	— 8·6	50	21
Gotlands[5] » »	— 9·7	18	[6] 29
Västernorrlands[5] » »	[1] —11·1	11	26
Kalmar läns norra landstingsområde[5]	—17·0	16	22
Kopparbergs läns »	—18·7	9	24
Kalmar läns södra[5] »	—19·4	26	22
Norrbottens läns »	[1] —27·0	2·0	21

Något klart sammanhang mellan vårdplatsernas tillräcklighet eller otillräcklighet och folkmängdstätheten kan icke utläsas av sammanställningen. Detsamma gäller förhållandet mellan vårdplatsernas antal och medelvårdtiden. Man skulle möjligen kunna ha anledning förvänta en kortare medelvårdtid

[1] Hänsyn har här icke tagits till vård av civila patienter å militärsjukhus inom sjukvårdsområdet.
[2] Inberäknat sjukhuset S:t Eriks 1 009 vårdplatser, vilka till avsevärd del äro belagda med vårdhemsfall (år 1929 omkr. 1/3).
[3] Frånräknat Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping.
[4] Sjukhuset S:t Erik ej medräknat.
[5] Vissa utvidgningar redan genomförda eller beslutade (se nedan i texten).
[6] Medelvårdtiden år 1931 nedbragt till 25·6.

för de områden, som redovisa platsbrist, än för övriga, men sammanställningen kan knappast sägas bestyrka en dylik förväntan.

Såvitt man kan utläsa av ovanstående sammanställning skulle emellertid följande sjukvårdsområden närmast vara i behov av ökad tillgång till vårdplatser å lasarett och sjukstugor, nämligen i första hand Norrbottens, Kopparbergs samt Kalmar läns norra och södra landstingsområden, därnäst Västernorrlands, Gotlands, Blekinge, Hallands, Västerbottens, Västmanlands och Jämtlands läns landstingsområden. För Kalmar läns landstingsområden ha emellertid åtgärder redan vidtagits i syfte att öka platstillgången, i det att länets södra landsting år 1931 beslutat att öka antalet platser å lasarett och sjukstugor från 299 till 435, av vilka en del äro avsedda för norra landstingsområdet. Detsamma är förhållandet med Västernorrlands, Gotlands, Hallands och Jämtlands läns landstingsområden. Västernorrlands läns landsting har sålunda beslutat i princip godkänna ett förslag till sjukvårdens ordnande i länet för tiden 1932—1941, enligt vilket lasaretten i Sundsvall och Örnsköldsvik skulle utbyggas med tillhopa omkring 230 platser. Gotlands läns landsting har år 1933 beslutat utökning av platsantalet å Visby lasarett från 92 till c:a 120. I Hallands län har landstinget år 1932 fattat principbeslut om uppdelning av lasarettet i Halmstad i en kirurgisk, en medicinsk och en barnbördsavdelning, varvid lasarettets platsantal skulle komma att ökas från 157 till 213. Genom utvidgning av lasarettet i Varberg skulle platsantalet därstädes ock ökas med 21 platser. Från Jämtlands läns landstingsexpedition slutligen har upplysts, att platsantalet vid länslasarettet i Östersund i juli 1932 uppgick till 259, vilket, då platsantalet vid utgången av år 1931 redovisats med 172, skulle betyda en ökning av 87 platser. Beträffande övriga, här ej nämnda sjukvårdsområden, för vilka platsbrist redovisats, har Norrköpings stad beslutat utredning angående utvidgning av sitt lasarett. — Det är väl känt, att inom vissa områden på överskottssidan, särskilt Stockholm och Göteborg, platsbehovet synts så trängande, att stora nybyggnadsförslag utarbetats.

Kommitténs här framlagda beräkningar kunna av ovan antydda skäl endast betraktas som ett försök att i stora drag lämna en orientering beträffande behovet av vårdplatser inom lasarettsvården. De erhållna procenttalens värde för bedömandet av frågan, i vad mån ett utbyggande av hithörande vård i en del sjukvårdsområden må anses vara av behovet påkallat, minskas i viss mån redan därav, att beläggningen med utomlänspatienter varierar i olika sjukvårdsområden, om ock detta förhållande för det stora flertalet landstingsområden icke har någon större betydelse.[1] Vanskligheten av kommitténs beräkningar framträder emellertid klart, om man undersöker beläggningen av de år 1931 befintliga vårdplatserna å lasaretten och sjukstugorna. Kommittén har låtit göra en sådan undersökning för samtliga landstingsområden med undantag av Uppsala, Jönköpings och Malmöhus läns landstingsområden ävensom med un-

[1] Bortsett från Serafimerlasarettet, de fyra största städernas sjukhus ävensom sjukhusen i Uppsala län och Malmöhus läns landstingsområde (med Hälsingborgs stad), som inkludera de kliniska sjukhusen i Uppsala och Lund, uppgick nämnda beläggning år 1929 i genomsnitt till blott 2·83 %, med ett maximum av 4·85 % och ett minimum av 1·34 %.

dantag för sjukstugorna inom Västerbottens och Norrbottens län, där en undersökning försvåras av tuberkulosavdelningarnas inverkan. Det erhållna resultatet, som framgår av tabell 82, ger bland annat vid handen, att med undantag för Göteborgs och Bohus läns landstingsområde samtliga de landstingsområden, i vilka platsbrist beräknats ej föreligga och beträffande vilka undersökning av sistnämnda art verkställts, under år 1931 haft sina platser överbelagda, om man utgår från en normal beläggning av i medeltal 90 vårdade per dag på 100 vårdplatser. Detta gäller vare sig man fäster avseende vid enbart lasarettsplatserna eller med dessa sammanför platserna å de med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningarna samt sjukstugorna.

Ungefär motsvarande resultat erhålles, om man undersöker väntetidens längd nämnda år vid de delade lasarettens medicinska avdelningar, de enda avdelningar, för vilka statistik i sådant hänseende genomgående föres. I tabell 82, kol. 6, har kommittén beträffande där upptagna sjukvårdsområden angivit medelväntetiden för de tre första månaderna på året, då beläggningen å de medicinska avdelningarna plägar vara störst. Enligt tabellen utvisa samtliga upptagna områden, för vilka platsbrist beräknats ej föreligga och där medicinsk avdelning var inrättad vid 1931 års ingång, en väntetid vid dessa avdelningar från 4·2—19·0 dagar. Givetvis försvagas beviskraften hos dessa siffror i förevarande sammanhang, enär de icke avse lasaretten i dess helhet, men sedda i samband med nyss åberopade beläggningssiffror borde de dock få tillmätas ett visst värde. Så tillvida synas emellertid anförda siffror angående beläggning och väntetid bestyrka kommitténs beräkningar, att överbeläggningen resp. medelväntetiden i allmänhet är väsentligt större för de områden, som utvisa platsbrist, än för de områden, där platsöverskott beräknats föreligga. Överhuvud taget kan sägas gälla, att medan sammanställningens minussiffror tämligen riktigt återspegla resp. områdens platsbehov, samverka åtskilliga faktorer till att förrycka värdet av sammanställningens plussiffror.

Vårdplatsbehovets tillgodoseende.

Med den betydelse, specialiseringen inom läkekonsten visat sig äga för en ändamålsenlig sjukvård, torde enligt kommitténs förmenande det krav på nya vårdplatser inom lasarettsvården, som nu förefinnes eller framdeles kan göra sig gällande, i första hand betingas av specialvårdens utvidgning. Följaktligen lär fordran på nya specialavdelningar bliva dominerande vid frågan om platsbehovets tillgodoseende. Härmed är ingalunda sagt, att platsbehovet kan eller bör fyllas enbart på denna väg. Frånsett de städer, som utgöra egna sjukvårdsområden, torde knappast inom någon specialitet vården kunna helt koncentreras till specialavdelningar. Något behov härav torde icke heller föreligga, enär en del till olika specialiteter hörande sjukdomsfall äro av den beskaffenhet, att de böra kunna tillfredsställande behandlas på odelat lasarett eller sjukstuga.

Vårdplatsbehovets tillgodoseende är ett spörsmål, som icke får ses som en enstaka vårdanstalts eller ett visst anstaltsområdes angelägenhet. Det måste främst betraktas såsom ett *hela sjukvårdsområdet* gällande spörsmål, vilket först genom ett noggrant avvägande av den specialiserade och den icke specialiserade vårdens uppgifter och förhållande till varandra kan få en tillfredsstäl-

lande lösning. Därjämte måste hänsyn tagas till angränsande sjukvårdsområdens vårdproblem och det samarbete med andra huvudmän, som kan befinnas lämpligt.

I vad ifrågavarande spörsmål avser erforderliga slag och typer av anstalter har detsamma av kommittén besvarats i kap. 3. De riktlinjer härutinnan, kommittén uppdragit, innebära i stort sett intet nytt. Utredningen har fastmera lett till råd och anvisningar vid utbyggande av sjukhusvården i huvudsak på grundval av de sjukhustyper, som tidigare prövats vid de kliniska sjukhusen och storstädernas sjukvårdsinrättningar. Kommittén föreslår egentligen endast ett nytt slag av specialavdelning vid lasarett, nämligen för neurokirurgi. Därjämte föreslår kommittén vidgat samarbete mellan olika huvudmän för specialvårdens, främst ögonsjukvårdens, utbyggande och utnyttjande. Till grunderna och formerna härför återkommer kommittén nedan under avsnitt C.

Kommitténs förslag i förevarande del av riksplanen kan i korthet sammanfattas sålunda:

Kommittén ansluter sig till det s. k. centrallasarettssystemet, avseende inrättande såvitt möjligt av ett centrallasarett i varje sjukvårdsområde. Centrallasarettets uppgift är att med undantag för vissa specialiteter, vilka allt fortfarande böra vara förlagda till särskilda »specialsjukhus», lämna den specialvård, som läkekonsten är i stånd att skänka. Ett centrallasarett bör sålunda, i den mån så ej redan skett samt sjukvårdsområdet utgör tillräckligt underlag härför, efter hand uppdelas i erforderliga specialavdelningar. En fördelning av specialavdelningarna på skilda lasarett inom ett och samma sjukvårdsområde är, såvitt ej flera centrallasarett erfordras, oekonomisk och ur sjukvårdssynpunkt förkastlig.

De medicinska och kirurgiska avdelningarna böra jämte en röntgenavdelning bilda kärnan i ett centrallasarett. Till dessa avdelningar böra, såvitt för närvarande kan bedömas, vid varje centrallasarett efter hand anslutas specialavdelning för öron-, näs- och halssjukdomar, barnbördsvård och kvinnosjukdomar, barnsjukdomar samt i regel även för ögonsjukdomar. Inom lasarettsvården i dess helhet böra tillika finnas specialavdelningar för hud- och könssjukdomar, rheumatiska sjukdomar samt för neurokirurgi. Dessa avdelningar böra dessutom kompletteras med fristående anstalter, eventuellt avdelningar vid lasarett, för psykoneuroser. Varje avdelning bör som regel förestås av egen läkare med lasarettsläkares ställning. Ordningsföljden specialavdelningarna emellan torde, där de icke kunna samtidigt tillgodoses, få bliva beroende av de lokala förhållandena.

Kommittén finner i detta sammanhang angeläget betona, att socialhygieniska skäl påkalla ett snart utbyggande av barnbördsvården. Vid lasarett inrättad avdelning för barnsbörd bör vara till storleken avpassad efter det område, för vilket lasarettet närmast är avsett. Erfordras härvid en avdelning om c:a 25 platser, bör för densamma anställas en särskild specialutbildad läkare såsom självständig lasarettsläkare, och bör denne beredas möjlighet att behandla även kvinnosjukdomar. I de län, där sjukstugor finnas, framför allt i ödemarksområdena, böra vid sjukstugorna inredas sär-

skilda rum för barnsbörd i den utsträckning, som erfordras för tillgodoseende av den närmaste traktens behov. Synas ifrågavarande åtgärder icke vara tillfyllest, böra förlossningshem samt i avlägsna och ensliga bygder även förlossningsrum hos barnmorska inrättas. Kommittén utgår dock ifrån, att barnbördsvården bygges ut från centrum till periferien och att sistnämnda anordning behöver komma till användning endast i ett fåtal sjukvårdsområden. Kommittén vill tillika framhålla, att socialhygienen, i vad den avser barnavård, gör tillkomsten av specialavdelningar även för barnsjukdomar i hög grad önskvärd. Det förestående organisationsarbetet inom barnavården kommer sannolikt att skjuta inrättandet av dylika avdelningar i förgrunden.

Behovet av specialvård för hud- och könssjukdomar torde tillsvidare kunna täckas med de nu befintliga specialavdelningarna vid sjukhusen S:t Göran och Eira i Stockholm, Holtermanska sjukhuset i Göteborg samt Malmö allmänna sjukhus.

Den specialiserade rheumatiker- och psykoneurosvård, som för närvarande bedrives för pensionsstyrelsens räkning, bör helt införlivas med den allmänna sjukvården och göras tillgänglig för allmänheten i samma utsträckning som annan specialvård. Rheumatikervården bör liksom hittills i möjligaste mån anslutas såsom avdelningar till vissa lämpligt belägna centrallasarett. Psykoneurosvården åter bör, åtminstone tills vidare erfarenhet vunnits, i huvudsak vara förlagd till fristående anstalter, dock att vid ett eventuellt utbyggande av vården en närmare anknytning till lasaretten är önskvärd. Vidare förordar kommittén en specialavdelning för neurokirurgi, förlagd till Serafimerlasarettet i Stockholm, ävensom en koncentrering av behandlingen för kluven gom till de kirurgiska avdelningarna vid kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn i Stockholm och Göteborgs barnsjukhus. Att inrätta särskilda vårdavdelningar för extremitetskirurgi samt tand- och käkkirurgi synes kommittén däremot icke för närvarande behövligt eller lämpligt. För tillgodoseende av erforderlig specialbehandling av kliniska tand- och käkkirurgiska fall torde i stället vid ett fåtal större sjukhus fast samarbete med kompetent tandläkare böra anordnas.

Vad härefter angår den radiologiska vården anser kommittén, att vid varje lasarett och sjukstuga bör finnas ett efter resp. anstalters behov och uppgifter anpassat röntgeninstrumentarium. Vid lasarett av den ringa storlek, att särskild radiolog icke lämpligen kan anställas, bör detta vara avsett enbart för diagnostiska ändamål (s. k. röntgenlaboratorium). Vid lasarett med särskild radiolog åter bör inrättas en röntgenavdelning, utrustad för såväl diagnostik som behandling. Endast de tre radiologiska centralanstalterna, i Stockholm för närvarande förlagd till Radiumhemmet och sedermera avsedd att anknytas till det blivande Karolinska sjukhuset, i Göteborg vid Sahlgrenska sjukhuset samt i Lund vid lasarettet, böra enligt kommitténs plan förses med ett radiumförråd, som är tillräckligt för allsidig svulstbehandling. Skulle dessa tre anstalter icke visa sig tillräckliga, bör en liknande radiologisk centralanstalt inrättas i Norrland (förslagsvis i Sundsvall eller Umeå). Kommittén ansluter sig alltså i detta hänseende helt till det program, styrelsen för Konung Gustaf

V:s jubileumsfond framlagt. — Behovet av samarbete med patologisk sakkunskap torde tillsvidare kunna tillgodoses genom nuvarande anordningar.

Den lasarettsvård, som icke är av beskaffenhet att böra meddelas vid centrallasarett, bör enligt kommitténs mening allt fortfarande utövas på odelade lasarett och sjukstugor. Den förra typen är ur *kirurgisk* synpunkt praktiskt taget likvärdig med ett delat lasarett, ehuru erforderlig specialvård icke alltid kan där tillgodoses. Då de odelade lasaretten därjämte visat sig vara dyrare i drift än sjukstugor och ej nämnvärt billigare än delade lasarett, bör vid behov av nyanläggningar på detta område noga tagas under övervägande, vilken typ av sjukvårdsinrättning som bör väljas. Härvid må beaktas, att en sjukstugas främsta uppgift är — förutom s. k. poliklinisk vård — att mottaga sjuka, som väl äro i behov av sjukhusvård men icke av sådan vård, som kräver ett lasaretts resurser. Sjukstuga bör därför icke utrustas såsom ett lasarett eller drivas som ett sådant. Sjukstugor lämpa sig företrädesvis för mindre orter på längre avstånd från lasarett och göra där, rätt ledda, en beaktansvärd insats i sjukhusvården. Det må ock framhållas, att enär de odelade lasaretten böra betraktas som komplement till de delade lasaretten, de icke böra anläggas så stora eller utbyggas till ett sådant omfång, att de hindra tillkomsten och utvecklingen av centrallasaretten. De böra ständigt vara begränsade till att täcka ett mera lokalt sjukvårdsbehov. Kommittén vill understryka betydelsen av att huvudmännen vid förestående utbyggningar av lasarettssjukvården noga beakta dessa synpunkter. Ett iakttagande av ifrågavarande anstaltstypers begränsning ur sjukvårdssynpunkt är nämligen en nödvändig förutsättning för att en sjukvårdsorganisation skall kunna fylla kraven på en tidsenlig sjukhusvård under samtidigt tillvaratagande av ekonomiska intressen.

Specialsjukhusen.

För tillgodoseende av den specialvård, som icke bör förläggas uteslutande till lasarett och därmed jämförliga sjukhus, räknar kommittén såsom hittills med olika slag av specialsjukhus, vilka vart för sig representera endast en specialitet. Hit höra i första hand vårdanstalter för lungtuberkulösa och epidemiskt sjuka. Till en särskild grupp kunna lämpligen hänföras sådana, som avse att lämna en för stark centralisering ägnad specialvård eller specialbehandling, nämligen anstalter för kirurgisk tuberkulos, för vanföra, för barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis samt för spetälskesjuka.

På *lungtuberkulosens* område förordar kommittén dels fullt kvalificerade platser för vård av de akuta och mera komplicerade fallen (sanatorier, A-platser), dels enklare anstalter för vård av övriga fall, inklusive konvalescenter (tuberkulossjukstugor eller bygdesanatorier, B-platser). För barn böra särskilda anstalter eller avdelningar anordnas. I likhet med tidigare i ämnet verkställda utredningar har kommittén sökt finna en lämplig relation mellan tuberkulosdödligheten och platsbehovet. På grund av tuberkulosens olika spridning i landet har någon enhetlig siffra för hela riket ej kunnat erhållas. Platsbehovet i de sex från landstingen fristående städerna är jämnast och synes i det närmaste vara tillgodosett med c:a 150 vårdplatser, varav drygt 100 A-platser, mot 100 dödsfall. Landstingsområdenas platsbehov är mera varierande. Såvitt kommitténs undersökningar giva vid handen, torde emellertid en platstill-

gång av 100 platser mot 100 dödsfall i stort sett kunna antagas fylla platsbehovet för flertalet sjukvårdsområden i mellersta och södra Sverige, Blekinge samt Göteborgs och Bohus län undantagna. De nordligare länen förete ett avsevärt högre platsbehov, som med ledning av ingående utredningar kan approximativt uppskattas till c:a 220 platser för Norrbottens län och c:a 150 platser för övriga län, allt per 100 dödsfall. Behovet av A-platser för vuxna torde, sedan de planerade sanatorierna i Uppsala och Hälsingborg uppförts, få anses i det närmaste fyllt för riket i dess helhet. I de sjukvårdsområden, där även efter nyssnämnda sanatoriers uppförande A-platser helt eller delvis komma att saknas, framför allt Gotland och de norrländska länen, bör behovet i första hand tillgodoses genom organiserat utnyttjande av förefintliga överloppsplatser å läns- och folksanatorierna, försöksvis kompletterat med resebidrag för ambulatoriskt fortsatt pneumothoraxbehandling. Behov av A-platser för barn ävensom B-platser synes föreligga i flertalet sjukvårdsområden. Med hänsyn till framför allt den starka nedgången av tuberkulosdödligheten under senare år anser kommittén nödvändigt, att ytterligare utredningar angående behovet av dylika platser verkställas inom de olika sjukvårdsområdena, innan nybyggnader planeras och utföras. För utvinnande av högsta möjliga vårdkapacitet hos såväl A- som B-platser förordar kommittén en intim samverkan mellan ifrågavarande anstaltstyper.

På *epidemisjukvårdens* område förordar kommittén en begränsning av antalet permanenta eller stadigvarande vårdplatser, avsett att motsvara det s. a. s. ordinarie platsbehovet. Att döma av beläggningsförhållandena under tioårsperioden 1921—1930 torde den permanenta beredskapen kunna anses nöjaktigt tillgodosedd, om antalet vårdplatser sättes till omkring 10 % över medeltalet för det under senaste tioårsperioden högsta antalet vårdade. Omfattningen av ifrågavarande beredskap måste dock prövas närmare för varje epidemidistrikt. Där de geografiska förhållandena och befolkningstätheten så medgiva, bör hithörande vård koncentreras till större sjukhus. Befintliga epidemisjukhus, som icke erfordras för det »ordinarie» epidemivårdsbehovets tillgodoseende, böra förläggas i reserv, eventuellt upplåtas för annat ändamål. Periodisk upplåtelse för annat ändamål — med skyldighet för vederbörande att vid behov återställa sjukhuset för dess ursprungliga ändamål — bör förutsätta en hela distriktet omfattande, av medicinalstyrelsen godkänd plan för epidemivården. Bestående upplåtelse för annat ändamål får ej ifrågakomma förrän ingående kännedom vunnits om det »ordinarie» platsbehovet.

Andra infektiösa sjukdomsfall än de i epidemilagens 2 § upptagna böra, då de sjukas vård så kräver samt platstillgången och isoleringsmöjligheterna det medgiva, kunna intagas på epidemisjukhus även under andra förhållanden än dem, som avses i epidemilagens 13 och 25 §§. I första hand gäller detta fall av mässling, kikhosta och influensa, men även fall av rosfeber, elakartad halsfluss, svårare infektioner i luftvägarna, variga inflammationer i underhudsbindväv och bensystem o. d. böra härvid kunna komma i fråga. För detta ändamål synas främst vid lasarett belägna epidemisjukhus böra komma till användning.

Av synnerlig vikt är slutligen, att en noggrann plan uppgöres för tillgodoseende av det platsbehov, som ej bör eller kan täckas med den permanenta platstillgången. I denna plan bör ingå, förutom anskaffande av erforderliga lokaler, dessas utrustande med sängar och sängkläder, instrument och andra sjukvårdsartiklar, kokkärl, servis m. m. Ifrågavarande platser böra i första hand användas för vård av konvalescenter och därför helst förläggas i närheten av de permanenta epidemisjukhusen. Behovet av dylika tillfälliga platser är givetvis beroende på antalet permanenta platser. Kommittén anser emellertid den av 1909 års hälsovårdsstadgekommitté gjorda uppskattningen av antalet erforderliga tillfälliga vårdplatser, beräknad till 50 % av den permanenta beredskapen för städer i allmänhet och till 25 % för landsbygden, vara tillräcklig, enär den bereder epidemidistrikten rådrum för anskaffande av ytterligare platser, om sådana skulle visa sig erforderliga.

Även på den *kirurgiska tuberkulosvårdens* område räknar kommittén med olika anstaltstyper för vårdbehovets tillgodoseende. De högst kvalificerade platserna, A-platserna, böra främst avses för fall av ben- och ledtuberkulos samt svårare fall av körteltuberkulos. I den mån dessa fall övergå i konvalescentstadium, böra de överflyttas till särskilda konvalescenthem eller avdelningar, anordnade i anslutning till och drivna i samverkan med A-anstalterna. Övriga fall, närmast lindrigare former av körteltuberkulos, böra, i den mån de ej kunna återvinna hälsan å av dispensärer eller enskilda anordnade sommarhem, vårdas å länsvis inrättade, hela året runt öppna s. k. skrofuloshem. Riksbehovet av ytterligare A-platser har kommittén uppskattat till c:a 300 platser. På grund av tuberkulosens tillbakagång under senare år anser sig kommittén dock böra inskränka sig till att föreslå inrättande av en anstalt om 150 platser, förlagd till någon därför lämpad norrländsk stad. Behovet av konvalescentplatser lär, såvitt nuvarande erfarenhet giver vid handen, kunna täckas genom en utbyggnad motsvarande 10 % av A-platstillgången. Behovet av skrofuloshemsplatser slutligen synes åtminstone preliminärt kunna tillgodoses genom en utbyggnad motsvarande 10 % av tuberkulosdödligheten. Slutligen föreslår kommittén vissa alternativa system för att underlätta ett rationellt utnyttjande av lediga A-platser.

Vårdplatsbehovet för *vanföra* har vad angår platser för ortopedisk vård befunnits vara i det närmaste fyllt. Detsamma gäller platsbehovet å skol- och uppfostringshem. Däremot synes kommittén behov av ökade vårdplatser på yrkesskola föreligga. Med hänsyn till den avsevärt ökade platstillgång för vanföras utbildning, som under senare år tillkommit och ytterligare väntas uppkomma genom uppförande av den beslutade nya vanföreanstalten i Stockholm, anser kommittén emellertid, att frågan om ytterligare ökning av platser å yrkesskola icke bör slutligen prövas förrän vidare erfarenhet i förevarande avseende vunnits. Enligt kommitténs uppfattning bör man ock söka minska efterfrågan på hithörande platser genom en av det allmänna främjad utveckling av den utomanstaltliga yrkesutbildning, som pensionsstyrelsen påbörjat. Vidare bör man genom inrättande av särskilda asylhem i anslutning till de egentliga vanföreanstalterna kunna i någon mån avlasta nuvarande yrkesskolor

och samtidigt på ett mera effektivt sätt tillgodose vården och sysselsättningen av ett klientel, som hittills måst i viss utsträckning stå tillbaka för de mera arbetsdugliga vanföra. Skulle likväl ett avsevärt behov av yrkesskoleplatser kvarstå eller framdeles ytterligare behov av sådana eller andra platser för vanföra uppkomma, bör inrättande av en ny anstalt å lämplig ort tagas under övervägande. Enär den ortopediska vården enligt kommitténs mening bör i allt väsentligt vara förlagd till vanföreanstalterna, anser kommittén för sin del icke tillrådligt, att ett eventuellt behov av nya platser för denna vård tillgodoses genom inrättande av en ortopedisk avdelning vid något lasarett med mindre än att den kirurgiska avdelningen därstädes uppnått en sådan storlek, att en uppdelning av densamma är ur arbetsfördelningssynpunkt påkallad.

Beträffande vården av *barn med medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis* utvisar kommitténs utredning en viss platsbrist för riket i dess helhet. Enligt kommitténs uppfattning torde emellertid behovet av ytterligare platser icke vara större än att det utan svårighet kan tillgodoses successivt, alltefter som det starkare framträder. Vården kan därför tillsvidare lämpligen byggas på de nuvarande anstalterna, varvid kommittén dock utgår ifrån, att en modernisering och utbyggnad av Malmöanstalten snarast kommer till stånd. För vinnande av lämplig fördelning av patientmaterialet förordar kommittén viss rayonindelning mellan anstalterna.

I fråga om *spetälskevården* har kommittén konstaterat ett rätt avsevärt platsöverskott samt för vinnande av en mera rationell drift till övervägande förordat en förflyttning av vården till ett i närheten av nuvarande spetälskesjukhus beläget, för ändamålet mera lämpat epidemisjukhus. — På *lupusvårdens* område slutligen föreslår kommittén inga organisatoriska förändringar.

Kompletterande anstalter och anordningar.

En ändamålsenlig utveckling av den slutna sjukvården förutsätter — jämsides med mer eller mindre behandlingsbetonade anstalter — tillräckliga möjligheter att överflytta en sjuk från dylika anstalter till enklare och billigare, mera vårdhemsbetonade anstalter, när hans tillstånd det medgiver. I detta hänseende har kommittén redan ovan föreslagit vissa åtgärder på tuberkulos- och vanförevårdens områden. Härutöver föreslår kommittén inrättande i större utsträckning än hittills av å ena sidan hem för kroniskt sjuka och å andra sidan konvalescenthem.

Hemmen för kroniskt sjuka ha ett dubbelt syftemål. De avse dels att möjliggöra en överflyttning från de egna hemmen eller ålderdomshemmen av sådana obotligt eller svårbotligt sjuka, som äro i behov av sjukhusvård och icke kunna få erforderlig omvårdnad utanför sjukvårdsanstalt, dels att underlätta utskrivning av kroniska sjukdomsfall från lasaretten och specialsjukhusen. Kommittén finner angeläget, att särskilt sistnämnda synpunkt vinner större beaktande än hittills. Hemmen böra ordnas så, att de kunna bjuda de sjuka den medicinska vård och behandling, som för lindrandet av deras sjukdomar är erforderlig. Ur nu anförda synpunkter äro uppenbarligen i anslutning till lasarett inrättade hem att obetingat föredraga framför dem, som

inrättas vid ålderdomshem eller göras helt fristående. I de landstingsområden, där ifrågavarande vårdform för närvarande huvudsakligen utövas på mindre primärkommunala anstalter, böra hem för mera krävande fall inrättas i anslutning till åtminstone ett av landstingsområdets lasarett. Med utgångspunkt från beläggningsförhållandena å de statsunderstödda hemmen för kroniskt sjuka har kommittén funnit det medgivna kvottalet av 1 plats per 2 000 invånare icke giva för stort antal vårdplatser för städerna utanför landsting. I landstingsområdena är den slutna vården av kroniskt sjuka alltför litet utbyggd, sedd i förhållande till det medgivna kvottalet 1: 1000, för att ens någon tillnärmelsevis säker slutsats skall kunna dragas av beläggningstalen. Kommittén inskränker sig därför till att för de fem landstingsområden, där vid utgången av år 1931 antalet statsunderstödda vårdplatser i procent av högsta möjliga statsbidragsberättigade antalet var störst, nämligen Kalmar läns norra landstingsområde, Göteborgs och Bohus, Uppsala, Östergötlands och Blekinge läns landstingsområden, angiva resp. medeltal vårdade per dag i procent av antalet ordinarie vårdplatser. Dessa medeltal voro 56, 85, 95, 93 och 80 och utvisa således, att, frånsett förstnämnda område, hemmen varit väl belagda.

Konvalescenthemmen förtjäna ävenledes större uppmärksamhet av det allmänna än den, som hittills ägnats dem. Försiktighet anbefalles emellertid, så att icke vården sväller ut över de gränser, som både i det allmännas och i klientelets intresse böra upprätthållas. Kommittén, som ovan anbefallt särskilda åtgärder för konvalescenter, lidande av tuberkulos, förordar därför, att man för vård av andra konvalescenter till en början ansluter enkelt anordnade och utrustade konvalescenthem till större lasarett. Därmed har kommittén icke avvisat en av det allmänna stödd enskild verksamhet på detta område men dock velat erinra om de olägenheter och missförhållanden, som en lösligt organiserad och bristfälligt övervakad konvalescentvård kan medföra.

För en rationell ordning inom sjukvården krävas härjämte åtgärder för att underlätta utskrivning från sjukhus, då sjukhusvård ej längre synes erforderlig. Ett förbättrat *samarbete mellan den slutna och den öppna sjukvården* är härvid en viktig betingelse. I sådant syfte förordar kommittén *dels* främjande av mottagningar för öppen vård vid lasarett och sjukstugor, särskilt för de kirurgiska specialiteterna, samt utnyttjande av de medicinska avdelningarnas laboratorier till gagn för den öppna sjukvården, *dels* anordnande av s. k. hemsjukvård, *dels ock* vissa åtgärder för underlättande av sockersjukas med fleras behandling utanför sjukhus. Tillika förordar kommittén en utveckling av *kuratorsverksamheten* vid våra sjukhus.

I rent förebyggande syfte föreslår kommittén ock en utökning av *dispensärverksamheten* på tuberkulosens område. I enahanda syfte förordar kommittén beträffande psykoneuroserna en försöksverksamhet med öppna mottagningar, en form av dispensärvård.

Kommittén vill till sist framhålla, att enär kommittén endast beträffande vissa vårdgrenar av numerärt underordnad betydelse ansett sig kunna lämna några mera bestämda anvisningar beträffande platsbehovet, det givetvis är

angeläget att resp. huvudmän vid förestående utvidgningar av sjukhusvården — på vilket område det vara må — låta sina beslut i ämnet föregås av en omsorgsfull utredning angående platsbehovet och bästa sättet att fylla detsamma under en viss tidsperiod. Kommittén tänker härvid icke endast på vad som med hänsyn till en ändamålsenlig planläggning av särskilda sjukvårdsanstalter bör åtgöras utan ej mindre på vikten av att det lämpligaste sättet för tillgodoseende av ett inom sjukvårdsområdet växande platsbehov, antingen vid områdets redan befintliga sjukvårdsinrättningar eller genom nya sjukvårdsanstalter, nöjaktigt klarlägges. I detta hänseende har som nämnts tidigare mycket brustit.

B. Huvudmannaskap och finansiering.

Allmänna principer.

Till grund för sina förslag i denna del av sjukvårdsplanen har kommittén uppdragit följande allmänna riktlinjer och principer:

Landstingen böra handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen ordnas länsvis eller genom ett samarbete mellan angränsande län. Bidrag från landstingen böra icke ifrågakomma, där icke landstingets organisatoriska medverkan är för handen. Motsvarande gäller *icke-landstingsstäder.*

Staten bör handhava och bekosta eller ock kraftigt understödja den vård, som kräver anstalter, avsedda för hela riket eller ett flertal sjukvårdsområden, ävensom annan vård, i den mån icke administrativa synpunkter eller sparsamhetsskäl nödvändiggöra, att anstalterna handhavas kommunalt eller med kommunal bidragsskyldighet. Statsbidragen böra regleras efter mera rationella och enhetliga principer än hittills.

I landsting deltagande *primärkommuner* böra i största möjliga mån avkopplas från handhavande av och utgifter för sluten sjukvård, dock att vissa kommunala utgifter för ändamålet böra bibehållas eller införas, i den mån så kräves med hänsyn till administrationen eller sparsamhetsintresset.

Enskilda organisationers och personers initiativ, arbete och offervillighet på sjukvårdens område böra, i den mån sjukvårdsanordningarna låta sig inordna i en lämplig sjukvårdsplan, tillgodogöras och i viss omfattning ekonomiskt stödjas av det allmänna. Där det allmänna stöder och lämnar bidrag till dylik enskild verksamhet, bör den stödjande myndigheten sättas i tillfälle att kontrollera verksamheten.

Vid utformande av dessa principer har kommittén utgått ifrån den i och för sig självklara grunden, att det administrativa *handhavandet* av en uppgift bör paras med ekonomiskt ansvar för densamma eller m. a. o. att den administrativa enhet, som beslutar en utgift, också bör i väsentlig mån bära de ekonomiska konsekvenserna av beslutet. Kommittén anser vidare, att huvudman icke bör lämna *bidrag* till sjukvårdsgren, varmed han icke har att taga befattning, samt att, där överflyttning av sjukvårdsuppgifter eller kostnader för dem ur nu anförda synpunkter bör ske, man samtidigt måste se till, att väsentlig fördyring icke uppstår genom bristande sparsamhetsintresse från den myn-

dighet, som skall handhava uppgiften, eller genom vidlyftiga kontrollanordningar till förebyggande av missbruk i övrigt.

Vad särskilt angår *statens* bidrag till sjukvården hyser kommittén på i kap. 19 närmare anförda skäl den uppfattningen, att dessa bidrag *icke* böra graderas efter det totala skattetrycket eller det skattetryck, som den allmänna sjukvården förorsakar, utan att en bestämd skillnad bör upprätthållas mellan å ena sidan vårdbidrag och å andra sidan skatteutjämningsbidrag. Däremot synes kommittén tänkbart och lämpligt, att vid en reglering av statsbidragen hänsyn tages till vårdbehovets olika storlek i olika delar av landet på så sätt, att för landsdelar, där ett särskilt starkt vårdbehov föreligger, må utöver det för landet i övrigt stadgade bidraget utgå särskilt bidrag, graderat efter vårdbehovet och svårigheten att tillgodose detsamma. Det kan måhända vara lämpligt att låta med den slutliga regleringen av statsbidragen anstå till dess statsmakterna i princip tagit ställning till skatteutjämningsberedningens och sjukvårdskommitténs förslag angående förvaltningsuppgifternas fördelning mellan staten och de olika kommunala enheterna samt då inbegripa icke blott sjukvården utan även andra sociala ändamål.

Med utgångspunkt från dessa allmänna principer har kommittén till prövning upptagit olika spörsmål angående de *skilda vårdgrenarnas* handhavande och finansiering samt därvid kommit till det resultat, som framgår av följande.

Länsvis eller kommunalt ordnad vård.

Landstingen och icke-landstingsstäderna böra alltjämt i huvudsak handhava och utveckla den allmänna lasarettsvården, lungtuberkulosvården samt epidemivården. I den mån så för ändamålet erfordras, bör samarbete mellan närgränsande sjukvårdsområden anordnas i enlighet med nedan under C angivna grunder. Ifrågavarande huvudmäns verksamhet bör härjämte utvidgas till att omfatta den slutna förlossningsvård, som kan befinnas erforderlig vid sidan om lasarett och sjukstugor och som för närvarande i huvudsak ombesörjes av primärkommuner och enskilda å särskilda förlossningshem. Kommittén finner ock angeläget, att landstingen i större utsträckning än hittills omhändertaga och organisera vården av kroniskt sjuka, lättskötta sinnessjuka samt konvalescenter. I konsekvens härmed bör i landsting deltagande *primärkommuners* befattning med barnbördsvård samt anstaltsvård för kroppssjuka och sinnessjuka i möjligaste mån begränsas. Där landstingen icke helt övertaga hithörande vård, bör samarbete anordnas med övriga huvudmän inom sjukvårdsområdet i syfte att åstadkomma ett rationellt utnyttjande av förefintliga anstalter.

För att underlätta utbyggandet och upprätthållandet av den slutna vård, som sålunda enligt kommitténs mening bör ankomma på landstingen och icke-landstingsstäderna, förordar kommittén, att *staten* må, utöver nu utgående bidrag till lungtuberkulosvård, epidemivård, kronisk sjukvård och sinnesslövård, lämna driftbidrag till av dessa huvudmän organiserad barnbördsvård och vård av lättskötta sinnessjuka. I enahanda syfte och för vinnande av rättvisare fördelning av kostnaderna för den slutna vården av könssjuka föreslår kommittén, att staten skall ersätta huvudmännen deras kostnader för köns-

sjuka utomlänspatienter. Samtidigt har kommittén föreslagit sådana ändringar i nu gällande statsbidragsbestämmelser, att i landsting deltagande primärkommuners ävensom kommunalförbunds möjligheter att erhålla statsbidrag till *nya* anstalter helt elimineras eller i allt fall avsevärt begränsas. För befrämjande av en rationell ordning inom sjukvården föreslår kommittén tillika, att såsom allmänna villkor för statsbidrag till hithörande vårdgrenar skall gälla, *dels* att vederbörande anstalt skall ingå som led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för sjukvården inom länet resp. icke-landstingsstaden, *dels ock* att vederbörande huvudman och anstaltsledning skall vara skyldig att ställa sig till efterrättelse de föreskrifter om samarbete beträffande statsunderstödd vårdgren, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt utfärda.

Centraliserad vård.

Vad härefter angår den slutna vård, som icke lämpligen kan ordnas länsvis eller genom samarbete mellan angränsande sjukvårdsområden, föreslår kommittén, att till *staten* överflyttas *dels* landstingens, storstädernas och vissa andra huvudmäns driftbidrag till kustsanatorier, vanföreanstalter, Welanderhem samt radiologiska centralanstalter, *dels ock* Stockholms stads kostnader för behandling av sina lupussjuka. Vidare föreslår kommittén, att till staten överflyttas landstingens ersättningsskyldighet jämlikt 40 § 1 mom. fattigvårdslagen och 63 § barnavårdslagen för av primärkommuner erlagda avgifter å statens sinnessjuk- och sinnesslöanstalter samt att storstäderna beredas motsvarande lättnad i sina utgifter för sinnessjukvård, varjämte kommittén i princip tillstyrker skatteutjämningsberedningens förslag att till staten överflytta landstingens och storstädernas kostnader för dövstum- och blindundervisning samt vården av blinda med komplicerat lyte. Samtliga dessa förslag grunda sig på ovan angivna principer, att staten bör handhava eller kraftigt understödja den vård, som kräver anstalter för större områden än länen, samt att landstingen eller andra huvudmän icke böra lämna bidrag till sådan vård, där deras organisatoriska medverkan som regel icke erfordras. Av samma skäl föreslår kommittén, att staten framdeles skall i huvudsak bekosta vården av neurokirurgiska sjukdomar och kluven gom.

Kommittén uttalar sig ock i princip för ett tillgodoseende av socialförsäkringens sjukvårdsbehov i dess helhet inom ramen för den allmänna sjukvården och för ett införlivande med densamma av den nu av pensionsstyrelsen organiserade och med överskottsmedel ur pensionsförsäkringsfonden finansierade kurortsvården för rheumatiker och psykoneuroser. Enär denna vård icke lämpligen kan ordnas länsvis, har kommittén närmast tänkt sig, att ansvaret och kostnaderna för vården skulle övertagas av staten. En dylik anordning behöver enligt kommitténs uppfattning dock icke medföra, att anstalterna administreras som rena statsanstalter, utan kan densamma tänkas väl förenlig med en administration liknande den nuvarande. Emellertid kräva socialförsäkringens berättigade intressen, att dess organ tillerkännas såväl viss garanti för att dess klientel mottages på sjukhusen som ock viss möjlighet att kunna utöva inflytande på den allmänna sjukvårdens framtida planläggning och utveckling. I förra hänseendet förordar kommittén rätt för socialförsäkringsorgan att vid

uppkomna intressekonflikter hänskjuta ärendet till central prövning (medicinalstyrelsen) och i det senare rätt för socialförsäkringen att låta sig representera i ett för samarbete i allmänna sjukvårdsfrågor avsett centralt organ med rådgivande befogenhet (jfr nedan under C).

Med hänsyn till flertalet hithörande enskilda huvudmäns svaga ekonomiska ställning och de stora bidrag, staten med kommitténs förslag skulle komma att lämna till anstalternas drift, har kommittén haft under övervägande, huruvida icke staten borde helt övertaga åtminstone vanföreföreningarnas och kustsanatorieföreningarnas anstalter. Då kommittén stannat för att bibehålla grunderna för den nuvarande organisationen orubbade, har avgörande betydelse tillmätts den omständigheten, att i dessa sjukvårdsanstalters verksamhet, särskilt vanföreanstalternas, ingå uppgifter på det sociala arbetsfältet, vilka kunna vara ganska växlande och lättare tillgodoses under den nuvarande, mera fria organisationsformen än med en helt förstatligad organisation. För kustsanatorierna tillkommer härjämte, att ett förstatligande kan väntas medföra svårigheter för erhållande av dugliga och intresserade läkare. Kommittén har därför nöjt sig med att bereda staten ett väsentligt ökat inflytande på anstalternas ledning.

Av liknande anledning samt av pietetsskäl föreslår kommittén ingen förändring beträffande huvudmannaskapet för de s. k. folksanatorierna. Sådana villkor hava emellertid fästs vid driftbidraget till dessa sanatorier, att de kunna tjänstgöra som regulatorer för täckande av det platsbehov, som befintliga länssanatorier och andra därmed jämställda sanatorier icke förmå fylla (jfr nedan).

Sammanställning.

En sammanställning av ovan skisserade linjer för den slutna sjukvårdens handhavande och finansiering giver det resultat, nedanstående tablå utvisar (inom parentes angives av kommittén föreslaget ekonomiskt bidrag från annan huvudman).

Tablå.[1]

Huvudmän	Sjukvårdsanstalter
Staten	*Kliniska sjukhus:*
	Akademiska sjukhuset i Uppsala (L^2)
	Serafimerlasarettet (L^2); avd. för neurokirurgi
	Karolinska sjukhuset (L^2)
	Allmänna barnbördshuset (L^2)
	Specialsjukhus:
	Järvsö sjukhus för spetälska
	Anstalter för sinnessjuka i behov av kvalificerad vård (sinnessjukhus), asociala imbecilla, svårskötta obildbara sinnesslöa samt blinda sinnesslöa

[1] S = statsbidrag till såväl byggnads- som driftkostnader. — Sb = statsbidrag till endast byggnadskostnader. — Sd = statsbidrag till endast driftkostnader. — L = bidrag från landsting till såväl byggnads- som driftkostnader. — Ld = driftbidrag från landsting.

[2] Samarbete mellan stat och landsting.

Huvudmän	Sjukvårdsanstalter
Landsting och städer utanför landsting	*Delade lasarett* (centrallasarett): Avdelningar för medicinska, kirurgiska (och ortopediska) sjukdomar, ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, barnsjukdomar[1], barnsbörd (Sd) och kvinnosjukdomar[1] samt hud- och könssjukdomar[1] (Sd) ävensom röntgenavdelningar, avdelningar för radiumterapi — centralanstalter för radioterapi vid kräfta — (S), för rheumatiska sjukdomar (S) och *event.* för psykoneuroser (S)[2] *Odelade lasarett.* *Sjukstugor*, Ödemarkssjukstugor (Sb) Provisoriska ödemarkshärbärgen (Sd) *Specialsjukhus:* Anstalter för lungtuberkulos (S) Hem för skrofulösa barn, s. k. skrofuloshem (S)[3] Epidemisjukhus (S) Ljusinstitut för lupusbehandling (Sd) Anstalter för lättskötta sinnessjuka (vårdhem) samt bildbara och ej svårskötta obildbara sinnesslöa (Sd)[4] *Kompletterande anstalter:* Hem för kroniskt sjuka (S) Konvalescenthem
Primärkommuner (Kommunalförbund)	Hem för kroniskt sjuka (Sd + Ld) Sjukstugor (Ld) Ödemarkssjukstugor (Sb + L) Provisoriska ödemarkshärbärgen (Sd), *allt* i den mån landstingen ej övertaga hithörande vård
Enskilda (Stiftelser, föreningar, bolag m. m.)	Jubileumssanatorier (Sd) och tuberkulossjukstugor (S) Sanatorier och konvalescenthem för kirurgisk tuberkulos (S)[5] Vanföreanstalter (S) Welanderhem (S) Hem för kroniskt sjuka (Sd) Sjukstugor (Ld) *event.* anstalter för psykoneuroser (S) samt anstalter för obildbara sinnesslöa och arbetshem för sinnesslöa (Sd)

Då kommittén i sin sjukvårdsplan icke berett större plats för enskilda huvudmän, beror detta icke på bristande förståelse för vad det enskilda initiativet och offervilligheten uträttat på den slutna sjukvårdens område. Det är

[1] I dessa avdelningar inbegripas även specialsjukhus för resp. sjukdomar samt beträffande barnbördsvården barnbördshus, förlossningshem, förlossningsrum hos barnmorska och väntehem(-rum) för blivande mödrar.

[2] Härmed avses ingen ändring i nuvarande grunder för statsbidrag till Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund.

[3] Härtill komma Malmöhus läns landstings och vissa storstäders sanatorier och konvalescenthem för kirurgisk tuberkulos.

[4] Härtill komma sinnessjukhus i Stockholm, Göteborg och Malmö enligt särskilda avtal.

[5] Jfr under 3.

lätt att peka på dessa faktorers betydelse för t. ex. vanförevård och kustsanatorievård. Barnbördsvården och barnsjukvården få icke heller i detta sammanhang förbises. Erfarenheten har emellertid ådagalagt, att många anstalter, som haft det enskilda intresset att tacka för sin tillkomst, fört en kortvarig tillvaro och haft att kämpa med stora svårigheter, varför deras insatser icke blivit de avsedda. För sin utveckling hava de mestadels blivit tvungna att i allt större omfattning lita till bidrag från det allmänna. Det har ock visat sig att, då stat eller kommun på så sätt trätt hjälpande emellan, de enskilda bidragen ganska snart sinat ut. Den oberäknelighet, som är förenad med de enskilda åtgärderna, försvårar också att inpassa enskilda vårdanstalter i en riksplan, även om det kan antagas, att det allmänna skulle vara berett att, då så erfordras, ansvara för deras underhåll och driftkostnader. Fall hava ock förekommit, där på grund av bristande planmässighet i anläggning och förläggning den enskilda offervilligheten icke medfört någon nämnvärd besparing för det allmänna, åtminstone icke under en längre period.

Reglering av statsbidragen.

Utöver vad ovan anförts föreslår kommittén till reglering av statens bidrag till den slutna sjukvården i huvudsak följande.

I. *Byggnadsbidrag:* Bidragen till lungtuberkulosanstalter och epidemisjukhus böra, i analogi med de för byggnadsbidrag till kroniska sjukhem gällande grunderna, graderas olika alltefter som fråga är om uppförande av nybyggnad, inköp av färdig byggnad eller användande av i vederbörande huvudmans ägo befintlig byggnad; och bör i samband härmed viss reglering av gällande maximibelopp för uppförande av tuberkulosanstalt vidtagas. Till tuberkulosanstalter i sjukvårdsområden med särskilt stark tuberkulosfrekvens böra utgå förhöjda bidrag, ställda i viss relation till tuberkulosdödligheten i området. För bidrag till inrättande av skrofuloshem kunna lämpligen gälla enahanda grunder som beträffande hem för kroniskt sjuka. Byggnadsbidrag till övriga anstalter för kirurgisk tuberkulos liksom till andra av enskilda huvudmän handhavda anstalter för starkt centraliserad vård böra åter fastställas från fall till fall. För stad utanför landsting beträffande tuberkulosanstalter gällande begränsning av statsbidraget till viss kvotdel av befolkningen bör bortfalla. Slutligen föreslår kommittén vissa grunder för återbetalning av uppburet byggnadsbidrag för det fall, att sjukhuset icke längre skulle komma till användning för det vid bidragets beviljande avsedda ändamålet.

II. *Driftbidrag:* Med utgångspunkt från gällande primärgrunder för driftbidrag till lungtuberkulos- och epidemivården, enligt vilka staten i princip bör bestrida halva driftkostnaden, sedan patientavgiften, där sådan utgår, avdragits, föreslår kommittén för lungtuberkulosvårdens del olika bidragsbelopp för A- och B-platser samt för epidemivårdens del en höjning av nuvarande belopp. För att i möjligaste mån underlätta vårdens tillgodogörande för den enskilde förordas i samband härmed en sänkning av nu tillåtna patientavgifter å allmän sal vid tuberkulosanstalterna ävensom avgiftsfri transport för epidemiskt sjuka. Bidragen till folksanatorierna föreslås skola utgå med enahanda belopp som för länssanatorierna. Slutligen förordas förhöjda driftbidrag till tuberkulosanstalter i sjukvårdsområden med särskilt stark tuberkulosfrekvens, ävensom

bortfallande av ovannämnda, för stad utanför landsting gällande begränsning av statsbidraget till dylika anstalter.

För de nya bidragen till barnbördsvården och den icke-statliga sinnessjukvården föreslås särskilda grunder.

Vad härefter angår den starkt centraliserade vården har kommittén, ehuruväl staten med ett fullföljande av kommitténs ovannämnda förslag angående kostnadsöverflyttningar från landstingen till staten skulle komma att få bära den ojämförligt största andelen av driftkostnaderna för flertalet hithörande, av enskilda huvudmän drivna anstalter, likväl icke ansett sig kunna som regel förorda ett formellt, låt vara begränsat sistahandsansvar från statens sida. Så har endast skett beträffande Welanderhemmen i Göteborg och Malmö och de radiologiska centralanstalterna, i vilka fall kommittén ansett särskilda skäl föreligga. Beträffande enskilda anstalter för kirurgisk tuberkulos och för vanföra föreslår kommittén — från den utgångspunkten, att skillnaden mellan anstaltens egentliga driftkostnad och statsbidragets totalbelopp huvudsakligen måste täckas med patientavgifter — vissa fixa driftbidrag per dag och patient och förordar i samband därmed en maximering av dagavgifterna. Reglering av dessa bidrag torde tid efter annan vidtagas. Driftbidragen till av storstäder och landsting drivna anstalter för kirurgisk tuberkulos böra enligt kommitténs mening bestämmas efter enahanda primärgrund som driftbidragen till lungtuberkulosanstalterna. Bidrag till hithörande anstalter må blott utgå för helårsplatser.

III. *Resebidrag:* Som en konsekvens av sin ståndpunkt i fråga om tillgodoseendet av vården för neurokirurgiska sjukdomar, kluven gom, medfödd eller i späd ålder ådragen syfilis samt lupus vulgaris föreslår kommittén, att medellösa och mindre bemedlade personer, som lida av dessa sjukdomar, må tillerkännas rätt till bidrag av statsmedel för resor till och från centralanstalt, som är eller kan komma att inrättas för vård av sådana sjukdomar, oberoende av patientens hemort. Det synes kommittén utan vidare uppenbart, att beträffande nu nämnda slag av sjuka föreligger enahanda motiv för resebidrag av statsmedel som i fråga om de patientgrupper, vilka enligt gällande bestämmelser äga komma i åtnjutande av denna förmån, d. v. s. personer, lidande av kirurgisk tuberkulos, vanförhet och kräfta. Däremot anser kommittén icke lämpligt utvidga resebidragen till att omfatta jämväl anstalter, avsedda för länen eller mindre sjukvårdsområden, enär detta lätt kan leda till ett förslappande av landstingens intresse att på bästa och billigaste sätt ordna den dem anförtrodda vården. Undantag härifrån har endast tillstyrkts beträffande resor för pneumothoraxbehandling av lungtuberkulösa, närmast på grund av den särställning, som tuberkulosvården intager. I förhållande till gällande grunder för resebidrags utgående förordar kommittén å ena sidan en begränsning såtillvida, att ersättning må utgå endast för resekostnad, som överstiger visst belopp (i regel 5 kr.), och å andra sidan en utvidgning därhän, att ersättning må utgå även för resor med motorfordon i privat linjetrafik. Slutligen föreslår kommittén vissa grunder och bestämmelser till ledning för bedömandet av begreppet »mindre bemedlad».

Reglering av landstingens ersättningsskyldighet gentemot primärkommuner.

De erinringar, som i olika avseenden framställts mot gällande grunder för landstingens ersättningsskyldighet gentemot primärkommuner för av dessa erlagda vårdavgifter för fattiga sjuka och abnorma eller till lindring i vårdkostnaderna för mindre bemedlade sinnessjuka, sinnesslöa och fallandesjuka, ha enligt kommitténs uppfattning i huvudsak sin grund i själva systemet, enligt vilket beslutandet av hithörande utgifter tillkommer *en* myndighet (primärkommunens fattigvårdsstyrelse), medan de ekonomiska konsekvenserna av besluten få bäras av en *annan* (landstinget). Effektivaste sättet att eliminera eller åtminstone i väsentlig mån mildra olägenheterna av detta system vore därför att alltid låta viss kvotdel av vårdkostnaderna stanna på primärkommunerna. Med hänsyn till skatteutjämningskravet samt primärkommunernas alltjämt försämrade ekonomi och ökade skattetryck anser sig kommittén emellertid icke böra föreslå större inskränkning i förevarande ersättningsskyldighet än att primärkommunerna kunna hållas ekonomiskt skadeslösa genom en utvidgning på annat håll av nämnda ersättningsskyldighet.

Med denna utgångspunkt föreslår kommittén inskränkning i landstingens ersättningsskyldighet endast beträffande vårdkostnaderna för fattiga sjuka, som intagits å lasarett eller sjukstuga. Genom fallens talrikhet och medelvårdtidens kortvarighet framträda missförhållanden i särskilt hög grad på detta vårdområde. Inskränkningen innebär, att primärkommunerna själva skola bära *dels* hela kostnaden för de fall, då vårdtiden uppgått till högst 10 dagar, *dels ock* $^1/_4$ av vårdkostnaden för övriga fall. Som kompensation härför föreslår kommittén utvidgning av landstingens ersättningsskyldighet till att även omfatta *dels* vård, som jämlikt träffade överenskommelser lämnas fattiga civila sjuka å militära sjukhus, *dels* vård vid barnsbörd — oberoende av om densamma lämnas å barnbördsavdelning vid lasarett, sjukstuga eller av det allmänna drivet eller kontrollerat barnbördshus, förlossningshem eller förlossningsrum hos barnmorska, *dels* vård å epidemisjukhus av vissa andra epidemiska och infektiösa fall än i epidemilagens 2 § 1 mom. omförmälda sjukdomsfall, *dels ock* vård å av landsting eller kommunalförbund drivet vårdhem för lättskötta sinnessjuka. Sistnämnda vård föreslås skola ersättas i likhet med annan sinnessjukvård, medan vården å övriga här nämnda anstalter av kommittén anses böra ersättas i enlighet med de ändrade grunder, som ovan föreslagits beträffande lasarettsvården. Med en dylik utvidgning av landstingens ersättningsskyldighet bliva primärkommunerna sannolikt till fullo kompenserade för den inskränkning i samma skyldighet, som kommittén föreslagit.

I syfte att ytterligare mildra systemets verkningar förordar kommittén vissa åtgärder *dels* för vinnande av tillförlitligare prövning av vårdbehovet vid kronisk sjukvård och enskild vård av sinnessjuka m. fl., *dels ock* för underlättande av sjukhusmyndighets, fattigvårdsstyrelses och landstings möjligheter att av den vårdade eller för honom försörjningspliktig i skälig omfattning uttaga betalning för lämnad sjukhusvård.

Ekonomiska verkningar.

Att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna av kommitténs ovan skisserade förslag beträffande den slutna sjukvårdens handhavande och finansiering är givetvis i hög grad vanskligt, i den mån det ens låter sig göra. Till

belysande av ifrågavarande verkningar må dock här, med ledning av de i kap. 20—22 gjorda beräkningarna, anföras vissa approximativa siffror.

För *statens* del skulle sålunda förslagens genomförande vad angår kostnaderna för den slutna sjukvårdens och den i samband därmed stående abnormvårdens drift medföra ökade kostnader med omkring följande belopp i kr. per år:

I. *Kroppssjukvård:*

barnbördsvården	530 000
vården av könssjuka utomlänspatienter	200 000
lungtuberkulosvården	600 000
epidemivården	500 000
vården av kirurgisk tuberkulos	1 250 000
vanförevården	850 000
Welanderhemsvården	75 000
radiumvården	165 000
lupusvården	15 000
neurokirurgien	25 000
behandling av kluven gom	15 000
	4 225 000

II. *Sinnessjuk- och abnormvård:*

statliga sinnessjuk- och sinnesslövården	3 900 000
kommunala d:o	2 800 000
dövstum- och blindvård	1 340 000
	8 040 000

eller tillsammans i runt tal *12 300 000* kr. Medräknas de kostnader, som ett införlivande av pensionsstyrelsens kurortsverksamhet skulle medföra, stiger detta belopp till omkring 13 800 000 kr. Härtill komma de kostnader, som kunna föranledas av kommitténs förslag rörande byggnads- och resebidragen, vilka kostnader äro svåra att på förhand uppskatta.

Ovan angivna belopp å 12 300 000 betyder i stort sett en motsvarande lättnad för *landstingen och storstäderna.* Denna lättnad skulle emellertid till viss del komma att motsvaras av ökade kostnader för landstingen genom övertagande i stort sett av den primärkommunala anstaltsvården och utbyggande av den slutna barnbördsvården ävensom folktandvården, till vilken kommittén skall återkomma i ett senare betänkande. Viss föreslagen lättnad i landstingens ersättningsskyldighet gentemot primärkommun, av kommittén uppskattad till omkr. 500 000 kr., kommer som nämnts sannolikt att helt uppvägas av den utvidgning i skyldigheter, som i andra avseenden förordats.

C. Samarbete mellan olika huvudmän.

För undanröjande av de olägenheter, som nuvarande indelning i sjukvårdsområden i olika avseenden medför, kräves framför allt samverkan mellan sjukvårdens olika huvudmän. Att i korthet angiva grunder och former för detta samarbete är huvuduppgiften för ifrågavarande del av den allmänna sjukvårdsplanen.

För varje organiserad allmän sluten sjukvård erfordras, såvitt kommittén kan finna, en indelning i sjukvårdsområden, därest man vill uppnå en avvägning av vårdplatsbehovet inom landets olika delar. Redan härav följer, att de spärrar mellan olika sjukvårdsområden, som nuvarande system med högre legosängsavgifter för utomlänspatienter föranleder, icke kunna utan vidare upphävas. Huvudmannen skulle då icke längre kunna rätt fylla uppgiften att tillförsäkra det egna områdets invånare nödig sjukvård. De bäst utrustade sjukhusen skulle översvämmas, och ett sjukvårdsområde skulle kunna frestas att systematiskt söka överflytta sina förpliktelser på grannarna. Dessutom skulle upphävandet av skillnaden mellan inom- och utomlänsavgiften medföra andra nackdelar. För undvikande av de med nuvarande legosängsavgiftssystem förenade olägenheterna ävensom för vinnande av en rationell ordning i övrigt inom sjukvården måste därför andra vägar sökas. Självfallet har kommittén härvid i första hand till prövning upptagit de vägar, som redan frivilligt beträtts av ett flertal huvudmän.

Härvid har kommittén funnit, att en *fullständig* samverkan mellan två sjukvårdsområden kan i ännu några enstaka fall lämpligen ifrågakomma, t. ex. mellan Norrköpings stad och Östergötlands läns landsting. En liknande anordning kan även tänkas för ordnandet av den slutna sjukvården inom Kalmar läns norra landstingsområde, varvid samarbete är möjligt med såväl samma läns södra landsting som Östergötlands läns.

Däremot anser kommittén icke lämpligt att till förbilligande av sjukhusvården för *icke-fattigvårdsbehövande personer, som under vistelse i främmande sjukvårdsområde där insjukna,* på legal väg utvidga det av åtskilliga landsting redan godtagna systemet, enligt vilket för hithörande patienter, vårdade å allmän sal å främmande anstalt, ej debiteras högre legosängsavgift än den för fattiga utomlänspatienter av Kungl. Maj:t fastställda, medan det egna sjukvårdsområdet ersätter patienten skillnaden mellan denna avgift och den avgift, patienten skolat betala, om han intagits å det egna området tillhörig anstalt. Något principiellt motstånd från landstingens sida mot en dylik utvidgning av nämnda system skulle väl knappast möta. Från storstädernas sida torde däremot icke utan fog kunna framställas erinringar mot systemets universering, enär de i förhållande till landstingsområdena ha en oproportionerligt stor beläggning av hithörande patienter och på den grund skulle komma att drabbas av avsevärt högre kostnader för vården av dessa patienter än landstingen. Kommittén anser ej heller tillrådligt att i förevarande syfte föreslå en utvidgning av gällande hemortsbegrepp. Kommittén förordar i stället, att i 17 § sjukhuslagen införes en bestämmelse av innebörd, att icke-fattig-

vårdsbehövande person, som insjuknar i främmande sjukvårdsområde och där intages å allmän sal, skall i fråga om legosängsavgift *likställas med inomläns-patient* samt att skillnaden mellan avgiften för inomläns- och utomlänspatient skall av det egna områdets myndigheter erläggas till det främmande områdets; för fattigvårdsfall skulle fortfarande gälla nuvarande avgiftsbestämmelser. Till förebyggande av missbruk bör på anfordran kunna med läkarintyg eller annorledes styrkas, att patienten insjuknat inom det främmande området. I samband härmed föreslår kommittén, att *sjömän*, som införas till främmande sjukhus och själva skola betala sin avgift, jämställas med icke-fattigvårdsbehövande patienter, som insjuknat inom främmande sjukvårdsområde.

Ytterligare har man att taga hänsyn till *personer, som hava närmare eller bekvämare väg till anstalt inom främmande sjukvårdsområde.* Härvidlag föreligga redan åtskilliga avtal, som tillförsäkra dessa patienter vård till samma avgift som inomlänspatienter. En utökning av denna anordning är emellertid av behovet påkallad inom delar av praktiskt sett alla sjukvårdsområden. En av kommittén utförd sammanställning av inhämtade upplysningar i detta avseende torde härvid kunna tjäna till god vägledning för nya överenskommelser. En enkel form för dylikt samarbete erbjuder särskilt ett mellan Kalmar läns båda landstingsområden träffat avtal (jfr textbilaga 14). Kommittén vill i detta sammanhang betona vikten av att vid nybyggnad eller utvidgning av sjukhus hänsyn tages även till närliggande sjukvårdsområdens platsbehov, i den mån detta lämpligen bör fyllas genom visst antal platser vid sjukhuset. Vid avtal om vissa platser å främmande anstalt böra för dessa gäldas förutom dagavgift antingen vederbörlig andel i byggnadskostnad eller ock årligen viss platsavgift, som eventuellt uppdelas på grundavgift och avgift per utnyttjad vårddag.

Härjämte förordar kommittén en fortsatt utveckling av redan vidtagna åtgärder för att *å främmande sjukhus underlätta specialvård åt personer, som å eget områdes sjukhus ej kunna erhålla sådan vård.* I detta avseende har staten på flera sätt medverkat genom bidrag till undervisningssjukhusen samt genom ett upplåtande av vissa militära sjukhus för civila sjuka. Beträffande samverkan för specialvård å vanligt länslasarett torde i huvudsak kunna tillämpas enahanda grunder som för samverkan i fråga om lasarettsvård i allmänhet.

Vad sålunda anförts om lasarettsvård och därtill knuten specialvård äger i huvudsak även tillämpning på annan länsvis organiserad vård, främst lungtuberkulos- och epidemivården. Läget är dock här något annorlunda såtillvida, att å ena sidan behovet av samarbete på dessa områden icke alltid är så trängande som beträffande lasarettsvården, medan å andra sidan staten genom sina bidrag till anstalternas anläggnings- och driftkostnader har möjlighet att, allt efter som skäl därtill föreligga, föreskriva samarbete huvudmännen emellan såsom villkor för statsbidrag, något som ock av kommittén förordas.

Slutligen förordar kommittén, att till underlättande av en rationell planläggning och utveckling av den slutna sjukvården inrättas ett *centralt organ för samarbete* mellan olika huvudmän på sjukvårdens område. Detta organ skulle

hava att upptaga viktigare sjukvårdsorganisatoriska frågor av mera allmän natur, vilka hänskötes till detsamma. Då hithörande samarbete synes böra vara av uteslutande rådgivande natur, kan organet ifråga lämpligen benämnas »det centrala sjukvårdsrådet». Med den ställning, medicinalstyrelsen har till landets hälso- och sjukvård, bör dess chef fungera som rådets ordförande. Rådet bör i övrigt bestå av dels den läkarbyråchef i medicinalstyrelsen, under vars byrå ifrågakommande ärende närmast sorterar, dels ock en representant för envar av socialstyrelsen, pensionsstyrelsen, riksförsäkringsanstalten, arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse samt svenska landstingsförbundets styrelse. Då hänskjutet ärende så synes påkalla, bör till rådets sammanträde kunna inbjudas representant jämväl för statens fattigvård och barnavård ävensom för svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundet, svenska stadsförbundet, svenska landskommunernas förbund, svenska röda korset, svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt landets läkarorganisationer.

Tillägg.

Vårdanordningar för de s. k. allergiska sjukdomarna (astma).

Såsom i kap. 3 c antytts[1] har på senaste tid fråga väckts om inrättande av särskilda anordningar för bekämpande av de s. k. allergiska sjukdomarna i vårt land. Förslaget härrör från docenten vid Karolinska institutet Ernst Salén, som i en den 28 december 1933 dagtecknad, till kommittén överlämnad promemoria framlagt vissa synpunkter och önskemål i ämnet. Då större delen av kommitténs betänkande vid ifrågavarande tidpunkt satts i korrektur, har kommittén, som med hänsyn till frågans vikt icke ansett sig böra förbigå densamma, upptagit den till behandling i förevarande tillägg.

Doc. Saléns framställning.

Docenten Salén anför i sin p.m. huvudsakligen följande.

Av de ifrågavarande sjukdomarna vore astma bronchiale (astma) och den vasomotoriska riniten (»blötsnuvan») de från allmän social och sjukvårdssynpunkt mest betydelsefulla, den senare framför allt ur den synpunkten att den ofta föreginge astmasjukdomen och sålunda öppnade möjligheter för verksamt förebyggande åtgärder mot denna sjukdom. Astma vore en hos oss relativt ofta förekommande sjukdom och frekvensen av densamma syntes även visa tendens till stegring. Behandlingen hade tidigare i huvudsak varit av symptomatisk medikamentös art och då sjukdomen vanligen företedde ett utpräglat kroniskt förlopp, vore patienterna hänvisade att under år och årtionden förbruka stora mängder av olika slags läkemedel. Under sjukdomens tidigare skeden vore patienten under anfallsfria perioder fullt arbetsför, under dess senare skede uppkomme småningom bestående förändringar av lungor och hjärta, vilket snart medförde en nedsättning av arbetsförmågan i mer eller mindre hög grad. De långt gångna astmafallen — för vilka ingen bot mera funnes — utgjorde ett ganska mäktigt inslag i beläggningen å våra sjukhus.

Enligt senare tiders forskning bestode sjukdomens orsaker av huvudsakligen två komponenter: den ena, ofta men ej städse förefintlig, vore en medfödd disposition att bliva överkänslig för vissa ämnen, som funnes i andningsluften, födan m. m., den andra kontakt med det eller de ämnen, för vilka patienten blivit överkänslig. Undvekes dylik kontakt, uppstode inga sjukdomstecken av ifrågavarande art. En sedan länge känd typ av sådan överkänslighet vore hösnuvan, orsakad av vissa växters pollenkorn, andra orsakades av damm av skilda slag, bl. a. sådant, som förekomme i luften i vissa arbetslokaler, t. ex. kvarnar och bagerier. Ofta utvecklade sig överkänsligheten från att ha gällt endast ett ämne till att omfatta flera.

Numera kunde man ock i ett stort antal fall fastställa det skadliga ämne, som i det särskilda fallet framkallade de sjukliga symptomen. En förutsättning härför vore emellertid, att beredningar av de ämnen, som kunde antagas utlösa sjukdoms-

[1] Jfr sid. 67, not 1.

symptomen, funnes till hands (allergenextrakt). Ingnedes eller insprutades ett dylikt extrakt i huden, uppstode, om personen vore överkänslig för något av de vid prövningen använda extrakten, en stark rodnad. Man kunde på så sätt fastställa sjukdomens orsak och genom undanröjande av denna, t. ex. dammalstrande möbler, sängkläder, mögel i bostaden etc., resp. genom ombyte av yrke på ett tidigt stadium av sjukdomen häva denna eller motverka sjukdomens vidare utveckling.

Det vore av mycket stor betydelse, om vi bleve i stånd att här i landet mera konsekvent tillgodogöra oss dessa nyare forskningsresultat. De utländska allergenextrakt, till vilka vi under nuvarande förhållanden i stort sett vore hänvisade, hade icke befunnits lämpliga dels på grund av deras höga pris, dels av den anledning, att de ofta vore otillförlitliga.

Sina önskemål härutinnan har docenten Salén sammanfattat väsentligen i följande punkter:

1) Inrättandet av en statlig centralanstalt för framställning av allergenextrakter, för utförande av allergenanalyser samt därpå grundade åtgärder för allergensanering och behandling av fallen i övrigt. Med stor sannolikhet kunde antagas, dels att den efterbehandling av fallen, som den företagna utredningen motiverade, i viss och ganska stor utsträckning skulle kunna utföras å centrallasarettens medicinska avdelningar, dels ock att den allergensanering, som befunnes erforderlig, skulle kunna genomföras under medverkan av distriktssköterskorna, under förutsättning att dessa under sin utbildningstid erhölle nödig skolning härför. Så småningom torde den funktionella hudprövningen, utförd med de av centralanstalten framställda allergenextrakterna, kunna decentraliseras och komma till utförande även å centrallasarettens medicinska avdelningar. På grund av dessa undersökningars tidsödande natur torde dock härför krävas en ej oväsentlig personalökning å nämnda avdelningar.

2) Centralanstalten borde förläggas till ett större sjukhus med nära anslutning till medicinsk och otolaryngologisk klinik och poliklinik samt röntgeninstitution med avdelning för behandling.

3) Centralanstalten borde jämväl förläggas å sådan ort, att särskild kurs för distriktssköterskor kunde utan svårighet anordnas.

4) Anstalten borde inrättas dels som en klinisk avdelning (för mera svåranalyserbara fall), dels som en poliklinisk sådan, med tillgång till s. k. allergenfria kammare.

5) Anstalten kunde lämpligen upprättas genom samverkan mellan staten och Stockholms stad. Dess senare överflyttande till statligt sjukhus borde övervägas.

Uttalanden av sakkunniga m. m.

Kommittén har haft tillfälle att, förutom med förslagsställaren, överlägga i ämnet med professorerna *Israel Holmgren* och *Christian Jacobæus* samt överläkaren, docenten *Oskar Lindbom*. Dessa sakkunniga delade till fullo den uppfattning angående ifrågavarande sjukdomars orsakskomplex, som docenten Salén i sin p.m. framlagt. Det erinrades ock om de allergiska sjukdomarnas stora utbredning och att det därför icke vore tänkbart att till *en* anstalt samla alla fall, som vore i behov av specialdiagnos och behandling. I likhet med docenten Salén underströko de sakkunniga jämväl, att bekämpandet av astmasjukdomen icke endast kunde förläggas till sjukhusen utan att

för ändamålet ofta krävdes åtgärder av genomgripande art, vilka ej sällan kunde vara förenade med stora och för den enskilde oöverkomliga kostnader. Här måste således vid en blivande sanering det allmänna träda hjälpande emellan. Det påpekades, att vid en blivande centralanstalt s. k. standardallergenextrakt (extrakt å de ämnesgrupper, som enligt vunnen erfarenhet äro de här i landet vanligast förekommande orsakerna till sjukdomssymptomen) kunde tillverkas jämväl för bruk utanför centralanstalten. Alla voro ense om, att spörsmålet vore av stor social-medicinsk betydelse och att en centralanstalt i mindre omfattning vore motiverad för att öka erfarenheten, föra forskningen framåt och möjliggöra ett mera allmänt utnyttjande av åsyftade moderna undersöknings- och behandlingsmetoder. Det framhölls slutligen, att ett laboratorium för tillverkning av extrakten syntes vara det önskemål, som vore angelägnast att tillgodose. För närvarande tillverkades för Serafimerlasarettets del, då behov därav förelåge, allergenextrakt på dess kliniska laboratorium, varjämte vissa i handeln förekommande extrakt kommo till användning.

I syfte att utröna, i vad mån ytterligare erfarenheter på området vunnits, har kommittén genom sin ledamot generaldirektör Hellström vänt sig till cheferna för de medicinska klinikerna i Uppsala och Lund samt Göteborgs stads laboratorium vid Sahlgrenska sjukhuset och därvid inhämtat i huvudsak följande.

Vid medicinska kliniken i *Uppsala* hade allergenfallen och särskilt astmafallen berett stora svårigheter. Allergenpreparat från utländsk fabrik hade använts, men något påtagligt resultat hade icke uppnåtts. Tillgång till någon slags allergenfri kammare hade ej funnits. Man sökte nu med hjälp av en forskare, som särskilt sysslat med allergenfrågan, finna mera praktiskt användbara vägar för sjukdomens bekämpande.

Vid medicinska kliniken i *Lund* hade de vanskligheter, som det diagnostiska påvisandet av specifika allergener vid de s. k. allergiska sjukdomarna alltjämt erbjöde, medfört, att man — med uppgivande av de komplicerade efterforskningarna efter de specifika allergenerna — mer och mer slagit in på aspecifika desensibiliseringsmetoder. Med denna inställning till terapien av de allergiska tillstånden hade tillfredsställande resultat nåtts.

Vid Sahlgrenska sjukhusets medicinska avdelning utfördes enligt det från *Göteborg* ingångna svaret icke någon allergenanalys. På stadens laboratorium hade emellertid sedan mera än 5 år bedrivits försöksterapi på de allergiska sjukdomarnas område, och för detta ändamål hade såväl standardextrakt som individuella extrakt framställts. Dessa hade på begäran ställts till andra läkares förfogande. Man hade dock snart stött på svårigheterna för en allergensanering. Försöken omlades därför alltmer i syfte att söka åstadkomma en desensibilisering trots vistelse i en retande miljö. Härigenom hade allergenanalysen kommit att spela en mindre dominerande roll. Behandlingen hade även i etiologiskt klarlagda fall lagts aspecifik. Resultaten voro i stort sett ej tillfredsställande, även om många vackra individuella resultat vunnits. Det allergiska profylax- och terapiproblemet syntes dock ej kunna lösas enbart på denna väg, varför en organisation, sådan som docent Salén

skisserat, sannolikt vore av stor betydelse, även om den ej kunde på en gång utbyggas och vissa delar av densamma fordrade ytterligare erfarenhetsrön för att säkert motiveras. Av stor betydelse skulle det ock vara, om läkarna i sin utbildning kunde få ett något fastare grepp på det praktiska omsättandet av vissa teoretiska åskådningar inom allergiproblemet. Framställningen av standardextrakten vore tekniskt sett en enkel sak. Svårigheten vore att få extrakten prövade på tillräckligt stort antal allergiska och icke-allergiska personer. Ett av erfarenheten betingat organiskt framväxande av de profylaktiska sociala åtgärderna syntes vara klokast, enär allergikerskaran i vårt land vore stor och genom alltför vittgående åtgärder från det allmännas sida lätt kunde förlora sin sociala inställning och bli ytterligare en börda för samhället.

Frekvensen av astmasjukdomarna.

Frekvensen av astmasjukdomarna belyses i en av docenten Salén till kommittén ingiven tilläggspromemoria, som i allt väsentligt bygger på pensionsstyrelsens statistiska uppgifter. Ifrågavarande statistik redovisar icke astmasjukdomarna för sig utan upptager dem i gruppen »icke tuberkulös lungsjukdom». Denna grupp utgöres emellertid i huvudsak av astma resp. följdtillstånd till denna sjukdom. I statistiken inrymmas enligt uppgift icke de lindriga och tidiga astmafallen, varjämte densamma är begränsad såtillvida, att den i huvudsak endast avser personer, berättigade till pensionstillägg. Beräkningarna hänföra sig sålunda blott till en bråkdel av i landet förefintliga astmafall. Rörande dessa beräkningar anföres uti promemorian bl. a. följande.

»Enligt utförda undersökningar rörande invaliditetsorsakernas relativa betydelse utgjordes invaliditetsorsaken av »icke tuberkulös lungsjukdom» i 2.5 % av vissa pensionsansökningar från 1918 och i 3.4 % av vissa pensionsansökningar från 1928 (se bl. a. 1928 års pensionsförsäkringskommittés statistiska undersökning samt kostnadsberäkning, sid. 101). Båda undersökningarna avsågo endast nya ärenden. Under 1918 ufärdades pensionsbrev för personer med icke tuberkulös lungsjukdom till ett antal, som med ledning härav kan beräknas till 670, avseende årliga pensioner med sammanlagt omkring 52 000 kr. Motsvarande siffror 1928 voro 1 340 och 232 000 kr. Siffrorna utvisa alltså en högst avsevärd stegring under ifrågavarande 10-årsperiod, en stegring, som med största sannolikhet skulle befunnits än mer betydande, om statistiken omfattat jämväl de tidiga fallen av astma. Under år 1932 utfärdades *nya* pensionstillägg, vari inbegripes även understöd, till ett antal av 42 852. *Om* man antager, att 1928 års procenttal för här ifrågavarande sjukdomar gällde även 1932, så skulle av sagda 42 852 pensionstillägg omkring 1 460 hava orsakats av icke tuberkulös lungsjukdom.»

Kommittén.

Kommittén finner väl ådagalagt, att astman är en tämligen allmänt förekommande sjukdom och att på grund härav dess förebyggande och bekämpande äro av ej ringa betydelse för samhället. Detta spörsmål är emellertid av invecklad beskaffenhet. Förutom sjukdomens relativt stora frekvens bidrager härtill främst den omständigheten, att en sanering av den sjukes bostad eller omläggning av hans verksamhet ofta utgöra viktiga medel för ett förebyggande av ifrågavarande sjukdoms utveckling. I många fall kan detta vara en ganska enkel sak, i andra åter är det otvivelaktigt mycket

svårt och för den enskilde ogenomförbart utan det allmännas hjälp. Av vad som förekommit vid frågans behandling har kommittén fått den uppfattningen, att meningarna om arten och omfattningen av de åtgärder, som böra vidtagas för astmasjukdomarnas bekämpande, ännu icke äro fullt stadgade. Avsaknaden av statistiska uppgifter, ägnade att belysa den praktiska betydelsen av de nyare behandlingsmetoderna för denna sjukdomsgrupp, försvårar uppenbarligen ock för kommittén att taga ställning till föreliggande spörsmål.

Enligt kommitténs uppfattning skulle det emellertid vara av stort värde, om en centralanstalt kunde komma till stånd i huvudsaklig överensstämmelse med de riktlinjer, som docenten Salén uppdragit. Anstalten borde till en början erhålla en begränsad omfattning, då den vad betydelsen för det praktiska hälsovårdsarbetet angår, trots föreliggande forskningsresultatet, måste betecknas som en försöksanstalt. Anstalten torde böra förläggas till ett av de kliniska sjukhusen, varvid kommittén närmast åsyftar det blivande Karolinska sjukhuset. Alldenstund ifrågavarande anstalt borde, oavsett hemortsrätten, stå öppen för vårdbehövande i hela riket, skulle det enligt kommitténs principiella inställning vara följdriktigast, att staten betalade anläggningskostnaderna för anstalten ävensom huvudparten av driftkostnaderna därstädes.

TABELLER

Noter till tab. 1.

[1] Vårdhemmet Gibraltar i Göteborg ej medräknat.

[2] Av sjukhuset S:t Eriks i Stockholm 1 009 (medicinska och kirurgiska) platser beräknades dock omkr. 1/3 vara belagda med vårdhemsfall.

[3] 7 enskilda sjukstugor med tillhopa 154 vårdplatser ej medräknade.

[4] Om sjukhuset S:t Erik frånräknas: 28·4.

[5] D:o 20·6.

[6] Avdelningar av typ I hava i motsats till avdelningar av typ II självständig läkare.

[7] Inklusive kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn och Göteborgs barnsjukhus.

[8] Talen avse de ortopediska avdelningarna vid Malmö allmänna sjukhus och lasarettet i Lund; de ortopediska klinikerna vid Eugeniahemmet och vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg redovisas i samband med vanförevården.

[9] Här avses endast röntgenavdelningar, till vilka sjukvårdsavdelning var ansluten år 1929.

[10] Talen avse avdelningen för nervsjukdomar vid Serafimerlasarettet. De fristående anstalterna för neurosvård i Åre, Nynäshamn och Tranås redovisas i samband med de medicinska lasarettsavdelningarna.

Tab. 1. Sammanställning för hela riket av vissa uppgifter rörande lasaretten, därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar och sjukstugorna ävensom lasarettens specialavdelningar år 1929.

(Avdelningar för tuberkulösa och sinnessjuka ej medräknade)

A. Lasaretten, därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar och sjukstugorna.

Anstaltskategori	Antal					Medeltal vårddade per dag		Medelvårdtid, dagar
	anstalter	vårdplatser totala antalet	vårdplatser per 100 000 invånare	intagna	underhållsdagar	totala antalet	i % av antalet vårdplatser	
Lasarett	[1] 92	[2] 15 545	254	222 155	5 387 573	14 765	95	24·3
Med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar	12	1 144	19	21 841	356 202	979	86	16·3
Summa	**104**	**16 689**	**273**	**243 996**	**5 743 775**	**15 744**	**94**	**23·5**
Sjukstugor	[3] 77	[3] 1 310	21	21 767	463 551	1 270	97	21·3
Totalsumma	**181**	**17 999**	**294**	**265 763**	**6 207 326**	**17 014**	**95**	**23·4**

B. Specialavdelningar.

Vårdkategori	Antal					Medeltal vårddade per dag		Medelvårdtid, dagar
	avdelningar eller anstalter	vårdplatser totala antalet	vårdplatser per 100 000 invånare	intagna	underhållsdagar	totala antalet	i % av antalet vårdplatser	
Medicinsk	24	3 288	53·7	34 914	1 149 860	3 190	97	[4] 32·9
Kirurgisk	22	3 222	52·6	56 544	1 191 326	3 262	101	[5] 21·1
Ögon-	10	317	5·2	4 305	88 709	242	76	20·6
Öron-	10	354	5·8	8 453	103 065	282	80	12·2
Barnbörds-	28	831	13·6	24 221	268 382	732	88	11·1
Därav:								
barnbördshus	6	411	6·7	13 110	138 120	378	92	10·6
barnbördsavdelningar av typ I [6]	4	185	3·0	5 286	62 639	171	92	11·8
barnbördsavdelningar av typ II [6]	18	235	3·8	5 825	67 623	183	78	11·6
Gynekologisk-	6	259	4·2	4 405	77 163	210	81	17·5
Barn- [7]	9	823	13·4	8 802	249 646	688	84	28·4
Köns- och hud-	8	629	10·3	4 190	167 099	459	73	39·9
Ortopedisk- [8]	2	155	2·5	948	38 826	120	77	41·0
Radiologisk- [9]	3	96	1·6	2 410	27 695	76	79	11·5
Därav								
Radiumhemmet i Stockholm	1	56	—	1 328	16 349	45	80	12·3
Rheumatiker-	3	168	2·7	755	58 392	161	96	77·3
Neurologisk- [10]	1	28	0·5	358	8 973	25	89	25·1

Allmän anmärkning. Å garnisonssjukhusen i Stockholm, Boden, Karlsborg, Skövde, Linköping, Eksjö och Sollefteå mottagas även civila patienter, i regel dock endast så långt som det militära behovet det medgiver. Endast vid tre av dessa sjukhus är ett visst minimiantal platser reserverat för civila, nämligen vid garnisonssjukhusen i Boden (40 pl., därav 10 å förlossningsavd. och 30 »i görligaste mån för invärtes sjuka»), Skövde (35 pl. utan fördelning) samt Linköping (8 pl. för invärtes sjuka). I övrigt mottagas vid garnisonssjukhuset i Linköping främst öron-, näs- och halssjuka samt i Eksjö och Sollefteå huvudsakligen invärtes sjuka. I Stockholm mottagas, utom medicinska och kirurgiska fall, även köns- och hudpatienter.

Tab. 2. Sammanställning för de olika sjukvårdsområdena av vissa uppgifter angående lasaretten kirurgiska avdel

(Avdelningar för tuberkulösa oc

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sjukvårdsområde	Antal vårdplatser									
	Totala antalet							Per 10 000		
	a) lasarett	b) med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar	a) + b)	c) sjukstugor	a) + b) + c)	d) med. avdelningar	e) kir. avdelningar	a) lasarett	b) med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar	a) + b)
Stockholms stad	[1] 2 798	584	3 382	—	3 382	1 310	649	57·5	12·0	69·5
Göteborgs »	687	425	1 112	—	1 112	198	213	28·4	17·6	46·0
Malmö »	516	55	571	—	571	111	174	43·1	4·6	47·7
Norrköpings »	294	—	294	—	294	64	113	48·0	—	48·0
Stockholms läns landstingsområde	[2] 734	—	734	—	734	67	136	27·8	—	27·8
Uppsala » »	[3] 545	—	545	46	591	155	174	39·2	—	39·2
Södermanlands » »	438	—	438	64	502	—	—	23·0	—	23·0
Östergötlands » »	620	21	641	30	671	146	134	25·0	0·8	25·8
Jönköpings » »	392	—	392	76	468	83	136	17·0	—	17·0
Kronobergs » »	230	—	230	37	267	—	—	14·7	—	14·7
Kalmar läns norra »	137	—	137	16	153	—	—	14·5	—	14·5
Kalmar läns södra »	271	—	271	28	299	—	—	19·7	—	19·7
Gotlands läns »	93	—	93	—	93	—	—	16·2	—	16·2
Blekinge » »	304	—	304	—	304	—	—	20·8	—	20·8
Kristianstads » »	433	—	433	—	433	109	108	17·6	—	17·6
Malmöhus » » jämte Hälsingborgs stad	1 411	41	1 452	—	1 452	282	294	36·2	1·1	37·3
Hallands läns landstingsområde	299	—	299	38	337	—	—	19·9	—	19·9
Göteborgs o. Boh. » »	368	—	368	—	368	—	—	17·3	—	17·3
Älvsborgs » »	439	—	439	104	543	—	—	14·0	—	14·0
Skaraborgs » »	404	—	404	14	418	—	—	16·6	—	16·6
Värmlands » »	551	—	551	162	713	120	170	20·4	—	20·4
Örebro » »	182	—	182	147	329	87	89	8·3	—	8·3
Västmanlands » »	510	—	510	27	537	84	121	31·5	—	31·5
Kopparbergs » »	487	—	487	149	636	69	113	19·4	—	19·4
Gävleborgs » » jämte Gävle stad	628	18	646	10	656	109	154	22·4	0·6	23·2
Västernorrlands läns landstingsområde	814	—	814	—	814	150	273	29·3	—	29·3
Jämtlands » »	244	—	244	35	279	—	—	18·1	—	18·1
Västerbottens » »	321	—	321	245	566	98	105	15·9	—	15·9
Norrbottens » »	243	—	243	82	325	—	—	12·3	—	12·3
Serafimerlasarettet, den del som ej disponeras av Stockholms stad och län	152	—	152	—	152	46	66	—	—	—
Hela riket	**15 545**	**1 144**	**16 689**	**1 310**	**17 999**	**3 288**	**3 222**	**25·4**	**1·9**	**27·3**

[1] Inberäknat de av staden disponerade platserna å Serafimerlasarettet men frånräknat de av Stockholms län
[2] Inberäknat de av länet disponerade platserna å Serafimerlasarettet, sjukhuset Eira samt akademiska sjuk
[3] Frånräknat de av Stockholms län disponerade platserna å akademiska sjukhuset i Uppsala.

ärmed jämförliga sjukvårdsinrättningar och sjukstugorna ävensom lasarettens medicinska och ingar år 1929.

nnessjuka ej medräknade)

12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
				Medeltal vårdade per dag													
nvånare				Totala antalet							I % av antalet vårdplatser						
c) sjuk-stu-gor	a) + b) + c)	d) med. av-del-nin-gar	e) kir. av-del-nin-gar	a) lasa-rett	b) med lasarett jämför-liga sjuk-vårds-inrätt-ningar	a) + b)	c) sjuk-stu-gor	a) + b) + c)	d) med. av-del-nin-gar	e) kir. av-del-nin-gar	a) lasa-rett	b) med lasarett jämför-liga sjuk-vårds-inrätt-ningar	a) + b)	c) sjuk-stu-gor	a) + b) + c)	d) med. av-del-nin-gar	e) kir. av-del-nin-gar
—	69·5	26·9	13·3	2 300	532	2 832	—	2 832	1 133	563	82	91	84	—	84	86	87
—	46·0	8·2	8·8	670	321	991	—	991	198	201	98	76	89	—	89	100	94
—	47·7	9·3	14·5	433	64	497	—	497	105	145	84	116	87	—	87	95	83
—	48·0	10·4	18·4	270	—	270	—	270	64	96	92	—	92	—	92	100	85
—	27·8	2·5	5·2	711	—	711	—	711	71	149	97	—	97	—	97	106	110
3·3	42·5	11·1	12·5	495	—	495	36	531	160	155	91	—	91	78	90	103	89
3·4	26·4	—	—	418	—	418	46	464	—	—	95	—	95	72	92	—	—
1·2	27·0	5·9	5·4	591	13	604	23	627	147	140	95	62	94	77	93	101	104
3·3	20·3	3·6	5·9	378	—	378	76	454	81	114	96	—	96	100	97	98	84
2·4	17·1	—	—	226	—	226	28	254	—	—	98	—	98	76	95	—	—
1·7	16·2	—	—	129	—	129	33	162	—	—	94	—	94	206	106	—	—
2·0	21·7	—	—	293	—	293	27	320	—	—	108	—	108	96	107	—	—
—	16·2	—	—	92	—	92	—	92	—	—	99	—	99	—	99	—	—
—	20·8	—	—	302	—	302	—	302	—	—	99	—	99	—	99	—	—
—	17·6	4·4	4·4	463	—	463	—	463	110	164	107	—	107	—	107	101	152
—	37·3	7·2	7·6	1 356	36	1 392	—	1 392	286	352	96	88	96	—	96	101	120
2·5	22·4	—	—	312	—	312	30	342	—	—	104	—	104	79	101	—	—
—	17·3	—	—	322	—	322	—	322	—	—	88	—	88	—	88	—	—
3·3	17·3	—	—	429	—	429	98	527	—	—	98	—	98	94	97	—	—
0·6	17·2	—	—	411	—	411	9	420	—	—	102	—	102	64	100	—	—
6·0	26·4	4·5	6·3	504	—	504	167	671	128	145	91	—	91	103	94	107	85
6·7	15·0	4·0	4·0	223	—	223	144	367	100	117	123	—	123	98	112	115	131
1·7	33·2	5·2	7·5	487	—	487	25	512	89	117	95	—	95	93	95	106	97
5·9	25·3	2·8	4·5	572	—	572	140	712	91	140	117	—	117	94	112	132	124
0·4	23·4	3 9	5·5	575	13	588	6	594	99	167	92	72	91	60	91	91	108
—	29·3	5·4	9·8	812	—	812	—	812	166	325	100	—	100	—	100	111	119
2·6	20·7	—	—	234	—	234	27	261	—	—	96	—	96	77	94	—	—
12·1	28·0	4·8	5·2	347	—	347	250	597	116	111	108	—	108	102	105	118	106
4·2	16·5	—	—	267	—	267	105	372	—	—	110	—	110	128	114	—	—
—	—	—	—	143	—	143	—	143	46	61	94	—	94	—	94	100	92
2·1	**29·4**	**5·4**	**5·3**	**14 765**	**979**	**15 744**	**1 270**	**17 014**	**3 190**	**3 262**	**95**	**86**	**94**	**97**	**95**	**97**	**101**

isponerade platserna å sjukhuset Eira.
uset i Uppsala.

Tab. 3. Antal lasarett samt vårdplatser, intagna och underhållsdagar därstädes år 1929.

(Avdelningar för tuberkulösa och sinnessjuka ej medräknade)

Sjukvårdsområde	Antal			
	anstalter	vård-platser	intagna	underhålls-dagar
Stockholms stad	[1] 7	[2] 2 798	24 986	836 532
Göteborgs »	3	687	10 212	245 614
Malmö »	1	516	6 628	157 983
Norrköpings »	1	294	4 307	98 737
Stockholms läns landstingsområde	5	[3] 734	11 601	256 855
Uppsala » »	1	[4] 545	8 291	180 595
Södermanlands » »	4	438	7 162	152 891
Östergötlands » »	5	620	7 983	215 694
Jönköpings » »	3	392	7 411	138 204
Kronobergs » »	2	230	3 759	81 956
Kalmar läns norra »	1	137	2 031	47 042
Kalmar » södra »	3	271	4 790	106 831
Gotlands läns »	1	93	1 189	34 651
Blekinge » »	2	304	5 177	110 213
Kristianstads » »	3	433	7 373	169 240
Malmöhus » » jämte Hälsingborgs stad	6	1 411	21 200	495 168
Hallands läns landstingsområde	3	299	5 020	113 982
Göteb. o. Bohus » »	4	368	4 332	117 477
Älvsborgs » »	3	439	6 769	156 623
Skaraborgs » »	3	404	7 725	150 273
Värmlands » »	4	551	8 013	184 126
Örebro » »	1	182	4 310	81 514
Västmanlands » »	4	510	7 033	178 011
Kopparbergs » »	5	487	8 874	208 977
Gävleborgs » » jämte Gävle stad	4	628	8 392	209 853
Västernorrlands läns landstingsområde	5	814	11 428	296 148
Jämtlands » »	2	244	4 017	85 472
Västerbottens » »	2	321	5 938	126 575
Norrbottens » »	4	243	4 330	98 118
Serafimerlasarettet, den del som disponeras av Stockholms stad och län	—	152	1 874	52 218
Hela riket	**92**	**15 545**	**222 155**	**5 387 573**

[1] Inklusive Serafimerlasarettet.

[2] Inberäknat de av staden disponerade platserna å Serafimerlasarettet men frånräknat de av Stockholms län disponerade platserna å sjukhuset Eira.

[3] Inberäknat de av länet disponerade platserna å Serafimerlasarettet, sjukhuset Eira samt akademiska sjukhuset i Uppsala.

[4] Frånräknat de av Stockholms län disponerade platserna å akademiska sjukhuset i Uppsala.

Tab. 4. Antal sjukstugor samt vårdplatser, intagna och underhållsdagar därstädes år 1929.

(Avdelningar för tuberkulösa ej medräknade)

Sjukvårdsområde	Antal			
	anstalter	vård-platser	intagna	underhålls-dagar
Uppsala läns landstingsområde	2	46	688	13 112
Södermanlands » »	3	64	962	16 836
Östergötlands » »	2	30	366	8 496
Jönköpings » »	5	76	1 324	27 366
Kronobergs » »	2	37	475	10 564
Kalmar läns norra »	1	16	641	11 977
Kalmar » södra »	3	28	451	9 786
Hallands läns »	2	38	560	11 135
Älvsborgs » »	5	104	1 479	35 339
Skaraborgs » »	1	14	69	3 281
Värmlands » »	6	162	2 651	59 697
Örebro » »	7	147	2 553	53 110
Västmanlands » »	[1] 2	[1] 27	352	9 135
Kopparbergs » »	[2] 11	[2] 149	2 059	50 983
Gävleborgs » »	[3] 1	[3] 10	40	2 166
Jämtlands » »	2	35	542	9 942
Västerbottens » »	16	245	4 266	92 492
Norrbottens » »	[4] 6	[4] 82	2 289	38 134
Hela riket	**77**	**1 310**	**21 767**	**463 551**

[1] Dessutom 1 enskild sjukstuga med 16 vårdplatser.
[2] D:o 2 enskilda sjukstugor med tillhopa 36 vårdplatser.
[3] D:o 3 enskilda sjukstugor med tillhopa 66 vårdplatser.
[4] D:o 1 enskild sjukstuga med 36 vårdplatser.

Tab. 5. Antal lasarett och sjukstugor samt vårdplatser, intagna och underhållsdagar därstädes år 1929.

(Avdelningar för tuberkulösa och sinnessjuka ej medräknade)

Sjukvårdsområde	Antal					
	anstalter[1]	vårdplatser[1]	intagna		underhållsdagar	
			total summa[1]	per 1 000 invån.	totalsumma[1]	per 1 000 invån.
Stockholms stad	7	2 798	24 986	51	836 532	1 719
Göteborgs »	3	687	10 212	43	245 614	1 029
Malmö »	1	516	6 628	56	157 983	1 326
Norrköpings »	1	294	4 307	[2] 70	98 737	1 613
Stockholms läns landstingsområde	5	734	11 601	44	256 855	974
Uppsala » »	3	591	8 979	[2] 64	193 707	1 393
Södermanlands » »	7	502	8 124	43	169 727	891
Östergötlands » »	7	650	8 349	34	224 190	904
Jönköpings » »	8	468	8 735	38	165 570	717
Kronobergs » »	4	267	4 234	27	92 520	591
Kalmar läns norra »	2	153	2 672	34	59 019	759
Kalmar läns södra »	6	299	5 241		116 617	
Gotlands läns »	1	93	1 189	21	34 651	604
Blekinge » »	2	304	5 177	35	110 213	752
Kristianstads » »	3	433	7 373	30	169 240	688
Malmöhus » » jämte Hälsingborgs stad	6	1 411	21 200	54	495 168	1 272
Hallands läns landstingsområde	5	337	5 580	37	125 117	834
Göteb. o. Bohus » »	4	368	4 332	20	117 477	550
Älvsborgs » »	8	543	8 248	26	191 962	614
Skaraborgs » »	4	418	7 794	32	153 554	630
Värmlands » »	10	713	10 664	40	243 823	904
Örebro » »	8	329	6 863	31	134 624	610
Västmanlands » »	6	537	7 385	45	187 146	1 152
Kopparbergs » »	16	636	10 933	44	259 960	1 038
Gävleborgs » » jämte Gävle stad	5	638	8 432	30	212 019	758
Västernorrlands läns landstingsområde	5	814	11 428	41	296 148	1 069
Jämtlands » »	4	279	4 559	34	95 414	707
Västerbottens » »	18	566	10 204	50	219 067	1 084
Norrbottens » »	10	325	6 619	34	136 252	690
Serafimerlasarettet, den del som ej belöper å Stockholms stad och län	—	152	1 874	—	52 218	—
Hela riket	**169**	**16 855**	**243 922**	**40**	**5 851 124**	**956**

[1] Talen i tillämpliga delar erhållna genom summering av motsvarande tal i tab. 1 och 2.

[2] Det höga talet beror på ovanligt stor beläggning med patienter från främmande sjukvårdsområde.

Tab. 6. Förhållandet — i procent — mellan den faktiska och den — vid en genomsmittlig beläggningskapacitet året runt av 90 belagda vårdplatser på 100 — normala beläggningen å lasaretten och därmed jämförliga sjukvårdsinrättningar år 1929.

(Avdelningar för tuberkulösa och sinnessjuka ej medräknade)

Sjukvårdsområde	%	Sjukvårdsområde	%
Örebro läns landstingsområde . .	137	Jämtlands läns landstingsområde . .	107
Kopparbergs » » . .	130	Södermanlands » » . .	106
Norrbottens » » . .	122	Västmanlands » » . .	106
Kalmar läns södra » . .	120	*Hela riket*	104
Västerbottens läns » . .	120	Östergötlands läns landstingsområde . .	104
Kristianstads » » . .	119	Kalmar läns norra » . .	104
Hallands » » . .	116	Norrköpings stad	102
Skaraborgs » » . .	113	Uppsala läns landstingsområde . .	101
Västernorrlands » » . .	111	Värmlands » » . .	101
Gotlands » » . .	110	Gävleborgs » » jämte Gävle stad	101
Blekinge » » . .	110	Göteborgs stad	99
Kronobergs » » . .	109	Göteborgs o. Bohus läns landstingsområde .	98
Älvsborgs » » . .	109	Malmö stad	97
Stockholms » » . .	108	Stockholms stad	93
Jönköpings » » . .	107		
Malmöhus » » jämte Hälsingborgs stad	107		

Tab. 7. Förhållandet — i procent — mellan den faktiska och den — vid en genomsnittlig beläggningskapacitet året runt av 90 belagda vårdplatser på 100 — normala beläggningen å sjukstugorna år 1929.

Sjukvårdsområde	%	Sjukvårdsområde	%
Kalmar läns norra landstingsområde . .	229	Västmanlands läns landstingsområde . .	103
Norrbottens läns » . .	142	Hallands » » . .	88
Värmlands » » . .	114	Uppsala » » . .	87
Västerbottens » » . .	113	Östergötlands » » . .	86
Jönköpings » » . .	111	Jämtlands » » . .	86
Örebro » » . .	109	Kronobergs » » . .	84
Hela riket	108	Södermanlands » » . .	80
Kalmar läns södra landstingsområde . .	107	Skaraborgs » » . .	71
Älvsborgs läns » . .	104	Gävleborgs » » med Gävle stad	67
Kopparbergs » » . .	104		

Tab. 8. Beläggningsförhållandena vid de medicinska avdelningarna år 1929.

Medicinska avdelningen vid	Antalet vård-platser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medel-vårdtid, dagar
Serafimerlasarettet, klinik I	86	1 016	87	101	31
» » II	102	1 032	101	121	36
Sabbatsbergs sjukhus [1]	280	3 315	253	322	28·6
Maria sjukhus	105	1 543	105	120	24·9
Sjukhuset S:t Erik, västra avd.	356	1 385	286	345	75·4
» » östra och norra avd.	469	1 675	389	464	84·7
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	198	3 225	198	217	22
Malmö allmänna sjukhus	111	1 534	105	114	25·1
Lasarettet i Norrköping	64	1 003	64	79	23·2
» vid Stocksund	25	[2] 570	[2] 29	.	.
Akademiska sjukhuset i Uppsala	155	1 945	160	191	30·1
Lasarettet i Linköping	146	1 401	147	164	38·4
» » Jönköping	83	[3] 1 158	81	99	25·5
» » Kristianstad	109	1 432	110	125	27·9
» » Lund	170	2 275	175	202	28·1
» » Hälsingborg	112	1 271	111	134	31·5
» » Karlstad	120	1 647	128	154	28·4
» » Örebro	87	1 402	100	106	26
» » Västerås	84	1 036	89	103	31·4
» » Falun	69	990	91	102	31
» » Gävle	109	[4] 630	99	112	33·6
» » Sundsvall	104	1 466	117	134	29·1
» » Örnsköldsvik	46	551	49	56	32·5
» » Umeå	98	1 412	116	130	30·1
Hela riket	**3 288**	**34 914**	**3 190**	.	[5] **32·9**

[1] Tuberkulosavdelningen frånräknad.
[2] Beräknat tal.
[3] Inräknat patienter med smittsamma könssjukdomar.
[4] Avdelningen öppnades den 1/6 1929.
[5] Om sjukhuset S:t Erik frånräknas: 28·4.

Tab. 9. Beläggningsförhållandena vid de kirurgiska avdelningarna år 1929.

Kirurgiska avdelningen vid	Antalet vård-platser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medel-vårdtid, dagar
Serafimerlasarettet	174	2 694	160	183	22
Sabbatsbergs sjukhus	259	4 101	214	249	19·1
Maria sjukhus	136	2 837	156	181	20·1
Sjukhuset S:t Erik	184	1 130	129	153	41·8
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	213	3 927	201	224	18
Malmö allmänna sjukhus	174	2 013	145	171	26·3
Lasarettet i Norrköping	113	2 102	96	119	16·7
» vid Stocksund	98	[1] 2 168	[1] 114	.	.
Akademiska sjukhuset i Uppsala	174	3 047	155	182	18·5
Lasarettet i Linköping	134	2 064	140	158	24·7
» » Jönköping	136	[2] 1 964	114	134	21·2
» » Kristianstad	108	2 765	164	177	21·7
» » Lund	164	3 632	229	262	23
» » Hälsingborg	130	2 748	123	135	16·3
» » Karlstad	170	2 418	145	179	21·9
» » Örebro	89	2 930	117	120	14·6
» » Västerås	121	2 086	117	132	20·5
» » Falun	113	2 405	140	156	21·3
» » Gävle	[3] 154	[4] 2 477	[4] 167	[3] 153	[3] 24·5
» » Sundsvall	159	3 137	204	236	23·8
» » Örnsköldsvik	114	1 606	121	134	27·5
» » Umeå	105	2 293	111	137	17·6
Hela riket	**3 222**	**56 544**	**3 262**	.	[5] **21·1**

[1] Beräknat tal.
[2] Inräknat patienter med smittsamma könssjukdomar.
[3] Efter lasarettets delning den 1/6 1929.
[4] Avser jämväl tiden 1/1—31/5, då lasarettet var odelat.
[5] Om sjukhuset S:t Erik frånräknas: 20·6.

Tab. 10. Beläggningsförhållandena vid ögonavdelningarna år 1929.

Ögonavdelningen vid	Antalet vård-platser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medel-vårdtid, dagar
Serafimerlasarettet	62	775	52	62	24
Sabbatsbergs sjukhus	40	372	27	38	26·4
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	21	362	14	24	15
Malmö allmänna sjukhus	20	231	10	17	16·4
Akademiska sjukhuset i Uppsala	29	497	24	32	17·4
Lasarettet i Linköping	23	210	18	27	31·9
» » Lund	60	840	44	63	18·9
» » Karlstad	20	185	11	27	22
» » Falun	24	573	27	35	16·7
» » Umeå	18	260	15	25	20·9
Hela riket	**317**	**4 305**	**242**	.	**20·6**

Tab. 11. Beläggningsförhållandena vid öronavdelningarna år 1929.

Öronavdelningen vid	Antalet vård-platser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medel-vårdtid, dagar
Sabbatsbergs sjukhus	57	2 021	50	66	9·0
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	52	1 058	36	47	12·0
Malmö allmänna sjukhus	30	833	27	33	11·9
Lasarettet vid Stocksund	20	452	.	.	.
Akademiska sjukhuset i Uppsala	61	1 331	51	64	14·5
Lasarettet i Jönköping	28	853	26	31	11·0
» » Lund	44	613	27	49	16·4
» » Hälsingborg	18	[1] 42	12	19	11·8
» » Karlstad	20	534	18	49	13·0
» » Falun	24	716	23	31	11·5
Hela riket	**354**	**8 453**	[2] **270**	.	[2] **12·0**

[1] För tiden $^{18}/_{11}$—$^{31}/_{12}$ 1929.
[2] Lasarettet vid Stocksund ej medräknat.

Tab. 12. Beläggningsförhållandena vid barnbördshusen och barnbördsavdelningarna å lasaretten år 1929.

Anstalt	Antalet vårdplatser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medelvårdtid, dagar
Barnbördshus.[1]					
Allmänna barnbördshusets i Stockholm barnbördsavdelning	124	4 230	122	143	10·6
Södra barnbördshuset, Stockholm	111	3 462	112	148	11·8
Göteborgs barnbördshus' barnbördsavdelning	96	3 302	82	.	9
Westmanska barnbördshuset, Linköping	21	557	13	25	8·7
Hälsingborgs barnbördshus	41	1 066	36	48	12·3
Gävle barnbördshus	18	493	13	22	9
Hela riket	**411**	**13 110**	**378**	.	**10·6**
Barnbördsavdelningar av typ I.[2]					
Malmö allmänna sjukhus	50	1 350	43	53	11·6
Lasarettet i Norrköping	28	794	23	35	10·7
Akademiska sjukhuset, Uppsala	53	1 260	47	63	13·6
Lasarettet i Lund	54	1 882	58	76	11·2
Hela riket	**185**	**5 286**	**171**	.	**11 85**
Barnbördsavdelningar av typ II.[3]					
Lasarettet i Södertälje	7	329	7	18	8·4
» » Nyköping	5	165	5	12	10·8
» » Jönköping	28	598	20	30	12·4
» » Ljungby	10	239	7	13	11·1
» » Västervik	13	354	13	20	13·4
» » Kalmar	15	404	12	16	11
» » Karlshamn	10	289	9	22	11·5
» » Kristianstad	16	536	15	24	10·3
» » Mariestad	14	281	12	18	16
» » Västerås	24	557	16	26	10·6
» » Hudiksvall	10	234	10	15	15
» » Sundsvall	20	687	19	31	10·2
» » Härnösand	28	392	13	25	12
» » Örnsköldsvik	14	373	12	20	11·8
» » Sollefteå	10	121	5	11	15·9
» » Backe	6	51	2	.	16
» » Sveg	2	47	2	5	13·8
» » Östersund	3	168	4	.	9·5
Hela riket	**235**	**5 825**	**183**	.	**11·6**

[1] Barnbördshus = helt fristående, av stat, landsting eller stad, som ej deltager i landsting, ägda anstalter.

[2] Avdelning av typ I = å lasarett och därmed jämförliga sjukhus inrättade specialavdelningar för barnsbörd, som förestås av egna specialutbildade lasarettsläkare.

[3] Avdelning av typ II = å lasarett för barnsbörd inrättade avdelningar eller särskilt avdelade rum med lasarettsläkaren vid det odelade lasarettet eller på den kirurgiska avdelningen som ansvarig läkare.

Tab. 13. Beläggningsförhållandena vid de offentliga barnsjukhusen samt avdelningarna för barnsjukdomar å lasaretten år 1929.

Anstalt	Antalet vårdplatser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medelvårdtid, dagar
Karolinska institutets pediatriska klinik å Allmänna barnhuset, Stockholm	75	749	73	111	32·9
Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn, Stockholm,					
medicinska avdelningen	65	724	55	73	27·5
kirurgiska avdelningen	69	1 189	54	67	16·4
Barnsjukhuset Samariten, Stockholm	54	767	43	59	19·1
Barnsjukhuset Simon och Mathilda Sachs minne, Stockholm	46	365	36	46	36·1
Göteborgs barnsjukhus,					
medicinska avdelningen	149	1 132	107	134	34·5
kirurgiska avdelningen	151	1 921	120	142	22·9
Flensburgska vårdanstalten för späda barn, Malmö	55	474	64	72	49·0
Lasarettet i Norrköping	[1] 33	322	31	42	35·5
Pediatriska kliniken vid Akademiska sjukhuset, Uppsala	60	[2] 644	55	72	31·0
Pediatriska kliniken vid lasarettet i Lund	66	515	50	67	35·6
Hela riket	[1] 823	8 802	688	.	[3] 28·4

[1] Dessutom 4 vårdplatser å isoleringsavdelning.
[2] Därav 41 ambarn och debila nyfödda från barnbördsavdelningen.
[3] Frånräknat de kirurgiska avdelningarna: 32·9.

Tab. 14. Beläggningsförhållandena vid köns- och hudavdelningarna år 1929.

Anstalt	Antalet vårdplatser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medelvårdtid, dagar
Sjukhuset S:t Göran, Stockholm,					
avdelningen för smittsamma könssjukdomar .	188	1 212	151	178	45·6
avdelningen för hudsjukdomar	61	486	42	61	31·7
Sjukhuset Eira,					
Stockholms stads avdelning för smittsamma köns- och hudsjukdomar	100	[1] 554	76	96	49·9
Stockholms läns avdelning för d:o	67	[2] 395	48	67	44·1
Holtermanska sjukhuset, Göteborg,					
avdelningen för smittsamma könssjukdomar.	77	519	49	70	34
avdelningen för hudsjukdomar	50	473	29	41	23
Malmö allmänna sjukhus,					
avdelningen för köns- och hudsjukdomar . .	56	[3] 341	37	50	40·3
Lunds lasarett,					
avdelningen för smittsamma könssjukdomar.	30	210	27	35	52·2
Hela riket	**629**	**4 190**	**459**	·	**39·9**

[1] Därav 472 könssjuka och 82 hudfall.
[2] Därav 227 könssjuka och 168 hudfall.
[3] Därav 165 könssjuka och 176 hudfall.

Tab. 15. Sammanställning för hela riket av vissa uppgifter rörande specialsjukhusen och kompletterande anstalter åren 1929—31.

Anstaltskategori	Antalet					Medeltalet vårdade per dag		Medelvårdtid, dagar
	anstalter	vårdplatser totala	vårdplatser per 100 000 invånare	intagna	underhållsdagar	totala	i % av antalet vårdplatser	
Vårdanstalter för lungtuberkulos[1]	108	7 288	118·7	[2] 14 625	·	[2] 6 788	[2] 94	·
Vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos[1]	6	[3] 1 246	[4] 20·3	2 188	·	1 077	[4] 86	·
Vanföreanstalter (ortoped. avd:ar)[5]	4	233	3·8	1 806	80 952	222	95	45
Epidemisjukhus[1]	187	[6] 7 111	115·8	18 443	579 163	1 587	22	31
Welanderhem[1]	3	113	1·8	[7] 137	34 987	96	85	·
Spetälskesjukhuset i Järvsö[1] . .	1	34	0·6	11	3 904	11	32	355
Hem för kroniskt sjuka	[8] 176	[8] 3 088	50·5	·	·	·	[9] 91; [10] 85	·
Anstalter för konvalescentvård[1]	6	185	3·0	1 635	50 890	139	75	31

[1] Uppgifterna avse år 1930.
[2] Härvid har hänsyn ej kunnat tagas till 9 tuberkulosavdelningar å sjukstugor och ålderdomshem m. m. om tillhopa 90 vårdplatser.
[3] För 4 kustsanatorier, som inrymma ett högre antal vårdplatser under sommarmånaderna, har räknats med detta antal.
[4] Se not 3.
[5] Uppgifterna avse år 1929.
[6] Härav 5 695 platser, avsedda för ständigt bruk, 877 förlagda i reserv och 539 för viss period upplåtna för annat ändamål.
[7] 101 kvarliggande från år 1929; 36 nyintagna år 1930.
[8] Avser ställningen den 1 mars 1930.
[9] Avser statsunderstödda landstingsanstalter år 1931.
[10] Avser statsunderstödda primärkommunala anstalter år 1931.

Vårdanstalter	Antalet vård-platser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade [1]
A. Vårdanstalter för lungtuberkulos utom Konung Oscar II:s jubileumsfonds sanatorier:				
Stockholms stad	757	1 695	694	788
Göteborgs »	501	974	451	494
Malmö »	153	334	125	149
Norrköpings »	128	[2] 153	[2] 34	[2] 42
Stockholms läns landstingsområde	207	446	206	213
Uppsala » »	101	255	100	103
Södermanlands » »	130	265	129	135
Östergötlands » »	236	[3] 529	[3] 288	[3] 300
Jönköpings » »	140	227	135	139
Kronobergs » »	92	256	85	95
Kalmar » landstingsområden	233	357	185	237
Gotlands » landstingsområde	25	42	25	26
Blekinge » »	139	318	125	145
Kristianstads » »	108	279	109	115
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	310	[4] 589	[4] 290	[4] 299
Hallands läns landstingsområde	120	278	119	124
Göteborgs o. Bohus » »	283	674	278	288
Älvsborgs » »	445	696	440	476
Skaraborgs » »	222	356	206	216
Värmlands » »	279	609	252	273
Örebro » »	239	373	235	244
Västmanlands » »	103	204	97	104
Kopparbergs » »	374	759	337	360
Gävleborgs » » och Gävle stad	242	516	239	245
Västernorrlands läns landstingsområde	319	[5] 650	[5] 306	[5] 317
Jämtlands » »	251	588	224	260
Västerbottens » »	325	[6] 600	[6] 286	[6] 298
Norrbottens » »	316	[7] 562	[7] 290	[7] 307
Hela riket	**6 778**	**13 584**	**6 290**	**6 792**
B. Konung Oscar II:s jubileumsfonds sanatorier	510	1 041	498	532
C. Vårdanstalter för kirurgisk tuberkulos	[8] 1 246	2 188	1 077	1 291

Tab. 17. Beläggningsförhållandena vid de ortopediska klinikerna å Eugeniahemmet samt vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg och Hälsingborg år 1929.

Ortopediska kliniken vid	Antalet vård-platser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Högsta antalet någon dag under året vårdade	Medel-vårdtid, dagar
Eugeniahemmet	24	121	19	·	57
Vanföreanstalten i Stockholm	53	883	62	90	26
» » » Göteborg	97	517	90	98	63
» » » Hälsingborg	59	285	51	60	66
Hela riket	**233**	**1 806**	**222**	·	**45**

[1] I denna kolumn angivna tal äro i regel för höga, enär högsta beläggningen sällan torde inträffa å samma dag för flera anstalter.

[2] Häri ej medräknad Norrköpings andel av Kolmårdssanatoriet (78 platser).

[3] Häri medräknat hela Kolmårdssanatoriet men ej tuberkulosavdelningen vid Linköpings ålderdomshem (14 platser).

[4] Häri ej medräknad tuberkulosavdelningen vid Hälsingborgs ålderdomshem (14 platser).

[5] Häri ej medräknad Torps tuberkulossjukstuga, gemensam med ålderdomshem och hem för kroniskt sjuka (8 platser).

[6] Häri ej medräknade tuberkulosavdelningarna vid fyra sjukstugor och ett kommunalhem (tillhopa 32 platser).

[7] Häri ej medräknad tuberkulosavdelningen vid Piteå sockens sjukhem (22 platser).

[8] För fyra kustsanatorier, som inrymma ett högre antal vårdplatser under sommarmånaderna, har räknats med detta antal.

Tab. 18. Antalet sjuksängar m. m. vid epidemisjukhusen år 1930.

Sjukvårdsområde	Ord. antalet sjuksängar den 31 dec. 1930	Antal vårdpl. per 1 000 invånare	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Antalet vårddagar för samtliga vårdade	Antal vårddagar per 1 000 invånare
Stockholms stad	616	1·2	2 364	168	61 184	122
Göteborgs »	360	1·5	1 237	97	35 343	145
Malmö »	185	1·4	602	46	16 777	131
Norrköpings »	64	1·0	121	7	2 445	39
Stockholms läns landstingsområde	295	1·1	1 174	121	44 110	166
Uppsala » »	136	1·0	570	56	20 585	149
Södermanlands » »	335	1·8	452	39	14 172	75
Östergötlands » »	372	1·5	454	39	14 131	56
Jönköpings » »	342	1·5	362	26	9 582	41
Kronobergs » »	20	0·1	50	4	1 523	10
Kalmar läns landstingsområden	168	0·7	254	27	9 710	42
Gotlands läns landstingsområde	64	1·1	148	13	4 902	85
Blekinge » »	120	0·8	98	5	1 923	13
Kristianstads » »	110	0·4	364	29	10 574	43
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	421	1·1	1 212	111	40 603	106
Hallands läns landstingsområde	203	1·4	432	40	14 600	97
Göteb. o. Bohus » »	176	0·8	247	16	5 921	28
Älvsborgs » »	343	1·1	430	32	11 772	38
Skaraborgs » »	199	0·8	792	64	23 254	96
Värmlands » »	116	0·4	569	43	15 788	58
Örebro » »	279	1·3	336	39	14 201	65
Västmanlands » »	305	1·9	474	54	19 571	121
Kopparbergs » »	267	1·1	471	46	16 674	67
Gävleborgs » » och Gävle stad	278	1·0	1 137	110	40 047	143
Västernorrlands läns landstingsområde	126	0·5	540	60	21 851	78
Jämtlands » »	128	1·0	386	39	14 387	107
Västerbottens » »	199	1·0	605	51	18 750	92
Norrbottens » »	307	1·5	2 562	205	74 783	374
Hela riket	**6 534**	**1·1**	**18 443**	**1 587**	**579 163**	**94**

Anmärkning: Beträffande antalet sjuksängar, se not 10 till tab. 19.

Tab. 19. Sammanställning av uppgifter från i huvudsak landstingens förvaltningsutskott m. fl. angående antalet epidemisjukhus den 31 december 1930, antalet vårdplatser å dessa sjukhus samt vårdplatsernas fördelning å permanenta platser, reservplatser samt platser, som för viss period upplåtits åt annat ändamål.

Sjukvårdsområde	Antalet epidemisjukhus	Antalet vårdplatser	Permanenta platser	Reservplatser	Platser, för viss period upplåtna åt annat ändamål
Stockholms stad	1	616	439	87	90
Göteborgs »	1	410	252	50	108
Malmö »	2	210	190	—	20
Norrköpings »	1	64	64	—	—
Stockholms läns landstingsområde	7	328	295	—	33
Uppsala » »	4	197	133	32	32
Södermanlands » » [1]	11	351	302	33	16
Östergötlands » »	12	372	271	81	20
Jönköpings » »	9	342	243	77	22
Kronobergs » »	[2] 1	20	20	—	—
Kalmar läns norra »	[3] 2	[4] 86	64	10	12
Kalmar » södra »	3	[5] 97	82	15	—
Gotlands läns »	1	64	64	—	—
Blekinge » »	9	188	120	49	19
Kristianstads » »	4	113	98	15	—
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	7	382	376	6	—
Hallands läns landstingsområde	3	203	203	—	—
Göteb. o. Bohus » »	4	176	148	—	28
Älvsborgs » »	11	359	292	67	—
Skaraborgs » » [6]	4	240	199	—	41
Värmlands » » [7]	6	110	110	—	—
Örebro » » [8]	8	279	279	—	—
Västmanlands » »	10	306	184	122	—
Kopparbergs » »	13	322	216	51	55
Gävleborgs » » och Gävle stad	13	477	278	168	31
Västernorrlands läns landstingsområde [9]	4	126	126	—	—
Jämtlands » »	5	128	128	—	—
Västerbottens » »	16	212	186	14	12
Norrbottens » »	15	333	333	—	—
Summa	**187**	[10] **7 111**	**5 695**	**877**	[11] **539**

[1] Inklusive Eskilstuna stad, som utgör eget epidemidistrikt.
[2] Uppgifterna ang. Kronobergs län fr. Allmän hälso- och sjukvård.
[3] samt rätt att disponera 5 platser å ett 3:dje epid.sj.h.
[4] inklusive ovanst. 5 platser.
[5] exklusive ovanst. 5 platser.
[6] Vid 1930 års utgång fanns jämväl ett nu nedlagt, Skara stad tillhörigt epid.sj.h. om 20 pl.
[7] Intet av epidemisjukhusen tillhörde landstinget. Platsantalet angives »C:a 110».
[8] Inklusive Örebro stad, som utgör eget epidemidistrikt.
[9] Inklusive Sundsvalls stad. som utgör eget epidemidistrikt. Uppgifterna ang. Västernorrlands län fr. Allmän hälso- och sjukvård.
[10] Detta tal är högre än det i tab. 18 uppgivna (6 534), enär i sistnämnda tal icke inräknats en del vårdplatser, som för viss period upplåtits åt annat ändamål, och ej heller en del vårdplatser å reservsjukhus.
[11] Det antal vårdplatser, som den 31 december 1930 fingo vara upplåtna åt annat ändamål *på grund av vederbörligt tillstånd*, utgjorde 463. Skillnaden av (539—463) 76 har uppstått därigenom, att vid sagda tidpunkt dels 176 platser synas hava varit upplåtna åt annat ändamål *utan* vederbörligt tillstånd, dels beträffande 100 platser lämnat tillstånd ej begagnats.

Tab. 20. Landstings- och primärkommunala hem för kroniskt sjuka, som godkänts av medicinalstyrelsen eller, för erhållande av landstingsersättning, av förste provinsialläkare, deras antal och antalet vårdplatser.

(Uppgifterna avse förhållandena den 1 mars 1930)

Sjukvårdsområde	Antalet anstalter		Antalet vårdplatser å			
	drivna av landsting eller stad, som ej deltager i landsting	primär kommunala anstalter	anstalter, drivna av landsting eller stad, som ej deltager i landsting		primärkommunala anstalter	
			godkända av medicinalstyrelsen	godkända av förste provinsialläkare	godkända av medicinalstyrelsen	godkända av förste provinsialläkare
Göteborgs stad	1	—	118	—	—	—
Gävle stad	1	—	19	—	—	—
Stockholms läns landstingsområde	5	8	104	—	42	46
Uppsala » »	2	4	75	—	25	126
Södermanlands » »	1	2	64	—	15	80
Östergötlands » »	2	3	77	—	45	24
Jönköpings » »	—	6	—	—	33	77
Kronobergs » »	[1] —	7	[1] —	—	33	19
Kalmar läns norra »	1	1	—	42 (Hjorted)	20	—
Kalmar » södra »	—	8	—	—	8	56
Gotlands läns »	—	1	—	—	—	30
Blekinge » »	1	5	18	—	71	—
Kristianstads » »	3	3	130	—	13	16
Malmöhus » »	6	2	114	—	38	—
Hallands » »	—	3	—	—	72	—
Göteb. o. Bohus » »	—	13	—	—	131	—
Älvsborgs » »	—	5	—	—	20	41
Skaraborgs » »	2	19	41	—	78	112
Värmlands » »	1	15	22	—	96	108
Örebro » »	—	9	—	—	58	136
Västmanlands » »	—	2	—	—	8	42
Kopparbergs » »	1	8	19	—	39	104
Gävleborgs » »	—	11	—	—	127	42
Västernorrlands » »	—	4	—	—	44	67
Jämtlands » »	1	2	20	—	16	—
Västerbottens » »	—	3	—	—	26	—
Norrbottens » »	—	4	—	—	41	—
Summa	**28**	**148**	**821**	**42**	**1 099**	**1 126**

[1] I Kronobergs län har landstinget år 1931 inrättat ett hem för kroniskt sjuka i Växjö, godkänt av medicinalstyrelsen för 41 vårdplatser.

Tab. 21. Antalet statsunderstödda vårdplatser m. m. å landstings- och primärkommunala hem för kroniskt sjuka vid utgången av år 1931.

Sjukvårdsområde	Anstalter, drivna av landsting eller stad, som icke deltager i landsting			Primärkommunala anstalter			Antalet statsunderstödda platser i procent av det enligt gällande bestämmelser högsta möjliga statsbidragsberättigade antalet
	antal anstalter	antal statsunderstödda vårdplatser	medeltalet vårdade per dag i procent av antalet ordinarie vårdplatser	antal anstalter	antal statsunderstödda vårdplatser	medeltalet vårdade per dag i procent av antalet ordinarie vårdplatser	
Göteborgs stad	1	117	100	—	—	—	95·1
Gävle »	1	19	95	—	—	—	100·0
Stockholms läns landstingsområde	5	100	[1] 94	6	50	88	56·6
Uppsala » »	2	68	100	3	25	76	67·9
Södermanlands » »	1	64	98	2	21	81	45·5
Östergötlands » »	2	73	95	5	88	90	65·2
Jönköpings » »	1	24	75	4	45	93	29·7
Kronobergs » »	—	—	—	7	46	91	29·7
Kalmar läns norra »	1	79	56	—	—	—	84·9
Kalmar » södra »	—	—	—	3	23	78	16·8
Gotlands läns »	—	—	—	—	—	—	0·0
Blekinge » »	1	18	97	5	71	75	61·8
Kristianstads » »	3	131	[2] 97	2	13	99	58·5
Malmöhus » »	7	141	[3] 87	2	38	87	55·1
Hallands » »	—	—	—	4	79	85	52·7
Göteborgs o. Bohus » »	—	—	—	17	178	85	84·0
Älvsborgs » »	—	—	—	5	46	75	14·7
Skaraborgs » »	2	41	91	6	101	92	58·7
Värmlands » »	1	22	95	8	96	58	43·7
Örebro » »	—	—	—	5	58	103	26·6
Västmanlands » »	—	—	—	1	8	100	5·0
Kopparbergs » »	3	78	[4] 93	3	37	89	46·2
Gävleborgs » »	—	—	—	10	100	79	41·7
Västernorrlands » »	—	—	—	4	68	[5] 89	24·4
Jämtlands » »	1	20	98	2	16	79	26·7
Västerbottens » »	—	—	—	3	30	[6] 85	14·6
Norrbottens » »	—	—	—	5	58	93	28·9
Samtliga ovanstående sjukvårdsområden	**32**	**995**	[7] **91**	**112**	**1 295**	[8] **85**	**43·6**

De med notsiffror försedda talen hava avseende å följande antal anstalter: [1] 4; [2] 2; [3] 6; [4] 2; [5] 3; [6] 1; [7] 28; [8] 109.

Tab. 22. Beläggningsförhållandena vid konvalescenthemmen år 1930.

Anstalt	Antalet vårdplatser	Antalet intagna	Medeltal vårdade per dag	Medelvårdtid, dagar
Isidor Dannströms konvalescenthem vid Sabbatsbergs sjukhus, Stockholm	60 (30 för män 30 för kvinnor)	560	31	20
Albert och Hulda Påhlsons konvalescenthem, Södertörns villastad	52 (för kvinnor)	438	42	35
Heijkenskjölds konvalescenthem invid Södertälje	30 (för kvinnor)	246	23	33
Ihrfeltska barnhemmet, Lidingö	15	61	10	59
Lamms konvalescenthem för tuberkulossjuka, Enskede	8 (för kvinnor)	49	7	53
Stockholms centrala diakoniråds konvalescenthem, Ribbingebäck[1]	20 (för män)	281	26	34
Samtliga anstalterna	**185**	**1 635**	**139**	31

[1] Detta hem redovisas här endast i vad det avser av Stockholms stad disponerade platser.

Tab. 23. Antalet odelade lasarett å landsbygden, fördelade efter antalet vårdplatser vid utgången av år 1931.

Landstingsområde	Antal lasarett med följande antal platser						Summa lasarett
	150 eller därutöver	149—125	124—100	99—75	74—50	49 eller därunder	
Stockholms läns	—	1	1	—	2	—	4
Södermanlands » [1]	—	—	—	1	1	—	2
Östergötlands »	—	—	2	—	1	1	4
Jönköpings » [2]	—	—	—	—	2	—	2
Kronobergs »	—	1	—	1	—	—	2
Kalmar läns norra	—	1	—	—	—	—	1
Kalmar » södra	—	—	—	—	2	—	2
Gotlands läns	—	—	—	1	—	—	1
Blekinge »	1	1	—	—	—	—	2
Kristianstads »	—	—	1	1	—	—	2
Malmöhus » med Hälsingborgs stad	—	—	2	—	2	—	4
Hallands läns	1	—	—	1	1	—	3
Göteborgs o. Bohus »	—	—	1	—	1	1	3
Älvsborgs »	—	1	—	—	—	—	1
Skaraborgs »	—	2	—	—	—	—	2
Värmlands »	—	—	—	1	2	—	3
Västmanlands »	—	—	1	—	2	—	3
Kopparbergs »	—	—	—	1	2	1	4
Gävleborgs » med Gävle stad	1	—	2	—	—	—	3
Västernorrlands läns	1	1	—	—	1	—	3
Jämtlands »	—	—	—	—	1	—	1
Västerbottens »	—	—	—	1	—	—	1
Norrbottens »	—	—	—	1	2	1	4
Samtliga ovanstående områden	4	8	10	9	22	4	57

[1] Eskilstuna lasarett var år 1931 ej delat; delning verkställd 1932.
[2] Militärsjukhuset i Eksjö ej medräknat.

Tab. 24. Förslag till fördelning av vårdplatser för rheumatiskt sjuka.

Platsen för anstalten	Anstaltens sjukvårdsområde	Antal invånare 1/1 1931	Antal vård-platser	Antal invånare per vård-plats
Boden	Norrbottens län	199 825	50	4 000
Umeå	Västerbottens län; Hammerdals tingslag samt Kyrkås, Lits, Häggenås, Föllinge, Laxsjö och Hotagens kommuner av Jämtlands län; Ångermanlands norra domsaga och Örnsköldsvik, Ramsele, Resele och Ådals-Lidens kommuner samt Fjällsjö tingslag av Västernorrlands län	307 346	60	5 100
Sundsvall	Västernorrlands län utom: Ångermanlands norra domsaga och Örnsköldsvik, Ramsele, Resele och Ådals-Lidens kommuner samt Fjällsjö tingslag; Jämtlands län utom dels Hammerdals tingslag samt Kyrkås, Lits, Häggenås, Föllinge, Laxsjö och Hotagens kommuner, dels Hede tingslag och Svegs tingslag	293 720	60	4 900
Gävle	Gävleborgs län; Uppsala läns norra domsaga; Våla härad av Västmanlands län	342 070	60	5 700
Falun	Kopparbergs län; Hede tingslag och Svegs tingslag av Jämtlands län; Grythytte och Hällefors härad samt Nya Kopparbergs härad av Örebro län	285 145	56	5 100
Stockholm	Stockholms stad; Stockholms län; Gotlands län; Uppsala län utom norra domsagan; Södermanlands län	1 098 955	120	9 150
Norrköping	Östergötlands län och norra Tjusts härad av Kalmar län	327 982	56	5 850
Jönköping	Jönköpings län; Vartofta härad inkl. Tidaholm, Falköping samt Södra Fågelås kommun, Norra Fågelås kommun, Hjo landskommun och Hjo stad av Skaraborgs län; Redvägs härad och Ulricehamn av Älvsborgs län	284 257	60	4 700
Växjö[1]	Kronobergs län; Blekinge län utom: Östra härad och Karlskrona; Visseltofta kommun, Östra Göinge härad och Villands härad av Kristianstads län samt Kristianstad	317 966	60	5 300
Kalmar	Kalmar län utom Norra Tjusts härad; Östra härad av Blekinge län och Karlskrona	264 862	60	4 400
Lund	Malmöhus län; Kristianstads län utom: Visseltofta kommun, Östra Göinge härad, Villands härad och Kristianstad	687 688	80	8 600
Göteborg	Göteborgs och Bohus län; Hallands län; Marks domsaga, Kinds härad, Borås domsaga samt Vättle, Ale och Kullings domsaga av Älvsborgs län jämte städerna Alingsås och Borås	790 224	120	6 600
Lidköping	Skaraborgs län utom: Vartofta härad inkl. Tidaholm, Falköping samt Södra Fågelås kommun, Norra Fågelås kommun, Hjo landskommun och Hjo stad; Flundre, Väne och Bjärke domsaga samt Nordals, Sundals och Valbo domsaga av Älvsborgs län jämte Vänersborg	284 477	56	5 100
Karlstad	Värmlands län; Tössbo och Vedbo domsaga av Älvsborgs län jämte Åmåls stad; Karlskoga härad av Örebro län	327 190	60	5 450
Västerås	Västmanlands län utom Våla härad; Örebro län utom Grythytte och Hällefors, Nya Kopparbergs samt Karlskoga härader	329 864	56	5 900
	Samtliga	**6 141 571**	**1 014**	**6 050**

[1] Under förutsättning av lasarettets delning.

Tab. 25. Översikt över den slutna ögonsjukvårdens utveckling åren 1910—1931.

Ögonavdelningen vid	Öppnad år	1910		1914		1921		1925		1926		1929		1931	
		vård-platser	in-tagna	vård-platser	in-tagna	vård-platser	in-tagna	vård-platser	in-tagna	vård-platser	in-tagna	vård-platser	in-tagna	vård-platser	in-tagna
Lasarettet i Lund	1884	50	586	52	639	60	616	60	666	60	646	60	840	60	915
Serafimerlasarettet	1891	[1]	[1]	[1]	[1]	35	565	62	721	62	831	62	774	62	981
Akademiska sjukhuset	1903	18	214	18	309	18	320	18	384	18	458	29	517	29	442
Sabbatsbergs sjukhus	1910	24	[2] 34	24	324	24	390	24	366	40	342	40	372	40	479
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset	1910	16	144	16	214	16	306	21	315	21	[3]	21	362	21	384
Malmö allmänna sjukhus	1914	—	—	20	171	20	207	20	235	20	273	20	238	20	261
Lasarettet i Falun	1921	—	—	—	—	[1]	245	24	373	24	409	24	577	24	544
Lasarettet i Karlstad	1925	—	—	—	—	—	—	[1]	[1]	[1]	[1]	20	185	20	192
Lasarettet i Umeå	1926	—	—	—	—	—	—	—	—	18	205	18	260	18	264
Lasarettet i Linköping	1929	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	23	210	23	298
Lasarettet i Örebro	1931	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	[4] 119

[1] I vederbörande årsberättelse ingå uppgifterna för ögonavdelningen i uppgifterna för den kirurgiska avdelningen.
[2] År 1911 utgjorde antalet intagna 259.
[3] Uppgift saknas i årsberättelsen.
[4] Avdelningen öppnad 1 september 1931.

Tab. 26. Å ögonavdelning intagna patienters fördelning efter hemorten år 1929.[1]

Patienternas hemort (Sjukvårdsområde)	Folkmängd i tusental	Intagna patienter													
		Summa intagna patienter	Serafimerlasarettet	Sabbatsbergs sjukhus	Akademiska sjukhuset	Lunds lasarett	Malmö allmänna sjukhus	Sahlgrenska sjukhuset	Falu lasarett	Karlstads lasarett	Linköpings lasarett	Jönköpings lasarett	Umeå lasarett	Norrköpings lasarett	Boden
Stockholms stad	487	*488*	*158*	*324*	2	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Göteborgs »	242	*202*	3	—	—	—	—	*199*	—	—	—	—	—	—	—
Malmö »	120	*146*	—	—	—	3	*143*	—	—	—	—	—	—	—	—
Norrköpings »	61	*88*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	*88*	—
Stockholms län	264	251	194	19	37	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—
Uppsala »	139	*254*	11	—	*243*	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Södermanlands »	190	112	100	9	—	—	1	1	—	—	—	—	—	1	—
Östergötlands » utom Norrk.	248	*233*	14	—	1	1	—	1	—	1	*186*	—	—	29	—
Jönköpings »	231	*215*	18	1	—	63	2	3	—	—	8	*120*	—	—	—
Kronobergs »	156	124	2	—	1	117	4	—	—	—	—	—	—	—	—
Kalmar norra »	94	41	15	3	—	2	—	—	1	—	16	1	—	3	—
Kalmar södra »	137	63	18	—	—	40	5	—	—	—	—	—	—	—	—
Gotlands »	57	33	29	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—
Blekinge »	146	94	1	1	1	80	9	2	—	—	—	—	—	—	—
Kristianstads »	246	159	—	—	—	133	25	1	—	—	—	—	—	—	—
Malmöhus » utom Malmö	389	*430*	1	—	—	*381*	47	1	—	—	—	—	—	—	—
Hallands »	150	29	—	—	—	12	2	15	—	—	—	—	—	—	—
Göteb. o. Boh. » utom Göteb.	213	66	—	—	—	1	—	64	—	—	—	—	1	—	—
Älvsborgs »	313	57	1	1	2	2	—	48	—	1	—	2	—	—	—
Skaraborgs »	243	35	9	—	—	—	—	21	—	2	—	3	—	—	—
Värmlands »	269	*198*	10	2	1	—	—	3	1	*179*	—	—	—	2	—
Örebro »	220	71	49	2	6	—	—	1	12	1	—	—	—	—	—
Västmanlands »	162	96	44	4	46	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—
Kopparbergs »	251	*478*	3	—	—	—	—	1	*474*	—	—	—	—	—	—
Gävleborgs »	280	208	23	1	106	—	—	—	78	—	—	—	—	—	—
Västernorrl. »	277	122	37	4	45	1	—	—	—	1	—	1	33	—	—
Jämtlands »	134	38	19	—	14	—	—	—	3	—	—	—	2	—	—
Västerbottens »	202	*230*	7	—	2	—	—	—	1	—	—	—	*219*	—	1
Norrbottens »	197	*243*	8	—	7	—	—	—	—	—	—	—	4	—	*224*
Utlänningar . .	—	6	—	1	—	—	—	1	4	—	—	—	—	—	—
Summa	**6 120**	**4 810**	**774**	**372**	**517**	**840**	**238**	**362**	**577**	**185**	**210**	**127**	**260**	**123**	**225**

[1] *Kursiverade* äro dels de sjukvårdsområden, där specialvård för ögonsjuka vid sjukvårdsinrättning var anordnad, dels sammanlagda antalet från dessa sjukvårdsområden intagna ögonsjuka å dylika sjukvårdsinrättningar samt dels antalet vid »egen» sjukvårdsinrättning för ögonsjuka vårdade patienter.

Tab. 27. Antalet behövliga ögonvårdplatser för olika sjukvårdsområden vid ett beräknat platsantal av 1 per 16 000, resp. 15 000 och 13 000 invånare år 1929.

Sjukvårdsområde	1: 16 000	1: 15 000	1: 13 000
Stockholms stad	30	32	37
Göteborgs »	15	16	18
Malmö »	7	8	9
Norrköpings »	3	4	4
Stockholms läns landstingsområde	16	17	20
Uppsala » »	8	9	10
Södermanlands » »	11	12	14
Östergötlands » »	15	16	19
Jönköpings » »	14	15	17
Kronobergs » »	9	10	12
Kalmar läns norra »	5	6	7
Kalmar » södra »	8	9	10
Gotlands läns »	3	3	4
Blekinge » »	9	9	11
Kristianstads » »	15	16	18
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	24	26	30
Hallands läns landstingsområde	9	10	11
Göteborgs o. Bohus » »	13	14	16
Älvsborgs » »	19	20	24
Skaraborgs » »	15	16	18
Värmlands » »	16	18	20
Örebro » »	13	14	17
Västmanlands » »	10	10	12
Kopparbergs » »	15	16	19
Gävleborgs » » och Gävle stad	17	19	22
Västernorrlands läns landstingsområde	17	18	21
Jämtlands » »	8	9	10
Västerbottens » »	12	13	15
Norrbottens » »	12	12	14
Summa	**368**	**397**	**459**

Tab. 28. Översikt över öronavdelningarnas utveckling åren 1910—1931.

Öronavdelningen vid	Öppnad år	Antal vårdplatser	Antal intagna	Antal vårdplatser	Antal intagna	Antal vårdplatser	Antal intagna	Antal vårdplatser	Antal intagna
		År 1910		*År 1914*		*År 1917*		*År 1919*	
Sabbatsbergs sjukhus	1910	24	[1] 59	24	829	24	1 155	24	1 198
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset	1910	16	[2] 168	16	293	16	417	32	463
Malmö allmänna sjukhus	1916	—	—	—	—	16	430	16	384
Akademiska sjukhuset	1917	—	—	—	—	12	[3] 52	12	386
Lasarettet i Lund	1918	—	—	—	—	—	—	[4]	[4]
» » Karlstad	1919	—	—	—	—	—	—	[5]	[5]
» » Stocksund	1922	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Falun	1925	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Jönköping	1927	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Hälsingborg	1929	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Kristianstad	1930	—	—	—	—	—	—	—	—
» » Örebro	1931	—	—	—	—	—	—	—	—
		År 1925		*År 1927*		*År 1929*		*År 1931*	
Sabbatsbergs sjukhus	1910	24	1 358	57	2 145	57	2 021	57	1 810
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset	1910	52	1 079	52	919	52	1 058	55	961
Malmö allmänna sjukhus	1916	30	835	30	726	30	833	29	774
Akademiska sjukhuset	1917	30	588	38	801	61	1 331	61	1 380
Lasarettet i Lund	1918	23	561	25	644	44	613	44	1 321
» » Karlstad	1919	[5]	[5]	[5]	[5]	20	534	20	545
» » Stocksund	1922	20	323	20	318	20	452	30	618
» » Falun	1925	24	[6] 56	24	591	24	716	24	716
» » Jönköping	1927	—	—	28	[7] 327	28	853	30	803
» » Hälsingborg	1929	—	—	—	—	18	[8] 42	18	321
» » Kristianstad	1930	—	—	—	—	—	—	31	644
» » Örebro	1931	—	—	—	—	—	—	29	[9] 253

[1] För tiden $^{23}/_{11}$—$^{31}/_{12}$.
[2] För tiden $^{1}/_{3}$—$^{31}/_{12}$.
[3] För tiden $^{17}/_{10}$—$^{31}/_{12}$.
[4] Särskilda uppgifter finnas från och med år 1921.
[5] Särskilda uppgifter finnas först för år 1929.
[6] För tiden $^{15}/_{10}$—$^{31}/_{12}$.
[7] För tiden $^{1}/_{5}$—$^{31}/_{12}$.
[8] För tiden $^{18}/_{11}$—$^{31}/_{12}$.
[9] För tiden $^{1}/_{9}$—$^{31}/_{12}$.

Tab. 29. Å öronavdelning intagna patienters fördelning efter hemorten år 1929.[1]

Patienternas hemort (Sjukvårdsområde)	Folkmängd i tusental	Antal intagna patienter													
		Summa	Sabbatsbergs sjukhus	Sahlgrenska sjukhuset	Malmö allmänna sjukhus	Stocksunds lasarett	Akademiska sjukhuset	Linköpings garnisonssjukhus	Jönköpings lasarett	Kristianstads lasarett	Lunds lasarett	Hälsingborgs lasarett	Karlstads lasarett	Falu lasarett	Sundsvalls lasarett
Stockholms stad	486	*1 847*	*1 793*	2	2	20	15	—	7	—	—	2	—	3	3
Göteborgs »	242	*850*	1	*838*	—		7	—	—	—	2	—	1	1	—
Malmö »	120	*730*	—	—	*713*		—	—	4	—	13	—	—	—	—
Norrköpings »	61	2	2	—	—		—	—	—	—	—	—	—	—	—
Stockholms läns landstingsområde	264	*622*	47	—	1	*420*	151	2	—	—	—	—	1	—	—
Uppsala » »	139	*946*	3	—	—	1	*942*	—	—	—	—	—	—	—	—
Södermanlands » »	190	43	32	—	1	1	6	—	1	1	—	—	—	1	—
Östergötlands » »	248	*398*	6	—	1		1	*387*	2	—	1	—	—	—	—
Jönköpings » »	231	*788*	3	—	—		3	8	*772*	—	2	—	—	—	—
Kronobergs » »	156	40	1	—	4		1	—	5	2	27	—	—	—	—
Kalmar läns norra »	94	90	5	1	2		3	50	25	—	3	—	1	—	—
Kalmar » södra »	137	25	10	—	—		1	3	—	2	9	—	—	—	—
Gotlands » »	57	9	6	—	—		2	—	—	—	1	—	—	—	—
Blekinge » »	146	40	2	2	15		2	—	—	6	13	—	—	—	—
Kristianstads » »	246	*457*	1	1	14		1	—	—	*415*	22	3	—	—	—
Malmöhus » » med Hälsingborg	389	*616*	1	—	69		3	—	—	2	*507*	[2]*34*	—	—	—
Hallands läns landstingsområde	150	46	—	20	2		1	—	3	5	12	3	—	—	—
Göteborgs o. Bohus » »	213	47	—	46	—		—	—	1	—	—	—	—	—	—
Älvsborgs » »	313	101	2	88	1		2	1	2	—	—	—	5	—	—
Skaraborgs » »	243	79	4	43	1		5	1	25	—	—	—	—	—	—
Värmlands » »	269	*554*	17	9	—		3	4	—	—	1	—	*518*	2	—
Örebro » »	220	30	5	—	—		12	2	2	—	—	—	4	5	—
Västmanlands » »	162	92	14	1	—		74	1	—	—	—	—	—	2	—
Kopparbergs » »	251	*675*	3	—	—		6	—	1	—	—	—	1	*664*	—
Gävleborgs » » med Gävle	280	93	11	2	1		37	—	3	—	—	—	2	34	3
Västernorrlands läns landstingsområde	277	*465*	11	2	1		14	—	—	—	—	—	1	—	*436*
Jämtlands » »	134	25	9	—	1		11	—	—	—	—	—	—	1	3
Västerbottens » »	202	12	10	—	—		2	—	—	—	—	—	—	—	—
Norrbottens » »	197	33	10	—	—		23	—	—	—	—	—	—	—	—
Utlänningar	—	25	12	3	4		3	—	—	—	—	—	—	3	—
Summa	**6 120**	[3]**9 780**	**2 021**	**1 058**	**833**	[3]**452**	**1 331**	**459**	**853**	**433**	**613**	**42**	**534**	**716**	**445**

[1] *Kursiverade* äro dels de sjukvårdsområden, där specialvård för öronsjukdomar fanns anordnad vid sjukvårdsinrättning, dels sammanlagda antalet från dessa sjukvårdsområden å dylika sjukvårdsinrättningar intagna öronpatienter, dels ock antalet öronpatienter, vårdade vid »egen» sjukvårdsinrättning för öronsjuka. — [2] För tiden $^{18}/_{11}$—$^{31}/_{12}$. — [3] Härav 10 patienter, vilkas fördelning å sjukvårdsområdena ej angivits.

Tab. 30. Jämförande översikt med avseende å hemort för de å specialavdelning intagna öron- och ögonpatienterna år 1929.

Patienternas hemort (Sjukvårdsområde)	Antalet intagna öronpatienter		Antalet intagna ögonpatienter	
	från sjukvårdsområde *med* specialavdelning	från sjukvårdsområde *utan* specialavdelning	från sjukvårdsområde *med* specialavdelning	från sjukvårdsområde *utan* specialavdelning
Stockholms stad	1 847	—	488	—
Göteborgs »	850	—	202	—
Malmö »	730	—	146	—
Norrköpings »	—	2	88	—
Stockholms läns landstingsområde	622	—	—	251
Uppsala » »	946	—	254	—
Södermanlands » »	—	43	—	112
Östergötlands » »	398	—	233	—
Jönköpings » »	788	—	215	—
Kronobergs » »	—	40	—	124
Kalmar läns norra »	—	90	—	41
Kalmar » södra »	—	25	—	63
Gotlands läns »	—	9	—	33
Blekinge » »	—	40	—	94
Kristianstads » »	457	—	—	159
Malmöhus » » med Hälsingborg	616	—	430	—
Hallands läns landstingsområde	—	46	—	29
Göteb. o. Bohus » »	—	47	—	66
Älvsborgs » »	—	101	—	57
Skaraborgs » »	—	79	—	35
Värmlands » »	554	—	198	—
Örebro » »	—	30	—	71
Västmanlands » »	—	92	—	96
Kopparbergs » »	675	—	478	—
Gävleborgs » » med Gävle	—	93	—	208
Västernorrlands läns landstingsområde	465	—	—	122
Jämtlands » »	—	25	—	38
Västerbottens » »	—	12	230	—
Norrbottens » »	—	33	243	—
Utlänningar	—	25	—	6
Summa	**8 948**	**832**	**3 205**	**1 605**
	9 780		**4 810**	

Tab. 31. För sjukvårdsområde med egen öron- eller ögonavdelning fördelade sig år 1929 de i området hemmahörande, på lasarett eller sjukstuga intagna öron- resp. ögonpatienterna å specialavdelning och icke-specialavdelning sålunda:

Sjukvårdsområde	Antal intagna öronpatienter						Antal intagna ögonpatienter					
	å specialavdelning				å icke-specialavdelning [1]		å specialavdelning				å icke-specialavdelning [4]	
	egen	främmande		Summa	Absolut	% av samtliga patienter	egen	främmande		Summa	Absolut	% av samtliga patienter
		absolut	procentuellt					absolut	procentuellt			
Stockholms stad	1 793	54	2·9	1 847	71	3·6	482	6	1·2	488	[5] 6	1·2
Göteborgs »	838	12	1·4	850	5	0·6	199	3	1·5	202	0	0·0
Malmö »	713	17	2·3	730	—	0·0	143	3	2·1	146	0	0·0
Norrköpings »	—	—	—	—	—	—	[6] 88	0	0·0	88	0	0·0
Stockholms läns landstingsområde	420	202	32·5	622	633	50·4	—	—	—	—	—	—
Uppsala » »	942	4	0·4	946	52	5·2	243	11	4·3	254	0	0·0
Östergötlands » »	[2] 387	11	2·8	398	346	46·5	186	47	20·2	233	62	21·0
Jönköpings » »	772	16	2·0	788	168	17·5	[6] 120	95	44·2	215	24	10·0
Kristianstads » »	415	42	9·2	457	102	18·2	—	—	—	—	—	—
Malmöhus » » inkl. Hälsingborg	[3] 541	75	12·2	616	300	32·7	381	49	11·4	430	41	8·7
Värmlands läns landstingsområde	518	36	6·5	554	362	39·5	179	19	9·6	198	42	17·5
Kopparbergs » »	664	11	1·6	675	385	36·3	474	4	0·8	478	16	3·2
Västernorrlands » »	436	29	6·2	465	342	42·3	—	—	—	—	—	—
Västerbottens » »	—	—	—	—	—	—	219	11	4·8	230	50	17·8
Norrbottens » »	—	—	—	—	—	—	[6] 224	19	7·8	243	84	25·7
Summa	**8 439**	**509**	**5·7**	**8 948**	**2 766**	**23·6**	**2 938**	**267**	**8·3**	**3 205**	**325**	**9·5**

[1] I denna kolumn har icke frånräknats eventuellt förekommande »utomlänspatienter».
[2] Civila patienter å garnisonssjukhuset i Linköping.
[3] Härav 34 å lasarettet i Hälsingborg för tiden $^{18}/_{11}$—$^{31}/_{12}$.
[4] I denna kolumn har dels icke medräknats å sjukstuga intagna ögonpatienter, dels icke frånräknats eventuellt förekommande »utomlänspatienter».
[5] Avser Maria sjukhus, sjukhusen S:t Göran och S:t Erik samt Åsö sjukhus.
[6] I Norrköping, Jönköping och Boden funnos år 1929 ögonläkare med platstillgång å sjukhus.

Tab. 32. Antalet vårdplatser och intagna å barnbördshusen samt barnbördsavdelningarna vid lasaretten åren 1920—1929.

År	Antalet vårdplatser				Antalet intagna			
	BB-hus	BB-avd., typ I	BB-avd., typ II	Summa	BB-hus	BB-avd., typ I	BB-avd., typ II	Summa
1920 . . .	344	121	54	519	11 904	4 466	1 028	17 398
1921 . . .	344	121	54	519	11 449	4 353	1 229	17 031
1922 . . .	350	121	61	532	10 906	4 321	1 510	16 737
1923 . . .	350	140	79	569	10 632	4 542	1 900	17 074
1924 . . .	350	153	99	602	10 938	4 730	2 265	17 933
1925 . . .	364	153	128	645	11 091	4 875	3 008	18 974
1926 . . .	393	175	128	696	11 961	4 935	3 240	20 136
1927 . . .	403	185	156	744	13 481	4 962	3 654	22 097
1928 . . .	411	185	205	801	13 500	5 362	4 894	23 756
1929 . . .	411	185	235	831	13 110	5 286	5 825	24 221

Tab. 33. Förefintliga förlossningshem (-rum), deras belägenhet, ägare och platsantal år 1929.

Sjukvårdsområde och anstalt	Belägenhet st=stad kö=köping mu=municipalsamhälle lb=landsbygd	Ägare k=kommun rk=röda korset f=annan förening l=läkare b=barnmorska e=annan enskild [1]	Platsantal
Stockholms stad:			
Pro Patrias barnbördshus	st	f	22
Östermalms Nya förlossningshem	st	e	10
Stockholms privata förlossningshem	st	b	10
Josefina Hultins förlossningshem	st	b	6
Stockholms privatklinik [2]	st	l	7
D:r Heijls privata förlossningshem	st	l	10
Fru Axelssons förlossningshem	st	b	4
Fru Halls förl.-hem	st	b	4
Majken Jeanssons förlossningshem	st	b	4
Stockholms län:			
Djursholm	st	k	1
Vaxholm	st	rk	2
Norrtälje	st	b	4
Dalarö	mu	b	2—4
Uppsala län:			
Tierp	kö	b	10
Södermanlands län:			
Malmgården	lb	k	2—3
Björkvik	lb	k, rk	4
Eskilstuna, Slagsta	st	e	9
Östergötlands län:			
Motala barnbördshus	st	f	18
Skänninge	st	b	8
Österbymo	lb	rk	3
Kvillinge	lb	k, rk	1
S:t Anna	lb	rk	2
Linköping	st	b	6
Jönköpings län:			
Nässjö	st	b	5
Sävsjö	mu	e	4
Kronobergs län:			
Älghultsby	lb	rk	6
Älmhult	kö	e	6
Växjö	st	e	7
Alvesta	mu	e	2
Kalmar län:			
Böda	lb	rk	2
Rockneby	lb	rk	2
Oskarshamns privata förlossningshem	st	f	5
Oskarshamns förlossningshem	st	b	3
Gotlands län:			
Slite	lb	k, rk	2
Visby	st	k	2
Blekinge län:			
Ronneby	st	rk	1
Bräkne-Hoby	lb	rk	3
Karlskrona	st	k	11
Kristianstads län:			
Klippan	mu	rk	3—5
Malmö stad:			
Malmö privata förlossningshem	st	e	8
Sahlströms privata förlossningshem	st	b	5
Ida Forslunds privata förlossningshem	st	b	2
Ida Jönssons privata förlossningshem	st	b	3
Ekenstams privata förlossningshem	st	b	1
Lundins privata förlossningshem	st	b	1
Cronquists privata förlossningshem	st	b	3
Malmöhus län:			
Landskrona	st	k	10
Ystad	st	k	2
Svenssons förlossningshem, Hälsingborg	st	b	1
Sandbergs förlossningshem, Hälsingborg	st	b	1
Hallands län:			
Halmstad	st	b	14
Oskarström	mu	rk	2—3
Göteborgs stad:			
Ahlströms sjuk- och förlossningshem	st	e	19

[1] Vissa av dessa hem torde ägas av läkare eller barnmorska.
[2] Icke uteslutande avsedd för förlossningar.

Tab. 33 (forts.). **Förefintliga förlossningshem (-rum), deras belägenhet, ägare och platsantal år 1929.**

Sjukvårdsområde och anstalt	Belägenhet st=stad kö=köping mu=municipalsamhälle lb=landsbygd	Ägare k=kommun rk=röda korset f=annan förening l=läkare b=barnmorska e=annan enskild [1]	Platsantal
Göteborgs sjuk- och förlossningshem . .	st	e	15
Edla Höglunds förlossningshem	st	e	8
Anna Svenssons förlossningshem . . .	st	e	3
Rut Lindbergs förlossningshem	st	e	6
Maria Blumes förlossningshem	st	e	4
Göteborgs och Bohus län:			
Hälleviksstrand . . .	mu	rk	7
Jonsered	lb	f	2—4
Bullaren	lb	rk	2
Brastad	lb	k	1
Mölndal	st	k	10
Herrestad	lb	rk	1
Ljungskile	lb	e	5
Uddevalla privata förlossningsrum	st	b	6
Nya sjuk- och förlossningshemmet i Uddevalla	st	b	8
Älvsborgs län:			
Alingsås	st	b	12
Ulricehamn	st	b	8
Seglora	lb	k, rk	3
Vänersborg	st	k	2
Rydboholm	lb	e	1
Kinnarumma	lb	rk	2
Bollebygds förlossningsrum	lb	rk	2
Trollhättan	st	b	6
Lilla Edet	mu	b	2
Bengtsfors	kö	e	6
Herrljunga	mu	e	6
Borås	st	k	18
Skaraborgs län:			
Tådene	lb	rk	1
Lidköping	st	e	6
Stenstorp	mu	b	5
Värmlands län:			
Karlstad	st	k	3
Arvika	st	e	9
Säffle	kö	e	9
Skåre	lb	b	6
Sunne	kö	b	4
Klingerud	lb	e	4
Örebro län:			
Hjortkvarn	lb	rk	2
Bystedts förlossningshem, Örebro	st	e	8
Örebro privata förlossningshem	st	e	7
Örebro stads försörjningsinrättning . .	st	k	2
Västmanlands län:			
Surahammar	lb	rk	2
Kopparbergs län:			
Falu barnbördshus . .	st	f	23
Gävleborgs län:			
Gävle privata sjuk- och förlossningshem . .	st	e	7
Syster Elsas sjuk- och förlossningshem, Gävle	st	e	6
Västernorrlands län:			
Sundsvall	st	k	10
Jämtlands län:			
Gäddede	lb	rk	2
Hotagen	lb	k, rk	1
Västerbottens län:			
Lycksele	kö	rk	6
Saxnäs	lb	rk	4
Åsele	mu	rk	3
Dikanäs	lb	rk	2
Sörböle	lb	b	2
Norrbottens län:			
Kiruna sjukstugas förlossningsavdelning .	mu	e	7
Kiruna barnhems förlossningsrum . . .	mu	k	6
Jokkmokk	lb	k	2
Gällivare	lb	k	6
Korpilombolo	lb	rk	2
Porjus	lb	f	2
Arjeplog	lb	e	2
Bergnäsudden	lb	rk	1
Norrfjärden	lb	rk	1
Gunnarsbyn	lb	rk	2

[1] Vissa av dessa hem torde ägas av läkare eller barnmorska.

Tab. 34. Beläggningsförhållandena m. m. vid vissa förlossningshem (-rum) år 1929.

Sjukvårdsområde	Anstalt	Antalet vårdplatser	Antalet intagna	Medeltalet vårdade per dag	Medelvårdtiden, dagar	Byggnadens karaktär n = nyuppförd för ändamålet g = gammal (h) = förhyrd	Samband med annan anstalt o. dyl. sj = sjukv.-anst. å = ålderdomsh. bb = barnmorskebostad fr = fristående	Förefintliga lokalutrymmen och anordningar fö = förlossningsrum kö = särskilt kök ba = bad du = dusch	Anläggningskostnaden täckt av lt = landsting k = kommun f = förening e = enskild el. bolag	Särskilt anställda läkare och barnmorskor l = läkare b = barnmorska
Stockholms stad	Pro Patrias barnbördshus	22	240	7·7	11·1	n (1774)	fr	fö, kö, ba, du	e	l, 2 b
Stockholms län	Vaxholm	2	16	0·4	9	g	sj	ba	f	—
	Norrtälje	4	28	1	11	g	bb	fö	e	—
	Dalarö	2—4	7	0·2	9	g	bb	fö	f	—
Uppsala län	Tierp	10	52	3	18	g (h)	fr	fö, kö	e	l
Södermanlands län	Malmgården	2—3	35	.	.	n (1926)	bb	—	k	b
	Björkvik	4	[1]116	1	9	g	bb	fö, kö, ba, du	k	—
Östergötlands län	Motala barnbördshus	18	325	11	13	n (1926)	fr	2 fö, kö, ba, du	f	l, 2 b
	Skänninge	8	59	.	.	g (h)	fr	fö, kö	e	b
	Österbymo	3	8	0·2	9	n (h)	bb	fö, kö	f	—
	Kvillinge	1	.	.	.	g	å	du	e	—
	S:t Anna	2	4	0·1	13	n (h)	bb	—	f	—
Kronobergs län	Älghultsby	5	47	1	11	g	fr	kö, ba, du	f	l
Blekinge län	Ronneby	1	22	0·6	10	(h)	bb	—	f	b
Kristianstads län	Klippan	3—5	53	1	8	g	bb	fö	f, e	—
Malmöhus län	Landskrona	10	180	4	8	n (1906)	å	fö, kö, ba, du	k	l
Hallands län	Oskarström	2—3	50	1	8	g	bb	kö, ba	f	—
Göteb. och Bohus län	Hälleviksstrand	7	21	6	13	n	sj	kö, ba, du	f	l
	Jonsered	2—4	20	0·5	9	n (1908)	bb	—	e	l, b
	Bullaren	2	1	.	.	(h)	å	—	f	—
	Brastad	1	13	0·3	9	n	å	fö, ba, du	f	—
Älvsborgs län	Alingsås	12	139	5	12	g	fr	fö, kö, ba, du	e	l
	Ulricehamn	8	136	5	14	g (h)	fr	fö, kö, ba, du	e	l
	Seglora	3	22	1	9	n	å	—	k, f	—
Skaraborgs län	Tådene	1	6	0·2	13	(h)	fr	—	f	—
Örebro län	Hjortkvarn	2	6	0·2	10	(h)	bb	fö	f	—
Västmanlands län	Surahammar	2	24	0·6	9	n	sj	fö, kö, ba, du	f	l
Kopparbergs län	Falu barnbördshus	23	488	17	13	g (h)	fr	fö, kö, ba, du	f, e	l, 2 b
Västernorrlands län	Sundsvall	10	30	1	11	n	fr	fö, kö, ba, du	k	l, b
Jämtlands län	Gäddede	2	10	0·4	13	g (h)	bb	—	f	—
Västerbottens län	Lycksele	6	41	1	11	(h)	fr	kö	e	—
	Saxnäs	4	20	0·4	8	n	bb	kö	f	l
Norrbottens län	Kiruna	7	136	3	9	n (1928)	sj	fö, ba	e	l, b

[1] För tiden fr. o. m. slutet av juli.

Tab. 35. Förhållandet inom vissa sjukvårdsområden mellan antalet å barnbördshus och barnbördsavdelningar levande födda samt totala antalet levande födda, allt såvitt för år 1929 framgår av vederbörande anstalters årsberättelser och barnmorskornas dagböcker.

Sjukvårdsområde	Antal levande födda		a) i % av a) + b)
	a) å barnbördshus eller barnbördsavdelning av typ I och II	b) enligt barnmorskornas dagböcker	
Stockholms stad	5 542	519	91
Göteborgs »	2 593	1 072	71
Malmö »	1 179	260	82
Norrköpings »	691	203	77
Summa	**10 005**	**2 054**	**83**
Stockholms län	316	1 552	17
Uppsala »	1 172	1 047	53
Östergötlands » (utom Norrköping)	458	3 068	13
Jönköpings »	523	2 707	16
Kronobergs »	225	2 087	10
Blekinge »	275	1 726	14
Kristianstads »	508	3 523	13
Malmöhus » (utom Malmö)	2 515	3 538	42
Skaraborgs »	253	3 157	7
Västmanlands »	523	1 770	23
Gävleborgs »	671	3 676	15
Västernorrlands »	[1] 1 430	3 172	31
Jämtlands »	186	2 147	8
Summa	**9 055**	**33 170**	**21**

[1] Approximativt tal.

Tab. 36. Sammanställning angående de å barnbördshus, barnbördsavdelningar av typ I och II år 1930 förlösta, fördelade efter hemorten vid tiden för förlossningen.

Anstalter	Antalet förlösta, hemmahörande i					
	den stad eller annan ort, där anstalten är belägen		socken, som omedelbart gränsar till anstaltsorten		annan ort	
	totala antalet	i % av samtliga förlösta	totala antalet	i % av samtliga förlösta	totala antalet	i % av samtliga förlösta
Barnbördshus.						
Allmänna barnbördshuset i Stockholm	1 513	44	[1] 1 329	39	[2] 571	17
Södra barnbördshuset i Stockholm	2 602	95	83	3	58	2
Westmanska barnbördshuset i Linköping	263	49	50	9	223	42
Hälsingborgs barnbördshus	633	74	37	4	189	22
Göteborgs barnbördshus	2 661	90	117	4	192	6
Gävle barnbördshus	414	86	29	6	36	8
Summa	**8 086**	**73**	**1 645**	**15**	**1 269**	**12**
Barnbördsavdelningar av typ I.						
Akademiska sjukhuset i Uppsala	283	24	150	13	726	63
Lasarettet i Norrköping	647	85	63	8	53	7
» » Lund	301	14	72	3	1 803	83
Malmö allmänna sjukhus	1 195	93	45	4	37	3
Summa	**2 426**	**45**	**330**	**6**	**2 619**	**49**
Barnbördsavdelningar av typ II.						
Lasarettet i Jönköping	273	39	127	18	298	43
» » Ljungby (köping)	43	15	49	18	187	67
» » Västervik	113	28	82	20	210	52
» » Karlshamn	53	17	242	80	11	3
» » Kristianstad	125	21	38	7	426	72
» » Borås	21	29	7	10	44	61
» » Mariestad	52	15	40	11	259	74
» » Västerås	248	40	70	11	299	49
» » Hudiksvall	52	19	23	9	192	72
» » Sundsvall	180	22	335	42	289	36
» » Härnösand	92	54	47	28	30	18
» » Örnsköldsvik	59	15	166	41	179	44
» » Sollefteå	29	15	64	32	104	53
» » Backe (kyrkby)	[3] 8	17	[4] 7	15	31	68
Summa	**1 348**	**26**	**1 297**	**25**	**2 559**	**49**
Samtliga anstalter	**11 860**	**55**	**3 272**	**15**	**6 447**	**30**

[1] Detta tal avser samtliga i *Stockholms län* hemmahörande, å anstalten år 1930 förlösta.
[2] Annan ort än Stockholms stad och Stockholms län.
[3] Backe kyrkby i Fjällsjö socken.
[4] Fjällsjö socken utom Backe kyrkby.

Tab. 37. År 1929 anmälda fall av syphilis acquisita (tertiär ej inräknad), gonorrhoea och ulcus molle, fördelade efter hemorten.

Sjukvårdsområde	Antal fall av			Summa fall	Antal fall per 1 000 invånare
	syphilis acquisita	gonorrhoea	ulcus molle		
Stockholms stad	356	4 578	41	4 975	10·2
Göteborgs »	119	1 365	49	1 533	6·3
Malmö »	46	700	6	752	6·3
Norrköpings »	20	354	3	377	6·2
Stockholms län	30	421	2	453	1·7
Uppsala »	12	218	6	236	1·7
Södermanlands »	16	182	2	200	1·1
Östergötlands » utom Norrköping	8	278	4	290	1·2
Jönköpings »	5	172	1	178	0·8
Kronobergs »	5	78	0	83	0·5
Kalmar »	17	186	8	211	0·9
Gotlands »	9	140	1	150	2·6
Blekinge »	20	227	19	266	1·8
Kristianstads »	14	164	2	180	0·7
Malmöhus » utom Malmö	73	830	27	930	2·4
Hallands »	2	181	1	184	1·2
Göteborgs o. Bohus » utom Göteborg	31	258	9	298	1·4
Älvsborgs »	14	315	1	330	1·1
Skaraborgs »	4	162	2	168	0·7
Värmlands »	8	427	3	438	1·6
Örebro »	12	430	9	451	2·1
Västmanlands »	7	183	1	191	1·2
Kopparbergs »	10	343	5	358	1·4
Gävleborgs »	44	644	7	695	2·5
Västernorrlands »	77	630	10	717	2·6
Jämtlands »	7	159	0	166	1·2
Västerbottens »	14	181	4	199	1·0
Norrbottens »	20	279	3	302	1·5
Hela riket	**1 000**	**14 085**	**226**	**15 311**	[1] 2·5

[1] För riket med undantag av Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping: 1·5.

Tab. 38. Översikt över antalet år 1929 å lasaretten intagna fall av syphilis acquisita, gonorrhoea och ulcus molle.

Sjukvårdsområde	Antalet intagna
Stockholms stad	1 826
Därav å sjukhuset Eira (stadens avdelning)	380
Därav å sjukhuset S:t Göran	1 013
Göteborgs stad	663
Därav å Holtermanska sjukhuset	528
Malmö stad	254
Därav å Malmö allmänna sjukhus avdelning för köns- och hudsjukdomar	187
Norrköpings stad	88
Stockholms läns landstingsområde	[1] 211
Uppsala » »	80
Södermanlands » »	50
Östergötlands » »	59
Jönköpings » »	56
Kronobergs » »	18
Kalmar läns norra »	22
Kalmar » södra »	59
Gotlands läns »	31
Blekinge » »	64
Kristianstads » »	47
Malmöhus » » jämte Hälsingborg	347
Därav å avdelningen för smittsamma könssjukdomar i Lund	160
Hallands läns landstingsområde	46
Göteborgs och Bohus » »	59
Älvsborgs » »	75
Skaraborgs » »	42
Värmlands » »	147
Örebro » »	47
Västmanlands » »	65
Kopparbergs » »	55
Gävleborgs » » jämte Gävle	162
Västernorrlands » »	251
Jämtlands » »	73
Västerbottens » »	60
Norrbottens » »	86
Hela riket	**5 043**

[1] Inklusive 149 fall å länets avdelning vid sjukhuset Eira.

Tab. 39. Sammanställning angående de å specialavdelningar för hud- och

Sjukvårdsområde	Folkmängd i tusental	Summa hudpatienter		Summa könspatienter		Sjukhuset S:t Göran			
						hudpatienter		könspatienter	
		intagna	poliklinikt behandlade [2]	intagna	poliklinikt behandlade [2]	intagna	poliklinikt behandlade [3]	intagna	poliklinikt behandlade [3]
Stockholms stad	486	*453*	*853*	*1 489*	*1 092*	*370*	*846*	*997*	*1 001*
Göteborgs »	242	*384*	*737*	*272*	*726*	—	—	9	—
Malmö »	120	*153*	*236*	*106*	*559*	—	—	4	—
Norrköpings »	61	—	1	—	3	—	—	—	—
Stockholms *län*	264	*201*	163	*310*	143	30	162	80	120
Uppsala »	139	2	1	10	9	2	1	8	2
Södermanlands »	190	10	3	16	12	10	2	11	8
Östergötlands » [4]	248	5	8	14	22	4	6	2	4
Jönköpings »	231	6	2	10	19	4	—	4	4
Kronobergs »	156	3	4	11	23	2	—	3	2
Kalmar norra »	94	10	5	30	57	8	3	11	9
» södra »	137								
Gotlands »	57	5	1	6	10	4	—	2	1
Blekinge »	147	6	4	27	51	2	—	2	2
Kristianstads »	246	6	2	30	69	1	1	1	1
Malmöhus » [5]	389	17	*33*	*180*	*485*	1	1	5	11
Hallands »	150	6	8	17	35	1	—	4	—
Göteborgs o. Bohus » [6]	213	30	82	63	141	2	1	4	3
Älvsborgs »	313	24	68	46	79	2	1	1	—
Skaraborgs »	243	6	11	22	30	2	2	9	2
Värmlands »	269	6	9	15	28	3	3	4	1
Örebro »	220	2	3	9	11	1	1	6	4
Västmanlands »	162	8	2	10	9	8	2	8	2
Kopparbergs »	251	6	8	14	14	5	6	3	4
Gävleborgs »	280	11	4	19	27	9	1	11	9
Västernorrlands »	277	9	4	26	16	8	2	16	3
Jämtlands »	134	4	2	9	9	3	1	4	2
Västerbottens »	202	2	3	4	9	1	1	2	—
Norrbottens »	197	4	2	11	16	3	1	1	3
Utlänningar eller patienter med okänd hemort	—	6	18	29	101	—	2	—	4
Summa	6 120	1 385	2 277	2 805	3 805	486	1 046	1 212	1 202

[1] *Kursiverade* äro dels de sjukvårdsområden, i vilka specialvård för hud- och könssjuka vid resp. poliklinikt behandlade hud- och könssjuka å dylika sjukvårdsinrättningar, dels antalet vårtal ingå å sjukhuset S:t Göran poliklinikt behandlade, är att märka, att uppgifter endast lämtalet poliklinikbesök under januari månad 1930. — [4] Utom Norrköping. — [5] Utom Malmö. —

könssjukdomar under år 1929 vårdade, fördelade efter hemorten.[1]

Sjukhuset Eira				Holtermanska sjukhuset				Malmö allm. sjukhus				Lasarettet i Lund			
hudpat.		könspat.		hudpat.		könspat.		hudpat.		könspat.		hudpat.		könspat.	
intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.	intagna	poliklin. beh.[2]
80	—	*472*	—	2	6	14	80	1	—	3	7	—	1	3	4
—	—	—	—	*384*	*737*	*256*	*710*	—	—	3	8	—	—	4	8
1	—	—	—	2	8	2	11	*150*	*226*	*83*	*430*	—	2	17	118
—	—	—	—	—	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—
168	—	*215*	—	1	1	12	14	2	—	1	5	—	—	2	4
—	—	—	—	—	—	1	6	—	—	—	—	—	—	1	1
—	—	1	—	—	1	3	4	—	—	1	—	—	—	—	—
—	—	—	—	1	2	9	17	—	—	—	—	—	—	3	1
—	—	—	—	2	2	5	10	—	—	—	3	—	—	1	2
—	—	—	—	1	2	3	7	—	—	2	1	—	2	3	13
—	—	—	—	1	1	7	14	—	—	1	8	—	—	6	14
—	—	—	—	1	1	5	12	—	—			—	—		
—	—	1	—	1	1	3	7	—	—	—	1	—	—	—	1
—	—	—	—	1	2	9	19	3	2	6	9	—	—	10	21
—	—	—	—	1	1	6	25	4	—	1	4	—	—	22	39
—	—	—	—	5	6	17	29	11	18	40	74	—	*8*	*118*	*371*
—	—	—	—	5	7	11	30	—	1	2	4	—	—	—	1
—	—	—	—	27	81	48	125	1	—	8	9	—	—	3	4
—	—	—	—	22	67	44	77	—	—	—	—	—	—	1	2
—	—	—	—	4	9	12	25	—	—	—	3	—	—	1	—
—	—	—	—	3	6	8	24	—	—	1	1	—	—	2	2
—	—	—	—	1	2	3	7	—	—	—	—	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—	2	3
—	—	7	—	1	2	3	8	—	—	—	1	—	—	1	1
1	—	—	—	1	3	6	15	—	—	1	—	—	—	1	3
—	—	2	—	1	2	7	8	—	—	1	1	—	—	—	4
—	—	1	—	1	1	2	5	—	—	—	—	—	—	2	2
—	—	—	—	1	2	2	5	—	—	—	1	—	—	—	3
—	—	—	—	1	1	5	6	—	—	1	2	—	—	4	5
—	—	—	—	2	14	16	51	4	2	10	37	—	—	3	9
250	—	**699**	—	**473**	**969**	**519**	**1 356**	**176**	**249**	**165**	**611**	—	**13**	**210**	**636**

sjukvårdsinrättning är anordnad, dels sammanlagda antalet från dessa sjukvårdsområden intagna dade från området vid egen sjukvårdsinrättning för hud- och könssjuka. — [2] Där i nedan angivna nats om antalet poliklinikbesök under januari månad 1930. — [3] Talen i denna kolumn avse an- [6] Utom Göteborg.

Tab. 40. Anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi år 1930.

Sjukvårdsinrättning	Röntgenlaboratorium inrättades år	Röntgenavdelning inrättades år	Vårdavdelning anslöts till röntgenavd. år	Ordinarie antal sängar vid vårdavd. d. 31/12 1930	Röntgenbehandlingar år 1930	
					antal behandlingar	antal behandlade patienter
Radiumhemmet[1]	1910	1910	1910	56	16 979	1 659
Serafimerlasarettet	1904	1911	—	—	6 720	1 128
Allmänna barnhuset	1928	1928	—	—	—	—
Sabbatsbergs sjukhus	1900	1901	—	—	4 673	1 302
Åsö sjukhus	1922	1922	—	—	—	—
Maria sjukhus	1919	1919	—	—	2 467	534
Kronprinsessan Lovisas vårdanstalt för sjuka barn	1907	1920	—	—	—	—
Diakonissanstaltens sjukhus	1907	1924	—	—	—	—
Sjukhuset S:t Göran	[2]1910 / 1914	1930	—	—	3 127	757
Sjukhuset S:t Erik	1912	1914	—	—	—	—
Söderby sjukhus (san.)	1911	1911	—	—	—	—
Stockholms stad	—	—	—	**56**	**33 966**	**5 380**
Sahlgrenska sjukhuset[3]	—	1911	1918	22	15 602	1 629
Holtermanska »	1925	—	—	—	152	47
Göteborgs barnsjukhus	1909	—	—	—	—	—
Ekmanska sjukhuset	1910	—	—	—	—	—
Renströmska sjukhuset å Kålltorp (san.)	1919	—	—	—	—	—
Barnsanatoriet i Rävlanda	1929	—	—	—	—	—
Dispensärcentralens sjukhus, Göteborg	1923	—	—	—	—	—
Göteborgs stad	—	—	—	**22**	**15 754**	**1 676**
Malmö allmänna sjukhus[4]	1899	1908	—	—	?	687
Malmö stad	—	—	—	—	?	**687**
Lasarettet i Norrköping[5]	1908	1925	—	—	7 791	934
Norrköpings stad	—	—	—	—	**7 791**	**934**
Lasarettet i Stocksund	1921	1921	—[6]	—	?	212
» » Södertälje	1914	1923	—	—	990	172
» » Norrtälje	1915	—	—	—	—	—
» » Östhammar	1916	—	—	—	—	—
Löwenströmska lasarettet	1915	—	—	—	—	—
Länssanatoriet vid Uttran	1923	—	—	—	—	—
Stockholms län	—	—	—	—	**>990**	**384**
Akademiska sjukhuset i Uppsala	1898 l. 1899	1903	—	—	3 415	1 018
Sjukstugan i Enköping	1916	—	—	—	12	4
Uppsala län	—	—	—	—	**3 427**	**1 022**
Lasarettet i Nyköping	1914	—	—	—	—	—
» » Eskilstuna	1914	[7]	—	—	32	13
» » Flen	1911	—	—	—	—	—

[1] Fullständig radiologisk anstalt; antalet sängar därstädes år 1932 utökat till 68.
[2] År 1908 installerades en första röntgenapparat, som uteslutande avsåg behandling av hudsjukdomar o. dyl.
[3] Fullständig radiologisk avdelning; antalet sängar därstädes enligt uppgift numera 25.
[4] Orupssanatoriet har i denna tabell hänförts till uteslutande Malmöhus län.
[5] Kolmårdssanatoriet har i denna tabell uteslutande hänförts till Östergötlands län.
[6] Vårdavdelning om 12 platser beslutad år 1933.
[7] Röntgenavdelning inrättad år 1931.

Tab. 40 (forts.). **Anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi år 1930.**

Sjukvårdsinrättning	Röntgenlaboratorium inrättades år	Röntgenavdelning inrättades år	Vårdavdelning anslöts till röntgenavd. år	Ordinarie antal sängar vid vårdavd. d. 31/12 1930	Röntgenbehandlingar år 1930	
					antal behandlingar	antal behandlade patienter
Kullbergska sjukhuset i Katrineholm	1916	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Stängnäs	1922	—	—	—	108	41
» » Mariefred	1922	—	—	—	—	—
Sanatoriet å Löt	1913	—	—	—	—	—
Blommenhovs tuberkulossjukstuga	1929	—	—	—	—	—
Södermanlands län	—	—	—	—	**140**	**54**
Lasarettet i Linköping	1901 l. 1902	1924	—	—	?	545
» » Vadstena	1909	—	—	—	—	—
» » Söderköping	1910	—	—	—	—	—
» » Kisa	1923	—	—	—	—	—
» » Finspång	1916	—	—	—	—	—
Kolmårdssanatoriet	1919	—	—	—	—	—
Östergötlands län	—	—	—	—	?	**545**
Lasarettet i Jönköping	1905	1930	[1]	[1]	1 736	264
» » Eksjö	1899	—	—	—	—	—
» » Värnamo	1923	—	—	—	112	76
Sjukstugan i Gislaved	1930	—	—	—	—	—
» » Sävsjö	[2]	—	—	—	—	—
» » Tranås	[2]	—	—	—	—	—
Eksjö sanatorium	1916	—	—	—	—	—
Jönköpings län	—	—	—	—	**1 848**	**340**
Lasarettet i Växjö	1908	[3]	—	—	—	—
» » Ljungby	1914	—	—	—	51	30
Sanatoriet Lugnet	1922	—	—	—	—	—
Kronobergs län	—	—	—	—	**51**	**30**
Lasarettet i Kalmar	1910	—	—	—	—	—
» » Västervik	1907	—	—	—	—	—
» » Borgholm	1904	—	—	—	—	—
» » Oskarshamn	1913	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Vimmerby	1926	—	—	—	—	—
» » Mönsterås	1906	—	—	—	—	—
Kalmar läns sanatorium	1915	—	—	—	726	23
Kalmar län	—	—	—	—	**726**	**23**
Lasarettet i Visby	1906	—	—	—	—	—
Gotlands län	—	—	—	—	—	—
Lasarettet i Karlskrona	1908	1929	—	—	2 454	386
» » Karlshamn	1909	—	—	—	—	—
Länssanatoriet i Fur	1924	—	—	—	—	—
Blekinge län	—	—	—	—	**2 454**	**386**

[1] Röntgenläkaren har rätt att belägga 10 sängar å kirurgiska och medicinska avdelningarna.
[2] Röntgenapparat installerad år 1931.
[3] Fr. o. m. 1931 besöker röntgenläkaren vid lasarettet i Karlskrona Växjö lasarett en gång i veckan.

Tab. 40 (forts.). **Anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi år 1930.**

Sjukvårdsinrättning	Röntgenlaboratorium inrättades år	Röntgenavdelning inrättades år	Vårdavdelning anslöts till röntgenavd. år	Ordinarie antal sängar vid vårdavd. d. 31/12 1930	Röntgenbehandlingar år 1930	
					antal behandlingar	antal behandlade patienter
Lasarettet i Kristianstad	1904 l. 1906	1926	—	—	1 736	312
» » Simrishamn	1907	—	—	—	—	—
» » Ängelholm	1907	—	—	—	—	—
Broby sanatorium	1915	—	—	—	—	—
Kristianstads län	—	—	—	—	**1 736**	**312**
Lasarettet i Lund[1]	1905	1909	1918	18	7 879	763
» » Ystad	?	—	—	—	5	3
» » Hälsingborg	1905	1921	—	—	497	404
» » Landskrona	1903	—	—	—	—	—
» » Hörby	1922	—	—	—	28	?
» » Trälleborg	1903	—	—	—	74	24
Orupssanatoriet	1915	—	—	—	—	—
Hälsingborgs tuberkulossjukstuga	1927	—	—	—	—	—
Malmöhus län	—	—	—	**18**	**8 483**	**>1 194**
Lasarettet i Halmstad	1910	1928	—	—	2 954	342
» » Varberg	1906	—	—	—	—	—
» » Falkenberg	1916	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Kungsbacka	1930	—	—	—	—	—
» » Laholm	[2]	—	—	—	—	—
Fagereds sanatorium	1915	—	—	—	—	—
Hallands län	—	—	—	—	**2 954**	**342**
Lasarettet i Mölndal	1924	[3]1924	—	—	?	99
» » Uddevalla	1911	—	—	—	428	116
» » Strömstad	1925	—	—	—	15	?
» » Kungälv	1924	—	—	—	—	—
Länssanatoriet Svenshögen	1912	—	—	—	—	—
Göteborgs och Bohus län	—	—	—	—	**>443**	**>215**
Lasarettet i Vänersborg	1903	[2]	—	—	—	—
» » Borås	1909	[2]	—	—	—	—
» » Alingsås	1910	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Bäckefors (las.)	1931	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Åmål	1924	—	—	—	—	—
» » Trollhättan	[4]	—	—	—	—	—
Sjö-Gunnarsbo sanatorium	1917	—	—	—	—	—
Kroppefjälls »	1915	—	—	—	—	—
Västeråsens »	1917	—	—	—	—	—
Älvsborgs län	—	—	—	—	—	—
Lasarettet i Mariestad	1901	1924	—	—	176	96
» » Falköping	1914	—	—	—	153	70
» » Lidköping	1908	1930	—	—	1 217	334
Stora Ekebergs sanatorium	1920	—	—	—	—	—
Skaraborgs län	—	—	—	—	**1 546**	**500**

[1] Fullständig radiologisk avdelning.
[2] Inrättad år 1931.
[3] Konsulterande läkare anställdes detta år.
[4] Inrättad år 1932.

Tab. 40 (forts.). **Anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi år 1930.**

Sjukvårdsinrättning	Röntgenlaboratorium inrättades år	Röntgenavdelning inrättades år	Vårdavdelning anslöts till röntgenavd. år	Ordinarie antal sängar vid vårdavd. d. 31/12 1930	Röntgenbehandlingar år 1930	
					antal behandlingar	antal behandlade patienter
Lasarettet i Karlstad	1907?	1928	—	—	2 045	396
» » Filipstad	1918	—	—	—	145	25
» » Torsby	1924	—	—	—	171	79
» » Årjäng	1925	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Kristinehamn	1924	—	—	—	—	—
» » Arvika	1925	—	—	—	—	—
» » Sunne	1929	—	—	—	—	—
» » Säffle	1924	—	—	—	—	—
Värmlands läns sanatorium	1913	—	—	—	138	27
Säffle bygdesanatorium	1931	—	—	—	—	—
Värmlands län	—	—	—	—	**2 499**	**527**
Lasarettet i Örebro	1906	1923	1930	18	4 576	970
Sjukstugan i Askersund	1915	—	—	—	—	—
» » Lindesberg	1922	—	—	—	—	—
» » Karlskoga	1928	—	—	—	—	—
» » Ljusnarsberg (Kopparberg)	1928	—	—	—	—	—
Garphytte sanatorium	1916	—	—	—	—	—
Örebro län	—	—	—	**18**	**4 576**	**970**
Lasarettet i Västerås	1904	1928	—	—	4 199	825
» » Sala	1907	—	—	—	520	160
» » Köping	1913	—	—	—	64	23
» » Norberg	1908	—	—	—	—	—
Sanatoriet Skogsfjället	1911	—	—	—	—	—
Västmanlands län	—	—	—	—	**4 783**	**1 008**
Lasarettet i Falun	1899	1920	—	—	?	880
» » Smedjebacken	1922	—	—	—	—	—
» » Mora	1912	—	—	—	158	75
» » Avesta	1922	—	—	—	—	—
» » Ludvika	1924	—	—	—	182	52
Sjukstugan i By	1926	—	—	—	—	—
» » Långshyttan	1930	—	—	—	—	—
» » Särna	1929	—	—	—	—	—
» » Älvdalen	1930	—	—	—	—	—
Sanatoriet Solbacken	1916	—	—	—	—	—
Högbo sanatorium	1912	—	—	—	—	—
Kopparbergs län	—	—	—	—	**>340**	**1 007**
Lasarettet i Gävle	1906	1927	—	—	2 104	534
» » Söderhamn	1915	—	—	—	149	64
» » Hudiksvall	1912	—	—	—	422	166
» » Bollnäs	1924	—	—	—	413	154
Sjukstugan i Sandviken	1917	—	—	—	—	—
Moheds sanatorium	1914	—	—	—	—	—
Gävleborgs län	—	—	—	—	**3 088**	**918**
Lasarettet i Härnösand	1899	1929	—	—	—	—
» » Sundsvall	1908	1928	—	—	2 832	485
» » Örnsköldsvik	1907	—	—	—	—	—
» » Sollefteå	1907	—	—	—	—	—

Tab. 40 (forts.). **Anordningar för röntgendiagnostik och radioterapi år 1930.**

Sjukvårdsinrättning	Röntgenlaboratorium inrättades år	Röntgenavdelning inrättades år	Vårdavdelning anslöts till röntgenavd. år	Ordinarie antal sängar vid vårdavd. d. 31/12 1930	Röntgenbehandlingar år 1930	
					antal behandlingar	antal behandlade patienter
Lasarettet i Backe	1921	—	—	—	—	—
Länssanatoriet, Sundsvall	1913	—	—	—	—	—
Västernorrlands län	—	—	—	—	2 832	485
Lasarettet i Östersund	1908	[1]	—	—	86	24
» » Sveg	1924	—	—	—	[2] 50	40
Sollidens sanatorium	1929	—	—	—	—	—
Jämtlands län	—	—	—	—	136	64
Lasarettet i Umeå	1908	1920	[3]	[3]	2 459	365
» » Skellefteå	1915	—	—	—	—	—
Sjukstugan i Nordmaling	1930	—	—	—	—	—
» » Vilhelmina	1930	—	—	—	—	—
» » Åsele	1930	—	—	—	—	—
Centralsanatoriet i Hällnäs	1926	—	—	—	—	—
Västerbottens län	—	—	—	—	2 459	365
Lasarettet i Luleå	1906	—	—	—	—	—
» » Piteå	1915	—	—	—	—	—
» » Gällivare	1914	—	—	—	—	—
» » Haparanda	1921	—	—	—	94	46
Sjukstugan i Arvidsjaur	1924	—	—	—	—	—
» » Jokkmokk	1929	—	—	—	16	9
» » Nederkalix	1923	—	—	—	198	57
Centralsanatoriet i Sandträsk	1916	—	—	—	—	—
Bygdesanatoriet i Övertorneå	1928	—	—	—	—	—
Kaptensgårdens sanatorium	1916	—	—	—	—	—
Norrbottens län	—	—	—	—	308	112

[1] Inrättad år 1931.
[2] Approximativt tal.
[3] Röntgenläkaren har rätt att i mån av behov disponera 10 sängar å kirurgiska avdelningen.

Tab. 41. Översikt över radioterapiens utveckling åren 1920—29.

(Radiumhemmet samt de radiologiska avdelningarna i Lund och Göteborg betecknas i tabellen med resp. R, L och G)

År	Inneliggande patienter			Medeltal inneliggande patienter per dag			Medellängd för sjukhusvistelsen, dagar			Antal underhållsdagar			Antal poliklinikpatienter			Antal poliklinikbesök			Medeltal poliklinikbesök per dag (300 dagar)			Antal röntgenbehandlingar			Medeltal röntgenbehandl. per dag (300 dag.)			Antal radiumbehandlingar			Medeltal radiumbeh. per dag (300 dag.)		
	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G	R	L	G
1920	741	673	360	24	16	—	12	9	—	8 654	5914	—	1590	—	262	—	—	—	—	—	—	7 144	8704	12132	24	29	40	—	652	494	—	2	—
1921	711	774	419	25	15	—	13	7	—	9 181	5708	—	1856	705	186	—	—	—	—	—	—	6 929	5817	7751	23	19	26	1157	577	444	3	2	—
1922	838	715	326	26	13	—	11	7	—	9 479	4745	—	2030	601	261	8 869	—	—	30	—	—	6 226	4767	7595	21	16	25	1385	728	372	4	2	—
1923	852	771	326	26	14	—	11	7	—	9 670	5471	—	2429	418	317	10 049	—	—	33	—	—	9 091	4119	8166	30	14	27	1235	586	225	3	2	—
1924	915	785	309	26	18	—	11	8	—	9 744	6640	—	2822	938	392	12 170	—	—	41	—	—	6 826	8149	8345	23	27	28	1788	666	225	5	2	—
1925	979	759	311	27	19	—	10	9	—	9 906	6760	—	3381	988	444	13 908	—	—	46	—	—	7 098	7670	8005	24	26	26	1748	687	247	5	2	—
1926	1002	654	485	28	19	19	10	11	14	10 329	6982	6974	4338	691	546	15 553	2211	—	52	7	—	9 978	6892	10394	33	23	35	2432	1029	546	7	3	—
1927	1083	654	355	30	19	14	10	10	15	10 915	6756	5164	5085	668	630	16 815	1788	—	56	6	—	10 771	5374	10225	36	18	34	2606	835	485	7	3	—
1928	1134	691	403	31	19	13	10	10	11	11 287	6957	4619	5806	448	670	20 121	2077	—	67	7	—	15 256	6030	9845	51	20	33	4085	920	615	11	3	—
1929	1328	711	371	45	19	12	12	10	12	16 349	6921	4425	6320	625	693	20 595	2357	—	69	8	—	16 555	7127	10830	55	24	36	4699	1340	385	13	4	—

Tab. 42. Sammanställning av uppgifter från vissa större lasarett angående

Lasarettet i	Arvoden för obduktioner, kr.	Arvoden för svulst- och andra patologiskt-anatomiska undersökningar, för bakteriologiska undersökningar samt för beredande av vacciner och sera, kr.	Arvoden för Wassermann-reaktioner, kr.	Summa arvoden, kr.
Eskilstuna	100: —	1 680: —	310: —	2 090: —
Norrköping	0	6 048: —	2 297: —	8 345: —
Jönköping	0	1 517: —	741: —	2 258: — se anm.
Kristianstad	0	4 052: —	1 861: —	5 913: —
Hälsingborg	0	4 208: —	1 862: —	6 070: —
Vänersborg	0	1 219: —	340: —	1 559: —
Borås	0	3 501: —	1 680: —	5 181: —
Lidköping	0	1 169: —	60: —	1 229: —
Karlstad	0	2 943: —, varav 2 500 i årsackord.		2 943: —
Örebro	1 000: —	5 778: —	2 333: —	9 111: —
Falun	0	4 365: —	475: —	4 840: —
Gävle	0	3 044: —	1 745: —	4 789: —
Östersund	0	2 757: —	995: —	3 752: —

arvoden för patologiskt-anatomiska undersökningar m. m. år 1931.

Föreligger behov av en patologiskt-bakteriologisk avdelning vid lasarettet?	Kan en las.-läkare vid en dylik avdelning påräkna fullt arbete och skälig inkomst av tjänsten och av inom hans specialfack liggande arbetsuppgifter?	Anmärkningar
Nej.	Nej.	—
Ja, stort behov.	Endast om ett eller flera närliggande lasarett lämna sina undersökningsprov till honom.	—
Ja.	Svårt att besvara.	Inräknas motsvarande kostnader vid Värnamo las. och en beräknad kostnad för Eksjö, erhålles ett belopp av tillhopa närmare 5 000 kr. Befattningen kunde lämpligen göras gemensam för Jönköpings och Skaraborgs län och möjligen kombineras med befattning som rättsobducent i ett staden Jönköping omgivande distrikt.
Knappast större behov men en del fördelar skulle troligen vinnas.	Troligen icke med nuvarande arbetsfördelning mellan stadens läkare.	—
Ja.	Ja.	—
»Vore givetvis i hög grad värdefull».	Ej enbart av arbetet för Vänersborgs lasarett.	En sådan avdelning, gemensam för länets samtliga sjukvårdsinrättningar, borde övervägas. Länet dock troligen för ekonomiskt ansträngt f. n. för en sådan avdelnings inrättande.
»Vore givetvis mycket fördelaktigt».	Endast om läkaren finge omhändertaga samtliga hithörande undersökningar inom länet.	Svårigheter torde uppstå att välja mellan Borås och Vänersborg och kanske Alingsås. För Borås talar: staden är centrum i länets västgötadel och har mer än 4 gånger så många invånare som Vänersborg, lasarettet i B. anses å landstingshåll böra bli centrallasarett. För Vänersborg talar: stadens egenskap av residensstad, länets struktur, lasarettet i V. är nästan lika stort som lasarettet i B.
Nej.	Knappast.	—
Ja, men ej trängande.	Nej.	Arbetslokaler för en patolog kunna beredas endast i samband med tillbyggnad av lasarettet.
Nej.	Nej.	Principuttalande har gjorts av uppgiftslämnaren.
(Nej) se anm.	Knappast f. n. men sannolikt småningom.	Ej planer på dyl. avdelning f. n. enär ovisst om en förstklassig kraft kunde erhållas och den främsta sakkunskapen kan konsulteras genom sändande av preparaten.
Skulle innebära en fördel men andra behov äro mera trängande.	Nej. »Kombination med annat område» synes lämplig för beredande av fullt arbete och skälig inkomst.	—
Nej.	Nej.	—

Tab. 43. Antal operationer å lasarett och sjukstugor inom vissa landstingsområden per 100 intagna år 1929.

Sjukvårdsområde	Lasarett	Sjukstugor
Uppsala läns landstingsområde	56	51
Södermanlands » »	48	51
Östergötlands » »	56	30
Jönköpings » »	47	28
Kronobergs » »	53	21
Kalmar » landstingsområden	47	52
Hallands » landstingsområde	56	27
Älvsborgs » »	53	47
Värmlands » »	47	46
Örebro » »	56	50
Kopparbergs » »	44	32
Gävleborgs » »	55	60
Jämtlands » »	59	49
Västerbottens » »	46	34
Norrbottens » »	52	37
Samtliga ovanstående landstingsområden	**51**	**41**

Tab. 44. Summariska uppgifter angående antalet operationer å lasarett och sjukstugor inom vissa landstingsområden år 1929.[1]

	Lasarett	Sjukstugor
Antal intagna	99 047	23 737
» operationer å intagna	50 934	9 733
» » » icke intagna	27 644	17 359
Antal operationer för sjukdom i		
gallblåsa och lever	799	17
magsäck och tolvfingertarm	1 565	53
tunn- och grovtarm	602	53
njurar	337	7
urinblåsa och blåshalskörtel	1 037	35
	4 340	165
Antal operationer för		
blindtarmsinflammation	8 746	1 474
bråck	3 481	539
sjukdom i de kvinnliga könsorganen (utom förlossningsoperationer)	4 697	875
därav för:		
aborter	1 376	500
andra trängande fall	268	28
Antal intagna olycksfall	9 107	3 241

[1] Här avses samtliga landstingsområden, där *både* lasarett *och* sjukstugor funnos år 1929.

Tab. 45. Av 100 operationer å intagna patienter vid lasarett och sjukstugor inom vissa landstingsområden år 1929 belöpte följande antal å nedanstående operationsgrupper:

Sjukvårdsområde	Vissa svårare operationer [1]		Blindtarmsoperationer	
	Lasarett	Sjukstugor	Lasarett	Sjukstugor
Uppsala läns landstingsområde . . .	5·7	0·8	7·4	25·6
Södermanlands » » . . .	6·1	4·4	20·1	10·6
Östergötlands » » . . .	9·5	0·9	16·8	9·1
Jönköpings » » . . .	8·1	0·2	18·9	7·3
Kronobergs » » . . .	12·3	0·0	20·7	0·0
Kalmar » landstingsområden . . .	7·4	2·7	19·9	20·6
Hallands » landstingsområde . . .	7·6	0·0	18·2	0·0
Älvsborgs » » . . .	10·3	1·1	19·3	19·5
Värmlands » » . . .	8·8	2·3	14·2	16·4
Örebro » » . . .	13·2	0·6	11·0	18·5
Kopparbergs » » . . .	8·6	0·6	19·7	8·7
Gävleborgs » » . . .	8·8	3·0	17·5	17·2
Jämtlands » » . . .	7·0	0·3	29·6	8·3
Västerbottens » » . . .	11·5	2·2	14·8	16·1
Norrbottens » » . . .	4·9	1·3	17·1	13·1
Samtliga ovanstående landstingsområden	8·5	1·7	17·1	15·0

Sjukvårdsområde	Bråckoperationer		Operationer i de kvinnliga könsorganen utom förlossningsoperationer	
	Lasarett	Sjukstugor	Lasarett	Sjukstugor
Uppsala läns landstingsområde . . .	3·2	7·8	10·7	7·9
Södermanlands » » . . .	6·2	7·7	9·2	9·3
Östergötlands » » . . .	6·3	6·3	9·0	15·4
Jönköpings » » . . .	6·7	2·7	9·6	13·8
Kronobergs » » . . .	8·5	0·0	5·3	0·1
Kalmar » landstingsområden . . .	7·4	5·4	10·3	7·8
Hallands » landstingsområde . . .	8·6	0·0	8·1	15·5
Älvsborgs » » . . .	8·5	5·0	8·8	10·7
Värmlands » » . . .	6·6	6·7	8·7	10·3
Örebro » » . . .	6·4	7·8	9·8	7·0
Kopparbergs » » . . .	9·5	3·0	10·1	9·8
Gävleborgs » » . . .	7·0	5·3	9·4	6·5
Jämtlands » » . . .	5·9	3·7	6·7	2·3
Västerbottens » » . . .	5·8	4·7	8·8	8·8
Norrbottens » » . . .	7·6	5·8	10·7	9·8
Samtliga ovanstående landstingsområden	6·8	5·5	9·2	9·0

[1] Här avses operationer för sjukdomar i gallblåsa och lever, magsäck och tolvfingertarm, tunn- och grovtarm, njurar samt urinblåsa och blåshalskörtel.

Tab. 46. Antal olycksfall per 100 å lasarett och sjukstugor inom vissa landstingsområden intagna år 1929.

Sjukvårdsområde	Lasarett	Sjukstugor
Uppsala läns landstingsområde	7	10
Södermanlands » »	10	9
Östergötlands » »	10	12
Jönköpings » »	7	12
Kronobergs » »	11	10
Kalmar » landstingsområden	10	16
Hallands » landstingsområde	11	19
Älvsborgs » »	10	17
Värmlands » »	8	16
Örebro » »	8	13
Kopparbergs » »	8	14
Gävleborgs » »	13	16
Jämtlands » »	10	26
Västerbottens » »	6	12
Norrbottens » »	9	10
Samtliga ovanstående landstingsområden	9	14

Tab. 47. Mot 100 operationer å de vid lasarett och sjukstugor inom vissa landstingsområden intagna år 1929 svarade följande antal operationer å icke intagna:

Sjukvårdsområde	Lasarett	Sjukstugor
Uppsala läns landstingsområde	85	337
Södermanlands » »	61	183
Östergötlands » »	50	232
Jönköpings » »	46	289
Kronobergs » »	56	447
Kalmar » landstingsområden	71	94
Hallands » landstingsområde	46	217
Älvsborgs » »	49	156
Värmlands » »	53	158
Örebro » »	63	155
Kopparbergs » »	54	216
Gävleborgs » »	43	353
Jämtlands » »	44	20
Västerbottens » »	29	99
Norrbottens » »	45	150
Samtliga ovanstående landstingsområden	54	178

Tab. 48. I de landstingsområden, där såväl lasarett med ett sängantal, ej överstigande 75, som sjukstuga funnos år 1929, utgjorde den genomsnittliga underhållskostnaden (kostnad för ny-, till- eller ombyggnad ej medräknad) för dag och patient nämnda år:

Landstingsområde	Å lasarett med högst 75 sängar, kr.	Å sjukstuga, kr.
Södermanlands läns	5·45	5·89
Östergötlands »	6·15	5·02
Jönköpings »	4·84	4·49
Kalmar läns södra	4·98	4·94
Värmlands läns	5·52	4·44
Västmanlands »	5·89	[1] 4·99
Kopparbergs »	5·35	[2] 4·65
Jämtlands »	6·27	4·40
Norrbottens »	5·62	[3] 4·92
Samtliga ovanstående landstingsområden	5·54	4·61

[1] Sjukstugan i Arboga medräknad. — [2] Älvgårdens sjukhems landstingsavdelning medräknad. — [3] Tuberkulosavdelningar ej medräknade.

För tio sjukstugor i *Västerbottens* län, som icke hava tuberkulosavdelning, utgjorde genomsnittliga kostnaden för dag och patient år 1929 kr. 4·13. Motsvarande tal för lasarettet i Skellefteå med 143 sängar inkl. 52 tuberkulosplatser (räkenskaperna ej uppdelade) utgjorde kr. 5·50 och för lasarettet i Umeå med 251 sängar inkl. 20 platser för sinnessjuka kr. 6·20.

Tab. 49. Sammanställning av vissa uppgifter angående den operativa verksamheten å delade och odelade lasarett åren 1927—1929.[1]

Totala antalet operationer utgjorde:

å de *delade* lasaretten 50 784
» » *odelade* » 34 702

Antalet operationer inom de olika operationsgrupperna utgjorde:

å de *delade* lasaretten

XI 1 121	XII 57	XIII 33	XIV 1 784
XV 703	XX 437	XXI 231	XXII 903

å de *odelade* lasaretten

XI 616	XII 34	XIII 24	XIV 1 118
XV 455	XX 266	XXI 119	XXII 686

Antalet operationer inom de olika operationsgrupperna utgjorde å de särskilda lasaretten i procent av totala antalet operationer:

	XI + XII + + XIII	XIV	XV	XX	XXI + XXII
Delade lasarett.					
Hälsingborg	3·2	3·5	1·4	1·4	2·6
Kristianstad	2·6	3·1	1·9	1·0	2·0
Jönköping	1·2	2·3	1·1	0·4	1·8
Linköping	2·9	3·9	1·3	0·9	3·3
Norrköping	2·6	3·2	1·2	0·7	1·3
Örebro	2·8	5·4	1·4	0·7	2·0
Karlstad	2·3	2·8	1·8	0·8	1·3
Falun	3·3	4·1	0·9	1·2	3·1
Sundsvall	1·3	3·0	1·3	0·6	2·7
Umeå	1·7	3·4	1·3	0·8	2·1
Samtliga delade lasarett	**2·4**	**3·5**	**1·4**	**0·9**	**2·2**
Odelade lasarett.					
Ystad	1·8	3·5	1·5	1·3	1·6
Landskrona	2·5	2·7	2·3	0·4	3·4
Ängelholm	0·9	0·8	0·7	0·1	0·3
Eksjö	1·0	2·5	1·6	0·3	2·25
Värnamo	2·4	3·9	1·0	0·4	3·3
Vadstena	2·7	2·6	0·5	1·2	0·9
Söderköping	2·4	3·7	1·2	0·7	3·4
Ludvika	1·2	1·4	0·6	0·3	0·3
Söderhamn	2·5	3·7	1·0	1·3	2·2
Skellefteå	2·3	4·3	1·4	0·9	3·7
(Gällivare)	2·0	4·4	1·5	1·0	1·9
Torsby	1·3	2·4	2·3	0·8	4·0
Samtliga odelade lasarett	**1·9**	**3·2**	**1·3**	**0·8**	**2·3**
Samtliga ovanstående lasarett	**2·2**	**3·4**	**1·4**	**0·8**	**2·3**

[1] Sammanställningen avser operationer för sjukdomar i följande organ (siffrorna inom parentes angiva årsberättelsernas gruppbeteckning): lever och gallvägar (XI), bukspottkörteln (XII), mjälten (XIII), magsäck och tolvfingertarm (XIV), tunn- och grovtarm (XV), njurar och urinledare (XX), urinblåsa (XXI) och blåshalskörteln (XXII).

Tab. 50. I nedanstående landstingsområden, där såväl delade som odelade lasarett funnos år 1929, utgjorde den genomsnittliga kostnaden per dag och patient (kostnad för ny-, till- eller ombyggnad ej medräknad) nämnda år:

Landstingsområde	Delade lasarett, kr.	Odelade lasarett, kr.
Stockholms län	6·99	6·28
Östergötlands »	[1] 4·89	[2] 5·33
Jönköpings »	4·50	4·75
Kristianstads »	[3] 4·24	5·17
Malmöhus » jämte Hälsingborg	[4] 6·64	6·94
Värmlands »	[5] 6·26	5·52
Västmanlands »	5·08	5·34
Kopparbergs »	5·85	4·76
Gävleborgs » jämte Gävle	6·14	[6] 5·55
Västernorrlands »	5·31	5·23
Västerbottens »	[7] 6·20	[8] 5·50
Samtliga ovannämnda landstingsområden	5·84	5·54

[1] Linköpings lasarett: tuberkulosavdelningen om 36 sängar medräknad.
[2] Vadstena lasarett: sinnessjukavdelningen » 16 » »
[3] Kristianstads lasarett: » » 45 » »
[4] Lunds lasarett: tuberkulosavdelningen » 48 » och
sinnessjukavdelningen » 28 » medräknade.
[5] Karlstads lasarett: tuberkulosavdelningen » 54 » medräknad.
[6] Söderhamns lasarett: sinnessjukavdelningen » 22 » »
[7] Umeå lasarett: sinnessjukavdelningen » 20 » »
[8] Skellefteå lasarett: tuberkulosavdelningen » 53 » »

Anm. För ovanstående lasarettsavdelningar ha särskilda räkenskaper icke förts.

Tab. 51. Beläggningen av civila sjuka vid militära sjukhus år 1929.

Sjukhus	Ordinarie antal platser [1]	Antal intagna	Antal underhålls-dagar	Medeltal vårdade per dag	Högsta antal någon dag vårdade	Medel-vårdtid, dagar
Garnisonssjukhuset i Karlsborg. . .	[2] 61	407	10 197	27·9	45	25·0
» i Skövde	[3] 52	446	10 037	27·5	39	22·5
Militärsjukhuset i Eksjö (invärtes med.)	[4] 86	497	16 130	44	67	32·4
Militärsjukhuset i Sollefteå (invärtes med.)	[2] 90	583	18 429	51	69	32·0
Garnisonssjukhuset i Linköping . .	96	575	9 669	26·5	38	16·8
därav å: allm. avd.	[5] 60	116	2 378	6·5	14	20·5
öronavd.	[2] 36	459	7 291	20·0	29	15·9
Garnisonssjukhuset i Stockholm . .	[2] 220	432	11 537	31·6	56	26·4
därav å: med. avd.	[6] 114	275	8 044	22	40	29·2
kir. avd.	70	136	2 986	8·1	18	21·9
hud- och könsavd. . . .	36	21	507	1·3	4	24·1
Garnisonssjukhuset i Boden	[7] 230	2 310	45 160	123·7	179	19·5

[1] Avser platser å allmän sal. Vid flertalet sjukhus finnes, enligt inhämtade uppgifter, dessutom ett mindre antal platser å enskilt eller halvenskilt rum.
[2] Något fixt antal platser för civila vårdtagare ej fastställt.
[3] Därav 35 enligt avtal reserverade för civila.
[4] Därav disponeras enligt årsberättelsen 36 platser för civila (jfr avtalet).
[5] Därav 8 enligt avtal reserverade för civila; platsantalet å de olika avdelningarna kan förskjutas i mån av behov.
[6] Därav 40 reservplatser.
[7] Sjukhuset inrymmer en lasarettsavdelning om 150 platser och en epidemiavdelning om 80 platser; av platserna äro enligt avtal resp. 40 och 50 reserverade för civila.

Tab. 52. Antal vårdanstalter och vårdplatser för lungtuberkulos den 1 dec. 1932.

Sjukvårdsområde	Sanatorier		Tbc.sjukstugor		Lasarettsavdeln.		Summa anst.	Summa vårdpl.
	anst.	vårdpl.	anst.	vårdpl.	anst.	vårdpl.		
Stockholms stad	3	720	1	37	1	32	5	789
Göteborgs »	2	388	2	45	1	74	5	507
Malmö »	1	64	1	27	1	62	3	153
Norrköpings »	1	78	—	—	1	50	2	128
Hälsingborgs »	—	—	2	54	—	—	2	54
Gävle »	1	45	—	—	—	—	1	45
Stockholms läns landstingsområde	1	224	1	18	1	78	3	320
Uppsala » »	—	—	3	75	1	46	4	121
Södermanlands » »	1	106	1	24	—	—	2	130
Östergötlands » »	(1)	156	2	44	1	36	3 (4)	236
Jönköpings » »	1	140	—	—	—	—	1	140
Kronobergs » »	1	80	1	12	—	—	2	92
Kalmar » landstingsområden	1	233	—	—	—	—	1	233
Gotlands » landstingsområde	—	—	2	45	—	—	2	45
Blekinge » »	1	139	—	—	—	—	1	139
Kristianstads » »	1	108	—	—	—	—	1	108
Malmöhus » »	(1)	208	—	—	1	48	1 (2)	256
Hallands » »	1	120	1	14	—	—	2	134
Göteb. o. Bohus » »	1	232	4	69	—	—	5	301
Älvsborgs » »	3	332	5	132	—	—	8	464
Skaraborgs » »	1	222	—	—	—	—	1	222
Värmlands » »	1	204	3	54	1	73	5	331
Örebro » »	1	136	5	123	—	—	6	259
Västmanlands » »	1	84	1	19	—	—	2	103
Kopparbergs » »	1	212	9	186	—	—	10	398
Gävleborgs » »	1	141	3	56	—	—	4	197
Västernorrlands » »	1	210	5	113	1	68	7	391
Jämtlands » »	1	183	3	90	—	—	4	273
Västerbottens » »	1	258	8	67	1	53	10	378
Norrbottens » »	1	345	11	236	—	—	12	581
Summa	**30**	**5 368**	**74**	**1 540**	**11**	**620**	**115**	**7 528**
Jubileumsfonden	**4**	**510**	—	—	—	—	**4**	**510**
Privatsanatorier	**4**	**331**	—	—	—	—	**4**	**331**
Hela riket	**38**	**6 209**	**74**	**1 540**	**11**	**620**	**123**	**8 369**

Anm. I denna tabell hava endast redovisats anstalter, som äro öppna året runt.

Tab. 53. Vårdplatstillgång och lungsotsdödlighet.

Sjukvårdsområde	Antal vårdplatser 1/12 1932				Medeltal dödsfall i lungtbc. 1926—1930	Antal vårdplatser per 100 dödsfall
	A-pl.	B-pl.	Summa	% A-pl.		
Stockholms stad	752	37	789	95 %	621	127
Göteborgs »	388	119	507	77 %	275	184
Malmö »	126	27	153	82 %	105	146
Norrköpings »	128	—	128	100 %	56	229
Hälsingborgs »	—	54	54	0 %	54	100
Gävle »	45	—	45	100 %	57	79
Stockholms läns landstingsområde	224	96	320	70 %	270	119
Uppsala » »	46	75	121	38 %	130	93
Södermanlands » »	106	24	130	81 %	130	100
Östergötlands » »	192	44	236	81 %	170	139
Jönköpings » »	140	—	140	100 %	195	72
Kronobergs » »	80	12	92	87 %	160	58
Kalmar läns landstingsområden	233	—	233	100 %	225	104
Gotlands läns landstingsområde	—	45	45	0 %	65	69
Blekinge » »	139	—	139	100 %	175	79
Kristianstads » »	108	—	108	100 %	205	53
Malmöhus » »	256	—	256	100 %	245	104
Hallands » »	120	14	134	91 %	140	96
Göteb. o. Bohus » »	232	69	301	77 %	245	123
Älvsborgs » »	332	132	464	72 %	280	166
Skaraborgs » »	222	—	222	100 %	195	114
Värmlands » »	277	54	331	84 %	295	112
Örebro » »	136	123	259	53 %	195	133
Västmanlands » »	84	19	103	82 %	150	69
Kopparbergs » »	212	186	398	53 %	285	140
Gävleborgs » »	141	56	197	71 %	290	68
Västernorrlands » »	278	113	391	71 %	370	106
Jämtlands » »	183	90	273	76 %	205	133
Västerbottens » »	258	120	378	68 %	315	120
Norrbottens » »	345	236	581	59 %	420	138
Summa	5 783	1 745	7 528	77 %	6 523	115
Jubileumsfonden	510	—	510	100 %	—	—
Privatsanatorier	331	—	331	100 %	—	—
Hela riket	6 624	1 745	8 369	79 %	6 523	128

Tab. 54. Vårdtidens längd vid tuberkulosanstalterna år 1929.

Anstalter, fördelade efter medelvårdtid	Antal vård-platser	Vårdtidens längd i dagar		
		I medel-tal	Högst	
			För män	För kvinnor
A. Sanatorier.				
a) Med medelvårdtid över 1 år.				
Jonas Selggrens sanatorium, Strömsbro, Gävle	45	382	815	3 908
Sjö-Gunnarsbo sanatorium, Älvsborgs län	142	368	1 583	1 526
b) Med medelvårdtid om 8 mån.—1 år.				
Västeråsens sanatorium, Älvsborgs län	70	307	834	2 193
Orupssanatoriet, Malmöhus län	272	302	1 245	1 067
Kolmårdssanatoriet, Östergötlands län	228	250	722	1 148
Garphytte sanatorium, Örebro län	116	242	952	746
c) Med medelvårdtid om 6—8 mån.				
Centralsanatoriet i Hällnäs, Västerbottens län	208	229	806	838
St. Ekeberg, Skaraborgs län	222	228	2 137	1 664
Jönköpings läns tbc-sjukhus i Eksjö	140	209	581	604
Kalmar läns sanatorium, Målilla	142	206	763	697
Högbo sanatorium, Kopparbergs län	212	204	1 053	2 605
Länssanatoriet i Sundsvall	138	195	404	259
Norrbottens läns tbc-sjukhus i Sandträsk	86	180	588	614
d) Med medelvårdtid under 6 mån.				
Tbc-sjukhuset i Arvika	204	168	416	431
Sanatoriet å Löt, Södermanlands län	106	162	895	1 212
Skogsfjället, Västmanlands län	84	158	934	694
Sjukvårdsanstalten å Kålltorp, Göteborg	262	157	1 099	916
Broby sanatorium, Kristianstads län	108	157	1 164	690
Fagereds sanatorium, Hallands län	120	153	748	1 284
Gävleborgs läns tbc-sjukhus vid Mohed	141	151	372	462
Söderby sjukhus, Stockholm	444	148	838	697
Länssanatoriet vid Uttran, Stockholms län	129	147	621	629
Blekinge läns tbc-sjukhus i Fur	118	144	718	732
Kroppefjälls sanatorium, Älvsborgs län	120	144	520	1 004
Länssanatoriet å Svenshögen, Göteborgs och Bohus län	232	142	760	639
Kronobergs läns sanatorium å Lugnet	80	139	478	338
B. Tuberkulossjukstugor.				
a) Med medelvårdtid över 1 år.				
Ljusnarsbergs tbc-sjukhus, Örebro län	6	1 149	—	2 935

Tab. 54 (forts.). **Vårdtidens längd vid tuberkulosanstalterna år 1929.**

Anstalter, fördelade efter medelvårdtid	Antal vård-platser	Vårdtidens längd i dagar		
		I medel-tal	Högst	
			För män	För kvinnor
b) Med medelvårdtid om 8 mån.—1 år.				
Bolltorps sanatorium, Älvsborgs län	32	334	1 102	900
Dalbobergens sanatorium, Älvsborgs län	37	320	3 111	1 376
Lindesbergs tbc-sjukhus, Örebro län	26	311	438	1 084
Solhem (stiftelse), Borås	17	311	809	709
Kaptensgårdens sanatorium, Norrbottens län	25	280	452	617
Kopparbergs tbc-sjukhus, Örebro län	40	257	517	453
Sanatoriet Bergebo, Kopparbergs län	24	249	693	504
Tbc-sjukhuset i Luleå	24	247	371	540
c) Med medelvårdtid om 6—8 mån.				
Norrbottens läns tbc-sjukhus i Boden	40	234	932	553
Övertorneå bygdesanatorium, Norrbottens län	38	231	731	611
Hälsingborgs tbc-sjukhus i Kungshult	40	223	651	487
Folkarbo tbc-sjukstuga, Kopparbergs län	33	220	968	517
Blommenhov, Nyköping	24	199	487	483
Fredrikskulles tbc-sjukhem, Gävleborgs län	22	195	837	822
d) Med medelvårdtid under 6 mån.				
Grängesbergs sanatorium, Kopparbergs län	24	177	371	654
Anstalten Hälsan, Norrbottens län	18	177	362	437
Örebro stads tbc-sjukhus, Adolfsberg	40	172	577	395
Hede tbc-sjukstuga, Jämtlands län	30	164	280	389
Tbc-sjukstugan i Uppsala	32	150	277	211
Utanede sjukhem, Västernorrlands län	24	149	205	201
Nordhems tbc-sjukhem, Västernorrlands län	25	143	243	284
Vattholma sanatorium, Uppsala län	23	142	258	233
Tärna sjukstugas tbc-avdelning, Västerbottens län	10	138	304	341
Ströms tbc-sjukstuga, Jämtlands län	34	136	351	247
Trollhättans sjukhem för bröstsjuka, Älvsborgs län	16	134	232	319
Gotlands läns tbc-sjukvårdsanstalt i Follingbo	25	122	214	211
Stratomta, Östergötlands län	30	121	365	365
Nederkalix sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	20	117	156	301
Överkalix sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	12	113	234	172
Solliden, Jämtlands län	40	112	207	194
Strömstads tbc-sjukstuga	18	107	184	294
Arjeplogs sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	10	88	233	247
Arvidsjaurs sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	12	80	260	203

Tab. 54 (forts.). **Vårdtidens längd vid tuberkulosanstalterna år 1929.**

Anstalter, fördelade efter medelvårdtid	Antal vård-platser	Vårdtidens längd i dagar		
		I medel-tal	Högst	
			För män	För kvinnor
Jokkmokks sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län . .	6	76	114	79
Dispensär-Centralens sjukhus, Göteborg	29	72	280	287
Svärdsjö tbc-sjukstuga, Kopparbergs län	13	72	138	93
Västra Lidhem, Kronobergs län	12	61	123	117
Älvdalens sjukstugas tbc-avdelning, Kopparbergs län . .	8	47	65	103
Karlskoga kommunalsjukstuga, Örebro län	12	—	230	230

Tab. 55. Vårdtidens längd vid tuberkulosanstalterna år 1930.

Anstalter, fördelade efter medelvårdtid	Antal vård-platser	Vårdtidens längd i dagar		
		I medel-tal	Högst	
			För män	För kvinnor
A. Sanatorier.				
a) Med medelvårdtid över 1 år.				
Jonas Selggrens sanatorium, Strömsbro, Gävle	45	468	2 316	2 849
b) Med medelvårdtid om 8 mån.—1 år.				
Sjö-Gunnarsbo sanatorium, Älvsborgs län	142	335	1 726	1 642
Orupssanatoriet { Landstingets avdelning	208	325	1 310	1 512
Orupssanatoriet { Malmö stads avdelning	64	321	1 041	1 323
Västeråsens sanatorium, Älvsborgs län	70	277	1 845	823
Kolmårdssanatoriet, Östergötlands län	228	261	1 026	1 173
c) Med medelvårdtid om 6—8 mån.				
Kalmar läns sanatorium, Målilla	233	233	1 064	1 037
Norrbottens läns tbc-sjukhus, Sandträsk	86	224	891	1 154
Värmlands läns sanatorium, Arvika	204	201	390	490
Garphytte sanatorium, Örebro län	116	199	1 045	730
St. Ekeberg, Skaraborgs län	222	197	973	637
Kroppefjälls sanatorium, Älvsborgs län	120	196	1 195	632
Sanatoriet å Löt, Södermanlands län	106	194	1 127	706
Jönköpings läns tbc-sjukhus i Eksjö	140	192	540	1 681
Centralsanatoriet i Hällnäs, Västerbottens län	208	186	807	877

Tab. 55 (forts.). **Vårdtidens längd vid tuberkulosanstalterna år 1930.**

Anstalter, fördelade efter medelvårdtid	Antal vård-platser	Vårdtidens längd i dagar		
		I medel-tal	Högst	
			För män	För kvinnor
d) Med medelvårdtid under 6 mån.				
Länssanatoriet i Sundsvall	138	179	533	508
Skogsfjället, Västmanlands län	84	172	918	927
Länssanatoriet vid Uttran, Stockholms län	129	167	910	588
Högbo sanatorium, Kopparbergs län	212	167	1 404	2 335
Blekinge läns tbc-sjukhus i Fur	139	163	505	1 062
Renströmska sjukhuset å Kålltorp	262	162	1 109	904
Moheds sanatorium, Gävleborgs län	141	154	341	709
Fagereds sanatorium, Hallands län	120	149	947	1 030
Länssanatoriet å Svenshögen, Göteborgs och Bohus län	232	145	601	594
Broby sanatorium, Kristianstads län	108	139	804	818
Kronobergs läns sanatorium å Lugnet	80	129	509	339
Sollidens sanatorium, Jämtlands län	183	124	324	306
B. Tuberkulossjukstugor.				
a) Med medelvårdtid över 8 mån.				
Lindesbergs tbc-sjukhus, Örebro län	26	330	425	694
Bolltorps sanatorium, Älvsborgs län	40	259	927	1 363
Sanatoriet Bergebo, Kopparbergs län	24	256	376	522
Hälsingborgs tbc-sjukstuga i Kungshult	40	245	640	720
b) Med medelvårdtid om 6—8 mån.				
Blommenhov, Nyköping	24	232	1 236	591
Örebro stads tbc-sjukhus, Adolfsberg	40	232	547	516
Fredrikskulles tbc-sjukhem, Gävleborgs län	22	216	389	377
Kopparbergs tbc-sjukstuga, Örebro län	40	215	405	491
Norrbottens läns tbc-sjukhus i Boden	40	211	648	764
Övertorneå bygdesanatorium, Norrbottens län	38	200	632	704
Anstalten Hälsan, Norrbottens län	18	200	465	510
Tbc-sjukhuset i Luleå	24	193	472	508
Kaptensgårdens sanatorium, Norrbottens län	26	192	407	340
Ströms tbc-sjukstuga, Jämtlands län	34	188	205	245
Folkarbo tbc-sjukstuga, Kopparbergs län	33	187	913	481
c) Med medelvårdtid under 6 mån.				
Nordhems tbc-sjukhem, Västernorrlands län	25	178	381	372
Trollhättans sjukhem för bröstsjuka, Älvsborgs län	16	170	204	459

Tab. 55 (forts.). **Vårdtidens längd vid tuberkulosanstalterna år 1930.**

Anstalter, fördelade efter medelvårdtid	Antal vård-platser	Vårdtidens längd i dagar		
		I medel-tal	Högst	
			För män	För kvinnor
Vattholma sanatorium, Uppsala län	23	165	293	266
Bygdesanatoriet i Hede, Jämtlands län	34	151	264	309
Utanede sjukhem, Västernorrlands län	24	147	233	197
Karlskoga kommunalsjukstuga, Örebro län	11	144	224	414
Överkalix sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	12	143	273	323
Grängesbergs sanatorium, Kopparbergs län	24	141	527	802
Strömstads tbc-sjukstuga	18	137	587	211
Delsbo bygdesanatorium, Gävleborgs län	20	130	211	206
Svärdsjö tbc-sjukstuga, Kopparbergs län	13	129	230	312
Nederkalix sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	20	129	358	433
Uddevalla tbc-sjukstuga, Göteborgs och Bohus län	24	127	604	633
Provisoriska bygdesanatoriet i Gysinge, Gävleborgs län	14	119	195	244
Tbc-sjukstugan i Uppsala	32	112	350	578
Stratomta, Östergötlands län	30	111	365	493
Arvidsjaurs sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	12	102	1 210	396
Älvdalens sjukstugas tbc-avdelning, Kopparbergs län	8	101	148	196
Arjeplogs sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	12	96	196	376
Jokkmokks sjukstugas tbc-avdelning, Norrbottens län	6	84	162	227
Tjörns tbc-sjukstuga, Göteborgs och Bohus län	9	83	148	148
Dispensär-Centralens sjukhus, Göteborg	25	64	180	310
Gotlands läns tbc-sjukvårdsanstalt i Follingbo	25	61	333	174
Tbc-avdelningen vid Åsele kommunalhem, Västerbottens län	7	51	176	6
Tärna sjukstugas tbc-avdelning, Västerbottens län	10	41	42	102
Västra Lidhem, Kronobergs län	12	40	143	142
Hammars bygdesanatorium, Västernorrlands län	40	—	309	310
Solhem (stiftelse), Borås	17	—	1 184	2 544

Tab. 56. Tuberkulosdödligheten i Sverige per 1 000 invånare under perioderna 1911—1915 och 1926—1930.

Sjukvårdsområde	1911—1915	1926—1930	Minskning i procent
Stockholms stad	2·75	1·60	41·8
Stockholms läns landstingsområde	1·94	1·27	34·5
Uppsala » »	1·74	1·15	33·9
Södermanlands » »	1·64	0·83	49·4
Norrköpings stad	2·35	1·07	54·5
Östergötlands läns landstingsområde	1·36	0·86	36·8
Jönköpings » »	1·43	1·05	26·6
Kronobergs » »	1·68	1·25	25·6
Kalmar » landstingsområden	1·59	1·21	23·9
Gotlands » landstingsområde	1·75	1·43	18·3
Blekinge » »	1·91	1·44	24·6
Kristianstads » »	1·58	0·94	40·5
Malmö stad	1·78	1·04	41·6
Hälsingborgs »	1·74	0·91	47·7
Malmöhus läns landstingsområde	1·48	0·95	35·8
Hallands » »	1·73	1·13	34·7
Göteborgs stad	2·71	1·42	47·6
Göteb. o. Bohus läns landstingsområde	2·13	1·44	32·4
Älvsborgs » »	1·72	1·10	36·0
Skaraborgs » »	1·41	1·01	28·4
Värmlands » »	1·93	1·38	28·5
Örebro » »	1·59	1·10	30·8
Västmanlands » »	1·95	1·13	42·1
Kopparbergs » »	2·06	1·41	31·6
Gävle stad	2·59	1·61	37·8
Gävleborgs läns landstingsområde	2·01	1·32	34·3
Västernorrlands » »	2·10	1·65	21·4
Jämtlands » »	2·39	1·90	20·5
Västerbottens » »	2·35	1·94	17·4
Norrbottens » »	3·29	2·67	18·8
Landsbygden	1·78	1·29	27·5
Städer	2·40	1·37	42·9
Hela riket	1·94	1·31	32·5

Minskningen utgör	
Över 50 %	
1. Norrköpings stad	54·5
45—50 %	
2. Södermanlands län	49·4
3. Hälsingborgs stad	47·7
4. Göteborgs »	47·6
40—45 %	
5. Västmanlands län	42·1
6. Stockholms stad	41·8
7. Malmö »	41·6
8. Kristianstads län	40·5
35—40 %	
9. Gävle stad	37·8
10. Östergötlands län	36·8
11. Älvsborgs »	36·0
12. Malmöhus »	35·8
30—35 %	
13. Hallands län	34·7
14. Stockholms »	34·5
15. Gävleborgs »	34·3
16. Uppsala »	33·9
Hela riket	32·5
17. Göteb. o. Bohus län	32·4
18. Kopparbergs »	31·6
19. Örebro »	30·8
25—30 %	
20. Värmlands län	28·5
21. Skaraborgs »	28·4
22. Jönköpings »	26·6
23. Kronobergs »	25·6
20—25 %	
24. Blekinge län	24·6
25. Kalmar »	23·9
26. Västernorrlands »	21·4
27. Jämtlands »	20·5
Under 20 %	
28. Norrbottens län	18·8
29. Gotlands »	18·3
30. Västerbottens »	17·4

Tab. 57. Tuberkulosdödligheten per 1 000 invånare i landets olika sjukvårdsområden under 5-årsperioden 1926—1930.

1.	Södermanlands läns landstingsområde	0·83	37 %	
2.	Östergötlands » »	0·86	34 %	
3.	Hälsingborgs stad	0·91	31 %	
4.	Kristianstads läns landstingsområde	0·94	28 %	
5.	Malmöhus » »	0·95	27 %	
6.	Skaraborgs » »	1·01	23 %	
7.	Malmö stad	1·04	21 %	
8.	Jönköpings läns landstingsområde	1·05	20 %	
9.	Norrköpings stad	1·07	18 %	under rikets medeltal
10.	Älvsborgs läns landstingsområde	1·10	16 %	
11.	Örebro » »	1·10	16 %	
12.	Västmanlands » »	1·13	14 %	
13.	Hallands » »	1·13	14 %	
14.	Uppsala » »	1·15	12 %	
15.	Kalmar » » -n	1·21	8 %	
16.	Kronobergs » »	1·25	5 %	
17.	Stockholms » »	1·27	3 %	
	Rikets medeltal	**1·31**		
18.	Gävleborgs läns landstingsområde	1·32	0·8 %	
19.	Värmlands » »	1·38	5 %	
20.	Kopparbergs » »	1·41	8 %	
21.	Göteborgs stad	1·42	8 %	
22.	Gotlands läns landstingsområde	1·43	9 %	
23.	Göteborgs o. Bohus » »	1·44	10 %	
24.	Blekinge » »	1·44	10 %	över rikets medeltal
25.	Stockholms stad	1·60	22 %	
26.	Gävle »	1·61	23 %	
27.	Västernorrlands läns landstingsområde	1·65	26 %	
28.	Jämtlands » »	1·90	45 %	
29.	Västerbottens » »	1·94	48 %	
30.	Norrbottens » »	2·67	104 %	

Tab. 58. Antalet epidemisjukhus och ordinarie

Sjukvårdsområde	1919		1920		1921		1922		1923	
	antal sjukhus	antal platser	antal sjukhus	antal platser	antal sjukhus	antal platser	antal sjukhus	antal platser	antal sjukhus	antal platser
Stockholms stad	1	560	1	560	1	586	1	586	1	586
Göteborgs »	1	280	1	280	1	248	1	252	1	252
Malmö »	1	210	1	210	1	187	1	210	1	210
Norrköpings »	1	90	1	64	1	64	1	64	1	64
Stockholms län .	15	341	12	309	12	281	14	397	13	413
Uppsala » .	4	130	4	130	4	126	4	200	4	197
Södermanlands » .	15	318	15	318	15	277	15	277	16	317
Östergötlands » .	16	380	16	359	16	373	16	329	16	355
Jönköpings » .	10	264	10	261	10	253	9	202	9	222
Kronobergs » .	1	40	1	40	1	20	1	20	1	20
Kalmar » .	8	145	8	145	8	140	8	145	8	145
Gotlands » .	1	30	1	30	1	34	1	36	1	36
Blekinge » .	8	174	8	196	10	214	10	215	10	217
Kristianstads » .	9	113	10	167	10	172	10	163	10	159
Malmöhus » .	31	773	28	732	35	787	33	752	35	796
Hallands » .	5	158	5	127	5	105	5	107	5	107
Göteborgs o. Bohus » .	5	162	5	162	5	163	4	168	4	168
Älvsborgs » .	17	354	17	521	17	416	16	414	15	407
Skaraborgs » .	13	146	13	157	10	138	9	122	8	122
Värmlands » .	5	121	5	123	5	123	5	123	5	123
Örebro » .	6	158	6	158	6	172	6	176	6	181
Västmanlands » .	8	334	8	324	10	326	10	323	10	312
Kopparbergs » .	11	195	12	217	12	227	11	211	11	209
Gävleborgs » .	13	343	13	295	14	343	14	344	14	324
Västernorrlands » .	4	104	4	104	4	101	4	101	4	100
Jämtlands » .	1	24	1	31	1	30	1	30	1	30
Västerbottens » .	8	82	11	113	13	142	16	157	16	158
Norrbottens » .	11	183	11	194	11	205	11	171	9	165
Hela riket	**229**	**6 222**	**228**	**6 327**	**239**	**6 253**	**237**	**6 295**	**235**	**6 395**

antalet vårdplatser vid dessa åren 1919—1930.

1924		1925		1926		1927		1928		1929		1930	
antal sjuk-hus	antal platser	antal sjuk-hus	antal platser	antal sjuk-hus	antal platser	antal sjuk-hus	antal platser	antal sjuk-hus	antal platser	antal sjuk-hus	antal platser	antal sjuk-hus	antal platser
1	586	1	586	1	586	1	616	1	616	1	616	1	616
1	252	1	360	1	360	1	360	1	360	1	360	1	360
1	210	1	210	1	187	1	210	1	210	1	192	1	185
1	64	1	64	1	64	1	64	1	64	1	64	1	64
13	422	9	372	9	372	9	372	7	328	7	303	7	295
4	197	4	197	4	200	4	197	3	177	3	145	2	136
15	301	15	305	16	445	12	364	12	364	10	335	10	335
16	393	15	383	15	383	15	396	15	413	15	413	12	372
10	364	9	343	9	343	9	342	9	342	9	342	3	342
1	20	1	20	1	45	1	45	1	40	1	20	1	20
8	145	8	174	8	174	7	181	5	168	5	168	5	168
1	36	1	36	1	36	1	36	1	64	1	64	1	64
10	207	10	219	7	174	5	113	5	113	4	120	4	120
10	163	10	163	10	163	5	142	4	110	4	110	4	110
37	796	38	795	30	669	9	394	8	435	7	423	7	421
5	107	3	203	3	203	3	203	3	203	3	203	3	203
4	168	5	223	5	223	5	223	5	223	4	151	4	176
15	405	15	403	14	391	14	391	12	344	10	320	10	343
10	197	7	236	4	240	5	253	4	240	4	240	4	199
5	121	5	121	6	137	5	113	5	113	5	113	5	116
7	217	7	217	7	217	8	253	8	264	8	279	8	279
10	302	7	239	10	305	10	305	10	301	10	301	10	305
11	213	12	293	13	322	13	322	13	322	13	319	10	267
14	343	14	362	15	379	14	434	13	426	8	291	6	278
4	101	4	101	4	99	4	119	4	86	4	146	4	126
4	64	5	98	5	89	5	89	5	89	5	129	5	128
16	178	14	161	13	154	15	185	16	196	15	185	16	199
10	205	12	207	12	269	12	240	12	251	15	287	15	307
244	**6 777**	**234**	**7 091**	**225**	**7 229**	**194**	**6 962**	**184**	**6 862**	**174**	**6 639**	**160**	**6 534**

Tab. 59. Sammanställning angående antalet vårdade och antalet vårddagar åren 1930 och 1931 å epidemisjukhusen i Stockholm, Göteborg och Malmö med fördelning å följande grupper: a) sjukdomar, som angivas i epidemilagens 2 § 1 mom., och fall, misstänkta för sådan sjukdom; b) sådana epidemiska sjukdomar, som ej äro uppräknade i nämnda lagrum; c) andra infektiösa sjukdomar.

	Stockholm			Göteborg			Malmö		
	a	b	c	a	b	c	a	b	c
Absoluta tal.									
Antalet vårdade år 1930 . . .	2 038	135	200	897	45	141	547	74	14
» » » 1931 . . .	1 222	600	191	939	102	173	587	102	4
Antalet vårddagar år 1930 . .	57 033	3 789	1 928	21 467	2 530	7 524	15 568	970	214
» » » 1931 . .	35 234	7 979	2 176	25 117	4 928	9 306	21 538	1 682	54
I procent.									
Antalet vårdade år 1930 . . .	85·9	5·7	8·4	82·8	4·2	13·0	86·1	11·7	2·2
» » » 1931 . . .	60·7	29·8	9·5	77·3	8·4	14·3	84·7	14·7	0·6
Antalet vårddagar år 1930 . .	90·9	6·0	3·1	68·1	8·0	23·9	92·9	5·8	1·3
» » » 1931 . .	77·6	17·6	4·8	63·8	12·5	23·7	92·6	7·2	0·2

För de tre anstalterna tillsammantagna utgjorde under år 1930 + år 1931 antalet vårdade av de olika grupperna i % av samtliga vårdade: a) 77·8, b) 13·2, c) 9·0. Motsvarande tal beträffande vårddagarna äro: a) 80·3, b) 10·0, c) 9·7.

Tab. 60. Medeltalet sjuksängar och medeltalet vårdade per dag å epidemisjukhusen under 5-årsperioden 1924—1928.

Sjukvårdsområde	Medeltalet sjuksängar	Medeltalet vårdade per dag	
		absoluta medeltalet	i procent av medeltalet sjuksängar
Stockholms stad	598	185	30·9
Göteborgs »	338	70	20·7
Malmö »	205	65	31·7
Norrköpings »	64	25	39·1
Stockholms läns landstingsområde	363	88	24·2
Uppsala » »	194	39	20·1
Södermanlands » »	356	66	18·5
Östergötlands » »	394	90	22·8
Jönköpings » »	347	31	8·9
Kronobergs » »	34	3	8·8
Kalmar läns norra » } Kalmar » södra » }	168	16	9·5
Gotlands läns »	42	1·5	3·6
Blekinge » »	165	26	15·8
Kristianstads » »	148	19	12·8
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	618	60	9·7
Hallands läns landstingsområde	184	37	20·1
Göteborgs och Bohus » »	212	25	11·8
Älvsborgs » »	387	45	11·6
Skaraborgs » »	233	40	17·2
Värmlands » »	121	28	23·1
Örebro » »	234	61	26·1
Västmanlands » »	290	63	21·7
Kopparbergs » »	294	63	21·4
Gävleborgs » » o. Gävle stad	389	68	17·5
Västernorrlands » »	101	31	30·7
Jämtlands » »	86	56	65·1
Västerbottens » »	175	44	25·1
Norrbottens » »	234	86	36·8
Hela riket	**6 974**	**1 431**	**20·5**

Tab. 61. Summan av högsta antalet vårdade å epidemisjuk-

(I kol. a angives det absoluta antalet, i kol. b samma

Sjukvårdsområde	1921		1922		1923		1924	
	a	b	a	b	a	b	a	b
Stockholms stad	255	43·5	301	51·4	253	43·2	404	68·9
Göteborgs »	357	143·9	149	59·5	88	34·8	113	44·8
Malmö »	—	—	—	—	—	—	—	—
Norrköpings »	45	70·3	38	59·3	42	65·6	260	406·2
Stockholms läns landstingsområde	168	59·8	297	74·8	229	55·4	353	83·6
Uppsala » »	96	76·2	145	71·5	158	80·2	71	35·5
Södermanlands » »	347	125·2	278	100·3	326	102·8	273	90·7
Östergötlands » »	308	82·5	172	52·3	168	47·3	220	56·0
Jönköpings » »	103	40·7	129	63·8	179	80·6	186	51·1
Kronobergs » »	46	230·0	24	120·0	11	55·0	9	45·0
Kalmar läns norra »	90	64·4	167	115·2	57	32·4	71	51·8
» » södra »								
Gotlands läns »	13	38·2	15	41·7	12	33·3	10	27·8
Blekinge » »	104	48·6	237	110·2	203	93·5	121	58·5
Kristianstads » »	90	52·3	83	50·9	67	42·1	41	25.2
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	312	39·6	280	37·5	252	31·7	177	25·4
Hallands läns landstingsområde	84	80·0	38	35·5	20	18·7	26	24·3
Göteb. o. Bohus » »	94	57·6	88	52·4	50	29·7	47	28·0
Älvsborgs » »	356	90·3	319	77·1	205	50·3	201	49·6
Skaraborgs » »	91	65·9	104	85·2	78	63·9	145	73·6
Värmlands » »	88	71·5	50	40·6	50	40·6	53	43·8
Örebro » »	103	59·9	87	48·7	145	80·1	290	133·6
Västmanlands » »	199	61·0	147	48·6	208	66·7	270	89·4
Kopparbergs » »	219	96·5	156	73·9	123	58·8	96	50·3
Gävleborgs » » och Gävle stad	281	81·9	442	128·4	432	132·7	268	78·1
Västernorrlands läns landstingsområde	73	72·2	35	34·6	70	70·0	65	64·4
Jämtlands » »	24	80·0	20	66·7	34	113·3	72	112·5
Västerbottens » »	131	92·2	100	63·7	87	59·6	171	99·4
Norrbottens » » [2]	180	105·3	183	107·0	219	132·9	241	117·6
Hela riket (utom Malmö)	**4 257**	**70·9**	**4 082**	**67·1**	**3 766**	**61·0**	**4 254**	**66·1**

[1] Där för visst sjukhus uppgift ej lämnats om högsta antalet någon dag vårdade, har detta
[2] I kol. b har *hela* antalet epidemisjuksängar å Bodens garnisonssjukhus, d. v. s. för både civila

husen någon dag under vart och ett av åren 1921—1930[1]

antal i procent av antalet ordinarie sjuksängar)

1925		1926		1927		1928		1929		1930		Medeltal för 1921—1930	
a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
331	56·5	246	42·0	313	50·8	224	36·4	265	43·0	254	42·8	285	47·8
329	91·4	138	38·3	191	53·1	125	34·7	132	36·7	152	42·2	177	57·9
—	—	—	—	—	—	(157	74·8)	—	—	(96	51·3)	—	—
186	290·6	34	53·1	24	37·5	7	10·9	17	26·5	15	23·4	67	104·3
296	56·9	200	53·1	120	32·3	172	52·4	275	89·1	217	71·6	233	62·9
116	58·9	95	47·5	85	43·1	76	42·9	116	80·0	105	77·2	106	61·3
269	88·2	170	38·2	175	48·1	124	34·1	157	46·8	116	34·6	223	70·9
340	95·2	312	81·5	172	43·4	103	24·9	103	24·9	104	27·9	200	53·5
134	39·1	126	36·7	77	22·5	68	19·9	155	45·3	95	27·8	125	42·7
—	—	17	37·8	5	11·1	8	20·0	11	55·0	11	55·0	16	69·9
70	34·3	69	39·7	50	28·9	53	31·5	79	47·0	76	45·8	78	49·1
4	11·1	7	19·4	3	8·3	6	9·4	16	25·0	53	82·8	14	30·2
142	64·8	110	71·0	51	45·1	37	32·7	34	28·3	26	21·6	106	57·4
23	14·1	28	17·2	62	43·7	125	113·6	104	94·5	63	57·3	68	51·1
185	23·3	188	30·4	150	27·5	248	57·0	255	60·3	233	55·3	228	38·8
168	82·8	153	75·3	103	50·7	102	50·2	96	47·6	89	43·8	88	50·9
116	52·0	126	56·5	117	52·5	73	32·7	89	58·9	46	26·1	85	44·6
168	41·7	188	48·1	171	43·7	115	33·4	105	32·8	111	32·3	194	49·9
135	54·9	118	49·2	126	49·8	91	37·9	136	56·7	155	71·1	118	60·8
59	54·1	104	75·9	75	54·7	69	61·1	71	62·8	104	89·6	72	59·5
210	96·8	128	59·0	144	56·9	101	38·3	161	57·7	107	38·3	148	66·9
131	54·8	120	39·3	91	29·8	70	23·3	134	44·5	129	42·3	150	50·0
257	87·7	214	66·5	200	62·1	140	43·5	135	42·3	130	48·6	167	63 0
225	64·1	238	62·8	177	39·0	146	34·3	205	70·4	229	69·2	264	76·1
96	95·0	70	70·7	51	42·9	50	58·1	90	61·6	102	80·9	70	65·0
124	126·5	133	149·4	118	132 6	104	116·9	109	84·5	98	76·5	83	105·8
117	72·7	140	90·9	147	79·5	173	88·3	149	80·0	154	77·2	137	80·3
234	113·0	245	91·1	266	110·8	233	92·8	413	143·9	433	141·0	264	115·5
4 465	**63·8**	**3 717**	**53·3**	**3 264**	**47·0**	**2 843**	**42·7**	**3 612**	**56·0**	**3 407**	**53·1**	**3 766**	**58·1**

sjukhus ej medräknats.
och militära patienter medräknats.

Tab. 62. Vårdplatser år 1930 och högsta beläggningsfrekvens vid epidemisjukhusen åren 1921—1930.

Sjukvårdsområde	Antal vårdplatser den 31 december 1930 [1]	Antal för ständigt bruk avsedda vårdplatser den 31 december 1930 [1]	Antal erforderliga vårdplatser enligt beräkningssättet 1 (för de fyra största städerna 1·5) vårdplats per 1 000 invånare	Sammanlagda högsta antalet vårdade någon dag under året. Medeltal för åren 1921—1930.			
				Absoluta medeltalet	I % av antalet vårdplatser den 31 december 1930	I % av antalet för ständigt bruk avsedda vårdplatser den 31 december 1930	I % av antalet erforderliga vårdplatser
Stockholms stad	616	439	753	285	46	65	38
Göteborgs »	410	252	366	177	43	70	48
Malmö »	210	190	192	[2] 96	[3] 46	[3] 51	[3] 50
Norrköpings »	64	64	92	67	105	105	73
Samtliga ovanstående städer	**1 300**	**945**	**1 403**	**625**	**48**	**66**	**45**
Stockholms läns landstingsområde	328	295	265	233	71	79	88
Uppsala » »	197	133	138	106	54	80	77
Södermanlands » »	351	302	189	223	64	74	118
Östergötlands » »	372	271	249	200	54	74	80
Jönköpings » »	342	243	232	125	37	51	54
Kronobergs » »	20	20	156	16	80	80	10
Kalmar läns norra »	183	146	232	78	43	53	34
Kalmar » södra »							
Gotlands läns »	64	64	57	14	22	22	25
Blekinge » »	188	120	145	106	56	88	73
Kristianstads » »	113	98	246	68	60	69	28
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	382	376	383	228	60	61	60
Hallands läns landstingsområde	203	203	150	88	43	43	59
Göteb. o. Bohus » »	176	148	213	85	48	57	40
Älvsborgs » »	359	292	313	194	54	66	62
Skaraborgs » »	240	199	242	118	49	59	49
Värmlands » »	110	110	270	72	65	65	27
Örebro » »	279	279	219	148	53	53	68
Västmanlands » »	306	184	162	150	49	82	93
Kopparbergs » »	322	216	250	167	52	77	67
Gävleborgs » » och Gävle stad	477	278	280	264	55	95	94
Västernorrlands läns landstingsområde	126	126	279	70	55	55	25
Jämtlands » »	128	128	134	83	65	65	62
Västerbottens » »	212	186	204	137	65	74	67
Norrbottens » »	333	333	200	264	79	79	132
Samtliga ovanstående landstingsområden	**5 811**	**4 750**	**5 208**	**3 237**	**56**	**68**	**62**

[1] Enligt tab. 19.
[2] Avser endast år 1930.
[3] Jämför not 2.

Tab. 63. Antalet å epidemisjukhus, under åren 1926—1931 för scharlakansfeber m. fl. sjukdomar[1] intagna patienter, fördelade å sjukvårdsområden och efter tvåmånadersperioder.

Sjukvårdsområde	Hela antalet							I procent					
	Febr.— —mars	April— —maj	Juni— —juli	Aug.— —sept.	Okt.— —nov.	Dec.— —jan.	Summa	Febr.— —mars	April— —maj	Juni— —juli	Aug.— —sept.	Okt.— —nov.	Dec.— —jan.
Stockholms stad	961	954	631	794	1 112	1 032	5 484	17·5	17·4	11·5	14·5	20·3	18·8
Göteborgs »	584	536	352	414	800	825	3 511	16·6	15·3	10·0	11·8	22·8	23·5
Malmö »	474	398	331	354	588	524	2 669	17·8	14·9	12·4	13·3	22·0	19·6
Norrköpings »	85	76	28	47	65	50	351	24·3	21·8	7·9	13·3	18·5	14 2
Stockholms län	564	533	582	722	756	505	3 662	15·4	14·5	15·9	19·7	20·7	13·8
Uppsala »	276	257	266	336	360	246	1 741	15·8	14·8	15·2	19·3	20·7	14·2
Södermanlands »	268	289	305	459	498	340	2 159	12·4	13·4	14·1	21·3	23·1	15·7
Östergötlands »	396	361	346	479	500	513	2 595	15·3	13·9	13·3	18·5	19·3	19·7
Jönköpings »	207	265	157	247	304	212	1 392	14·9	19·0	11·2	17·8	21·9	15·2
Kronobergs »	117	122	139	240	268	166	1 052	11·2	11·6	13·2	22·8	25·4	15·8
Kalmar »	152	155	218	245	280	189	1 239	12·3	12·5	17·6	19·7	22·7	15·2
Gotlands »	62	22	37	49	98	56	324	19·3	6·7	11·4	15·1	30·2	17·3
Blekinge »	210	164	51	105	131	89	750	28·1	21·9	6·7	14·0	17·5	11·8
Kristianstads »	433	312	280	305	447	318	2 095	20·7	14·9	13·4	14·5	21·3	15·2
Malmöhus »	732	554	444	616	879	794	4 019	18·2	13·8	11·0	15·3	21·9	19·8
Hallands »	775	215	275	269	483	380	2 397	32·3	9·0	11·5	11·2	20·1	15·9
Göteb. o. Bohus »	187	247	170	235	269	230	1 338	14·0	18·4	12·7	17·5	20·2	17·2
Älvsborgs »	297	209	265	270	370	289	1 700	17·5	12·2	15·6	15·9	21·8	17·0
Skaraborgs »	336	393	284	272	515	281	2 081	16·1	18·9	13·7	13·1	24·7	13·5
Värmlands »	421	440	396	669	695	491	3 112	13·5	14·2	12·7	21·5	22·3	15·8
Örebro »	225	286	234	297	465	313	1 820	12·3	15·7	12·9	16·3	25·6	17·2
Västmanlands »	247	263	364	288	384	238	1 784	13·9	14·7	20·4	16·2	21·5	13·3
Kopparbergs »	426	301	353	403	691	558	2 732	15·6	11·0	12·9	14·8	25·3	20·4
Gävleborgs »	722	468	477	696	966	742	4 071	17·8	11·5	11·7	17·1	23·7	18·2
Västernorrlands »	701	737	623	738	917	772	4 488	15·6	16·4	13·9	16·4	20·5	17·2
Jämtlands »	528	444	330	320	457	405	2 484	21·2	17·9	13·3	12·9	18·4	16·3
Västerbottens »	428	280	340	379	477	501	2 405	17·8	11·6	14·2	15·8	19·8	20·8
Norrbottens »	1 284	1 056	871	988	1 308	1 411	6 918	18·5	15·3	12·6	14·3	18·9	20·4

[1] Här avses de i epidemilagen angivna smittsamma sjukdomar.

Tab. 64. Antalet å epidemisjukhus under åren 1926—1931 för scharlakansfeber m. fl. sjukdomar[1] intagna patienter, fördelade efter sjukdomsart och efter tvåmånadersperioder.

Sjukdomar	Febr.—mars	April—maj	Juni—juli	Aug.—sept.	Okt.—nov.	Dec.—jan.	Summa
Hela antalet:							
Scharlakansfeber	7 819	6 973	5 392	5 824	8 865	7 636	42 509
Nervfeber	257	521	602	907	569	344	3 200
Difteri	3 006	2 307	2 621	3 156	4 390	3 895	19 375
Rödsot	554	84	47	118	67	80	950
Barnförlamning	147	110	187	930	921	245	2 540
Epidemisk hjärnfeber	125	154	116	94	78	97	664
Sömnsjuka	130	120	119	129	124	116	738
Pest	—	—	—	4	—	—	4
Undulantfeber	61	65	66	76	71	54	393
I procent:							
Scharlakansfeber	18·4	16·4	12·7	13·7	20·8	18·0	
Nervfeber	8·0	16·3	18·8	28·3	17·8	10·8	
Difteri	15·5	11·9	13·5	16·3	22·7	20·1	
Rödsot	58·3	8·9	4·9	12·4	7·1	8·4	
Barnförlamning	5·8	4·3	7·4	36·6	36·3	9·6	
Epidemisk hjärnfeber	18·8	23·2	17·5	14·2	11·7	14·6	
Sömnsjuka	17·6	16·3	16·1	17·5	16·8	15·7	
Pest	—	—	—	100·0	—	—	
Undulantfeber	15·5	16·5	16·8	19·3	18·1	13·8	

[1] Här avses de i epidemilagen angivna smittsamma sjukdomar.

Tab. 65. Förteckning över epidemisjukhus, som på grund av vederbörligt tillstånd för viss period använts eller fått användas för annat ändamål än epidemisjukvård (upprättad per den 31 december 1930).

Landstingsområde eller stad, som ej deltager i landsting	Epidemisjukhusets namn. Uppgift å den del av sjukhuset och antalet sjukplatser, som använts eller användas för annat ändamål	Det medgivna nya ändamålet	Tiden, för vilken tillstånd (senast) lämnats
Stockholms stad	*Stockholm*, de s. k. kolerabarackerna (avd. XI, XII och XIII), tillhopa 90 platser	Provisorisk sinnessjukvård	T. o. m. den 31/12 1932
Göteborgs stad	*Göteborg*, epidemipaviljongen vid Allm. och Sahlgrenska sjukhuset med 108 platser	Vård av konvalescenter från Allm. och Sahlgrenska sjukhuset samt av patienter, behäftade med ben- och ledtuberkulos	15/9 1929—14/9 1930
Stockholms län	*Knivsta*, 8 platser i övre våningen	Vård av tuberkulossjuka	Högst t. o. m. 31/12 1930
	Norrtälje, observationspaviljong med 6 platser	Vård av kroniskt sjuka	T. o. m. den 31/12 1930
	Östhammar, en avdelning 1 tr. upp med 19 platser	Vård av kroniskt sjuka	T. o. m. den 31/12 1930
Uppsala län	*Uppsala*, en paviljong med 32 platser	Vård av tuberkulossjuka	T. o. m. den 31/12 1930
Södermanlands län . .	*Mariefred*, hela sjukhuset, 16 platser	Vård av patienter, som skulle hava intagits å Mariefreds sjukstuga	1/5—1/8 1929
	Nyköping, sjukhusets särskilda paviljong med 22 platser	Vård av patienter med huvudsakligen invärtes åkommor vid Nyköpings lasarett	1/6—30/9 1930
	Trosa, hela sjukhuset, 17 platser	Vård av patienter vid Trosa sjukstuga	Högst fyra mån. f.o.m. den 15/8 1929
Jönköpings län	*Tranås*, hela sjukhuset, 32 platser	Såsom sjukstuga	Högst t. o. m. den 31/12 1935
	Värnamo, sjukhusets undervåning och del av övervåningen, tillhopa 31 platser	Såsom reserv- och isoleringsanstalt för lasarettet	Högst t. o. m. den 31/12 1930
Kalmar norra län . . .	*Vimmerby*, sjukhusets undervåning, 14 platser	Vård av patienter vid Vimmerby sjukstuga	Tillsvidare t. o. m. den 30/9 1931
Gotlands län	*Visby*, en avdelning å nedre botten i sjukhuset med 20 platser	Vård av tuberkulösa m. fl. sjuka	Under ett år från den 9/7 1930
Blekinge län	*Lyckeby*,[1] hela sjukhuset, 19 platser	Skoländamål	Tillsvidare t. o. m. den 31/12 1930
Kristianstads län . . .	*Kristianstad*, en avdelning med 10 platser	Vård av patienter vid Kristianstads lasarett	23/9 1929—22/9 1930

[1] Det medgivna nya ändamålet ett annat än sjukvårdsändamål.

Tab. 65 (forts.). **Förteckning över epidemisjukhus, som på grund av vederbörligt tillstånd för viss period använts eller fått användas för annat ändamål än epidemisjukvård** (upprättad per den 31 december 1930).

Landstingsområde eller stad, som ej deltager i landsting	Epidemisjukhusets namn. Uppgift å den del av sjukhuset och antalet sjukplatser, som använts eller användas för annat ändamål	Det medgivna nya ändamålet	Tiden, för vilken tillstånd (senast) lämnats
Malmöhus län	*Lund*, östra stora paviljongen med 40 platser	Vård av tuberkulossjuka, som icke fått plats å Lunds lasarett eller Orupssanatoriet	Tillsvidare under år 1929
	Ystad, nedre våningen av stora paviljongen med 18 platser	Vård av patienter från lasarettet i Ystad under dess ombyggnad	1/1—31/3 1929
Göteborgs och Bohus län	*Mölndal*, andra våningen av södra flygeln vid epidemisjukhuset med 28 platser	Vård av konvalescenter vid lasarettet i Mölndal	17/2 1930—31/12 1934
Älvsborgs län	*Borås*, en paviljong med 23 platser	Vård av patienter, tillhörande Västeråsens sanatorium	T. o. m. den 31/12 1928
Skaraborgs län	*Lidköping*, en avdelning av sjukhuset med 22 platser	Vård av kroniskt sjuka	3/4—31/12 1930
	Mariestad, en avdelning å 19 platser	Vård av kroniskt sjuka	1/1—31/12 1930
Västmanlands län . . .	*Norberg*, hela epidemisjukhuset med 22 platser	Såsom provisoriskt lasarett i Norberg	1/5—1/9 1927
Kopparbergs län	*Leksand*, hela sjukhuset, 29 platser	Vård av tuberkulossjuka	Högst fem år f. o. m. den 1/12 1930
	Lima, hela sjukhuset, 11 platser	Vård av tuberkulossjuka	Högst fem år f. o. m. den 1/7 1929
	Malung, hela sjukhuset, 13 platser	»Annat sjukvårdsändamål»	Högst fem år f. o. m. den 1/7 1930
	Svärdsjö, hela sjukhuset, 13 platser	Vård av tuberkulossjuka	Högst fem år f. o. m den 1/7 1929
Gävleborgs län	*Delsbo*, hela sjukhuset, 17 platser	Såsom bygdesanatorium	1/1—31/12 1930
	Gysinge, hela sjukhuset, 14 platser	Såsom bygdesanatorium	1/1—31/12 1930
Västerbottens län . . .	*Byske*, den i bottenvåningen belägna avdelningen med 10 platser	Vård av tuberkulospatienter	Till den 1/4 1929
Norrbottens län	*Arjeplog*, en i bottenvåningen belägen avdelning med 4 platser	Vård av kroniskt sjuka	Högst tre år f. o. m. den 1/5 1929
	Arvidsjaur, en i bottenvåningen belägen avdelning med 7 platser. Ett i vindsvåningen beläget rum med 5 platser	Vård av septiska fall Vård av tuberkulösa	Högst tre år f. o. m. den 1/5 1929
	Haparanda, hela övre våningen med 10 platser	Vård av tuberkulösa samt akuta sinnessjuka	Högst tre år f. o. m. den 1/5 1929

Tab. 66. De statsunderstödda landstings- och primärkommunala hemmens för kroniskt sjuka fördelning den 31 december 1931 å städer och landsbygd samt deras natur av fullt fristående resp. anslutna till lasarett, försörjningsinrättning, ålderdomshem eller dylikt.

Sjukvårdsområde	Anstalter, drivna av landsting eller icke-landstingsstad				Primärkommunala anstalter			
	i stad	å landsbygd	fullt fristående	anslutna till lasarett, försörjningsinrättning, ålderdomshem etc.	i stad	å landsbygd	fullt fristående	anslutna till lasarett, försörjningsinrättning, ålderdomshem etc.
Göteborgs stad	1	—	—	1	—	—	—	—
Gävle »	1	—	—	1	—	—	—	—
Stockholms läns landstingsområde	3	2	5	—	2	4	1	5
Uppsala » »	2	—	2	—	—	3	—	3
Södermanlands » »	1	—	1	—	2	—	—	2
Östergötlands » »	2	—	2	—	2	3	—	5
Jönköpings » »	1	—	—	1	2	2	1	3
Kronobergs » »	—	—	—	—	—	7	—	7
Kalmar läns norra »	—	1	1	—	—	—	—	—
Kalmar » södra »	—	—	—	—	—	3	—	3
Gotlands läns »	—	—	—	—	—	—	—	—
Blekinge » »	—	1	—	1	2	3	2	3
Kristianstads » »	—	3	—	3	2	—	—	2
Malmöhus » »	—	7	7	--	2	—	—	2
Hallands » »	—	—	—	—	3	1	—	4
Göteb. o. Bohus » »	—	—	—	—	4	13	3	14
Älvsborgs » »	—	—	—	—	2	3	—	5
Skaraborgs » »	2	—	2	—	5	1	2	4
Värmlands » »	1	—	1	—	2	6	—	8
Örebro » »	—	—	—	—	—	5	—	5
Västmanlands » »	1	—	—	1	1	—	—	1
Kopparbergs » »	1	1	2	—	—	3	—	3
Gävleborgs » »	—	—	—	—	1	9	—	10
Västernorrlands » »	—	—	—	—	1	3	1	3
Jämtlands » »	—	1	1	—	1	1	1	1
Västerbottens » »	—	—	—	—	—	3	—	3
Norrbottens » »	—	—	—	—	1	4	1	4
Summa	16	16	24	8	35	77	12	100
	32		32		112		112	

Tab. 67. Kostnaden per underhållsdag vid de hem för kroniskt sjuka, vilka varit öppna under hela år 1929, uppgick under sagda år, i den mån till medicinalstyrelsen till och med september månad 1930 inkomna årsberättelser utvisa, till följande belopp:

Område	Landstingsanstalter och fristående primärkommunala anstalter[1] Kr.	Primärkommunala avdelningar vid fattigvårdsanstalt Kr.	Område	Landstingsanstalter och fristående primärkommunala anstalter[1] Kr.	Primärkommunala avdelningar vid fattigvårdsanstalt Kr.
Stockholms län . .	*4: 38*	2: 78	Älvsborgs län . .	—	3: 10
	4: 17	2: 66		—	3: 08
	3: 14	2: 51		—	2: 51
	2: 66	1: 90			
Uppsala län . . .	*4: 31*	2: 29	Skaraborgs län . .	2: 83	1: 56
	—	1: 99		—	1: 54
	—	1: 50			
Södermanlands län	*3: 43*	2: 73	Värmlands län . .	*3: 82*	2: 77
				—	2: 61
Östergötlands län .	*3: 11*	2: 46		—	2: 46
	2: 47	—		—	2: 45
				—	2: 30
Jönköpings län . .	—	3: 47		—	1: 73
	—	2: 71		—	1: 56
	—	2: 54			
	—	2: 25	Örebro län	—	2: 94
	—	2: 10		—	2: 54
	—	1: 47		—	2: 21
				—	2: 10
Kronobergs län . .	—	2: 58			
	—	2: 55	Kopparbergs län .	*3: 02*	2: 97
	—	2: 48		—	2: 74
	—	2: 11		—	1: 77
Kalmar södra län	—	2: 90			
			Gävleb. läns landstingsområde och		
Blekinge län . . .	—	2: 37			
	—	2: 24	Gävle stad . . .	*3: 28*	3: 92
	—	2: 22		—	3: 51
	—	2: 17		—	3: 11
	—	1: 89		—	3: 06
				—	2: 64
Kristianstads län .	*3: 22*	—		—	2: 56
Malmöhus län . .	*3: 56*	2: 66		—	2: 44
	3: 19	—		—	2: 43
	2: 75	—		—	2: 20
	2: 68	—		—	1: 77
	2: 65	—			
			Västernorrlands län	—	2: 89
Hallands län . . .	—	2: 14		—	2: 85
	—	2: 13		—	2: 82
				—	2: 75
Göteb. o. Bohus län	2: 55	3: 68			
	—	3: 60			
	—	3: 38	Jämtlands län . .	*3: 83*	2: 35
	—	2: 94			
	—	2: 60	Västerbottens län .	—	2: 39
	—	2: 52		—	2: 27
	—	2: 00			
	—	1: 50	Norrbottens län . .	—	3: 05

[1] Med kursiv stil satta siffror avse landstingsanstalter.

Tab. 68. Statens nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvård åren 1928/29—1930/31.

Ändamål	Beteckning i 1928/29 års budgetredovisning	1928/29	1929/30	1930/31
Central hälsovårdsadministration.				
Medicinalstyrelsen[1]	V C 1, 2	367 098	370 955	369 713
Statsmedicinska anstalten	V C 3—5	219 326	241 870	264 739
Summa		**586 424**	**612 825**	**634 452**
Huvudsakligen sluten sjukvård.				
Underhåll av Järvsö sjukhus för spetälska samt spetälskevård i övrigt	V C 27, 28, 50 (delvis)[2]	25 778	24 115	26 612
Behandling av medellösa lupuspatienter från landsorten	V C 35	62 509	45 526	54 341
Radiumhemmet	V C 36—38	112 295	140 247	159 847
Undervisningssjukhusen	VIII E 5, 16, 17, 41—44. V C 26 (delvis)[3]	1 109 626	1 287 423	1 555 955
Övrig lasarettsvård och liknande	V C 26 (delvis) 55[3]	16 135	16 135	15 935
Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet	[4] —	100 000	100 000	100 000
Kustsanatorier	V C 29—33	4 149 563	5 203 532	5 332 298
Övrig sanatorievård				
Epidemisjukvård	V C 39, 40	1 364 121	1 108 654	1 265 869
Vanförevård	V C 43—49	509 567	868 118	1 201 116
Kronisk sjukvård	V C 41, 42	640 572	872 423	953 572
Sinnessjukvård	V C 13—17	12 054 328	15 407 423	16 684 175
Sinnesslövård	V C 18, 19, 21—25	1 606 604	1 674 582	1 740 400
Epileptikervård	V C 20	162 202	178 468	205 695
Summa		**21 913 300**	**26 926 646**	**29 295 815**
Hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård.				
Barnmorskeväsen	V C 56—58	917 255	889 599	889 929
Distriktssjukvård	V C 52—54	219 054	231 839	236 817
Dispensärverksamhet	V C 34	445 499	470 676	487 284
Provinsialläkare, extra provinsialläkare m. fl.	V C 6—12, 50 (delvis)[2], 61—64	3 185 937	3 042 061	3 217 876
Lindring i mindre bemedlade patienters å landsbygden sjukvårdskostnader	V C 51	54 467	59 585	66 964
Åtgärder mot utbredande av könssjukdomar	V C 50 (större delen)[2]	763 156	688 733	725 580
Karantänsanstalten på Känsö samt åtgärder i övrigt mot kolera och pest	V C 60, 50 (delvis)[2]	29 404	31 519	30 351
Skyddskoppympning	V C 59	173 365	112 468	113 413
Sjuktransportväsen	V C 66, 67	29 100	39 372	68 297
Förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden	V C 65	247 976	62 287	58 846
Läkarundersökning av sjöfolk	X C 8	50 505	46 548	44 154
Övrig hälsovård och övrig huvudsakligen öppen sjukvård	V C 50 (delvis)[2]	7 693	7 868	8 894
Summa		**6 123 411**	**5 682 555**	**5 948 405**
Summa för hälso- och sjukvård		**28 623 135**	**33 222 026**	**35 878 672**
Därav för administrativ ämbetsv. o. d.		586 424	612 825	634 452
» » övriga ändamål		28 036 711	32 609 201	35 244 220

Tab. 68 (forts.). **Statens nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvård åren 1928/29—1930/31.**

Noter till tab. 68.

[1] Häri ingå även utgifter för veterinärbyrån.

[2] Anslaget V C 50 Allmän hälso- och sjukvård är med ledning av från medicinalstyrelsen erhållna uppgifter, riksdagstryck m. m. fördelat på »provinsialläkare m. fl.» med resp. 188 595, 116 830 och 115 000 kr., »åtgärder mot utbredande av könssjukdomar» med resp. 763 156, 688 733 och 725 580 kr., »karantänsanstalten Känsö m. m.» med resp. 14 163, 15 659 och 17 184 kr., »övrig allmän hälsovård» med resp. 7 693, 7 868 och 8 894 kr. samt »underhåll av Järvsö sjukhus m. m.» med resp. 2 387, 3 011 och 2 520 kr.

[3] Anslaget V C 26 »Lasaretts underhåll» är med ledning av uppgifter i statsliggaren fördelat med 3 639 kr. per år på undervisningssjukhus samt resten 12 135 kr. på »övrig lasarettsvård».

[4] Pensionsstyrelsens utgifter för sjukvårdande verksamhet inkl. statsanslaget för ändamålet framgå av följande ur pensionsstyrelsens berättelser hämtade siffror:

Art av vård eller yrkesutbildning	År 1928, kr.	År 1929, kr.	År 1930, kr.
Kurort	771 623	883 128	1 132 370
Kustsanatorium	62 657	60 193	50 713
Lasarett, lupus- och radiumhem	10 468	9 516	5 877
Welanderhem	19 344	18 888	18 295
Yrkesutbildning vid vanföreanstalt	52 834	56 497	53 839
Statens hantverksskola för blinda i Kristinehamn	16 351	16 685	15 298
Annan hantverksskola eller handelsskola	3 040	7 667	8 500
Yrkesutbildning hos enskild yrkesidkare	127 307	149 651	163 709
Andra sjukvårdande åtgärder (anskaffande av maskiner åt vanföra m. m.)	32 845	35 131	50 000
Summa	**1 096 469**	**1 237 356**	**1 498 601**
Resekostnader för patienter	**64 125**	**61 251**	**88 672**
Läkarundersökning, observation å sjukhus m. m.	**71 244**	**85 588**	**93 400**
Summa	**1 231 838**	**1 384 195**	**1 680 673**

Tab. 69. Landstingens och städers, som ej deltaga i landsting, nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvården åren 1928–30.[1]

Ändamål	Landsting[2], kr.				Städer, som ej deltaga i landsting[3], kr.			
	Verkliga utgifter 1928	Beräknade anslag			Verkliga utgifter 1928	Beräknade anslag		
		1928	1929	1930		1928	1929	1930
Huvudsakligen sluten sjukvård.								
Lasarettsvård och liknande . .	—	[4] 21 257 972	[4] 21 064 508	[4] 22 957 860	—	[6,7] 8 471 519	[6,7] 8 763 341	[6,7] 8 680 153
Kustsanatorier	—	531 800	546 500	556 500	—	67 620	68 235	66 380
Övrig sanatorievård	—	[5] 5 015 321	[5] 5 077 338	[5] 4 686 956	—	[8,9] 3 048 619	[8,9] 2 681 859	[8,9] 2 416 449
Epidemisjukvård	—	3 441 677	3 381 263	3 266 713	—	1 056 029	1 073 177	1 010 774
Vanförevård	—	508 600	519 200	568 817	—	77 000	74 000	78 000
Kronisk sjukvård	—	365 235	472 056	1 864 968	—	[6] 524 322	[6] 719 717	[6] 570 711
Sinnessjukvård	—	[5] 603 773	[5] 666 119	[5] 835 437	—	[8,9] 4 182 894	[8,9,10] 6 014 852	[8,9,10] 6 243 139
Sinnesslövård	—	1 225 919	1 311 989	1 770 393	—	[11] 276 885	[11] 257 934	236 190
Epileptikervård	—	8 150	7 500	5 200	—	—	—	—
Summa	—	**32 958 447**	**33 046 473**	**36 512 844**	—	**17 704 888**	**19 653 115**	**19 301 796**
Hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård.								
Barnmorskeväsen	—	729 899	723 000	723 528	—	57 312	55 226	52 351
Distriktssjukvård	—	400 000	400 000	400 000	—	[12] 115 224	[12] 115 742	[12] 116 360
Dispensärverksamhet	—	750 000	850 000	850 000	—	387 209	535 603	540 843
Övrig hälsovård och övrig huvudsakligen öppen sjukvård[13]	—	224 650	164 434	158 688	—	2 922 907	3 043 284	3 265 640
Summa	—	**2 104 549**	**2 137 434**	**2 132 216**	—	**3 482 652**	**3 749 855**	**3 975 194**
Summa hälso- och sjukvård	[14] **36 433 087**	**35 062 996**	**35 183 907**	**38 645 060**	[14] **18 021 859**	**21 187 540**	**23 402 970**	**23 276 990**

Tab. 69 (forts.). **Landstingens och städers, som ej deltaga i landsting, nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvården åren 1928—30.**

Noter till tab. 69.

[1] Bland utgifterna ingå ej räntor och amorteringar.

[2] Bland utgifterna ingå ej belopp, reserverade för byggnadsändamål. I staterna för Värmlands, Örebro och Västernorrlands läns landsting äro gemensamma belopp upptagna för samtliga befattningshavares dyrtidstillägg. Dessa belopp äro proportionellt fördelade å skyddshem, lasarettsvård, »övrig sanatorievård», epidemisjukvård, vård av kroniskt sjuka, sinnessjukvård, sinnesslövård, dövstumundervisning, folkhögskolor m. fl. skolor, distriktsveterinärer samt landstingens centralförvaltning.

[3] I staten för Norrköpings stad är ett gemensamt belopp upptaget för samtliga befattningshavares dyrtidstillägg, i staten för Göteborgs stad ett belopp för varje nämnd, i staten för Stockholms stad ett belopp för vissa befattningshavare under hälsovårdsnämnden. Dessa belopp ha utproportionerats på befattningshavare inom de olika utgiftsgrupperna.

[4] Avdrag har gjorts för lasarettens tuberkulosavdelningar och upptagningsanstalter för sinnessjuka. För tuberkulosavdelningarna ha utgifterna beräknats till 240 000 kr. år 1928, 205 000 kr. åren 1929 och 1930; för upptagningsanstalterna ha utgifterna beräknats till 310 000 kr. år 1928 samt 285 000 kr. åren 1929 och 1930. Dessa utgifter äro tillagda resp. »övrig sanatorievård» och sinnessjukvård.

[5] Se not 4.

[6] För Stockholms stad ingå utgifter för vård av kroniskt sjuka bland utgifter för lasarettsvård.

[7] Utgifterna för lasarettens tuberkulos- och sinnessjukavdelningar äro frändragna och förda på resp. »övrig sanatorievård» och sinnessjukvård.

[8] Se not 7.

[9] Utgifterna för vårdhemmet Gibraltar i Göteborg äro fördelade å fattigvård, vård av kroniskt sjuka, övrig sanatorievård samt sinnessjukvård; utgifterna för försörjningsanstalten Sandbyhov i Norrköping äro fördelade å fattigvård, vård av kroniskt sjuka samt sinnessjukvård.

[10] Hälsingborgs stads utgifter för sinnessjukvård för åren 1929 och 1930 äro beräknade med ledning av 1928 års utgifter för samma ändamål på så sätt, att samma procentiska andel (21·37 %) är frändragen samtliga utgifter för fattigvården.

[11] Därav 16 000 kr. till sinnesslöa och vanföra.

[12] Anslag till stadssjuksköterskor.

[13] Till extra provinsialläkares resp. stadsläkares avlöning, hälso- och sjukvård inom skolor, tandvård, bostadsinspektion m. m.

[14] Till summan för verkliga utgifter för hälso- och sjukvård ha lagts beräknade anslag till sinnesslövård, vård av fallandesjuka samt vanförevård. Dessa tre anslag ingå i »Kommunala finanser» bland utgifter för undervisning; uppgifter om nettoutgifter saknas.

Tab. 70. Det allmännas nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvård år 1928.

Ändamål	Staten (1928/29)	Landsting	Primärkommuner				Municipalsamhällen	Summa
			Städer, som ej tillhöra landst.	Övriga städer	Landskommuner (inkl. köpingar)	Samtliga		
Huvudsakligen sluten sjukvård.								
Lasarettsvård och liknande	1 326 343	21 257 972	8 471 519	14 518	[1] 183 901	8 669 938	—	31 254 253
Pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet	100 000	—	—	—	—	—	—	100 000
Kustsanatorier	4 149 563	531 800	67 620	—	—	67 620	—	12 895 837
Övrig sanatorievård		5 015 321	3 048 619	71 012	11 902	3 131 533	—	
Epidemisjukvård	1 364 121	3 441 677	1 056 029	169 040	97 189	1 322 258	—	6 128 056
Vanförevård	509 567	508 600	77 000	—	—	77 000	—	1 095 167
Kronisk sjukvård	640 572	365 235	524 322	[2]	[2]	524 322	—	1 530 129
Sinnessjukvård	12 054 328	603 773	4 182 894	[2]	[2]	4 182 894	—	16 840 995
Sinnesslövård	1 606 604	1 225 919	276 885	[3]	[3]	276 885	—	3 109 408
Epileptikervård	162 202	8 150	—	—	—	—	—	170 352
Summa	**21 913 300**	**32 958 447**	**17 704 888**	**254 570**	**292 992**	**18 252 450**	—	**73 124 197**
Hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård.								
Barnmorskeväsen	917 255	729 899	57 312					
Distriktssjukvård	219 054	400 000	115 224					
Dispensärverksamhet	445 499	750 000	387 209	2 035 211	4 459 716	9 977 579	145 413	18 350 952
Provinsialläkare, extra provinsialläkare m. fl.	3 185 937	224 650	2 922 907					
Övrig hälsovård och övrig huvudsakligen öppen sjukvård	1 355 666							
Summa	**6 123 411**	**2 104 549**	**3 482 652**	**2 035 211**	**4 459 716**	**9 977 579**	**145 413**	**18 350 952**
Skillnad mellan stat och bok	—	+1 370 091	−3 165 681	—	—	−3 165 681	—	−1 795 590
Summa för hälso- och sjukvård	**28 036 711**	**36 433 087**	**18 021 859**	**2 289 781**	[1] **4 752 708**	**25 064 348**	**145 413**	**89 679 559**

[1] Häri ingå utgifter för anstalter gemensamma för stads- och landskommun 26 441 kr.
[2] Utgifter för ifrågavarande ändamål ingå i allmänhet bland utgifterna för fattigvård.
[3] » » » » » » » » » undervisning.

Tab. 71. Landstingens och storstädernas netto- och bruttoutgifter år 1929 för dels den huvudgifter föranledda

1	2	3	4	5	6	7	8
Sjukvårdsområde	Folkmängd i tusental 31/12 1929	Antal vårdplatser per 1 000 invån. å de under kol. 5—12 angivna sjukvårdsinrättningar[1]	Antal skattekronor	Bruttoutgifter i kr. för nedanstående samtliga utgifter utom för ny-, till- till- och			
				lasarett[2, 3]		sjukstugor[4]	
				a)	b)[6]		b)
Stockholms stad[10]	486	8·6	11 619 159	5 480 583	1 503 403	—	—
Göteborgs »	242	6·4	3 525 309	1 570 696	107 902	—	—
Malmö »	120	7·2	1 618 214	1 123 131	101 382	—	—
Norrköpings »	61	8·0	617 290	618 852	—	—	—
Stockholms läns landsting[10, 11]	264	4·7	2 296 194	1 641 068	792 879	—	—
Uppsala » » [11] .	139	6·0	884 500	814 812	—	81 734	3 839
Södermanlands » » . .	190	5·1	1 126 901	799 135	78 362	99 076	70 595
Östergötlands » » . .	248	5·2	1 214 380	1 099 654	41 415	42 646	471
Jönköpings » » . .	231	4·1	1 073 491	720 669	4 061	122 931	4 737
Kronobergs » » . .	156	2·4	552 066	428 509	11 783	51 829	37 001
Kalmar läns norra » . .	94	3·1	362 164	205 949	—	55 191	—
Kalmar läns södra » . .	137	3·1	592 951	543 215	946	48 342	3 644
Gotlands läns » . .	57	2·1	217 835	174 056	4 800	—	—
Blekinge » » . .	146	3·7	632 899	610 284	29 401	—	—
Kristianstads » » . .	246	2·6	1 084 735	764 915	182 500	—	—
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	389	5·5	2 950 797	3 394 335	2 209 289	—	—
Hallands läns landsting . .	150	4·4	729 078	585 417	37 214	54 689	—
Göteb. o. Bohus » » . .	213	3·5	953 175	586 627	10 110	—	—
Älvsborgs » » . .	313	4·0	1 631 184	785 111	46 296	176 420	—
Skaraborgs » » . .	243	3·5	1 006 235	826 070	599 667	3 204	—
Värmlands » » . .	269	3·9	1 250 558	1 098 487	423 677	265 224	3 044
Örebro » » . .	220	3·3	1 278 419	505 805	—	249 416	3 777
Västmanlands » » . .	162	5·7	928 229	929 725	39 954	26 625	—
Kopparbergs » » . .	251	5·0	1 212 152	1 125 325	47 626	268 980	—
Gävleborgs » » och Gävle stad	280	4·3	1 488 345	1 230 686	165 314	63 553	—
Västernorrl. läns landsting . .	277	4·1	1 382 749	1 564 214	130 119	—	—
Jämtlands » » . .	134	3·8	527 293	509 551	332 300	43 732	—
Västerbottens » » . .	202	5·0	718 125	770 864	53 822	410 564	4 055
Norrbottens » » . .	197	4·4	852 655	560 530	31 219	127 937	1 604
Gemensamma anstalter	—	—	—	—	—	—	—
Samtliga landsting jämte Hälsingborg och Gävle	5 211	—	26 947 110	22 275 013	5 272 754	2 192 093	132 767
Inalles	6 120	—	44 327 082	31 068 275	6 985 441	2 192 093	132 767

sakliga delen av sluten kroppssjukvård, dels hälso- och sjukvård, ävensom det av dessa utskattetrycket.

9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
slag av sjukvårdsinrättningar /under a) angivas och ombyggnader; under b) utgifter för ny-, ombyggnader/					Nettoutgifter för de under kol. 5—12 angivna sjukvårdsinrättningar, kr.[7]	Bruttoutgifter för hälso- och sjukvård, kr.[8]	Nettoutgifter för hälso- och sjukvård, kr.[8]	Per skattekrona utgjorda utgifterna under			
tuberkulossjukhus, tuberkulosavdelningar[4, 5]		epidemisjukhus[4]		summa utgifter under kol. 5—12				kol. 5, 7, 9 och 11, kr.	kol. 14, kr.	kol. 15, kr.[9]	kol. 16, kr.[9]
a)	b)	a)	b)								
1 642 857	59 490	549 929	72 601	9 308 863	6 404 478	17 232 453 (13 635 782)	12 098 519 (9 859 402)	0·66	0·55	1·48 (1·18)	1·04 (0·85)
656 902	86 792	257 267	7 966	2 687 525	1 620 290	5 243 377 (4 322 945)	3 758 621 (3 232 633)	0·70	0·46	1·49 (1·23)	1·07 (0·92)
310 166	2 471	153 472	82 716	1 773 338	1 121 914	2 119 031 (1 697 386)	1 411 581 (1 102 227)	0·98	0·69	1·31 (1·05)	0·87 (0·68)
184 577	—	33 069	—	836 498	374 781	1 069 154 (940 264)	688 090 (600 502)	1·36	0·61	1·73 (1·52)	1·11 (0·97)
336 917	1 360	214 797	2 115	2 989 136	2 169 146	3 510 291	2 571 394	0·95	0·94	1·53	1·12
173 202	—	144 645	529	1 218 761	695 798	1 261 208	935 517	1·37	0·79	1·43	1·06
191 331	8 544	99 130	—	1 346 173	791 879	1 818 063	1 019 179	1·05	0·70	1·61	0·90
313 170	—	117 923	3 942	1 619 221	962 002	1 975 191	1 198 969	1·30	0·79	1·63	0·99
229 891	3 875	143 070	770	1 230 004	736 912	1 670 316	985 583	1·13	0·69	1·56	0·92
131 002	—	533	—	660 657	414 427	895 517	495 903	1·11	0·75	1·62	0·90
98 118	108 199	26 001	6 839	500 297	315 506	704 852	526 103	1·06	0·87	1·95	1·45
165 886	162 299	26 423	—	950 755	565 141	994 477	666 413	1·32	0·95	1·68	1·12
38 010	—	—	—	216 866	135 871	293 373	189 744	0·97	0·62	1·35	0·87
207 914	9 120	45 722	305	902 746	539 807	1 089 196	584 187	1·37	0·85	1·72	0·92
184 518	—	82 013	887	1 214 833	804 994	2 168 142	1 438 222	0·95	0·74	2·00	1·33
550 672	8 029	305 794	8 165	6 476 284	4 426 512	6 758 953	4 153 380	1·44	1·50	2·29	1·41
208 582	5 696	103 670	9 993	1 005 261	609 608	1 343 789	825 971	1·31	0·84	1·84	1·13
304 834	5 062	78 586	—	985 219	510 462	2 013 249	1 307 210	1·02	0·54	2·11	1·37
702 581	32 918	155 072	2 926	1 901 324	1 157 072	4 312 668	3 287 855	1·12	0·71	2·64	2·02
276 865	5 000	138 559	5 800	1 855 165	1 212 620	2 319 973	1 517 454	1·24	1·21	2·31	1·51
443 178	6 664	1 822	—	2 242 096	1 603 982	2 764 548	1 813 570	1·45	1·28	2·21	1·45
368 681	26 448	92 294	3 900	1 250 321	791 565	2 671 275	1 977 996	0·95	0·62	2·09	1·55
139 109	11 000	111 177	5 800	1 263 390	714 557	1 467 661	792 025	1·30	0·77	1·58	0·85
399 035	9 653	140 464	—	1 991 083	1 336 711	2 324 170	1 506 078	1·60	1·10	1·92	1·24
366 460	23 524	152 660	—	2 002 197	1 244 559	2 581 574	1 708 367	1·22	0·84	1·73	1·15
477 258	172 009	1 444	—	2 345 044	1 604 744	3 245 029	2 332 550	1·48	1·16	2·35	1·69
131 445	—	75 226	112 099	1 204 353	797 889	2 431 899	1 873 752	1·44	1·51	4·61	3·55
423 235	5 000	21 163	282	1 688 985	951 892	2 889 139	1 887 649	2·26	1·33	4·02	2·63
435 634	3 989	271 469	7 465	1 439 847	1 062 533	3 154 201	2 342 224	1·64	1·25	3·70	2·75
—	—	—	—	—	—	2 144 717	106 626	—	—	—	—
7 297 528	**608 389**	**2 549 657**	**171 817**	**40 500 018**	**26 156 189**	**58 803 471**	**38 043 921**	**1·27**	**0·97**	**2·18**	**1·41**
10 092 030	**757 142**	**3 543 394**	**335 100**	**55 106 242**	**35 677 652**	**84 467 486 (79 399 848)**	**56 000 732 (52 838 685)**	**1·06**	**0·80**	**1·91 (1·79)**	**1·26 (1·19)**

Tab. 71 (forts.). **Landstingens och storstädernas netto- och bruttoutgifter år 1929 för dels den huvudsakliga delen av sluten kroppssjukvård, dels hälso- och sjukvård, även- som det av dessa utgifter föranledda skattetrycket.**

Noter till tab. 71.

[1] Vårdplatserna å sinnessjukavdelningar vid lasarett äro frånräknade.

[2] Exklusive bruttoutgifterna för sinnessjukavdelningar vid lasarett, beräknade efter vårdplats- kvot när direkta tal ej stått att erhålla.

[3] Bruttoutgifterna för tuberkulosavdelningar vid lasarett äro här ej medtagna utan ingå under kol. 9 och 10.

[4] För andra anstalter än landstingsanstalter hava såsom bruttoutgifter upptagits resp. landstings- anslag; dessa ha i förekommande fall fördelats å kol. 7, 9 och 11 resp. 8, 10 och 12 efter motsvarande relation för de totala bruttoutgifterna.

[5] Kustsanatorier äro ej medräknade.

[6] Nybyggnadskostnader för lasarett äro i sin helhet förda under kol. 6 även i den mån dylika kostnader må hava belöpt å sinnessjukavdelning eller tuberkulosavdelning vid lasarett.

[7] Exklusive nettoutgifterna för sinnessjukavdelningar vid lasarett, beräknade efter vårdplats- kvot.

[8] De under kol. 15 och 16 inom parentes angivna talen hava erhållits genom frånräknande av brutto- resp. nettoutgifter för sinnessjukvård.

[9] Jämför not 8.

[10] Beträffande Serafimerlasarettet, av vars vårdplatser visst antal disponerades av Stockholms stad och av Stockholms läns landsting, hava å staden resp. landstinget belöpande bruttout- gifter beräknats efter vårdplatskvot; bland bruttoutgifterna hava därvid icke inräknats låne- medel av kr. 750 008 för ombyggnader.

[11] Beträffande Akademiska sjukhuset i Uppsala, av vars vårdplatser visst antal disponerades av Stockholms läns landsting, hava de båda landstingens, å ena, och statens bruttoutgifter, å andra sidan, beräknats efter förhållandet mellan deras nettoutgifter för sjukhuset; de båda landstingens sålunda beräknade sammanlagda bruttoutgift har därefter slagits ut å dem efter vårdplatskvot.

Tab. 72. Vissa halvofficiella eller enskilda organisationers samt pensionsstyrelsens nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvård år 1928.

Ändamål samt organisation		
Huvudsakligen sluten sjukvård.		
Lasarettsvård och liknande:		
Pensionsstyrelsen	[1] 836 804	
Svenska röda korset	[2] 221 968	
Svenska diakonissällskapet [Diakonissanstaltens (Ersta) sjukhus]	6 848	
Sophiahemmet	16 198	
Carlanderska sjukhemmet	[3] —	
Sjukstugor	110 283	
Barnbördshus	39 369	
Barnsjukhus	189 758	
Cancerföreningen i Stockholm	81 647	
Welanderhemmet i Stockholm (»Lilla Hemmet»)	48 723	
Göteborgs Welanderhem	1 688	
Welanderhemmet i Malmö	3 400	1 556 686
Kustsanatorier:		
Pensionsstyrelsen	62 657	
Stiftelsen Konung Oscar II:s och Drottning Sophias guldbröllopsminne (anstalten Guldbröllopsminnet, Nynäshamn)	2 599	
Föreningen för skrofulösa barns vård (kustsanatoriet i Barkåkra)	[4] —	
Föreningen för kustvård åt skrofulösa barn (kustsanatoriet vid Apelviken)	5 436	
Föreningen för vård av skrofulösa barn vid havskuranstalt (kustsjukhuset å Styrsö)	10 121	80 813
Övrig sanatorievård:		
Konung Oscar II:s jubileumsfond (folksanatorierna)	[5] 130 816	
Enskilda tuberkulossjukvårdsanstalter	[6] 223 214	354 030
Vanförevård:		
Pensionsstyrelsen	[7] 52 834	
Föreningen för bistånd åt lytta och vanföra i Stockholm (vanföreanstalten i Stockholm)	[8] —	
Föreningen för bistånd åt vanföra i Göteborg (vanföreanstalten i Göteborg)	9 917	
Föreningen för bistånd åt vanföra i Skåne (vanföreanstalten i Hälsingborg)	[9] —	
Sällskapet Eugeniahemmet	19 664	82 415
Kronisk sjukvård:		
Svenska diakonissällskapet (Diakonissanstaltens sjukhem)		11 830
	Summa	**2 085 774**

Tab. 72 (forts.). **Vissa halvofficiella eller enskilda organisationers samt pensionsstyrelsens nettoutgifter i kronor för hälso- och sjukvård år 1928.**

Ändamål samt organisation.		
Hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård.		
Dispensärverksamhet:		
Svenska nationalföreningen mot tuberkulos		625 247
Övrig hälsovård och huvudsakligen öppen sjukvård:		
Pensionsstyrelsen	[10] 179 543	
Svenska röda korset	[11] 94 796	274 339
Summa		899 586
Summa för hälso- och sjukvård		[12] **2 985 360**

Noter till tab. 72.

[1] Statsanslaget, 100 000 kr., här frånräknat. Däremot ingå *samtliga* utgifter för resekostnader för patienter samt för läkarundersökning, observation å sjukhus m. m.

[2] Häri medräknade utgifter för ambulans- och andra sjuktransportbilar, för inköp av sjuktransportflygplan samt för ambulansflygningar. Se även not 11.

[3] Under året utgjorde sjukhemmets avkastning av donationer 59 649 kr., men redan patientavgifterna jämte poliklinikavgifter, 223 182 kr., täckte utgifterna, 197 417 kr.

[4] Under året användes för kustsanatoriets ändamål avkastning av donationer, 4 608 kr., men inkomsterna överstego utgifterna med 11 222 kr.

[5] Avser budgetåret 1928/29.

[6] För tre anstalter, som icke äro upptagna i den officiella statistiken, saknas ekonomiska uppgifter.

[7] Utgifter för yrkesutbildning vid vanföreanstalt.

[8] Driftöverskott av 3 438 kr.

[9] » » 1 224 »

[10] Utgifter för annan yrkesutbildning av vanföra än vid vanföreanstalt samt för sådana sjukvårdande åtgärder som anskaffande av stickmaskiner m. m.

[11] Häri ej medräknade kostnader för administration, hyra, brandförsäkringar m. m., statsbidrag till nybildade kretsar samt kostnader för frivilliga manliga sjukvårdstrupper och utbildning av krigsreservsköterskor. Vissa poster, som ej kunnat fördelas å öppen och å sluten sjukvård, hava helt förts till den öppna sjukvården.

[12] Härav belöper å pensionsstyrelsen 1 131 838 kr. och i övrigt 1 853 522 kr.

Tab. 73. Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.

Anm. Då icke annorlunda angives, upptagas här nedan inkomster och utgifter under år 1928 samt tillgångar och skulder per den 31 december 1928.

Svenska röda korset.

För kommittén hava, utom vad angår tillgångarna, endast varit tillgängliga uppgifter för *överstyrelsens* medelsförvaltning. Dessa uppgifter meddelas här nedan tillika med uppgifter om Röda korsets samtliga tillgångar den 31 december 1928.

Inkomster.

Statsbidrag	20 000: —
Anslag från pensionsstyrelsen	10 000: —
Räntor	88 222: 76
Årsavgifter, andel i	11 070: 36
Donationer, gåvor	201 779: 82
Inkomst av fastighet	37 535: 25
Inkomst av Nordisk världsatlas, tidskrift, broschyrer m. m.	85 899: 55
Utgifter utöver inkomster	433 542: 83
Kr.	888 050: 57

Utgifter.

Till direktionerna	12 158: 85
» stiftelsen Röda Kors-hemmet	10 000: —
Till inventarier i Röda Kors-hemmet	45 198: 24
Överstyrelsens andel i Röda Kors-hemmet, överlämnad till stiftelsen Röda Kors-hemmet	350 000: —
Till distrikten	158 526: 23
Arvoden, hyror, skriv- och tryckkostnader, försäkringsavgifter, utgifter för förråden m. m.	100 221: 17
Sjuktransportflygplan (inköp) och ambulansflygningar	147 219: 46
Stipendier	20 817: 13
Till verksamhet i Norrland och bland sjömän	8 292: 52
Till internationell verksamhet och verksamhet i utlandet m. m.	24 413: 27
Gåvoskatt för donationer	10 666: 50
Till sjukvård (från viss fond)	537: 20
Kr.	888 050: 57

Tillgångar.

Fastighet	700 000: —
Värdepapper, i bank, inteckningar, kassa	2 126 205: 12
Annonsfordringar, utestående	36 995: 11
Kr.	2 863 200: 23

Skulder.

Fonder, donationer	1 278 664: 16
Tillgångar utöver skulder kapitalbehållning	1 546 975: 51
för verksamhet i Norrland	1 504: 85
för sjuktransportflygplan	8 331: 67
för internationella ändamål	27 724: 04
Kr.	2 863 200: 23

Svenska Röda korsets samtliga tillgångar den 31 december 1928, fördelade å överstyrelsen, direktionerna, stiftelsen Röda Kors-hemmet och distrikten utgjorde:

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

	Fastigheter	Obligationer, kontanta medel m. m.	Krigs-sjukvårds-materiel	Övriga Röda kors-materiel	Summa
Överstyrelsen	735 000: —	2 163 200: 23	152 249: 63	253 900: —	3 304 349: 86
Direktionerna	—	55 310: 90	—	11 000: —	66 310: 90
Stiftelsen Röda Korshemmet	671 000: —	1 396 281: 73	—	615 000: —	2 682 281: 73
Distrikten	459 126: 63	2 057 941: —	2 326 959: 81	1 525 855: 43	6 369 882: 87
Summa	**1 865 126**: 63	**5 672 733**: 86	**2 479 209**: 44	**2 405 755**: 43	**12 422 825**: 36

Svenska diakonissanstalten. År 1931.

Inkomster.

Sjukhuset	11 928: 47
Sjukhemmet	2 421: 77
Årsavgifter	3 352: 25
Donationer, testamenten, gåvor	62 929: 20
Vinst å utlottade obligationer	920: —
Hyresinkomst m. m. . . .	24 401: 47
Systrarnas tjänstgöring . .	386 952: 18
Kollekter, sparbössemedel .	43 417: 42
Diverse inkomster	4 876: 50
Utgifter utöver inkomster .	45 957: 94
Kr.	587 157: 20

Utgifter.

Systrarnas löner o. pensionsavgifter m. m.	351 174: 02
Löner och arvoden	67 875: 27
Inventarier, mat, värme, ljus och tvätt, medicin, skatter	51 395: 84
Egendomarnas underhåll . .	32 994: 04
Bidrag till Mariahemmet m. m.	23 259: 39
Räntor å lån o. till fonderna	46 452: 25
Expeditions- o. diverse kostnader	13 774: 41
Avskrivningar å nybyggnad och å överkurs å värdepapper	231: 98
Kr.	587 157: 20

Tillgångar.

Fastigheter	2 063 800: —
Inventarier o. varulager . .	94 508: 98
Stående lån (skyddshemmen å Viebäck)	502 285: 40
I bank, å postgiro	9 415: 80
Fordringar hos:	
stationsförvaltningarna . .	4 750: —
Stockholms stads hälsovårdsnämnd	29 490: 92
sjukhemmet (pat. avgifter)	322: 50
barnhemmet vid Stjärnvik	684: 10
Förskott	36 112: 87
Kassabehållningar	4 879: 38
Kr.	2 746 249: 95

Skulder.

Fonder	1 064 065: 98
Lånemedel:	
statslån	194 000: —
pensionsstyrelsen	300 000: —
prästerskapets änke- och pupillkassa	230 000: —
övriga	139 900: 40
Filialernas tillgodohavanden	74 508: 91
Deponerade medel	57 084: 07
Tillgångar utöver skulder .	686 690: 59
Kr.	2 746 249: 95

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Sophiahemmet.

Inkomster.

Sophiahemmets sjukhus . .	424 656: 48
Inträdesavgifter	18 375: —
Gåvor	26 666: 67
Avgifter från sjukhus . . .	5 500: —
Privatvård	3 879: —
Sophiaförbundets konto . .	1 115: —
Medicinska badavdelningen, förband och medicin, röntgeninstitutet	27 677: 84
Intressekonto	44 342: 08
Kursvinster	1 905: —
Kr.	554 117: 07

Utgifter.

Fastighetens och parkens omkostnader	48 611: 44
Inventariers underhåll . . .	43 800: 57
Byggnads- o. restaureringsarbeten	60 534: 29
Hushållet	155 265: 27
Avlöningar	140 128: 11
Bränsle, ljus, tvätt m. m. .	60 871: 61
Pensioner o. understöd m. m.	435: —
Fonder	25 666: 67
Nedskrivning av reverser . .	630: —
Diverse konto	12 093: 06
Årets vinst	6 081: 05
Kr.	554 117: 07

Tillgångar.

Fastigheter	3: —
Inventarier	1: —
Obligationer, aktier, i bank	2 089 709: 36
Reverser	145 229: 60
Restaurering av Solhemmet	15 915: 81
Sjuksköterskornas gravplats .	1: —
Kassakonto	479: 51
Kr.	2 251 339: 28

Skulder.

Sophiahemmets reservfond .	55 000: —
Reparations- o. byggnadsfonden	65 000: —
Övriga fonder, donationer, gåvor	1 848 971: 01
Diverse personers konto . .	555: —
Reserverade medels konto .	121 299: 88
Kapitalkonto	160 513: 39
Kr.	2 251 339: 28

Carlanderska sjukhemmet.

Inkomster.

Sjukvårdsavgifter	216 473: —
Operationsavgifter, poliklinska operationer	6 709: —
Röntgen- o. badavdelningarna	13 811: 74
Räntor och utdelningar . .	59 648: 68
Kr.	296 642: 42

Utgifter.

Avlöningar m. m.	72 085: 54
Kosthåll, värme, tvätt m. m.	88 120: 73
Diverse förbrukningsartiklar	6 749: 01
Diverse omkostnader . . .	30 461: 25
Inkomster utöver utgifter . .	99 225: 89
Kr.	296 642: 42

Tillgångar.

Fastighet	2 545 000: —
Inventarier	401 200: 42
Obligationer, aktier, i bank, kassa	1 095 903: 83
Patienternas avräkningskonto	6 870: 23
Kr.	4 048 974: 48

Skulder.

Fonder, donationer	4 048 974: 48
Kr.	4 048 974: 48

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Konung Gustaf V:s jubileumsfond.

Inkomster.

Räntor	280 705: 42
Vinst å obligationer	49 337: 84
Kr.	330 043: 26

Utgifter.

Förvaltning m. m.	14 246: 40
Montering av radiumförrådet	2 112: —
Forskningsunderstöd	20 000: —
Disponibel avkastning	293 684: 86
Kr.	330 043: 26

Tillgångar.

Obligationer, värdepapper, i bank	4 704 310: 16
Räntor, upplupna men ej förfallna	52 037: 19
Radiumförråd	1 132 634: 32
Utrustnings- och byggnadskostnader	49 148: 26
Kr.	5 938 129:93

Skulder.

Konung Gustaf V:s jubileumsfond	5 070 789: 13
Forskningsanslag, beslutade men ej utbetalta	9 859: 84
Disponibel avkastning	857 480: 96
Kr.	5 938 129: 93

Cancerföreningen i Stockholm.

Inkomster.

Räntor (inkl. utdelning å aktier)	120 670: 13
Kr.	120 670: 13

Utgifter.

Anstaltens drift	70 000: —
Frisängsmedel	11 646: 83
Fastighetskonto	27 000: —
Diverse omkostnader	4 956: 75
Behållning, utgående	7 066: 55
Kr.	120 670: 13

Tillgångar.

Fastighet	103 000: —
Obligationer, aktier, i bank, reverser	2 550 356: 88
Kr.	2 653 356: 88

Skulder.

Fonder	2 581 073: 33
Inteckningslån	71 000: —
Radiumhemmets konto	1 283: 55
Kr.	2 653 356: 88

I radiumhemmets inkomster ingingo behandlingsavgifter med kr. 93 639: 25, sjukvårdsavgifter med kr. 53 929: 52, bidrag från cancerföreningen med kr. 70 000 och från medicinalstyrelsen med kr. 43 217: 50 samt räntor med kr. 134: 87.

Welanderhemmet i Stockholm (»Lilla Hemmet»)

Inkomster.

Sjukvårdsavgifter	9 769: —
Testamente, gåvor	20 150: —
Räntor	47 192: 07
Transport	77 111: 07

Utgifter.

Inventarier, underhåll av byggnader m. m.	16 815: 33
Löner	15 075: 03
Transport	31 890: 36

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Transport	77 111: 07	Transport	31 890: 36
Kursvinst	1 400: —	Hushållet, ljus, värme, tvätt m. m.	18 339: 40
		Beklädnad, medicin, sjukvårdsartiklar	4 531: 09
		Diverse omkostnader . . .	3 730: 68
		Inkomster utöver utgifter .	20 019: 54
Kr.	78 511: 07	Kr.	78 511: 07
Tillgångar.		*Skulder.*	
Fastighet	1: —	Fonder	935 897: 52
Inventarier	1: —		
Obligationer, aktier, i bank, kassa	935 895: 52		
Kr.	935 897: 52	Kr.	935 897: 52

Ovan angivna fastighet och inventarier voro brandförsäkrade för kr. 366 000.

Göteborgs Welanderhem.

Inkomster.		*Utgifter.*	
Frivilliga avgifter	2 228: 48	Inventarier, omkostnad för fastighet m. m.	3 057: 13
Pensionsstyrelsen	9 992: 50	Avlöningar	20 739: 52
Göteborgs stad	16 087: 20	Hushållet, ljus, värme . .	17 733: 73
Främmande kommuner . .	19 276: 80	Beklädnad	1 025: 45
Räntor	6 916: 54	Omkostnadskonto, omk. för sjukvården	6 716: 73
		Inkomster utöver utgifter .	5 228: 96
Kr.	54 501: 52	Kr.	54 501: 52
Tillgångar.		*Skulder.*	
Fastigheter	250 000: —	Donationer	388 218: 49
Inventarier	21 000: —	Kapitalkonto	29 901: 22
Obligationer, i bank, kassa .	136 326: 91		
Fordringar	7 792: 80		
Beklädnadskonto	3 000: —		
Kr.	418 119: 71	Kr.	418 119: 71

Welanderhemmet i Malmö.

Inkomster.		*Utgifter.*	
Bidrag från målsmän . . .	1 504: 50	Avlöningar	4 470: 14
» » pensionsstyrelsen	9 349: 50	Hushållet, bränsle	12 292: 61
» » Malmö stad . .	8 626: 89	Medicin	1 010: 73
» » andra kommuner	2 708: 60	Diverse omkostnader . . .	7 816: 78
Gåvor	6 318: 61	Kapitalkonto	7 473: 72
Räntor	4 555: 88		
Kr.	33 063: 98	Kr.	33 063: 98

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Tillgångar.		*Skulder.*	
Fastighet	42 000: —	Fonder	12 500: —
Inventarier	6 000: —	Kapitalkonto	143 247: 30
Obligationer, i bank, kassa	107 747: 30		
Kr.	155 747: 30	Kr.	155 747: 30

Stiftelsen Konung Oscar II:s och Drottning Sophias guldbröllopsminne (Nynäshamn).

Inkomster.		*Utgifter.*	
Vårdavgifter	34 501: 75	Kustsanatoriets drift	37 101: 19
Räntor	25 208: 23	Förvaltningskostnader	1 251: 96
		Avskrivningar	7 814: 07
		Överskott	13 542: 76
Kr.	59 709: 98	Kr.	59 709: 98

Tillgångar.		*Skulder.*	
Fastighet	120 620: 01	Donationsfond	3 066: 50
Inventarier	13 190: 88	Stiftelsens tillgångar	642 849: 31
Kassabehållning vid kustsanatoriet	11: 42		
Obligationer, räntor, i bank	500 537: 95		
Fordringar vid kustsanatoriet	11 555: 55		
Kr.	645 915: 81	Kr.	645 915: 81

I *kustsanatoriets* inkomster ingingo bl. a. statsbidrag kr. 11 346: 76, landstingsbidrag kr. 2 989 och bidrag av kommun kr. 20 166.

Föreningen för skrofulösa barns vård (Barkåkra).

Inkomster.		*Utgifter.*	
Statsbidrag	151 522: 78	Anstaltens drift	414 431: 46
Landstingsbidrag	161 843: 90	Dep. för amortering å lån från pensionsstyrelsen	10 000: —
Patientavgifter	106 196: 75	Driftvinst	2 533: 19
Räntor	5 919: 23		
Årsavgifter	72: —		
Anstaltsverksamheten	1 409: 99		
Kr.	426 964: 65	Kr.	426 964: 65

I utgiftsposten »anstaltens drift» ingingo bl. a. utgifter för fastigheter, byggnadsarbeten, maskiner och inventarier med kr. 112 069: 17 samt räntors konto med kr. 9 227: 17.

Tillgångar.		*Skulder.*	
Byggnader	512 000: —	Fonder	162 261: 55
Inventarier (inkl. maskiner)	122 000: —	Pensionsstyrelsens konto	100 000: —
Obligationer, aktier, i bank, kassa	67 009: 20	Kapitalkonto	441 905: 50
Diverse konti	11 420: 50	Diverse konti	8 262: 65
Kr.	712 429: 70	Kr.	712 429: 70

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Föreningen för kustvård åt skrofulösa barn (Apelviken).

Inkomster.		*Utgifter.*	
Behållning, ingående . . .	17: 72	Kustsanatoriet	5 436: 43
Räntor	6 868: 55	Diverse konti	3 887: 59
Årsavgifter	1 466: 50	Behållning, utgående . . .	61: 62
Kustsanatoriet	1 032: 87		
Kr.	9 385: 64	Kr.	9 385: 64

I *kustsanatoriets* inkomster ingingo bl. a. statsbidrag kr. 260 977: 95, landstingsbidrag kr. 306 357: 17, patientavgifter kr. 238 199: 90 och kapitalkonto kr. 40 211: 26.

Tillgångar.		*Skulder.*	
Kustsanatoriet	113 132: 18	Fonder, donationer och gåvor	101 176: 45
Fastighet m. m.	35 200: —	Tillgångar utöver skulder .	78 694: 09
Obligationer, i bank, kassa .	31 538: 36		
Kr.	179 870: 54	Kr.	179 870: 54

Föreningen för vård av skrofulösa barn vid havskuranstalt (Styrsö).

Inkomster.		*Utgifter.*	
Räntor	255: 06	Kustsjukhuset	9 789: 94
Medlemsavgifter	1 060: —	Omkostnader	330: 60
Kapitalkonto (förlust) . . .	8 805: 48		
Kr.	10 120: 54	Kr.	10 120: 54

I *kustsjukhusets* inkomster ingingo bl. a. anslag av staten med kr. 74 962: 80, av landsting med kr. 84 087: 50 och av Göteborgs stad med kr. 18 215: 75 samt patientavgifter med kr. 54 515: 60.

Tillgångar.		*Skulder.*	
Kustsjukhuset	87 647: 55	Donationer m. m.	376 061: 33
Fastigheter	309 894: 37	Reverskonto	149 000: —
Inventarier	29 518: —	Kapitalkonto	26 959: 70
Obligationer, i bank m. m.	124 961: 11		
Kr.	552 021: 03	Kr.	552 021: 03

Konung Oscar II:s jubileumsfond.

Inkomsterna och utgifterna under *budgetåret 1928/29* utgjorde:

Inkomster.		*Utgifter.*	
Medel, anvisade av riksdagen	150 000: —	Folksanatoriernas drift . .	1 035 741: 16
Patientavgifter m. m. . . .	809 411: 08	Vård av statstjänare . . .	25 103: 70
Räntor	117 644: 57	Pensionsfond, avsättning till	8 000: —
Donationsfond	1 000: —	Reparationskostnader, avsatta medel till	18 011: 60
Kvarstående för viss utrustning	11 782: 57	Diverse omkostnader . . .	29 381: 76
Reserverade medel	26 400: —		
Kr.	1 116 238: 22	Kr.	1 116 238: 22

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

De under fondens överstyrelses förvaltning stående tillgångarna och de upptagna skulderna utgjorde den *30/6 1929:*

Tillgångar.		*Skulder.*	
Byggnader	1 400 000: —	Jubileumsfonden	3 443 596: 73
Inventarier	15 000: —	Pensionsfond	232 996: 75
Folksanatoriernas drift	123 402: 21	Övriga fonder, donationer och gåvor	448 714: 61
Obligationer, i bank, kassa	2 681 562: 90	Vård av statstjänare	25 103: 70
Räntor, upplupna men ej förfallna	29 110: 21	Checkräkning	30 105: 03
Fordran av fonder	800: —	Österåsens sanatorium, överläkarbostad och köksinredning	63 011: 60
		Reserverade medel	6 346: 90
	Kr. 4 249 875: 32		Kr. 4 249 875: 32

Beträffande tillgångar och skulder är att märka, att Spenshults sanatorium och en paviljong vid Österåsens sanatorium, vilka anläggningar under visst villkor äro ställda under fondens överstyrelses förvaltning, icke äro medräknade vad angår byggnader och inventarier å ena sidan samt statsanslag till uppförande (Spenshult och paviljongen vid Österåsen) och till anskaffande av inventarier (Spenshult) å den andra sidan.

Föreningen för bistånd åt lytta och vanföra i Stockholm.

Inkomster.		*Utgifter.*	
Räntor	22 012: 79	Räntor, avskrivningar, nedskrivningar diverse	42 400: 30
Medlemsavgifter	4 537: —	Ritningar till nybyggnad m. m.	20 961: 48
Donationer	28 000: —	Donationer, överförda till visst konto	28 000: —
Hyror	19 910: 64	Utgiftsöverskott för sjukavdelningen m. m.	3 108: 97
Elevernas klädförråd	153: 99	Årets överskott	712: 89
Inkomstöverskott för yrkesskolorna m. m.	20 569: 22		
Kr.	95 183: 64	Kr.	95 183: 64

Tillgångar.		*Skulder.*	
Fastigheter	1 231 500: 17	Fonder, donationer	458 368: 38
Inventarier, materialier, förbrukningsartiklar m. m.	149 649: 70	Inteckningar i fastigheter	772 688: 11
Värdepapper	360 786: 74	Checkräkning med kredit	7 858: 35
Fordringar hos:		Obetalda räkningar	25 832: 92
staten	55 118: 85	Kolonistuga	80: 33
pensionsstyrelsen	6 790: 33	Tillgångar utöver skulder	676 751: 86
landstingen	60 632: 07		
kommuner och enskilda	62 714: 05		
Förskott	14 388: 04		
Kr.	1 941 579: 95	Kr.	1 941 579: 95

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Föreningen för bistånd åt vanföra i Göteborg.

Inkomster.

Räntor (inkl. vinst å utlottade obligationer)	29 193: 09
Medlemsavgifter	1 850: —
Donationer, gåvor och bidrag	25 562: 21
Hyresinkomst	1 210: —
Överskott å förrådet	273: 96
Inkomstöverskott för sjukavdelningen m. m.	21 911: 38
Årets underskott	29 382: 21
Kr.	109 382: 85

Utgifter.

Räntor, avskrivningar, diverse	68 428: 48
Donationer, gåvor och bidrag, överförda till vissa konti	25 562: 21
Utgiftsöverskott för yrkesskolorna m. m.	15 392: 16
Kr.	109 382: 85

Tillgångar.

Fastigheter	1 715 500: —
Inventarier, materialier m.m.	141 798: 11
Obligationer, i bank	578 923: 96
Fordringar hos:	
staten	41 551: 01
pensionsstyrelsen	17 707: 78
landstingen	38 386: 57
kommuner och enskilda	61 915: 37
S. V. C. K.	3 424: —
Kassabehållning	8 042: 02
Kr.	2 607 248: 82

Skulder.

Fonder, donationer	547 474: 36
Inteckningslån och tillfälligt lån	1 200 086: 83
Obetalda räkningar	1 343: 76
Pensionsstyrelsens patienters avgifter	1 250: —
Kuratorsverksamheten	177: 49
Tillgångar utöver skulder	856 916: 38
Kr.	2 607 248: 82

Föreningen för bistånd åt vanföra i Skåne.

Inkomster.

Räntor	33 267: 80
Medlemsavgifter	2 245: —
Donationer	3 000: —
Hyror	1 500: —
Kollekt och behållning å viss fastighet	13 460: 65
Inkomstöverskott för yrkesskolorna m. m.	5 550: 76
Kr.	59 024: 21

Utgifter.

Räntor, avskrivning, ny- och tillbyggnad, diverse	22 673: 09
Utgiftsöverskott för kliniken m. m.	2 498: 24
Årets överskott	33 852: 88
Kr.	59 024: 21

Tillgångar.

Fastigheter	749 320: 41
Inventarier, materialier m. m.	109 821: 53
Värdepapper, i bank	333 778: 58
Transport	1 192 920: 52

Skulder.

Fonder, donationer	552 823: 97
Inteckningar, lån	286 942: 46
Obetalda räkningar	17 942: 65
Transport	857 709: 08

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Transport	1 192 920: 52	Transport	857 709: 08
Tillgodohavande hos Hälsingborgs stad o. Hälsingborg-Hässleholms Järnvägar .	379 414: 46	Tillgångar utöver skulder .	845 335: 15
enskild	4 000: —		
Fordringar hos:			
staten	34 806: 37		
pensionsstyrelsen	6 754: 17		
landsting	37 550: 36		
kommuner o. enskilda . .	45 800: 25		
Förskott m. m.	1022: 89		
Kassabehållning	775: 21		
Kr.	1 703 044: 23	Kr.	1 703 044: 23

Sällskapet Eugeniahemmet.

Inkomster.		*Utgifter.*	
Statsbidrag	16 574: 20	Driftkostnader	316 022: 24
Sjukvårdsavgifter	163 101: 60	Förvaltningskostnader . . .	6 642: 05
Ränta, behållen	90 853: 62	Begravningskostnader m. m.	162: 70
Frisängar, ränta å fonder m. m.	4 555: 25	Avskrivningar å värdepapper	86 977: 47
		Överskott	3 328: 54
Vinst å utlottade obligationer	13 133: 69		
Ledamotsavgifter	1 427: —		
Lotteri- o. kollektmedel . .	89 779: 34		
Asylavdelningen	10 000: —		
Verkstäderna (överskott) . .	21 613: 45		
Diverse inkomster o. gåvor	2 094: 85		
Kr.	413 133: —	Kr.	413 133: —

I posten »driftkostnader» ingingo reparationers konto med kr. 73 661: 02.

Tillgångar.		*Skulder.*	
Fastigheter	500 000: —	Fonder, donationer	1 757 462: 93
Bränslebehållning	1 851: —	Bank	5 697: 34
Kassa	498: 59	Reparationskonto	35 000: —
Obligationer m. m.	1 872 456: 33	Tillgångar utöver skulder .	576 645: 65
Kr.	2 374 805: 92	Kr.	2 374 805: 92

Svenska nationalföreningen mot tuberkulos.

Inkomster.		*Utgifter.*	
Räntor	170 511: 86	Egentlig dispensärverksamhet	303 661: —
Årsavgifter	14 162: —	Barnhem och barnavård . .	220 998: 20
Välgörenhetsmärken . . .	85 284: 90	Upplysnings- o. undervisningsarbete	47 958: —
Lyxtelegramblanketter . . .	407 358: 24		
Transport	677 317: —	Transport	572 617: 20

Tab. 73 (forts.). **Översikt angående vissa halvofficiella eller enskilda organisationers ekonomiska förhållanden i allmänhet.**

Transport	677 317: —	Transport	572 617: 20
Gåvor	499: 45	Expeditions- o. andra omkostnader	52 629: 75
Kapitalvinst	5 639: 25	Överskjutande inkomster samt kapitalökning genom kapitalvinst och gåvor . . .	58 208: 75
Kr.	683 455: 70	Kr.	683 455: 70

Utöver ovan angivna ränteinkomster hade influtit räntemedel från vissa fonder med kr. 6 073: 63.

Tillgångar.		*Skulder.*	
Ett barnhem i Kungsör . .	10 000: —	Fonder	273 269: 50
Obligationer, aktier, i bank, kassa	3 016 010: 53	Utredningar	833: 20
Lån	74 200: —	Kapitalkonto	2 826 107: 83
Kr.	3 100 210: 53	Kr.	3 100 210: 53

Tab. 74. Av landstingen till landskommuner och städer utbetalda vårdersättningar i kronor under vart och ett av åren 1928, 1929 och 1930.[1]

Landsting och olika slag av ersättningar	År 1928			År 1929			År 1930		
	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a
Stockholms län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	415 684	83 849	499 533	478 709	92 214	570 923	467 610	86 273	553 883
» 63 § i bvl.	24 479	5 553	30 032	38 900	13 048	51 948	35 248	6 957	42 205
» 64 § i bvl.	45 726	16 950	62 676	44 292	6 481	50 773	54 356	10 772	65 128
Summa	**485 889**	**106 352**	**592 241**	**561 901**	**111 743**	**673 644**	**557 214**	**104 002**	**661 216**
Uppsala län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	101 065	73 724	174 789	129 417	88 190	217 607	121 398	57 986	179 384
» 63 § i bvl.	3 401	2 866	6 267	6 247	2 893	9 140	11 876	2 919	14 795
» 64 § i bvl.	7 858	8 520	16 378	8 532	10 102	18 634	9 885	9 870	19 755
Summa	**112 324**	**85 110**	**197 434**	**144 196**	**101 185**	**245 381**	**143 159**	**70 775**	**213 934**
Södermanlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	203 672	98 722	302 394	236 705	125 170	361 875	225 114	112 684	337 798
» 63 § i bvl.	2 491	—	2 491	3 741	4 267	8 008	4 899	4 267	9 166
» 64 § i bvl.	9 874	4 118	13 992	13 538	3 998	17 536	11 632	7 430	19 062
Summa	**216 037**	**102 840**	**318 877**	**253 984**	**133 435**	**387 419**	**241 645**	**124 381**	**366 026**
Östergötlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	658	658	—	—	—	1 337	700	2 037
» 40—42 §§ i fvl. . .	297 583	64 075	361 658	287 309	65 969	353 278	306 767	49 974	356 741
» 63 § i bvl.	17 548	10 636	28 184	21 487	5 821	27 308	27 165	6 939	34 104
» 64 § i bvl.	6 578	3 466	10 044	14 060	3 325	17 385	13 538	2 507	16 045
Summa	**321 709**	**78 835**	**400 544**	**322 856**	**75 115**	**397 971**	**348 807**	**60 120**	**408 927**
Jönköpings län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	378	487	865	365	287	652	183	—	183
» 40—42 §§ i fvl. . .	182 902	82 539	265 441	188 643	102 341	290 984	186 192	90 862	277 054
» 63 § i bvl.	3 928	11 650	15 578	4 261	11 198	15 459	5 393	13 807	19 200
» 64 § i bvl.	5 414	11 111	16 525	4 831	13 217	18 048	2 544	9 490	12 034
Summa	**192 622**	**105 787**	**298 409**	**198 100**	**127 043**	**325 143**	**194 312**	**114 159**	**308 471**
Kronobergs län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	171 914	14 355	186 269	168 089	14 056	182 145	181 704	3 017	184 721
» 63 § i bvl.	5 130	875	6 005	14 302	42	14 344	2 153	—	2 153
» 64 § i bvl.	2 520	1 090	3 610	12 185	600	12 785	3 673	666	4 339
Summa	**179 564**	**16 320**	**195 884**	**194 576**	**14 698**	**209 274**	**187 530**	**3 683**	**191 213**
Kalmar läns norra									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	128 455	28 388	156 843	154 011	41 131	195 142	167 437	32 757	200 194
» 63 § i bvl.	7 816	179	7 995	6 538	—	6 538	10 173	652	10 825
» 64 § i bvl.	1 768	700	2 468	2 231	1 693	3 924	2 003	1 050	3 053
Summa	**138 039**	**29 267**	**167 306**	**162 780**	**42 824**	**205 604**	**179 613**	**34 459**	**214 072**

[1] Med medieval satta siffror angiva, att talen äro approximativa. I denna tabell använda förkortningar: Lb. = landsbygd, St. = städer, fvl. = fattigvårdslagen, bvl. = barnavårdslagen.

Tab. 74 (forts.). **Av landstingen till landskommuner och städer utbetalda vårdersättningar i kronor under vart och ett av åren 1928, 1929 och 1930.**

Landsting och olika slag av ersättningar	År 1928			År 1929			År 1930		
	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a
Kalmar läns södra									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	225	—	225	225	—	225	225	—	225
» 40—42 §§ i fvl. . .	217 382	32 266	249 648	245 569	59 852	305 421	239 796	72 016	311 812
» 63 § i bvl.	6 853	1 586	8 439	11 606	1 514	13 120	13 468	2 212	15 680
» 64 § i bvl.	22 316	3 691	26 007	24 847	1 929	26 776	23 795	5 404	29 199
Summa	**246 776**	**37 543**	**284 319**	**282 247**	**63 295**	**345 542**	**277 284**	**79 632**	**356 916**
Gotlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	41 906	28 315	70 221	40 645	27 416	68 061	75 670	29 426	105 096
» 63 § i bvl.	2 140	3 785	5 925	2 070	3 260	5 330	3 145	4 010	7 155
» 64 § i bvl.	700	—	700	1 400	700	2 100	1 400	700	2 100
Summa	**44 746**	**32 100**	**76 846**	**44 115**	**31 376**	**75 491**	**80 215**	**34 136**	**114 351**
Blekinge län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	152 613	73 139	225 752	148 910	84 459	233 369	160 062	79 054	239 116
» 63 § i bvl.	7 852	6 833	14 685	9 276	6 233	15 509	16 922	7 908	24 830
» 64 § i bvl.	8 896	2 779	11 675	10 158	2 425	12 583	9 252	3 901	13 153
Summa	**169 361**	**82 751**	**252 112**	**168 344**	**93 117**	**261 461**	**186 236**	**90 863**	**277 099**
Kristianstads län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	206 705	37 729	244 434	282 165	47 382	329 547	322 453	49 204	371 657
» 63 § i bvl.	6 340	191	6 531	8 358	320	8 678	10 111	429	10 540
» 64 § i bvl.	5 378	—	5 378	3 827	—	3 827	3 557	—	3 557
Summa	**218 423**	**37 920**	**256 343**	**294 350**	**47 702**	**342 052**	**336 121**	**49 633**	**385 754**
Malmöhus län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	269 920	101 107	371 027	278 438	86 724	365 162	289 518	85 316	374 834
» 63 § i bvl.	6 170	11 590	17 760	12 023	9 658	21 681	12 113	9 825	21 938
» 64 § i bvl.	9 827	8 761	18 588	10 049	32 621	42 670	7 688	26 258	33 946
Summa	**285 917**	**121 458**	**407 375**	**300 510**	**129 003**	**429 513**	**309 319**	**121 399**	**430 718**
Hallands län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	400	400	503	350	853	—	350	350
» 40—42 §§ i fvl. . .	142 806	86 563	229 369	139 523	79 567	219 090	165 902	88 163	254 065
» 63 § i bvl.	5 258	4 263	9 521	10 900	7 546	18 446	5 138	4 775	9 913
» 64 § i bvl.	7 084	3 991	11 075	9 742	3 628	13 370	5 781	4 587	10 368
Summa	**155 148**	**95 217**	**250 365**	**160 668**	**91 091**	**251 759**	**176 821**	**97 875**	**274 696**
Göteb. o. Bohus län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	236 203	74 505	310 708	227 303	74 023	301 326	231 547	84 709	316 256
» 63 § i bvl.	11 543	14 309	25 852	10 630	10 143	20 773	9 543	11 925	21 468
» 64 § i bvl.	9 791	7 611	17 402	24 402	9 375	33 777	16 831	7 912	24 743
Summa	**257 537**	**96 425**	**353 962**	**262 335**	**93 541**	**355 876**	**257 921**	**104 546**	**362 467**

Tab. 74 (forts.). **Av landstingen till landskommuner och städer utbetalda vårdersättningar i kronor under vart och ett av åren 1928, 1929 och 1930.**

Landsting och olika slag av ersättningar	År 1928			År 1929			År 1930		
	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a
Älvsborgs län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	237	—	237	814	—	814	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	229 048	110 018	339 066	330 206	108 235	438 441	294 801	113 709	408 510
» 63 § i bvl.	4 970	6 435	11 405	5 490	11 363	16 853	7 401	13 318	20 718
» 64 § i bvl.	9 180	15 566	24 746	9 590	16 376	25 966	11 922	13 784	25 706
Summa	**243 435**	**132 019**	**375 454**	**346 100**	**135 974**	**482 074**	**314 124**	**140 811**	**454 935**
Skaraborgs län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	392	—	392	279	—	279	1 095	—	1 095
» 40—42 §§ i fvl. . .	266 934	59 763	326 697	307 881	80 336	388 217	301 638	76 558	378 196
» 63 § i bvl.	1 890	3 117	5 007	4 398	3 728	8 126	4 425	2 940	7 365
» 64 § i bvl.	—	1 935	1 935	1 400	5 129	6 529	2 264	532	2 796
Summa	**269 216**	**64 815**	**334 031**	**313 958**	**89 193**	**403 151**	**309 422**	**80 030**	**389 452**
Värmlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	341 980	83 143	425 123	293 480	65 407	358 887	311 840	76 540	388 380
» 63 § i bvl.	2 506	8 593	11 099	5 025	4 485	9 510	10 545	3 152	13 697
» 64 § i bvl.	15 305	5 932	21 237	7 184	8 844	16 028	9 333	1 876	11 209
Summa	**359 791**	**97 668**	**457 459**	**305 689**	**78 736**	**484 425**	**331 718**	**81 568**	**413 286**
Örebro län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	106	106
» 40—42 §§ i fvl. . .	252 752	70 094	322 846	241 351	71 500	312 851	305 134	72 727	377 861
» 63 § i bvl.	11 188	7 340	18 528	18 872	7 454	26 326	25 551	6 838	32 389
» 64 § i bvl.	2 884	3 501	6 385	1 983	7 038	9 021	2 387	4 241	6 628
Summa	**266 824**	**80 935**	**347 759**	**262 206**	**85 992**	**348 198**	**333 072**	**83 912**	**416 984**
Västmanlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	151 631	64 367	215 998	147 607	63 501	211 108	146 654	64 177	210 831
» 63 § i bvl.	8 317	3 531	11 848	8 706	3 746	12 452	9 261	4 053	13 314
» 64 i bvl.	31 027	13 171	44 198	20 022	8 614	28 636	24 617	10 772	35 389
Summa	**190 975**	**81 069**	**272 044**	**176 335**	**75 861**	**252 196**	**180 532**	**79 002**	**259 534**
Kopparbergs län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	320	—	320	580	—	580	964	—	964
» 40—42 §§ i fvl. . .	312 496	57 234	369 730	325 027	53 574	378 601	326 434	49 021	375 455
» 63 § i bvl.	39 954	4 911	44 865	41 864	3 084	44 948	42 118	7 870	49 988
» 64 § i bvl.	20 622	4 250	24 872	18 171	5 891	24 062	18 757	4 749	23 506
Summa	**373 392**	**66 395**	**439 787**	**385 642**	**62 549**	**448 191**	**388 273**	**61 640**	**449 913**
Gävleborgs län									
Enl. lag den 2 maj 1919 .	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. . .	315 795	34 503	350 298	324 524	47 973	372 497	332 173	47 933	380 106
» 63 § i bvl.	17 580	6 080	23 660	16 180	6 536	22 716	18 013	4 456	22 469
» 64 § i bvl.	20 425	5 197	25 622	18 889	4 881	23 770	26 246	2 614	28 860
Summa	**353 800**	**45 780**	**399 580**	**359 593**	**59 390**	**418 983**	**376 432**	**55 003**	**431 435**

ab. 74 (forts.). **Av landstingen till landskommuner och städer utbetalda vårdersättningar i kronor under vart och ett av åren 1928, 1929 och 1930.**

Landsting och olika slag av ersättningar	År 1928			År 1929			År 1930		
	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a	Lb.	St.	S:a
Västernorrlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. .	347 843	89 476	437 319	394 131	101 382	495 513	474 353	124 990	599 343
» 63 § i bvl. . . .	18 987	5 001	23 988	29 188	7 689	36 877	29 956	7 893	37 849
» 64 § i bvl. . . .	41 798	16 817	58 615	26 711	10 746	37 457	28 754	11 569	40 323
Summa	**408 628**	**111 294**	**519 922**	**450 030**	**119 817**	**569 847**	**533 063**	**144 452**	**677 515**
Jämtlands län									
Enl. lag den 2 maj 1919	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. .	244 890	30 270	275 160	241 378	39 122	280 500	291 248	28 763	320 011
» 63 § i bvl. . . .	32 615	6 613	39 228	19 016	7 520	26 536	27 520	4 129	31 649
» 64 § i bvl. . . .	7 500	1 500	9 000	7 500	1 500	9 000	7 500	1 500	9 000
Summa	**285 005**	**38 383**	**323 388**	**267 894**	**48 142**	**316 036**	**326 268**	**34 392**	**360 660**
Västerbottens län									
Enl. lag den 2 maj 1919	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. .	359 693	15 016	374 709	346 284	20 874	367 158	251 329	11 392	262 721
» 63 § i bvl. . . .	11 371	5 389	16 760	16 684	3 305	19 989	22 100	1 085	23 185
» 64 § i bvl. . . .	15 292	700	15 992	9 581	1 278	10 859	10 838	—	10 838
Summa	**386 356**	**21 105**	**407 461**	**372 549**	**25 457**	**398 006**	**284 267**	**12 477**	**296 744**
Norrbottens län									
Enl. lag den 2 maj 1919	—	—	—	—	—	—	—	—	—
» 40—42 §§ i fvl. .	317 068	44 272	361 340	317 098	49 422	366 520	333 556	65 285	398 841
» 63 § i bvl. . . .	12 643	4 033	16 676	13 328	3 757	17 085	16 483	2 158	18 641
» 64 § i bvl. . . .	29 096	7 961	37 057	27 420	8 190	35 610	30 373	9 273	39 646
Summa	**358 807**	**56 266**	**415 073**	**357 846**	**61 369**	**419 215**	**380 412**	**76 716**	**457 128**
Samtliga landsting									
Enl. lag den 2 maj 1919	1 552	1 545	3 097	2 766	637	3 403	3 804	1 156	4 960
» 40—42 §§ i fvl. .	5 908 940	1 537 432	7 446 372	6 274 403	1 689 820	7 964 223	6 510 330	1 652 536	8 162 866
» 63 § i bvl. . . .	272 970	135 359	408 329	339 090	138 610	477 700	380 720	134 517	515 237
» 64 § i bvl. . . .	336 859	149 318	486 177	332 545	168 581	501 126	338 926	151 457	490 383
Summa	**6 520 321**	**1 823 654**	**8 343 975**	**6 948 804**	**1 997 648**	**8 946 452**	**7 233 780**	**1 939 666**	**9 173 446**

Tab. 75. Av landstingen år 1928 utbetalda sjukvårdsersättningar i relation till landstingsområdenas folkmängd, till landstingens sammanlagda nettoutgifter, till antalet understödstagare och till primärkommunernas nettoutgifter för fattigvård.[1]

Landstingsområde	Antal invånare den 31 dec. 1928	Landstingens nettoutgifter år 1928, kr.	Antal understödstagare i primärkommunerna år 1928	Primärkommunernas nettoutgifter för fattigvård år 1928, kr.	Av landstingen år 1928 utbetalda vårdersättningar enl. 40—42 §§ i fvl., 63 § i bvl. och lagen den 2 maj 1919, kr.	1928 års ersättningar			
						Per 1 000 inv., kr.	I % av landstingens nettoutgifter	Per understödstagare, kr.	I % av primärkommunernas nettoutgifter för fattigvården
Stockholms läns	263 264	3 649 148	17 533	2 926 146	529 565	2 012	14·51	30·20	18·10
Uppsala »	139 568	1 924 010	6 369	1 097 970	181 056	1 297	9·41	28·43	16·49
Södermanlands »	190 670	1 880 396	10 349	1 934 876	304 885	1 599	16·21	29·46	15·76
Östergötlands »	248 519	3 254 082	15 581	2 490 889	390 500	1 571	12·00	25·06	15·68
Jönköpings »	231 085	2 016 142	9 040	1 431 017	281 884	1 220	13·90	31·18	19·70
Kronobergs »	157 095	1 078 902	5 634	938 055	192 274	1 224	17·82	34·13	20·50
Kalmar läns norra .	94 027	782 253	4 905	647 746	164 838	1 753	21·07	33·61	25·45
Kalmar läns södra .	137 468	1 245 150	7 208	842 660	258 312	1 879	20·75	35·84	30·65
Gotlands läns	57 269	450 713	1 583	202 444	76 146	1 330	16·89	48·10	37·61
Blekinge »	146 851	1 641 848	8 003	1 015 603	240 437	1 637	14·64	30·04	23·67
Kristianstads »	245 988	2 199 716	8 018	1 136 066	250 965	1 020	11·41	31·30	22·09
Malmöhus »	334 961	6 228 931	12 111	1 922 889	388 787	1 161	6·24	32·10	20·22
Hallands »	149 958	1 613 308	5 678	895 700	239 290	1 696	14·83	42·14	26·72
Göteb. o. Bohus »	213 659	1 491 330	10 679	1 709 437	336 560	1 575	22·57	31·52	19·69
Älvsborgs »	312 447	4 592 387	12 427	1 883 198	350 708	1 122	7·64	28·22	18·62
Skaraborgs »	244 305	3 019 470	7 999	1 469 051	332 096	1 359	11·00	41·52	22·61
Värmlands »	270 064	2 844 088	15 565	2 521 827	436 222	1 615	15·34	28·03	17·30
Örebro »	221 297	3 018 132	13 265	1 922 229	341 374	1 543	11·31	25·73	17·76
Västmanlands »	162 801	2 540 853	10 680	1 929 998	227 846	1 400	8·97	21·33	11·81
Kopparbergs »	251 818	2 775 531	17 216	1 916 980	414 915	1 648	14·95	24·10	21·64
Gävleborgs »	240 166	2 615 314	15 218	1 993 298	373 958	1 557	14·30	24·57	18·76
Västernorrlands »	276 459	3 481 442	20 896	2 927 118	461 307	1 669	13·25	22·08	15·76
Jämtlands »	135 315	2 315 446	9 508	1 046 859	314 388	2 323	13·58	33·07	30·03
Västerbottens »	201 006	1 988 658	10 372	1 396 182	391 469	1 948	19·69	37·74	28·04
Norrbottens »	195 830	2 880 249	18 319	2 062 448	378 016	1 930	13·12	20·64	18·33
Gemensamma anst. .	—	140 661	—	—	—	—	—	—	—
Samtliga	**5 121 890**	**61 668 160**	**274 156**	**40 260 686**	**7 857 798**	**1 534**	**12·74**	**28·66**	**19·52**
Därav: Landsbygd .	4 163 805	·	208 054	29 814 702	6 183 462	1 485	·	29·72	20·74
Städer . . .	958 085	·	66 102	10 445 984	1 674 336	1 748	·	25·33	16·03

[1] Tabellen avser ersättningar jämlikt 40—42 §§ i fattigvårdslagen, 63 § i barnavårdslagen samt lagen den 2 maj 1919 angående lindring i mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka m. fl.

Tab. 76. Antalet av landstingen år 1928 utbetalda sjukvårdsersätt-

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Landsting	Vård jämlikt 40 § 1 mom. fvl. och motsvarande								Vård jämlikt 40 § 2 mom. fvl. och motsvarande			
		Sinnessjuka		Sinnesslöa		Fallandesjuka		Blinda barn under skolåldern		Sinnessjuka		Sinnesslöa	
		Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.
1	Stockholms läns[3]	452	195 540	123	30 373	6	4 454	—	—	—	—	—	—
2	Uppsala »	237	99 726	62	18 981	7	7 073	—	—	40	14 468	—	—
3	Södermanlands »	318	132 041	93	7 130	13	11 686	—	—	61	18 353	—	—
4	Östergötlands »	341	139 770	150	41 709	8	5 306	—	—	5	1 273	—	—
5	Jönköpings »	311	143 147	112	46 498	12	7 538	1	756	45	12 004	—	—
6	Kronobergs »	310	96 978	59	11 742	3	2 354	—	—	19	5 587	21	3 312
7	Kalmar läns norra .	191	61 861	44	20 856	3	1 572	1	400	2	175	—	—
8	Kalmar » södra .	341	96 926	50	18 849	7	4 285	—	—	40	7 571	—	—
9	Gotlands läns	86	28 660	22	8 890	2	1 400	—	—	—	—	—	—
10	Blekinge »	248	87 517	77	31 422	1	847	—	—	43	14 167	—	—
11	Kristianstads »	354	119 193	119	25 888	21	14 375	—	—	58	26 918	—	—
12	Malmöhus »	497	173 699	114	23 560	35	23 501	1	200	42	17 223	—	—
13	Hallands »[4]	242	72 262	97	24 292	4	2 992	—	—	—	—	—	—
14	Göteb. o. Bohus »	325	106 874	110	34 327	5	3 925	—	—	98	53 755	—	—
15	Älvsborgs »	368	163 900	107	21 897	11	7 303	—	—	29	11 085	—	—
16	Skaraborgs »[5]	331	123 023	94	21 466	18	14 006	—	—	37	15 601	—	—
17	Värmlands »	145	54 525	141	13 800	6	4 650	2	1 470	126	47 800	—	—
18	Örebro »	395	126 527	100	31 998	8	6 121	2	650	117	27 086	—	—
19	Västmanlands »	281	120 694	71	11 686	9	8 554	—	—	1	826	—	—
20	Kopparbergs »	481	176 010	77	14 052	6	3 097	—	—	50	15 183	5	1 434
21	Gävleborgs »	324	112 665	128	19 098	10	8 579	—	—	4	2 295	—	—
22	Västernorrlands »	366	141 259	54	25 439	12	9 614	—	—	91	50 095	—	—
23	Jämtlands »	171	55 497	63	28 171	8	5 430	—	—	—	—	—	—
24	Västerbottens »	434	133 991	100	11 730	15	8 615	3	1 310	—	—	—	—
25	Norrbottens »	332	42 530	32	15 800	2	934	—	—	16	24 500	—	—
26	Summa	7 881	2 804 815	2 179	559 654	232	168 211	10	4 786	924	365 965	26	4 746

[1] Tabellen avser, där ej i särskilda noter annorlunda angives, ersättning jämlikt 40—42 §§ i fattigvårdslagen, 63 § i barnavårdslagen samt lagen den 2 maj 1919 om lindring i mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka m. fl.

[2] Inga ersättningar utgingo enligt detta lagrum till fallandesjuka i »enskild vård».

[3] I ersättningsbeloppen för detta landsting äro ej inräknade ersättningar jämlikt bestämmelserna i 63 § i barnavårdslagen, vilka ersättningar uppgingo till ett belopp av 30 032 kr.

ningar och deras belopp med fördelning efter de olika vårdkategorierna.[1]

14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	
Vård jämlikt 40 § 3 mom. fvl. och motsvarande[2]				Vård jämlikt 41 § 1 mom. fvl. och motsvarande				Vård jämlikt 41 § 2 mom. 2 st. fvl. och motsvarande		Vård jämlikt 42 § fvl. och motsvarande		Summa		
Sinnessjuka		Sinnesslöa		Tuberkulösa		Vanföra		Kroniskt sjuka		Patienter å lasarett och sjukstugor				
Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	Antal patienter	Belopp, kr.	
—	—	—	—	329	55 156	32	8 856	100	18 118	1 577	186 719	2 619	499 216	1
1	162	—	—	53	11 700	5	867	6	2 101	327	25 977	738	181 055	2
—	—	—	—	225	49 211	20	2 409	134	18 728	844	65 327	1 708	304 885	3
4	791	—	—	307	74 015	17	2 413	116	22 759	1 216	101 465	2 165	389 501	4
4	910	—	—	212	28 931	21	3 164	43	5 775	776	33 635	1 537	282 358	5
9	3 441	—	—	164	21 700	21	1 680	65	11 518	467	32 777	1 118	191 089	6
5	595	—	—	103	37 360	4	219	2	623	541	36 430	896	160 091	7
1	260	—	—	215	54 903	34	4 877	42	4 627	925	66 014	1 655	258 312	8
3	840	2	470	46	9 050	7	2 600	28	7 800	74	17 660	270	77 370	9
—	—	—	—	247	27 405	25	3 233	105	19 439	896	55 029	1 642	239 059	10
3	482	—	—	168	21 819	19	1 591	13	4 082	622	41 234	1 377	255 582	11
1	237	—	—	217	42 644	20	1 824	141	31 885	951	74 115	2 019	388 888	12
—	—	—	—	305	40 493	30	2 519	191	47 419	591	48 913	1 460	238 890	13
—	—	—	—	416	45 627	24	2 950	143	29 203	812	60 300	1 933	336 961	14
7	1 953	—	—	444	81 992	31	5 972	44	14 166	743	44 997	1 784	353 265	15
1	92	—	—	287	64 343	37	5 100	135	29 984	682	58 089	1 622	331 704	16
—	—	—	—	360	74 720	35	4 680	330	49 600	4 550	184 900	5 695	436 145	17
—	—	—	—	377	52 882	22	1 829	212	40 467	721	53 814	1 954	341 374	18
—	—	—	—	214	38 931	13	1 450	48	5 294	514	40 410	1 151	227 845	19
—	—	—	—	393	57 887	20	2 655	198	50 122	1 074	75 808	2 304	396 248	20
—	—	—	—	431	77 287	39	5 140	118	31 510	1 477	117 385	2 531	373 959	21
—	—	—	—	452	92 769	57	6 867	139	38 960	1 152	82 245	2 323	447 248	22
—	—	—	—	265	75 605	24	4 397	7	288	824	90 645	1 362	260 003	23
—	—	—	—	725	157 642	51	18 008	9	3 955	1 380	125 625	2 717	460 876	24
20	4 300	—	—	[6] 700	128 534	—	—	56	20 440	2 050	141 011	3 208	378 049	25
59	**14 063**	**2**	**470**	**7 655**	**1 422 606**	**608**	**95 300**	**2 426**	**508 863**	**25 786**	**1 860 524**	**47 788**	**7 810 003**	26

[4] I ersättningsbeloppen för detta landsting äro ej inräknade ersättningar jämlikt lagen den 2 maj 1919 om lindring i mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka m. fl., vilka ersättningar uppgingo till ett belopp av 400 kr.

[5] I ersättningsbeloppen för detta landsting äro ej inräknade ersättningar jämlikt lagen den 2 maj 1919 om lindring i mindre bemedlades kostnader för vård av sinnessjuka m. fl., vilka ersättningar uppgingo till ett belopp av 392 kr.

[6] Approximerat tal.

Tab. 77. Av Södermanlands och Skaraborgs läns landsting under åren 1928—1930 utbetalda ersättningar för vård å lasarett och sjukstugor med fördelning efter vårdtidens längd.

År och vårdtid	Södermanlands län				Skaraborgs län			
	Antal fall		Ersättningsbelopp		Antal fall		Ersättningsbelopp	
	Absoluta tal	I %	Absoluta tal, kr.	I %	Absoluta tal	I %	Absoluta tal, kr.	I %
År 1928.								
Vård, som varat t. o. m. 8 dagar . .	95	11·3	1 137	1·7	85	12·5	1 042	1·8
9 t. o. m. 10 » . .	46	5·5	935	1·4	45	6·6	906	1·6
11 t. o. m. 14 » . .	77	9·1	2 009	3·1	63	9·2	1 639	2·8
över 14 » . .	626	74·1	61 246	93·8	489	71·7	54 502	93·8
Summa	**844**	**100·0**	**65 327**	**100·0**	**682**	**100·0**	**58 089**	**100·0**
År 1929.								
Vård, som varat t. o. m. 8 dagar . .	151	14·3	1 719	1·7	91	11·7	1 130	1·8
9 t. o. m. 10 » . .	62	5·9	1 285	1·3	47	6·0	945	1·5
11 t. o. m. 14 » . .	82	7·8	2 111	2·1	79	10·1	2 053	3·2
över 14 » . .	760	72·0	96 305	94·9	563	72·2	59 757	93·5
Summa	**1 055**	**100·0**	**101 420**	**100·0**	**780**	**100·0**	**63 885**	**100·0**
År 1930.								
Vård, som varat t. o. m. 8 dagar . .	110	11·3	1 406	1·8	79	10·5	938	1·4
9 t. o. m. 10 » . .	64	6·5	1 424	1·8	39	5·2	771	1·2
11 t. o. m. 14 » . .	83	8·5	2 192	2·7	67	9·0	1 781	2·7
över 14 » . .	720	73·7	74 705	93·7	564	75·3	63 237	94·7
Summa	**977**	**100·0**	**79 727**	**100·0**	**749**	**100·0**	**66 727**	**100·0**
Åren 1928—1930.								
Vård, som varat t. o. m. 8 dagar . .	356	12·4	4 262	1·7	255	11·5	3 110	1·6
9 t. o. m. 10 » . .	172	6·0	3 645	1·5	131	5·9	2 622	1·4
11 t. o. m. 14 » . .	242	8·4	6 311	2·6	209	9·5	5 473	2·9
över 14 » . .	2 106	73·2	232 256	94·2	1 616	73·1	177 495	94·1
Summa	**2 876**	**100·0**	**246 474**	**100·0**	**2 211**	**100·0**	**188 700**	**100·0**

Tab. 78. Översikt över legosängsavgifterna

Sjukvårdsområde	Patienter från sjukvårdsområdet		
	Allmän sal, kr.	Halvenskilt rum, kr.	Enskilt rum, kr.
Serafimerlasarettet	2·50	å kir. avd. 7:00, eljest 5·00	å kirg. avd. 13·00, eljest 10·00
Stockholms stad	2·50	6·00	12·50
Göteborgs stad	2·50 2·00 (vissa sjukkassemedlemmar) 2·00 (barn)	8·50 6·00 (barn)	12·00 9·00 (barn)
Malmö stad	2·50 2·00 (vissa sjukkassemedlemmar) 1·25 (ej fattigvårdsunderst. medellösa)	6·25	9·00
Norrköpings stad	2·00 (t. o. m. 30:e d.) 1·00 (utöver 30:e d.	6·00 (inom ensk. avd.) 4·00 (inom allm. avd.)	10·00
Stockholms läns landstingsområ.	1·50 (t. o. m. 30:e d.) 1.00 (utöver 30:e d.)	6·00	10 00
Uppsala » »	1·25 (1.00) 2·50 (2·00) 3·50 (3·00)	5·00	8·00
Södermanlands » »	2·00 (t. o. m. 30:e d.) 1·00 (utöver 30:e d.)	5·00	8·00
Östergötlands » »	3·00 (t. o. m. 30:e d.) 2·00 (utöver 30:e d.)	6·00 (t. o. m. 30:e d.) 4·00 (utöver 30:e d.)	10·00 (t. o. m. 30:e d.) 8·00 (utöver 30:e d.)
Jönköpings » »	2·00 (kl. I A) 1·50 (» I B) 1·00 (» II)	5·00 (å las.) 4·00 (å sjukst.)	7·00 (å las.) 6·00 (å sjukst.)
Kronobergs » »	2·00 (t. o. m. 15:e d.) 1·00 (utöver 15:e d.)	5·00	7·00
Kalmar läns norra »	1·50	4·00	7·00
Kalmar » södra »	2·00	5·00	8·00
Gotlands läns »	2·00 (t. o. m. 30:e d.) 1·25 (utöver 30:e d.)	5·00	8·00
Blekinge » »	2·00 (t. o. m. 20:e d.) 1·25 (utöver 20:e d.)	6·00	8·00
Kristianstads » »	1·25	5·00	7·00
Malmöhus » » och Hälsingborgs stad	5·00 4·00 3·00 2·00 1·00	6·00	9·00
Hallands läns landstingsområ.	2·50	6·00	10·00
Göteb. o. Bohus » »	2·00 (t. o. m. 30:e d.) 1·00 (utöver 30:e d.)	6·00	12·00
Älvsborgs » »	2·00 (t. o. m. 30:e d.) 1·00 (utöver 30:e d.)	6·00 (t. o. m. 30:e d.) 5·00 (utöver 30:e d.)	9·00
Skaraborgs » »	2·00 (t. o. m. 45:e d.) 1·50 (utöver 45:e d.)	5.00	7·50

vid lasarett och sjukstugor år 1933.

Patienter från annat sjukvårdsområde			Patienter av utl. nationalitet		
Allmän sal, kr.	Halvenskilt rum, kr.	Enskilt rum, kr.	Allmän sal, kr.	Halvenskilt rum, kr.	Enskilt rum, kr.
2·50	å kir. avd. 7·00, eljest 5·00	å kir. avd. 13·00, eljest 10·00	4·50	å kir. avd. 9·00, eljest 7·00	å kir. avd. 15·00, eljest 12·00
8·00	13·00	20·00	—	—	—
7·50	12·00	18·00	—	—	—
6·00 (barn)	10·00 (barn)	15·00 (barn)	—	—	—
5·50	9·00	13·50	—	—	—
5·00	9·00 (inom ensk. avd.) 6·00 (inom allm. avd.)	14·00	—	—	—
6·00	12.00	18·00	6·00	12·00	18·00
4·50	8·00	12·00	—	—	—
4·00 (å las.) 3·50 (å sjukst.)	8·00	12·00	—	—	—
5·00	10·00	15·00	—	—	—
5·00	7·00 (å las.) 6·00 (å sjukst.)	10·00 (å las.) 8·00 (å sjukst.)	—	—	—
4·00 (å las.) 3·50 (å sjukst.)	7·00	10·00	—	—	—
4·00	7·00	10·00	5·00	8·00	10·00
6·00	10·00	12·00	—	—	—
4·00	6·50	11·00	6·00	8·00	14·00
4·00 6·00	8·00	10·00	4·00 6·00	8·00	10·00
4·50	9·00	12·00	—	—	—
7·00 4·50	9·00	12·00	—	—	—
4·00 (å las.) 3·50 (å sjukst.)	8·00	12·00	—	—	—
5·00	8·50	14·00	—	—	—
Se anm.	8·00	12·00	—	—	—
4·00	7·50	12·00	—	—	—

Tab. 78 (forts.). **Översikt över legosängsavgifterna**

Sjukvårdsområde	Patienter från sjukvårdsområdet		
	Allmän sal, kr.	Halvenskilt rum, kr.	Enskilt rum, kr.
Värmlands läns lasarett . . .	1·50 1·00 (barn und. 12 år)	4·00	8·50
» » sjukstugor . .	1·25 1·00 (barn und. 12 år)	3·50	6·00
Örebro » lasarett . . .	2·00 (t. o. m. 30:e d.) 1·25 (utöver 30:e d.)	6·00 (t. o. m. 30:e d.) 4·00 (utöver 30:e d.)	14·00 (t. o. m. 30:e d.) 10·00 (utöver 30:e d.)
» » sjukstugor . .	1·50 (t. o. m. 30:e d.) 1·20 (utöver 30:e d.)	4·00	7·00
Västmanlands » landstingsomr.	1·50	5·00	7·50
Kopparbergs » »	2·00 (t. o. m. 15:e d.) 1·25 (16:e d.–2:a m.) 1·00 (und. 3:e m.) 0·75 (utöver 3:e m.)	6·00 (t. o. m. 60:e d.) 4·50 (utöver 60:e d.)	12·00 (t. o. m. 60:e d.) 9·00 (utöver 60:e d.)
Gävleborgs » » och Gävle stad	2·00 (t. o. m. 60:e d.) 1·00 (utöver 60:e d.)	5·00	8·00
Västernorrlands läns landstingsomr.	1·50 (t. o. m. 30:e d.) 1·00 (utöver 30:e d.)	4·50	8·00
Jämtlands » »	2·50	5·00	7·50
Västerbottens » »	2·00	7·00 (å las.) 5·00 (å sjukst.)	10·00
Norrbottens » »	1·50 (t. o. m. 30:e d.) 1·00 (utöver 30:e d.)	5·00	8·00

Anmärkningar och detaljbestämmelser till tab. 78.

I. Allmänna anmärkningar.

För fattiga patienter från främmande sjukvårdsområde utgå legosängsavgifterna enligt det jämlikt bestämmelserna i fattigvårdslagens 51 § utfärdade kungl. cirkuläret angående fastställande av ersättningsbelopp för vård å vissa sjuk- och fattigvårdsanstalter. I enlighet med nu gällande cirkulär utgöra legosängsavgifterna för omförmälda patienter å lasaretten och därmed jämförliga anstalter som regel 4 kr. samt å sjukstugorna 3 kr. 50 öre.

Ett flertal landsting hava fattat beslut om dels bidrag till vård utom landstingsområdet av vissa patienter, som insjuknat inom främmande sjukvårdsområde, dels nedsättning av legosängsavgiften för vissa inom området insjuknade patienter från främmande sjukvårdsområde.

De höga legosängsavgifterna för patienter å enskilda och halvenskilda rum vid lasarett i Göteborgs och Bohus, Örebro, Kopparbergs och Västerbottens län sammanhänga därmed, att de ansvariga läkarna å dessa lasarett förbundit sig att icke mottaga ersättning av patienter å dylika rum.

I flertalet landstingsområden utgår högre legosängsavgift för vård å barnbördsavdelning. Stundom uttages även särskild förlossningsavgift.

Dagavgiften för frisk person, som åtföljer patient, utgör enligt beslut av Stockholms läns landsting 1·50 å allmän sal och i övriga fall 3 kr., av Östergötlands läns landsting å enskilt och halvenskilt rum 4 kr., dock för sjuksköterska samt för moder, som åtföljer barn, vilket hon ej ammar, 2 kr., av Jönköpings läns landsting för vårdare av å lasarett eller sjukstuga intaget barn hälften av det belopp, som skall utgå för det sjuka barnet, av Kalmar läns norra samt Älvsborgs och Örebro läns landsting (detta senare för privatsköterska) 3 kr., av Kalmar läns södra landsting 3 kr. med rätt för vederbörande läkare att nedsätta avgiften till 1·50 kr., där omständigheterna sådant påkalla, av Blekinge läns landsting 3 kr. med rätt för lasarettsläkaren att, om han så prövar skäligt, å allmänt rum medgiva nedsättning i eller helt befria från avgifter, av Kristianstads läns landsting å enskilt och halvenskilt rum 5 kr. och å allmänt rum samma avgift som för patient, dock för privatsköterska eller för moder, vars närvaro av vederbörande läkare anses för

Patienter från annat sjukvårdsområde			Patienter av utl. nationalitet		
Allmän sal, kr.	Halvenskilt rum, kr.	Enskilt rum, kr.	Allmän sal, kr.	Halvenskilt rum, kr.	Enskilt rum, kr.
4·00	7·00	10·00	—	—	—
3·50	5·00	7·00	—	—	—
4·00	10·00	15·00	—	—	—
4·00	10·00	15·00	—	—	—
4·00 (å las.) / 3·50 (å sjukst.)	7·50	10·00	—	—	—
4·00	10·00	16·00	—	—	—
5·00	8·00	11·00	—	—	—
Se anm.	7·00	10·00	7·00	12·00	15·00
5·00	7·50	10·00	—	—	—
7·00	12·00	16·00	7·00	12·00	16·00
4·00	7·50	10·00	5·00	9·00	12·00

barnets vård behövlig, högst 2·50 kr., av Malmöhus läns landsting för sällskap 6 kr. och för privatsköterska eller moder, som vårdar sitt barn, å enskilt och halvenskilt rum 3 kr. och å allmän sal 2 kr., av Hallands läns landsting 3 kr. i enskilt och halvenskilt rum och 2 kr. å allmän sal, av Göteborgs och Bohus läns landsting för sällskap samma avgift som för patient och för vårdare å halvenskilt rum och allmän sal 2 kr., av Värmlands läns landsting för examinerad privatsköterska å enskilt rum 1·50 kr., av Gävleborgs läns landsting å enskilt rum för sköterska 3 kr. och för annan 6 kr., av Västernorrlands läns landsting för sjukvårdskunnig 3 kr. och för annan 5 kr. samt av Västerbottens läns landsting 2 kr.

II. Viktigare detaljbestämmelser.

Stockholms stad. För Stockholms stads sjukhus finnes ett särskilt av stadsfullmäktige utsett centralt organ, *sjukhusavgiftsdelegerade*, med uppgift att jämte vederbörande borgarråd pröva frågor om nedsättning av sjukhusavgift. Dessa delegerade äga att med hänsyn till sökandens ekonomiska förhållanden bevilja nedsättning för i Stockholm hemortsberättigade intill en krona per dag. Sådan nedsättning kan ock under vissa förutsättningar medgivas personer, vilka ej äro att anse som Stockholmsbor.

Göteborgs stad. I ömmande fall må avgiften för vård å allmän sal efter 60 dagars vård nedsättas till hälften. Avgiften kr. 2·50 för vård å allmän sal skall nedsättas med 50 öre för de medlemmar av registrerade sjukkassor, för de medlemmar av den 21 december 1922 befintliga icke registrerade sjukkassor och för de medlemmar i sjuk- och begravningskassan för stuveriarbetare i Göteborg, vilka eljest äro berättigade till sagda sjukvårdsavgift och för vilka vederbörande sjukkassa vid företeende av behörigt intyg om medlemskap i kassan, då vårdavgiften av denna icke erlägges i förskott och avgift för använd sjuktransport icke omedelbart inbetalas, utfärdar garantiförbindelse för såväl sjukvårdsavgiftens som sjuktransportavgiftens behöriga erläggande, som kan av vederbörande sjukhustjänsteman godkännas. I ömmande fall må sålunda nedsatt avgift ytterligare nedsättas med 1 krona efter 60 dagars vård. Då särskild anledning därtill förefinnes, må för personer, som under löpande året äro mantalsskrivna i staden utan att dock i fattigvårds-

hänseende vara därstädes hemortsberättigade, sjukvårdsavgiften nedsättas med skäligt belopp, dock lägst till det belopp, vartill sjukvårdsavgiften må nedsättas för person med hemortsrätt i staden. Som likställd med hemortsberättigad i Göteborg skall beträffande sjukvårdsavgifterna jämväl anses utländsk undersåte, som under de tre sistförflutna åren varit mantalsskriven i Göteborg samt under denna tid fullgjort sina skyldigheter till staden.

Malmö stad. För medlem av i staden förefintlig sjukkassa, vars stadgar godkänts av direktionen, utgår avgiften å allmän sal med 2 kr. per dag. För patient från Malmö, som utan att åtnjuta fattigunderstöd genom intyg från fattigvårdstillsyningsman styrker sin medellöshet, utgår avgiften å allmän sal med 1·25 kr. per dag.

Stockholms läns landsting. Lasarettsdirektionen äger att i ömmande fall bevilja nedsättning i avgiften för inomlänspatienter å allmän sal, dock lägst till 75 öre per dag, med skyldighet för direktionen att i protokollet angiva de skäl, som föranlett nedsättningen. — Avgiften för patient från länet å allmän sal å Serafimerlasarettet är densamma som för inomlänspatient å landstingets egna lasarett.

Uppsala läns landsting. Avgifterna å allmän sal för länets sängar å Akademiska sjukhuset i Uppsala samt för sjukstugorna i Enköping och Lövsta äro för den, som vårdas å fattigvårdsstyrelses bekostnad eller som för sistförflutna året enligt förordningen om statlig inkomst- och förmögenhetsskatt blivit påförd ett beskattningsbart belopp, understigande 1 000 kr., 1·25 kr., för den, som blivit påförd ett beskattningsbart belopp från 1 000 till 2 000 kr., 2·50 kr. och för övriga 3·50 kr.; dock att vid flera sjukdagar än 30 avgiften nedsättes till resp. 1, 2 och 3 kr. för varje överskjutande dag; för hustru och hemmavarande barn utgår avgiften efter samma grunder som för man eller fader.

Södermanlands läns landsting. För utomlänspatienter å såväl lasaretts- som barnbördsavdelning äger direktionen efter särskild prövning nedsätta stadgad avgift till lägst samma belopp, som utgår för länspatient, dels där patient bort vara mantalsskriven inom länet men utan eget förvållande blivit utesluten vid mantalsskrivningen, dels eljest i synnerligen ömmande fall.

Östergötlands läns landsting. Sjuk från landstingsområdet, intagen å allmän sal å lasarett eller sjukstuga, äger att erhålla nedsättning, beräknad efter 1 kr. per dag, därest han styrker, att han i senast tillgängliga taxeringslängd upptagits till en beskattningsbar inkomst, enligt kommunalskattelagen, understigande 1 500 kr. och tillika visar, att hans behållna förmögenhet, beräknad efter de grunder, som i förordningen om statlig inkomst- och förmögenhetsskatt angivas, vid den tid, då nedsättning i avgiften begäres, icke uppgår till 15 000 kr. Är den sjuke gift, skall i nu förevarande hänseende såsom hans inkomst och förmögenhet anses jämväl andre makens inkomst och förmögenhet. Likaledes skall, om den sjuke har hemmavarande barn under 21 år, barnets förmögenhet räknas såsom tillhörande den sjuke. — Patient, som utskrivits från lasarett eller sjukstuga men inom en tid av 60 dagar från utskrivningsdagen åter intages å anstalten för samma eller annan sjukdom, äger att för vinnande av nedsättning i legosängsavgiften räkna sig till godo den tid, under vilken han senast haft oavbruten vård å anstalten. — Moder eller amma, som åtföljer dibarn för att amma barnet, erlägger icke någon avgift, såframt hon ej själv är föremål för sjukvård å anstalten.

Jönköpings läns landsting. Första klass A = patient å allmän sal, som äger, arrenderar eller brukar fastighet, taxerad till minst 10 000 kr., eller som är uppskattad för inkomst av arbete eller andra beskattningsbara föremål till minst 2 000 kr., eller för inkomst av kapital till minst 800 kr., samt sådan persons hustru och hemmavarande barn. — *Första klass B* = patient å allmän sal, som äger, arrenderar eller brukar fastighet, taxerad till minst 5 000 kr., eller som är uppskattad för inkomst av arbete eller andra beskattningsbara föremål till minst 1 000 kr., eller för inkomst av kapital till minst 400 kr., samt sådan persons hustru och hemmavarande barn. — *Andra klass* = patient å allmän sal, som icke erlägger bevillning eller som äger, arrenderar eller brukar fastighet, taxerad till belopp understigande 5 000 kr., eller är uppskattad för inkomst av arbete eller andra beskattningsbara föremål till under 1 000 kr., eller för inkomst av kapital under 400 kr., samt sådan persons hustru och hemmavarande barn.

Patient å allmän sal, för vilken patient staten är skyldig erlägga sjukvårdsavgiften och som tillhör ort inom länet, hänföres till första klass A. Vid bestämmande av grunderna för intagning i de olika klasserna göres icke åtskillnad om inkomsten är påförd som bevillning eller som inkomstskatt. Därest en person har inkomst, härflytande från olika inkomstkällor, bestämmes hans klass efter den sammanräknade inkomsten, därvid inkomst av fastighet beräknas till 5 % av taxeringsvärdet. Till grund för bestämmande skall i varje fall ligga patients *taxerade* inkomst och icke det beskattningsbara beloppet.

Nedsättning i avgiften från första klass A till första klass B och från första klass B till andra klass samt från andra klass till lägst 60 öre må av direktion beviljas med hänsyn till bl. a. eventuell gäld, oförsörjda barn, sjukdom eller andra ömmande omständigheter i hemmet. Patient, som vårdats på lasarett eller sjukstuga över 60 dagar i följd, må, även om sådana ömmande omständigheter icke föreligga, kunna efter direktionens beprövande för den överstigande tiden erhålla nedsättning till närmast lägre betalningsklass. För utomlänspatient å allmän sal må direktionen i ömmande fall bevilja nedsättning, dock lägst till av Kungl. Maj:t fastställt ersättningsbelopp, och för inomlänspatient å halvenskilt eller enskilt rum med högst 1 kr.

Gotlands läns landsting. För länspatient å allmän sal äger direktionen i ömmande fall efter 30:e dagen nedsätta avgiften till lägst 50 öre. För utomlänspatient å allmän sal, för vilken arbetsgivare inom länet ansvarar för betalningen, utgör avgiften t. o. m. 30:e dagen 2 kr. och därefter 1·25 kr.

Malmöhus läns landsting och Hälsingborgs stad. Avgifterna för patienter, tillhörande sjukvårdsområdet, å allmän sal äro:

för person med beskattningsbart belopp av minst 5 000 kr.	5 kr.
» » » » » » » 3 000 »	4 »
» » » » » » » 1 500 »	3 »
» » » » » » » 300 »	2 »
» » » » » » under 300 »	1 »

Avgifterna för motsvarande patienter, tillhörande annat sjukvårdsområde, äro:

för person med beskattningsbart belopp av minst 2 000 kr.	7·00 kr.
» » » » » » under 2 000 »	4·50 »

Med beskattningsbart belopp avses det belopp, vartill vederbörande senast blivit upptagen till beskattning enligt gällande förordning om statlig inkomst- och förmögenhetsskatt. Patient, vars senast fastställda beskattningsbara belopp uppgått till minst 300 kr. men som vid tiden för intagandet å sjukvårdsinrättning befinner sig i så förändrad ekonomisk ställning, att hans beskattningsbara inkomst icke längre kan beräknas till nämnda belopp, må, efter prövning av direktionen i varje särskilt fall, medgivas rätt att erlägga legosängsavgift efter lägsta betalningsklassen.

För vak erlägges särskild avgift. För hustru ävensom för personer under 18 år betalas samma avgift som för mannen eller fadern. Uti avgifterna för vård å allmän sal må, därest ömmande omständigheter förefinnas, sjukhusdirektionen medgiva nedsättning vid fortsatt vård å lasarettet med 30 % för person från sjukvårdsområdet, som i oavbruten följd åtnjutit vård å lasarett under minst 50 dygn.

Hallands läns landsting. Då vårdavgiften enligt gällande lag ej skall erläggas av annan än den vårdade eller för honom försörjningspliktig person äger direktionen, med stöd av ett av vederbörande kommunala myndighet enligt fastställt formulär lämnat intyg, pröva, huruvida skäl till nedsättning i avgiften föreligger och, om så skulle vara fallet, medgiva nedsättning i avgiften å allmän sal till 1·25 kr. per dag för den del av vårdtiden, som överstiger 15 dagar. Patient, som vårdats å sjukhuset och utskrivits därifrån men ånyo intagits för vård av samma sjukdom inom 3 månader från utskrivningsdagen, äger rätt att för nedsättning tillgodoräkna sig föregående vårdtid.

Göteborgs och Bohus läns landsting. För moder eller amma, som åtföljer intaget dibarn för att amma barnet, erlägges ej någon avgift, så framt de själva ej äro föremål för sjukvård, vare sig barnet är intaget å allmän sal eller å enskilt rum. För sjuk moder, åtföljd av dibarn, beräknas avgift såsom för *en* person, vare sig modern är intagen å allmän sal eller å enskilt rum, så framt barnet ej är föremål för sjukvård.

Älvsborgs läns landsting. I de fall summan av för en patient debiterade vårdavgifter understiger det belopp, som enligt Kungl. Maj:ts taxa är fastställt för en dags vård å den sjukvårdsinrättning, där vården erhållits, höjes densamma till detta belopp.

Örebro läns landsting. För barn under ett år med moder eller vårdarinna, vårdat å annan avdelning än förlossningsavdelning, beräknas endast avgift såsom för *en* person. Denna åldersgräns kan höjas efter överläkarens eller vederbörande läkares beprövande i varje särskilt fall. För barn, som vårdas å förlossningsavdelning, utgår vårdavgift med 1·50 kr.

Västernorrlands läns landsting. För person, som är mantalsskriven inom länet, och av bolag, som betalar landstingsskatt inom länet samt förklarar sig villigt att betala legosängsavgiften för i dess tjänst anställd person, må erläggas den för sjuk från länet fastställda avgiften, även om den sjuke ej har hemortsrätt i länet. Mindre bemedlade från landstingsområdet må efter därom gjord framställning kunna av vederbörande sjukhusdirektion eller styrelse medgivas den nedsättning i legosängsavgiften, som efter prövning i varje särskilt fall med hänsyn till sökandens ekonomiska och andra förhållanden finnes påkallad, dock må nedsättningen i intet fall bestämmas lägre än till 50 öre per dag å allmänt rum.

Jämtlands läns landsting. Ersättning för kost åt mödrar, som önska vårda sina å allmänt rum intagna sjuka barn, utgår med 2 kr. per dag, varemot någon avgift för mödrar, vilkas närvaro erfordras för ammande av å lasarettet intagna sjuka barn, icke erläggges.

Västerbottens läns landsting. Avgiften för plats å allmän sal kan för patient från länet nedsättas till 1 kr. per dag, om han befinner sig i fattiga omständigheter. Mindre bemedlad patient från länet äger, därest han själv betalar legosängsavgifterna men icke har förmåga att betala den av landstinget bestämda avgiften för vård å allmänt rum, få denna avgift nedsatt till 1 kr. per dag.

Norrbottens läns landsting. Uppgifterna avse jämväl civila avdelningen vid garnisonssjukhuset i Boden. Utländsk patient, som är bosatt inom länet och där taxerad för utgörande av bevillning, likställes i fråga om erläggande av legosängsavgifter med svenska medborgare och betalar samma avgift som patient, tillhörande länet.

Tab. 79. Pensionsstyrelsens individuella sjukvårdande verksamhet åren 1915, 1920, 1925 och 1930.

Verksamhetens art	Antal vårdade eller utbildade				Kostnader för verksamheten Kronor			
	1915	1920	1925	1930	1915	1920	1925	1930
kurort	71	959	2 188	4 020	5 930	438 358	559 992	1 132 369
lungtuberkulossjukhus	132	16	—	—	2 954	2 565	—	—
kustsanatorium [1]	3	103	272	302	58	34 090	44 784	50 713
lasarett, lupus och radiumhem	58	66	85	61	2 053	10 998	9 290	5 877
Welanderhem	—	19	51	54	—	5 000	19 386	18 295
vanföreanstalt (fr. o. m. 1919 endast yrkesutbildning)	61	76	261	340	809	45 618	44 222	53 839
statens hantverksskola för blinda i Kristinehamn	5	9	46	56	600	9 040	14 174	15 299
annan hantverksskola eller handelsskola	7	13	13	36	—	6 584	2 822	8 500
yrkesutbildning hos enskild yrkesidkare	7	83	339	733	330	28 452	50 416	163 709
andra sjukvårdande åtgärder (anskaffande av maskiner m. m.)	2	74	108	87	220	12 671	22 541	50 000
Summa	**346**	**1 418**	**3 363**	**5 689**	**12 954**	**593 376**	**767 627**	**1 498 601**
resekostnader för patienter					348	25 750	55 774	88 672
läkarundersökning, observation å sjukhus m. m.					2 410	7 364	46 769	93 399
				Summa	**15 712**	**626 490**	**870 170**	**1 680 672**

[1] Bidrag till kustsanatorievård har upphört från och med 1 juli 1933.

Tab. 80. Anslag till och kostnader för pensionsstyrelsens sjukvårdsverksamhet.

A. Den individuella verksamheten.

År	Anslag av			Kostnader	
	statsmedel, kr.	fondmedel, kr.	summa, kr.	summa, kr.	därav för kurortsvård, kr.
1914—1915	200 000	—	200 000	15 712: 81	5 930: 16
1916	200 000	—	200 000	108 972: 51	36 736: 22
1917	300 000	—	300 000	236 376: 15	111 428: 55
1918	400 000	—	400 000	313 711: 80	180 758: 64
1919	500 000	—	500 000	498 090: 96	297 665: 79
1920	650 000	—	650 000	626 805: 93	438 358: 28
1921	650 000	400 000	1 050 000	590 648: 96	380 193: 17
1922	500 000	400 000	900 000	502 959: 39	308 158: 88
1:a halvåret 1923	50 000	300 000	350 000	317 307: 05	206 514: 39
1923—1924	100 000	700 000	800 000	799 958: 24	520 464: 36
1924—1925	100 000	900 000	1 000 000	814 189: 06	526 431: 49
1925—1926	100 000	900 000	1 000 000	897 839: 46	574 240: 31
1926—1927	100 000	1 000 000	1 100 000	1 029 369: 88	652 148: 01
1927—1928	100 000	1 145 000	1 245 000	1 212 393: 09	770 388: 15
1928—1929	100 000	1 365 000	1 465 000	1 309 426: 81	809 062: 96
1929—1930	100 000	1 540 000	1 640 000	1 541 942: 11	1 023 501: 11
1930—1931	100 000	1 990 000	2 090 000	1 992 110: 50	1 430 430: 81
Summa	**4 250 000**	**10 640 000**	**15 890 000**	**12 807 814**: 71	**8 272 411**: 28

B. Allmänna åtgärder för folkhälsans främjande (»annan verksamhet»).

År	Anslagets storlek, kr.	Utbetalat belopp				
		Summa, kr.	därav för			
			badanläggning	konvalescenthem	barnhem	övriga
1921	175 000	29 525: 46	—	25 000: —	—	4 525: 46
1922	175 000	169 000: —	12 000	84 000: —	42 000	31 000: —
1:a halvåret 1923	87 500	83 200: —	—	49 700: —	11 500	22 000: —
1923—1924	175 000	139 500: —	4 000	47 500: —	—	88 000: —
1924—1925	175 000	118 900: —	32 000	39 500: —	25 900	21 500: —
1925—1926	175 000	141 821: 45	56 000	46 841: 45	9 000	29 980: —
1926—1927	175 000	164 200: —	75 950	37 250: —	47 000	4 000: —
1927—1928	175 000	161 050: —	53 900	41 650: —	55 500	10 000: —
1928—1929	175 000	174 635: —	62 700	24 000: —	61 700	26 235: —
1929—1930	212 000	212 000: —	79 500	24 500: —	63 000	45 000: —
1930—1931	215 000	214 482: —	83 000	25 000: —	53 232	53 250: —
Summa	**1 914 500**	**1 608 313**: 91	**459 050**	**444 941**: 45	**368 832**	**335 490**: 46

Tab. 81. Beräknat platsbehov å lasarett, med lasarett jämförliga sjukvårdsinrättningar och sjukstugor.

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sjukvårdsområde	Erforderligt antal vårdplatser år 1929 vid en genomsnittlig beläggning året runt av 90 vårdplatser på 100				Det år 1931 erforderliga antalet vårdplatser vid en genomsnittlig beläggning året runt av 90 vårdplatser på 100[2]	Verkliga antalet vårdplatser den 31/12 1931	Underskott (−) eller överskott (+) å vårdplatser 1931, räknat i % av det verkliga antalet vårdplatser den 31/12 1931	
	totala antalet[1]	underskott (−) eller överskott (+), räknat i % av det verkliga antalet vårdplatser år 1929		per 10 000 invånare				
		−	+				−	+
Stockholms stad	3 139	7·2	—	64·5	3 317	3 549	—	6·5
Göteborgs »	1 107	0·4	—	45·8	1 135	1 228	—	7·6
Malmö »	553	3·2	—	46·2	600	632	—	5·1
Norrköpings »	301	—	2·4	49·1	303	294	3·1	—
Stockholms läns landstingsområde	791	7·8	—	30·0	798	862	—	7·4
Uppsala » »	591	0·0	0·0	42·5	585	591	—	1·0
Södermanlands » »	513	2·2	—	27·0	507	506	0·2	—
Östergötlands » »	694	3·4	—	28·0	694	704	—	1·4
Jönköpings » »	502	7·3	—	21·7	504	498	1·2	—
Kronobergs » »	281	5·2	—	18·0	279	279	0·0	0·0
Kalmar läns norra »	180	17·6	—	19·1	179	153	17·0	—
Kalmar » södra »	355	18·7	—	25·9	357	299	19·4	—
Gotlands » »	102	9·7	—	17·8	102	93	9·7	—
Blekinge » »	334	9·9	—	22·8	330	304	8·6	—
Kristianstads » »	515	18·9	—	21·0	517	515	0·4	—
Malmöhus läns » » o. Hälsingborg	1 545	6·4	—	39·7	1 518	1 529	—	11·6
Hallands » »	379	12·5	—	25·3	381	353	7·9	—
Göteborgs o. Bohus » »	360	—	2·2	16·9	359	457	—	21·4
Älvsborgs » »	587	8·1	—	18·8	590	704	—	16·2
Skaraborgs » »	468	12·0	—	19·2	465	609	—	23·6
Värmlands » »	742	4·1	—	27·5	744	725	2·6	—
Örebro » »	409	24·3	—	18·6	407	560	—	27·3
Västmanlands » »	566	5·4	—	34·9	563	537	4·8	—
Kopparbergs » »	789	24·1	—	31·5	786	662	18·7	—
Gävleborgs » » o. Gävle	663	1·1	—	23·7	662	653	1·4	—
Västernorrlands » »	904	11·1	—	32·6	911	820	11·1	—
Jämtlands » »	290	3·9	—	21·6	292	279	4·7	—
Västerbottens » »	663	17·1	—	32·8	674	633	6·5	—
Norrbottens » »	414	27·4	—	21·0	423	333	27·0	—
Serafimerlasarettet, den del som ej belöper å Stockholms stad och län	159	4·6	—	—	—	152	—	—
Hela riket	**18 896**	**5·0**	—	**30·9**	**19 042**	**19 513**	—	**2·4**

[1] Som exempel på huru talen under kolumn 2 erhållits må anföras: för Stockholms stad har talet i tabell 2, kolumn 2, multiplicerats med talet i samma tabell, kolumn 23, och produkten dividerats med 90.

[2] Talen i denna kolumn hava erhållits genom att för varje sjukvårdsområde antalet 10 000-tal av dess folkmängd per den 31/12 1931 multiplicerats med det för sjukvårdsområdet i kol. 5 angivna talet.

Tab. 82. Beläggningsförhållandena vid lasarett och sjukstugor inom vissa landstingsområden år 1931 samt medelväntetid för tiden 1 januari—31 mars 1931 vid de medicinska avdelningarna i samma områden.

	Landstingsområde	Lasarett		Sjukstugor		Väntetid vid de med. avdelningarna, dagar
		antal vårdplatser	medeltal vårdade i procent av platsantalet	antal vårdplatser	medeltal vårdade i procent av platsantalet	
ej platsbrist enl. tab. 81	Örebro läns	400	96	160	97	6
	Skaraborgs »	595	97	14	50	—
	Göteborgs o. Bohus »	457	90	—	—	5
	Älvsborgs »	582	92	122	101	9·8
	Stockholms »	862	96	—	—	19·0
	Östergötlands »	650	95	30	75	4·2
	Kronobergs »	230	94	49	77	—
platsbrist enl. tab. 81	Södermanlands »	438	97	68	82	9
	Kristianstads »	515	98	—	—	2·3
	Gävleborgs » med Gävle	625	98	10	51	13·5
	Värmlands »	551	92	174	94	3·4
	Jämtlands »	244	100	35	73	5·2
	Västmanlands »	510	93	27	85	10·8
	Västerbottens »	381	118	—	[1]	52·3
	Hallands »	315	96	38	79	—
	Blekinge »	304	101	—	—	—
	Gotlands »	93	125	—	—	—
	Västernorrlands »	820	99	—	—	14
	Kalmar läns norra	137	112	16	220	—
	Kopparbergs »	487	114	175	93	1
	Kalmar läns södra	271	112	28	100	30
	Norrbottens »	251	115	—	[1]	—

[1] Beräkning här ej gjord på grund av tuberkulosavdelningarnas vid en del sjukstugor inverkan.

Anm. Jönköpings län har uteslutits, enär Värnamo lasarett utvidgats under året. Då på grund av de kliniska sjukvårdsinrättningarna i Uppsala och Lund särskilda beläggningsförhållanden gälla i Uppsala och Malmöhus län, hava dessa områden jämväl utelämnats.

TEXTBILAGOR

Textbil. 1. Svenska röda korsets verksamhet med avseende å mindre förlossningshem.

Statens sjukvårdskommitté har från överstyrelsen för svenska röda korset (S. R. K.) inhämtat följande beträffande de av S. R. K. eller med bidrag av detsamma inom landet upprättade mindre förlossningshemmen.

År 1922 utarbetades av en härför inom S. R. K. tillsatt kommitté ett förslag till anordnande under medverkan av S. R. K. av förlossningshem(-rum) på lämpliga platser inom landet invid eller än hellre i samband med barnmorskornas bostäder. I cirkulärskrivelse den 22 januari 1923 till samtliga distrikts- och kretsstyrelser meddelade överstyrelsen för S. R. K., att den gärna såge, att en sådan medverkan från distrikts- och kretsstyrelsernas sida upptoges bland S. R. K:s arbetsuppgifter å därför lämpade platser, tills vidare dock endast på försök och under förutsättning av tillstyrkande utav vederbörande förste provinsialläkare i egenskap av medlem i distriktsstyrelsen. Kommitterade hade anfört, att inrättandet av små förlossningshem(-rum) skulle vara till stor välsignelse för de många mödrar, som i sina hem ej erhölle den vård eller ro, som så väl behövdes vid dessa för dem ofta kritiska tillfällen, och att det skulle bidraga till minskandet av dödligheten bland spädbarn. Ur kommitterades förslag må följande anföras.

Hemmen borde förläggas i närheten av distrikts-(kommunal-)barnmorskans bostad. Hyran för hemmet borde företrädesvis betalas av kommunen men kunde, där så vore önskvärt, helt eller delvis erläggas av kretsen. Patienterna borde betala en mindre inskrivningsavgift, ersätta kostnaderna för maten samt betala barnmorskans arvode. När medellöshet förelåge, torde primärkommunen eller landstinget kunna förmås att träda hjälpande emellan. De kretsar eller distriktsstyrelser, som åtoge sig upprättandet av hemmen, borde sörja för underhållet av material vid hemmen och låta utöva tillsyn och kontroll av respektive hem. Den direkta kostnaden för inredandet av ett förlossningshem kunde beräknas till högst omkring 400 kronor, vartill komme kostnaden för rummets förseende med tvättbara tapeter eller oljemålade väggar samt linoleummatta eller fernissade golv.

I slutet av år 1924 uttalade överstyrelsen för S. R. K., att de igångsatta *försöken* med små förlossningshem(-rum) allt fortfarande borde fortsättas, under förutsättning *att* med dessa hem (rum) icke avsåges annat än att bereda trångbodda barnsängskvinnor å från offentliga förlossningsanstalter avlägsna platser tillfälle att ej för långt från hemmet förlösas i en lugn och sund omgivning, *att* tillgång funnes till barnmorska inom orten, *att* förste provinsialläkaren såsom medlem av distriktsstyrelsen godkände förlossningshemmet och valet av plats därför *samt att* en härför lämplig person utsåges att under barnmorskans överinseende vårda hemmet och tillse där intagna kvinnor.

Uti det av överstyrelsen i april 1926 utfärdade, i april 1930 något omarbetade arbetsprogrammet för S. R. K:s socialhygieniska verksamhet har överstyrelsen närmare delgivit sina distrikts- och kretsstyrelser de principer, efter vilka förlossningshemmen(-rummen) borde anläggas, samt ändamålet med dessa anstalter. I fråga om berörda principer angives därvid, att *förhyrning* av ett eller två rum i närheten av barnmorskans bostad borde föredragas, enär nybyggnad dels vore förenad med relativt stora kostnader,

dels kunde vara olämplig med hänsyn till att barnmorskestationen icke överallt vore en gång för alla bestämd. Förhyrningen borde i regel äga rum genom kommunens försorg. Rummens inredning och förseende med erforderlig utrustning borde äga rum genom S. R. K:s försorg, och driften borde säkerställas genom samverkan mellan Röda korskretsen på platsen och kommunen samt genom patienternas erläggande av viss mindre avgift. Av obemedlade eller mindre bemedlade skulle om möjligt endast en mindre eller alls ingen avgift upptagas. En viss avskildhet borde vid hemmets anläggande eftersträvas, så att detsamma icke störddes av omgivningen men ej heller verkade störande på denna. Av vikt vore, att hemmet lätt kunde rengöras och vid behov desinfekteras. Beträffande tillsynen av hemmet och mathållningens anordnande kunde flera lösningar tänkas, såsom gemenskap med barnmorskans hushåll eller med spädbarnshem, sjukstuga eller sjukhärbärge i trakten eller ock anställande av kvinnlig hjälp. — Rörande ändamålet med dessa hem (rum) angives, utöver vad som härutinnan uttalades redan år 1924, att hemmen (rummen) ingalunda vore avsedda att ersätta vården å barnbördshus och lasarett, där sådan vård vore behövlig eller för ändamålet tillgänglig, utan deras uppgift skulle i första hand vara humanitär och hygienisk.

I december 1924 sammankallade överstyrelsen representanter för bl. a. vissa andra humanitära organisationer på det socialhygieniska området till ett möte med överstyrelsen, vid vilket anslutning gavs till vad överstyrelsen tidigare uttalat om principerna för ifrågavarande försöksverksamhet och vidare sådant samarbete mellan föreningarna och organisationerna förordades, att dessa borde hålla varandra underrättade om vars och ens arbetsuppgifter och, när dessa helt eller delvis sammanfölle eller endast berörde varandra, anordna överläggningar angående bästa sättet för arbetets fördelande eller för varandras stödjande vid genomförandet av de olika arbetsuppgifterna.

Vid de av överstyrelsen sammankallade distrikts- och direktionsordförandemötena i Stockholm 1925 och 1927 var frågan om förlossningshem(-rum) särskilt upptagen till genomgående behandling. Av de därvid hållna förhandlingarna framgick, att ett allt större intresse under de senaste åren väckts inom landet för förbättrande av de dittills i alltför stor utsträckning rådande mindre goda förhållandena beträffande barnsängskvinnornas vård och behandling vid förlossningen samt under tiden närmast före och efter densamma; större och mindre förlossningshem eller i många fall förlossningsrum hade anordnats inom olika delar av landet och detta i stor utsträckning på initiativ av S. R. K. eller genom detsammas försorg.

I samråd med vissa andra sammanslutningar med socialhygieniska uppgifter utgav överstyrelsen för S. R. K. år 1927 en sammanställning av viktigare upplysningar beträffande olika typer av mindre förlossningshem. Sammanställningen, avsedd att utgöra en vägledande översikt, är utarbetad på grundval av uppgifter från skilda delar av landet angående då befintliga förlossningshem(-rum), dessas tillkomst och verksamhet. Den lämnar uppgifter om tre olika typer av mindre förlossningsanstalter, vilka samtliga ansåges motsvara fordringarna å sådana anstalter allt efter förhandenvarande lokala förhållanden, varvid angives anstalternas finansiering, patient- och personalförhållanden m. m. De tre typerna äro dels förlossningsrum, kombinerat med annan inrättning, dels förlossningsrum med från annan inrättning oberoende drift, dels förlossningsrum, anordnat hos barnmorskan i orten. Då de erhållna uppgifterna kommit från vitt skilda slag av förlossningshem, organiserade helt efter å orten rådande förhållanden samt efter förhandenvarande ekonomiska förutsättningar, hava emellertid ur de upprättade tabellerna icke dragits några allmängiltiga slutledningar beträffande ett mindre förlossningshems(-rums) organisation, ekonomi, ledning m. m.

Under år 1926 beviljade pensionsstyrelsen ett anslag å 30 000 kronor till anordnande av mindre förlossningshem samt till driftens uppehållande vid dessa under femårsperioden 1926—1931. Dessa medel hade i sin helhet under år 1929 disponerats. Det är sålunda till icke ringa del tack vare detta anslag, som S. R. K. i den utsträckning som skett kunnat bidraga till distriktens arbete på ifrågavarande arbetsområde. Överstyrelsen för S. R. K. har dock lämnat bidrag härtill i icke ringa grad. Tack vare den ekonomiska hjälp, som

sålunda lämnats, hade vid utgången av år 1929 nästan samtliga distrikt och några i ganska stor omfattning ägnat arbete och intresse åt förbättrandet av de å många håll mindre goda hygieniska förhållanden, under vilka förlossningar ännu försigginge i stora delar av vårt land. Enligt av överstyrelsen lämnad uppgift hade till och med oktober 1930 inom samtliga län med undantag av Uppsala, Gävleborgs och Västernorrlands län mindre förlossningshem anordnats av S. R. K. eller med större eller mindre bidrag därifrån eller — beträffande ett län — beslut om understöd fattats. Endast på två ställen vore hemmen anordnade i särskilt därför uppförda byggnader, och på åtta ställen hade de tillkommit i och under samverkan med S. R. K:s där uppförda sjukhärbärgen. I 20 av länen funnos vid sagda tidpunkt icke mindre än 55 större eller mindre förlossningshem anordnade av S. R. K. Till desamma hade bidrag lämnats direkt från överstyrelsen med ett belopp av över 42 000 kronor jämte av ett antal kvinnoföreningar för ändamålet till överstyrelsens förfogande ställda 22 000 kronor. Om härvid medräknades av distrikts- och kretsstyrelser lämnade kontanta bidrag och utrustningar, torde S. R. K:s bidrag till ifrågavarande verksamhet under »de fem senaste åren» vida överstiga 100 000 kronor.

Textbil. 2. P. M. rörande förlossningsrum i Arjeplogs provinsialläkardistrikt i Norrbottens län, avgiven av provinsialläkaren E. Wallquist.

Arjeplogs distrikt omfattar Arjeplogs kommun med en ytvidd av 147 kvmil och en befolkning av 3 768 personer (1931). Största bebyggelsen är omkring kyrkoplatsen, centralt i kommunen, och omkring Bergnäsuddens kapell i en utkant av kommunen, 5 mil från kyrkoplatsen.

År 1924 uppfördes Arjeplogs sjukstuga, som äges och drives av Arjeplogs kommun med landstingsbidrag. Med tanke på den bristande hygienen i hemmen, trångboddheten och den dåliga spädbarnsvården beslöts att genom en utvidgning av sjukstugan inrätta ett förlossningsrum om 2 bäddar. Rummet är inrett som sjukstugans övriga rum med tvättbara väggar och tak, linoleummatta på golvet, två stora fönster, tvättställ med varmt och kallt vatten, mindre bord för instrument, mindre skåp för förbandsmaterial m. m., två sängar av vanlig sjukhusmodell, en spädbarnssäng, två nattduksbord av järn, två stolar och ett Stilles skötbord. Inga särskilda anordningar i övrigt hava vidtagits. Rummet är beläget utefter allmänna avdelningens korridor vid sidan av de övriga sjukrummen. Sköljrum och W. C. äro gemensamma med avdelningen i övrigt. Vid förlossningsoperationer användes sjukstugans operationsrum. Sjukstugan, omfattande sammanlagt 20 sängar, har i uppförande kostat 6 598 kr. per säng. Någon bestämd uppgift om vad förlossningsrummet kostat kan ej avgivas. Förlossningsrummet städas och renhålles av personalen på sjukstugan (förutom sköterska två dagbiträden och ett nattbiträde). Förlossningarna och eftervården verkställas av den distriktsbarnmorska, som är bosatt å kyrkoplatsen. Hon uppbär härför ersättning av patienten efter taxa (5—15 kr. per fall). Vid behov biträdes hon av sjukstugans personal. Kostnaderna per underhållsdag utgjorde för år 1931 kr. 3·53.

De havande kvinnorna nedresa i allmänhet någon vecka före väntad nedkomst till kyrkoplatsen och beredas därigenom en tids vila. Merendels äga de där bekanta eller anhöriga, hos vilka de taga in. Eljest har avtal träffats med en familj med många bostadsrum om mottagande av dem. Kostnaderna härför bliva omkring 2 kr. per dag. Under väntetiden hava kvinnorna tillfälle till bad å sjukstugans allmänna folkbad. När värkarna inställa sig, emottages kvinnan mot vanlig dagavgift — 1 kr. per vårddag — å sjukstugan och får där kvarligga under nio dygn. Hon återvänder därpå till sitt hem eller, om detta är avlägset, till det hem å kyrkoplatsen, där hon väntat, för att vila före en längre hemresa. Under vistelsen på sjukstugan undervisas kvinnan i barnavård av

barnmorska och sköterska samt erhåller en broschyr om barnavård (bekostas av länets barnmorskestyrelse) ävensom en uppsättning spädbarnskläder, om hon är mindre bemedlad (erhålles genom Röda korset och enskilda). Denna möjlighet att praktiskt och teoretiskt undervisa i spädbarnsvård har visat sig vara mycket viktig. Resultatet härav i form av förbättrad spädbarnsvård är glädjande.

Vid de tillfällen, då anhopning av fall uppstår, överföres en redan förlöst kvinna till allmänt rum å sjukstugan under förutsättning, att plats kan beredas utan hinder för annan sjukvård och att endast rena fall äro inneliggande. I motsatt fall överflyttas kvinnan till det hem, där hon väntat. För att i möjligaste mån tillmötesgå kvinnornas önskan att bliva förlösta på sjukstugan förvägras intagning endast i undantagsfall. Febrande fall föras alltid från förlossningsrummet till isoleringsrum på sjukstugan.

Den förbättrade hygienen och de bättre vårdformerna på sjukstugan ha medfört nedgång i antalet följdsjukdomar såsom efterföljande tabell utvisar.

	1922	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
Långvarig följdsjukdom:											
Förlöst i hemmet	1	2	2	1	4	1	5	—	—	—	—
Förlöst å sjukstugan	/	/	—	—	—	—	2	1	—	—	—
Dödsfall efter förlossning:											
Förlöst i hemmet	1	1	1	—	—	—	2	—	—	—	—
Förlöst å sjukstugan	/	/	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Förlossningsrummet är mycket populärt. Förhållandet mellan hela antalet och å förlossningsrummet förlösta inom det område, varav verksamheten beröres, är följande:

År	I hemmet förlösta	Härav i sjukstugans omedelbara närhet	Å sjukstugan förlösta	Summa	På sjukstugan och i dess närhet
1924	68	—	10	78	13 %
1925	29	(12)	33	62	73 %
1926	36	(15)	39	75	72 %
1927	25	(10)	50	75	80 %
1928	17	(11)	51	68	90 %
1929	24	(7)	44	68	70 %
1930	28	(13)	42	70	79 %
1931	27	(13)	53	80	83 %
1932[1]	11	(2)	55	66	86 %

För distriktsbarnmorskan, som har ett mycket stort verksamhetsområde med svåra färdsätt, har rummets inrättande inneburit en väsentlig lättnad. I fjälldelen av distriktet finnes ytterligare en distriktsbarnmorska, som har ett fåtal förlossningar, men så har även varit fallet före rummets inrättande. En tredje tjänst inom området, som genom pensionering blivit vakant, har däremot helt kunnat indragas.

Då verksamheten vid sjukstugan visade sig väl fylla ett tydligt behov, ordnades förlossningsfrågan för trakten omkring Bergnäsuddens kapell, vilken s. a. s. utgör en del för sig av kommunen, på följande sätt:

Genom medel, som erhöllos till största delen på enskild väg, uppfördes vid Bergnäsuddens kapell ett härbärge. Här inreddes i nedre våningen bostad för distriktsbarn-

[1] T. o. m. den 15 nov

morska om ett rum och kök, förrum, förlossningsrum med två bäddar, ett rum för tillfälliga sjukdomsfall och för provinsialläkarens regelbundet återkommande mottagningar, linneförråd, klosett och i övre våningen bostad för distriktssköterska om ett rum och kök. Till byggnaden höra mindre uthus och uppodlad trädgård. Kostnaderna belöpte sig till kr. 12 626·32, och byggnaden togs i bruk sommaren 1929, varvid den överlämnades till Arjeplogs kommun att användas för avsett ändamål. Den disponeras dock tillsvidare av provinsialläkaren Wallquist, som jämväl ombesörjer driften.

Kostnaderna för uppförandet voro i kronor:

Fritt virke å rot.
Inventarier: till största delen gåvor.

Tomt	150·00
Tomtplanering och grund	1 605·25
Förädling av virke på rot	2 853·08
Träarbete, murning och inredning	5 740·85
Värmeledning	1 405·90
Målning	486·88
Inventarier	176·35
Diverse	208·01
Summa	12 626·32

Medel anskaffades på följande sätt:

Ur Arjeplogs allmänning fritt virke på rot.
Inventariegåvor.

Arjeplogs kommun: för barnmorskebostad	3 000·00
Försäljning av avfallsvirke	642·93
Räntor	51·77
Gåvor av enskilda	8 931·62
Summa	12 626·32

Förlossningsrummet skötes helt av distriktsbarnmorskan å platsen, som härför uppbär kr. 2·50 per vårddag. Vid behov av hjälp tillkallas vidtalad kvinna i byn, som ersättes per gång. Städning verkställes av barnmorskan. För tvätt och skurning användes lejd kraft. Den vårdade kvinnan betalar 1 kr. per dag eller vårdas i ömmande fall avgiftsfritt. Barnmorskan ersättes för sitt biträde vid förlossningen efter taxa med 5—15 kr. av den vårdade kvinnan, som får stanna på hemmet 9 dagar. Per år hava vårdats 10 till 15 kvinnor, och vårddagskostnaderna hava uppgått från kr. 4·04 till 5·31. Arjeplogs kommun lämnar fri ved och kontant kr. 375. Övriga medel anskaffas på enskild väg.

Textbil. 3. Utredning angående frågan om åtgärder av det allmänna till underlättande för barnaföderskor i särskilt rikets ödemarksområden att erhålla vård å förlossningshem(-rum).

I rundskrivelse av december 1929 till förste provinsialläkarna i Norrbottens, Västerbottens, Jämtlands och Kopparbergs län har statens sjukvårdskommitté anhållit, att dessa ville från provinsialläkarna i de distrikt — även sådana som icke ägde ödemarkskaraktär — där skäl syntes föreligga för att med kontanta bidrag från det allmänna understödja barnaföderskor, som för vård uppsökt förlossningshem(-rum), infordra yttranden i denna och närstående frågor samt med dessa yttranden jämte eget utlåtande inkomma till kommittén. Vid förste provinsialläkarnas till följd härav i början av 1930 avgivna utlåtanden voro fogade yttranden från följande:

Norrbottens län: samtliga provinsialläkare i ordinarie distrikt;
Västerbottens län: dels provinsialläkarna i länets ödemarksområden (8 st.), dels provinsialläkarna i distrikt, som delvis hade ödemarkskaraktär (5 st.), dels provinsialläkarna i 5 distrikt å kustlandet;
Jämtlands län: samtliga provinsialläkare, därav 7 stationerade i ödemarksområden, ävensom vissa kommunala myndigheter;
Kopparbergs län: samtliga provinsialläkare i ordinarie och extra distrikt med undantag för Sävsnäs extra provinsialläkardistrikt.

Till besvarande hade kommittén uppställt följande frågor:

1. Vilka sjukvårdsanordningar — rum vid sjukstuga och sjukhärbärge, förlossningsrum hos barnmorska — utöver de redan befintliga kunna vid utgående av bidrag, som ovan sägs, anses erforderliga samt å vilka platser böra sådana anordningar träffas?
2. Huru bör eventuell inackordering för väntande barnaföderskor anordnas?
3. Huru stor vårdavgift för barnaföderska på förlossningsrum samt inackorderingsavgift under väntetiden synes skälig?
4. Huru stort kontant bidrag till barnaföderska kan anses erforderligt?
5. Huru skulle behovet av hemhjälp under barnaföderskas bortavaro kunna tillgodoses?
6. Skulle, därest ovan avsedda bidrag komme till stånd, något barnmorskedistrikt kunna indragas? Huru stor besparing för det allmänna skulle härigenom kunna åstadkommas?
7. Huru stort var under år 1929 antalet barnaföderskor inom vart och ett av de avsedda barnmorskedistrikten? Huru många av dem förlöstes av barnmorska i barnaföderskans hem? Huru många av dem förlöstes å sjukstuga eller å särskild förlossningsanstalt?

En sammanställning länsvis av de ingångna svaren giver följande vid handen:

Fråga 1. Vilka sjukvårdsanordningar — rum vid sjukstuga och sjukhärbärge, förlossningsrum hos barnmorska — utöver de redan befintliga kunna vid utgående av bidrag, som ovan sägs, anses erforderliga samt å vilka platser böra sådana anordningar träffas?

Norrbottens län.

Befintliga anstalter:		vårdplatser:
Barnbördsavdelning vid:	Bodens garnisonssjukhus	10
	sjukstugan i Kiruna	7
Förlossningsavdelning vid:	Gällivare kommunalhem	6
	Jokkmokks »	2
	Kiruna barnhem	7
Förlossningsrum vid:	sjukstugan i Arjeplog	2
	Bergnäsudden	2
	Korpilombolo	2
	Norrfjärden	1
	Gunnarsbyn	2
	Porjus	2
	Summa	43

Dessutom har under år 1929 förlossningsvård beretts å följande anstalter (antalet förlossningar under året angivet inom parentes): lasaretten i Luleå (?), Piteå (?), Haparanda (9) och Gällivare (26), sjukstugorna i Arvidsjaur (50), Överkalix (3) och Nederkalix (5), provisoriska sjukstugan i Pajala (2) samt sjukhärbärgena i Junosuando (4), Muodoslombolo (1) och Tärendö (2).

Ytterligare följande anordningar förordas av provinsialläkarna:

Förlossningsavdelning vid lasaretten i Luleå (»mindre»), Piteå (»tillräcklig»), Haparanda (4 pl.) och Gällivare (10 pl.) samt vid planerade sjukstugan i Vittangi (»liten» avdelning);

Förlossningshem vid Arvidsjaurs by (6 pl.), Pajala (dock helst förlossningsavdelning vid sjukstuga i Pajala, om sjukstuga där kommer till stånd), Rånbyn i Råneå distrikt (2 à 3 pl.), Långträsk i Piteå socken, Älvsby samhälle i Älvsby distrikt, Bränna kyrkby i Överkalix distrikt;

Förlossningsrum vid Arjeplogs sjukstuga (ytterligare 1 rum), Bergnäsudden (ytterligare 1 rum), Boden (ett eller ett par rum hos barnmorska för väntande barnaföderskor från avlägsnare delar av socknen och eventuellt för eftervård, syftemål: avlastning från barnbördsavdelningen i Boden) och Gunnarsbyn i Råneå distrikt (»utökning») samt hos barnmorskorna i Harads och Puottaure i Harads distrikt, i Vuollerim i Jokkmokks distrikt och i Juoksengi, Övertorneå och Hedenäset i Övertorneå distrikt. Dessutom önskemål om »något utökad utrustning för förlossningsvård» å sjukhärbärgena i Korpilombolo och Tärendö i Tärendö distrikt.

Provinsialläkaren i Arvidsjaurs distrikt uttalar sig bestämt mot behov och lämpligheten av förlossningshem å annan plats inom distriktet än Arvidsjaurs by, provinsialläkaren i Bodens distrikt finner intet behov föreligga av ytterligare förlossningsanstalt (jfr dock ovan angående förlossningsrum i Boden för visst ändamål), provinsialläkaren i Gammelstads distrikt anser ej behov föreligga av förlossningsrum hos barnmorska (önskar i stället förlossningsavdelning vid lasarettet i Luleå), provinsialläkaren i Gällivare distrikt motsätter sig förlossningsrum å barnmorskestationerna, enär befolkningen hyser motvilja mot att flyttas från hemmet vid förlossning (föreslår förlossningsavdelning vid lasarettet i Gällivare) och provinsialläkaren i Nederkalix distrikt anser intet behov av förlossningsrum föreligga inom distriktet. Provinsialläkaren i Öjebyns distrikt slutligen framhåller, att förlossningarna böra förläggas annorstädes än i de fattiga och trånga hemmen, men fullständigt okontrollerbara, mer eller mindre bristfälliga förlossningshem böra ej inrättas ute i bygderna; vidkommande Öjebyns distrikt förordar han (jfr ovan) en »tillräcklig» förlossningsavdelning vid lasarettet i Piteå.

Förste provinsialläkaren hyser i följande fall avvikande mening: I Gällivare distrikt bör ett förlossningsrum inrättas förslagsvis i Hakkas eller Ullatti, event. i Niilavaara, ty c:a 50 % av förlossningsfallen inom distriktet skötas för närvarande utan sakkunnig hjälp. Under diskussion borde ställas, om ej ett förlossningshem i Karesuando (t. ex. i anslutning till lapphemmet) vore på sin plats. I Övertorneå distrikt kunde det troligen räcka med *ett* förlossningsrum i stället för föreslagna tre, och då helst ett i Juoksengi.

Västerbottens län.

Befintliga anstalter:

Förlossningshem inom Lycksele ödemarksdistrikt (Lycksele köping, 6 pl.) och inom Åsele ödemarksdistrikt (Åseleplatsen, 3 pl. + förlossningsrum).

Förlossningsrum vid sjukhärbärget i Dikanäs i Vilhelmina ödemarksdistrikt (2 pl.).

Å följande *sjukstugor* emottagas barnaföderskor:

Ödemarksdistr.	Dorotea: vid komplikationer eller trängande fall, Malåträsk: samtliga sökande hava hittills kunnat emottagas, Stensele: vid komplikationer och sociala indikationer, Tärna: ett rum (2—3 sängar) reserverat för förlossningar (isoleringsrum bör anordnas).
Distr. med delvis ödemarkskaraktär	Bjurholm: i mån av utrymme (f. n. platsbrist), Norsjö: vid komplikationer och särskilt bristande hygien i hemmet, Robertsfors: i mån av utrymme.

[Särskilda sjukvårdsanordningar för förlossningar finnas ej inom övriga distrikt, nämligen Sorsele (ödemarksdistrikt), Jörns, Byske och Vindelns distrikt (distrikt med delvis ödemarkskaraktär) samt Bureå, Burträsks, Nysätra och Vännäs distrikt.]

Ytterligare följande anordningar förordas av provinsialläkarna:

Förlossningsavdelning vid sjukstugan i Lycksele (i stället för förlossningshemmet, där avgiften — 3 kr. per dag — synes för hög) och sjukstugan i Malåträsk;

Förlossningshem i anslutning till sjukstugorna i Bjurholm och Vilhelmina (5 pl.) samt i samband med barnmorskans bostad å Doroteaplatsen (2 rum, 4—6 sängar), i Jörn (2 rum — varav ett förlossningsrum — samt ett rum för 3 kvinnor), å Stenseleplatsen (10—12 pl.) och i Slussfors i Stensele distrikt;

Förlossningsrum vid sjukstugorna i Bureå, Burträsk (4—5 pl. + förlossningsrum; denna anordning eller ett förlossningsrum vid sjukstugan i Robertsfors kunde även betjäna Nysätra distrikt), Norsjö (4 pl.), Robertsfors (jfr ovan betr. Burträsk), Byske (2 pl.) och Vindeln (2 pl.) samt vid sjukhärbärget i Saxnäs i Vilhelmina distrikt (2 pl.) och i samband med barnmorskans bostad i Risbäck i Dorotea distrikt (1 pl.), i Sorsele, Kraddsele och Gargnäs i Sorsele distrikt (barnmorskestationen i Kraddsele bör dock flyttas till Ammarnäs kyrkby, där förlossningsrum kan anordnas å sjukhärbärget) samt i Vännäs köping.

Provinsialläkaren i Åsele distrikt anser några anordningar utöver de befintliga ej vara behövliga.

Förste provinsialläkaren skisserar — med reservation för omständigheter, som ej kunnat av honom beräknas — följande plan för länets ödemarksområden och därmed likställda trakter: Förlossningsavdelning vid sjukstugorna i Malåträsk och Åsele; förlossningshem i anslutning till sjukstugorna i Bjurholm, Dorotea, Lycksele, Stensele och Vilhelmina; förlossningshem i samband med barnmorskans bostad i Risbäck, Jörn och Slussfors; förlossningsrum vid sjukstugorna i Norsjö, Byske, Sorsele (eller å gamla kommunalhuset = f. d. sjukstugan) och Vindeln; förlossningsrum vid sjukhärbärgena i Ammarnäs kyrkby och i Saxnäs; förlossningsrum i samband med barnmorskans bostad i Gargnäs. Dessutom komplettering av förlossnings»avdelningen» å sjukstugan i Tärna med ett isoleringsrum.

Divergenser mellan provinsialläkarnas förslag, å ena sidan, och förste provinsialläkarens ovan återgivna, preliminärt skisserade plan, å den andra, synas föreligga i följande avseenden [provinsialläkarens förslag betecknas med 1), förste provinsialläkarens med 2)]:

Lycksele: 1) avdelning vid sjukstuga,
2) förlossningshem vid sjukstuga;

Dorotea, Stensele: 1) förlossningshem i samband med barnmorskas bostad,
2) förlossningshem vid sjukstuga;

Risbäck: 1) förlossningsrum i samband med barnmorskans bostad,
2) förlossningshem » » » » » ;

Sorsele: 1) förlossningsrum i samband med barnmorskas bostad,
2) förlossningsrum vid sjukstuga eller å gamla kommunalhuset (f. d. sjukstugan);

Ammarnäs (nu Kraddsele): 1) förlossningsrum i samband med barnmorskas bostad,
2) förlossningsrum vid härbärge;

Bureå, Burträsk, Robertsfors: 1) förlossningsrum vid sjukstuga,
2) ej omnämnda;

Vännäs: 1) förlossningsrum i samband med barnmorskas bostad,
2) ej omnämnt;

Åsele: 1) ändring ej behövlig (nu förlossningshem),
2) avdelning vid sjukstuga.

I avseende å platsantal refererar förste provinsialläkaren tillsvidare till resp. provinsialläkares förslag.

Jämtlands län.

Befintliga anstalter: vårdplatser:

Förlossningsavdelning vid:	lasarettet i Östersund	3	(utvidgning till 8 ifrågasatt)
	lasarettet i Sveg	2	
Förlossningsrum vid:	sjukhärbärget i Hotagen	1—2	
	sjukhärbärget i Storsjö	1—2	
	Gäddede (Röda korset)	2	
		9 (14)—11 (16)	

Dessutom beredes förlossningsvård å sjukstugorna i Strömsund och Gäddede i mån av behov.

Ytterligare följande anordningar förordas av provinsialläkarna:

Ödemarksdistrikt:

Strömsunds: ett förlossningsrum (1 pl.) i Alanäset (barnmorskestation), i Hillsand (barnmorskestation) och i Strömsund (för att avlasta normala barnbördsfall från sjukstugan);
Hede: ett à två förlossningsrum vid resp. barnmorskors bostäder, mest trängande i Tännäs och Hede barnmorskedistrikt;
Gäddede: ett förlossningsrum (1 pl.) är avsett att inredas i Jormvattnet;
Mörsils och *Hoverbergs:* hänvändelse till lasarettet i Östersund förordas;
Föllinge och *Svegs:* intet yrkande;

Icke ödemarksdistrikt:

Ragunda: ett förlossningsrum vid varje distriktsbarnmorskas bostad;
Bräcke: ett eller två d:o;
Stuguns: ett eller två förlossningsrum (2—3 pl.) vid distriktsbarnmorskans i Stugun bostad;
Månsåsens: möjligen ett förlossningsrum hos distriktsbarnmorskan i Hallen eller ett förlossningsrum vid ålderdomshem;
Rätansbyns: möjligen ett förlossningsrum hos distriktsbarnmorskan i Rätansbyn men helst centralisering genom tillräckligt stora barnbördsavdelningar vid lasaretten;
Offerdals: intet yrkande;
Östersunds: intet yrkande, närmast avvisande;
Hammerdals: avvisande; förordar ett större barnbördshus i anslutning till lasarettet i Östersund.

Förste provinsialläkaren förordar inrättande av ett förlossningshem endast i Hede och i övrigt centralisering av barnbördsvården utanför hemmen till länets lasarett och sjukstugor. Vid sjukhärbärgena (Storsjö, Hotagen) uppkomma svårigheter för ett rationellt och ekonomiskt ordnande av barnbördsvård (långt till läkare, ojämn beläggning, fåtalig personal). Skola förlossningshem tillskapas, böra de förläggas i närheten av läkarstation, där vård och råd kunna lämnas av läkaren och där barnavårdsnämnd lättare kan övervaka och stödja barnaföderskan, speciellt den ogifta; vidare är det lättare att å sådan ort erhålla inackordering. Förlossningsrum intill barnmorskebostad kunna förordas endast om särskilda lokala eller ekonomiskt gynnsamma förhållanden föreligga. Dylika i länet befintliga förlossningsrum hava — med undantag för det i Gäddede — använts i mycket ringa utsträckning; för driften av dem uppkomma svårigheter genom att barnmorskan, som ofta är borta å förrättning, måste ombestyra kosthåll, uppvärmning, tvätt m. m. samt tidvis anställa biträde. För frågan, huru barnsbörd å anstalt bör ordnas, bliva i första hand följande faktorer avgörande: transportkostnaden, färdvägens beskaffenhet och längd samt tiden för transporterna. Transportförhållandena undergå en allt fortskridande förbättring, och statsunderstödda sjuktransportbilar finnas i en del läkardistrikt i ödemarken och torde komma att anskaffas för de återstående. Merkostnaden för transporten till centralt belägen anstalt är ej stor, och denna merkostnad uppväges av fördelarna av en centraliserad, väl övervakad och bättre vård under läkartillsyn.

Kopparbergs län.

Befintliga anstalter:

Barnbördshus (fristående) i Falun (21 pl.);
Förlossningsavdelning vid sjukstugan i Grängesberg planeras (4—5 pl.);
Förlossningsrum: ett å sjukstugan i Malung samt
ett disponibelt å ålderdomshemmet i Grangärde och
» » » » » Leksand.

Ytterligare följande anordningar förordas av provinsialläkarna:

Västanhede distrikt
Krylbo »
Hedemora »
} förlossningsavdelning i anslutning till lasarettet i Avesta;

Ludvika distrikt: emottagande å lasarettet i Ludvika av även normala förlossningsfall;
Orsa distrikt: helst förlossningsavdelning å lasarettet i Mora men eljest förlossningslokal vid barnmorskans i Orsa bostad (ett rum med 3—4 sängar för dels väntande, dels förlösta; ett rum med 1—2 sängar för förlossning);
Malungs distrikt: förlossningsavdelning vid sjukstugan i Malung;
Svärdsjö distrikt: förlossningsavdelning vid sjukstugan i Svärdsjö (ett förlossningsrum + ett sjukrum med 2—3 pl.);
Särna distrikt: förlossningsrum i Idrebyn vid barnmorskans bostad, gärna ett d:o i Särna;
Mora distrikt: förlossningsrum hos resp. distriktsbarnmorskor (i stället för barnmorskerum i »Mora östra» och »Mora västra» möjligen hellre ett mindre antal förlossningssängar å lasarettet i Mora);
Lima distrikt: förlossningshem i Lima (3 rum disponibla);
Sunnansjö distrikt: även om förlossningsavdelning tillkommer vid sjukstugan i Grängesberg, bör förlossningsrummet vid ålderdomshemmet i Grangärde bibehållas;
Älvdalens distrikt: möjligen kunde förlossningsrum + patientrum inrättas vid sjukstugan i Älvdalen;
Borlänge distrikt: centralt belägna förlossningsanstalter förordas;

Vansbro distrikt
Leksands »
Falu »
Långshyttans »
Rättviks »
Smedjebackens »
} avvisande;

Nås distrikt: avvisande, men om anordningar skola vidtagas, förordas förlossningshem i Nås och (om läkare tillsättes i Fredriksberg) å sistnämnda plats;
Grängesbergs distrikt: intet yrkande, tydligen med hänsyn till planerandet av förlossningsavdelning vid sjukstugan i Grängesberg.

Förste provinsialläkaren synes i det stora hela ansluta sig till provinsialläkarnas uppfattning; endast följande ändringar eller tillägg till dessas förslag förordas:

1) förlossningsrummet å ålderdomshemmet i Grangärde bör utökas med några platser;
2) för barnbördsvården inom Särna socken i Särna provinsialläkardistrikt är sjukstugan i Särna tillfyllest;
3) beträffande Mora distrikt är en barnbördsavdelning vid lasarettet i Mora att föredraga framför förlossningsrum hos resp. distrikts barnmorskor; en sådan avdelning skulle även tillgodose Orsaintressena.

Förste provinsialläkaren uttalar principiellt följande:

För de mera tätt befolkade delarna av landsbygden och för städerna böra nya barnbördsplatser anskaffas i form av moderna barnbördsavdelningar å lasaretten såsom fristående paviljonger och med tillgång till skolad kirurgisk personal. Då emellertid en del barnaföderskor vilja förlösas ej alltför långt från sina hem, måste man dessutom skaffa flera

mindre förlossningshem, oberoende av lasaretten, detta även för att för lång transport skall undvikas i många fall. Dessa mindre förlossningshem böra vara förlagda i omedelbar närhet av läkare och barnmorska samt helst vara kombinerade med sjukstuga, försörjningshem eller annan sjukvårdande anstalt. De böra helst vara fristående i särskild paviljong eller byggnad, och förlossningarna böra skötas av distriktsbarnmorskan. Endast om förlossningshem ej kan ordnas i samband med annan sjukvårdande anstalt, bör det förläggas till barnmorskans hem eller i närheten av detta, men då måste sörjas för tillgång till kvalificerad skötsel även när barnmorskan för sin tjänst måste lämna hemmet under längre eller kortare tid.

Fråga 2. Huru bör eventuell inackordering för väntande barnaföderskor anordnas?

Norrbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Arjeplogs distrikt, *Arvidsjaurs* », *Harads* », *Jokkmokks* », *Pajala* », *Råneå* », *Tärendö* », *Älvsby* », *Övertorneå* » } inackordering synes kunna anordnas hos familjer eller event. å pensionat inom den by, där förlossningsanstalten är belägen;

Bodens distrikt: vänte- och inackorderingsrum (ett eller ett par) för fattiga barnaföderskor bör inrättas hos någon barnmorska, sjuksköterska eller annan lämplig person i eller i närheten av Boden; dit kunde jämväl överflyttas kvinnor, som vore i behov av längre vila efter partus;

Haparanda distrikt: inackordering å själva förlossningshemmet;

Vittangi distrikt: ett blivande hem i Vittangi bör avpassas så, att väntande barnaföderskor kunna emottagas;

Gammelstads distrikt: åtgärder behöva ej vidtagas;

Gällivare distrikt, *Nederkalix* », *Öjebyns* » } intet förslag;

Överkalix distrikt: fri vård å förlossningshem under 3—4 veckor föreslås.

Förste provinsialläkaren hyser avvikande mening i följande avseenden: Mot förslaget att i vänte- och inackorderingsrum i Boden inrymma även förlösta riktas en bestämd opposition, enär sammanblandning av väntande och förlösta vore alltför riskfylld; i Haparanda funnes troligen stora möjligheter att ordna det så, att förlossningshemmet ej behövde upptagas av andra än de vårdbehövande.

I fråga om blivande förlossningshem i Karesuando (förste provinsialläkarens förslag) bör hemmet avpassas så, att väntande barnaföderskor kunna emottagas.

Västerbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Inackordering kan anskaffas i förlossningsanstaltens närhet i följande distrikt: Bjurholms, Burträsks, Lycksele, Malåträsks, Norsjö, Byske och Vilhelmina (betr. Vilhelminaplatsen).

Väntetiden bör kunna få tillbringas å förlossningsanstalten vad angår följande distrikt: Bureå, Dorotea, Jörns, Nysätra, Robertsfors, Stensele, Tärna, Vilhelmina (betr.

Dikanäs och Saxnäs), Vindeln och Åsele.

Inackordering hos barnmorskan eller genom hennes försorg bör beredas i Sorsele och Vännäs distrikt.

Förste provinsialläkaren har ej uttalat någon avvikande mening härutinnan.

Jämtlands län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Hede distrikt: å förlossningsanstalten, om plats finnes;

Bräcke distrikt, *Stuguns* » } hos barnmorskan;

Hammerdals distrikt, *Svegs* » } i privat hem (kan ordnas);

Rätansbyns distrikt: härför tillräcklig utbyggnad av barnbördsavdelningar å lasaretten förutsättes;

Strömsunds distrikt: i det ifrågasatta förlossningsrummet i Alanäset borde patienter från ensligt belägna skogsbyar få intagas c:a 8 dagar före förlossningen och kvarstanna c:a 14 dagar efter densamma;

Gäddede distrikt, *Månsåsens* » } särskild anordning obehövlig;

Mörsils distrikt, *Hoverbergs* », *Ragunda* », *Offerdals* », *Östersunds* », *Föllinge*[1] » } intet förslag;

Förste provinsialläkaren uttalar endast, att inackordering för väntande barnaföderskor bör ombesörjas av vederbörande själva i den mån icke tjänsteläkarna tillstyrka vård å förlossningshem under väntetid.

Kopparbergs län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Grängesbergs distrikt, *Särna* », *Lima* », *Älvdalens* », *Svärdsjö* », *Sunnansjö* », *Borlänge* », *Nås* », *Västanhede* » } å förlossningsanstalten;

Mora distrikt: hos barnmorskan;

Malungs distrikt: i privat hem;

Krylbo distrikt, *Leksands* », *Orsa*[2] » } särskild anordning obehövlig;

[1] Beträffande detta distrikt förordas, att barnaföderskan får sakkunnig hemhjälp under ett par veckor *efter* förlossningen.

[2] En eventuell förlossningslokal i Orsa förutsättes inrymma 3—4 sängar för dels väntande, dels förlösta.

Vansbro	distrikt	intet förslag.
Hedemora	»	
Ludvika	»	
Falu	»	
Rättviks	»	
Långshyttans	»	
Smedjebackens	»	

Förste provinsialläkaren anser, att inackordering å själva förlossningsanstalten lärer av utrymmesskäl kunna försiggå i blott ringa utsträckning. Inackordering i närheten torde dock kunna ordnas.

Fråga 3. Huru stor vårdavgift för barnaföderska på förlossningsrum samt inackorderingsavgift under väntetiden synes skälig?

Norrbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

a) *betr. vårdavgiftens storlek:* avgiftsfri vård förordas i vissa fall (Arvidsjaur, Älvsbyn, Vittangi); i en del fall förordas vårdavgift av samma storlek som vårdkostnaden å allmän sal å lasarett resp. å sjukstuga eller sjukhärbärge (Arjeplog, Boden, Gammelstad, Tärendö); i andra fall åter förordas självständigt fixt belopp: maximum 5—6 kr. per dygn (Haparanda), minimum högst 1 krona (Pajala);
b) *betr. inackorderingsavgiftens storlek:* åsikterna variera betydligt: maximum 3 kr. per dygn (Boden); minimum 1 kr. per dygn (Arvidsjaur) om man bortser från Jokkmokk, där dylik avgift ej anses kunna ifrågakomma.

Förste provinsialläkaren:

a) samma storlek som vårdkostnaden å allmän sal å lasarett resp. å sjukstuga eller sjukhärbärge;
b) högst kr. 2·50 per dygn.

Västerbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

a) *betr. vårdavgiftens storlek:* de föreslagna beloppen variera avsevärt; maximum 4 kr. per dygn (Byske), minimum avgiftsfri vård (Stensele);
b) *betr. inackorderingsavgiftens storlek:* maximum kr. 2·50—3·00 per dygn (Norsjö), minimum kr. 1·50 per dygn (Åsele).

Förste provinsialläkaren:

a) 2 kr. per dygn (ingen avgift till barnmorskan);
b) kr. 2·00—2·50 per dygn.

Jämtlands län.

Provinsialläkarnas yttranden:

a) *betr. vårdavgiftens storlek:* maximum 5 kr. per dygn (Sveg) och minimum kr. 1·00—1·50 per dygn (Stugun); betr. Rätansbyn förordas dock kostnadsfri vård + bidrag till resor;
b) *betr. inackorderingsavgiftens storlek:* maximum kr. 3·00—4·00 per dygn (Hede) och minimum kr. 1·00—1·50 per dygn (Stugun).

Förste provinsialläkaren:

a) kr. 2·50 per dygn;
b) kr. 2·00 per dygn.

Kopparbergs län.

Provinsialläkarnas yttranden:

a) *betr. vårdavgiftens storlek:* maximum 5 kr. per dygn (Grängesberg, Lima) och minimum legosängsavgiften å lasarett (kr. 1·25 per dygn) för så vitt avgift måste utgå;

b) *betr. inackorderingsavgiftens storlek:* maximum kr. 5·00 per dygn (Nås), minimum kr. 1·25 per dygn (Svärdsjö).

Förste provinsialläkaren:

a) å barnbördsavdelning vid lasarett eller sjukstuga: samma belopp som den vanliga avgiften å lasarettet eller sjukstugan; å förlossningsrum i eller vid barnmorskas bostad: beroende å lokala förhållanden;

b) denna avgift torde få rätta sig efter ortens pris.

Fråga 4. Huru stort kontant bidrag till barnaföderska kan anses erforderligt?

Norrbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Arjeplogs distrikt: Bidrag bör utgå, om barnaföderskans hem är beläget minst 3 mil från förlossningsrum. Följande bidrag föreslås:

förlossningsarvode och efterskötsel . . . . . kr. 15·00
vårdavgift ingen; betalas direkt till anstalten för väntetid 7 dagar à kr. 2·50 » 17·50
respengar efter kr. 2·00 per mil (i allmänhet kan barnaföderskan medfölja en gående skjuts vid lämpligt tillfälle)
för hemhjälp kr. 2·00 per dag.

Kostnaderna bliva då för t. ex. en barnaföderska, som bor 5 mil från förlossningsrum:

förlossningsarvode	kr. 15·00
vårdavgift	» 9·00
för väntetid	» 17·50
respengar	» 20·00
hemhjälp under 7 väntedagar, 9 vårddagar och 2 resdagar	» 36·00
Summa	kr. 97·50

Arvidsjaurs distrikt: Varje barnaföderska, som intages å förlossningshem, bör erhålla fri vård. De, som äga utfå statsbidrag enligt k. brevet den $^{29}/_{6}$ 1926, böra dessutom erhålla:

1 krona om dagen som inackorderingshjälp före och event. efter förlossningen (maximum kr. 30·00);
1 krona om dagen till hemhjälp (maximum kr. 40·00);
ersättning för resa till och från förlossningshemmet enligt billigast möjliga färdsätt, om avståndet överstiger 2 mil.

Övriga föreslagna normer för bidrag äro i huvudsak följande:

1) avgiftsfri vård antingen för samtliga barnaföderskor (Haparanda, Råneå) eller då barnaföderskan ej kan bekosta anstaltsvården (Gammelstad);
2) avgiftsfri vård + något bidrag till resorna (Vittangi);
3) avgiftsfri vård + möjligen kontant bidrag till inköp av kläder åt barnet (Boden);
4) till samtliga barnaföderskor 1 kr. per dygn för inackordering, till obemedlade och mindre bemedlade dessutom nedsatt vårdavgift eller friplats (Pajala);
5) till mindre bemedlade: fria resor, kr. 1·50 per dygn till hemhjälp, kr. 1·00—2·00 per dygn i hjälp under tid, då barnaföderskan måste vara borta från hemmet (Jokkmokk);

6) fria resor, fri inackordering under väntetiden, fri vård, fri hemhjälp där hemhjälp ej finnes förut [Harads (för obemedlade och mindre bemedlade), Tärendö (+ utrustning till barnet), Överkalix];
7) fixt belopp: a) 4 kr. per dygn; vid vård å lasarett vanlig vårdavgift + 2 kr. per dygn för hemhjälp (Gällivare); b) tillhopa 60 kronor (Älvsbyn).

Förste provinsialläkaren:

En maximisumma av 100 kr. kan anses skälig (jfr Arjeplog).

Västerbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

I några fall bestrides eller ifrågasättes lämpligheten av att kontant bidrag skulle utgå. De positiva förslagen variera högst betydligt:

a) ersättning till samtliga utgifter (Norsjö, kr. 85—100; om ej ersättning till resor och barnmorskearvode, kr. 65—80);
b) avgiftsfri vård (Nysätra, om fixt belopp skall utgå: kr. 50—60; Robertsfors, endast för mindre bemedlade, ev. kontanta bidrag);
c) allt fritt utom resor och barnmorskearvode (Sorsele);
d) avgiftsfri vård + bidrag till hemhjälp (Stensele, till hemhjälpen: kr. 30—40);
e) avgiftsfri vård + fria resor (Vindeln och Vännäs; *ej* kontanta bidrag);
f) ersättning till vårdkostnaden och resekostnaden samt ev. till inackorderingsavgift, dessutom kr. 0·50 per dygn (Åsele);
g) ersättning till inackorderingsavgift, hemhjälp, barnmorskearvode och spädbarnskläder (Byske, kr. 65—95);
h) ersättning till resor och hemhjälp (Tärna, mindre bemedlade);
i) ersättning till hemhjälp (Vilhelmina, kr. 30 åt gift medellös kvinna, som själv sköter de kvinnliga sysslorna i sitt hem);
k) ersättning till resor, till inackordering och till anstaltsvård *före* förlossningen med kr. 20; avgiftsfri vård *fr. o. m.* förlossningsdagen (Malåträsk);
l) under vänte- och efterbehandlingstiden 1 kr. per dygn, under vistelse å förlossningsanstalten 2 kr. per dygn (Lycksele);
m) variabelt bidrag så avvägt i det särskilda fallet, att förlossningen ej blir nämnvärt dyrare än i hemmet (Jörn);
n) fixt totalbelopp (Burträsk: 100 kr., varav 40 kr. för hemhjälp).

Förste provinsialläkaren avstår från att söka avgiva ett generellt förslag.

Jämtlands län.

Provinsialläkarnas yttranden: Föreslagna äro följande system:

a) understöd i naturaform (Strömsund; även rimlig ersättning till genom grannarna tillgodosedd hemhjälp — helst genom kommunen);
b) ersättning (full) för inackordering före och efter förlossningen, för vårdavgiften samt för resor och hemhjälp (Sveg; totalsumman beräknad till minst 154 kr.);
c) ersättning för vårdavgiften och för hemhjälp (Bräcke);
d) avgiftsfri inackordering under väntetiden och vård (med undantag av själva förlossningen) samt ersättning för halva resekostnaden (Hammerdal);
e) avgiftsfri vård + bidrag till resor (Rätansbyn);
f) avgiftsfri vård (Hede);
g) fixt totalbelopp (Gäddede: 50 kronor).

Förste provinsialläkaren anser kontant bidrag för vården icke böra utgå, utan bör vården vara avgiftsfri under förslagsvis 10 dagar före förlossningen och sammanlagt 15 dagar under och efter densamma. Däremot bör till hemhjälp utgå ett bidrag av (25 × 1) 25 kronor. Dessa 25 kronor böra betraktas som ett ödemarkstillägg till den moderskapshjälp, sakkunniga förordat och som förste provinsialläkaren föreslagit höjd till 75 kronor. Dessutom bör resebidrag utgå till barnaföderskor från ödemarksområdena med belopp, beräknat med hänsyn till tillryggalagd vägsträcka för färd till och från av medicinalstyrelsen för resp. område godkänd förlossningsanstalt (härvid bör även tagas hänsyn till att kvinnan under färden, särskilt i fjälltrakterna, kan behöva mera än en följeslagare).

Kopparbergs län.

Provinsialläkarnas yttranden: I huvudsak följande förslag hava avgivits:

a) intet understöd (Älvdalen);
b) avgiftsfri vård åt medellösa (Mora);
c) avgiftsfri vård och ev. resebidrag (Lima);
d) avgiftsfri vård åt obemedlade eller mindre bemedlade under 3 veckor + fria resor + ersättning till hemhjälp med $^1/_2$—$^2/_3$ av vad dylik hjälp betingar efter ortens pris (Falun);
e) avgiftsfri vård + kontant bidrag av 25 kr. per månad till hemhjälp (Särna);
f) låg eller ingen vårdavgift + kontant bidrag »efter behov» (Leksand);
g) kontant bidrag till resor och småbarnskläder, eventuellt, (Malung);
h) fria resor, fri vård av barnmorskan, fri vård åt barnet (Svärdsjö);
i) ersättning till resor och ev. för inackordering (Västanhede);
k) fixt belopp (Krylbo: 50 kr. inkl. vårdavgiften; Borlänge: »ett par kronor» om dagen).

Förste provinsialläkaren — liksom även provinsialläkarna i Grängesberg och Sunnansjö — åberopa betänkandet angående moderskapsskydd och betänkandet angående reformerad sjukförsäkring.

Fråga 5. Huru skulle behovet av hemhjälp under barnaföderskas bortavaro kunna tillgodoses?

Norrbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden: De flesta av provinsialläkarna hålla före, att hemhjälpen kan ordnas genom grannars försorg (Arjeplog, Arvidsjaur, Boden, Jokkmokk, Tärendö, Vittangi, Älvsbyn, Övertorneå, Harads, Pajala; betr. Harads och Pajala anföres, att där grannhjälp ej kan erhållas, bör finnas anställd ambulerande person, att mot viss ersättning tillhandagå med dylik hjälp).

Övriga förslag:

a) ersättning till sådan hjälp av allmänna medel, om hemmets ekonomi ej tillåter anskaffande av hjälp (Gammelstad);
b) genom samarit eller annan lämplig, kvinnlig person; daglön kr. 2·00—2·50 (Haparanda);
c) kontant bidrag (Råneå: t. ex. kr. 0·50 per dag; Överkalix: t. ex. 20 kr. tillhopa).

Förste provinsialläkaren anser, att denna hjälp i de flesta fall torde böra få ordnas av kvinnan själv eller hennes anhöriga. Många mödrar skulle motsätta sig, att någon främmande hemvårdarinna komme till hjälp.

Västerbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden: Flertalet provinsialläkare anse, att hemhjälp kan erhållas genom grannarna [Bjurholm, Burträsk, Dorotea (i regel), Jörn, Lycksele, Malåträsk, Nysätra, Stensele, Vilhelmina, Byske och Sorsele; betr. Byske och Sorsele förutsättes ersättning: Byske kr. 1·50—2·00 per dag, Sorsele kr. 1·50—2·00 per dag + mat och husrum].

Övriga förslag:

a) genom särskild »hemvårdarinna» [Bureå: genom hushållsvan person mot ersättning av familjeförsörjaren eller av det allmänna; Dorotea: i många fall är bidrag från det allmänna behövligt (i regel tillhandagå dock grannkvinnor)];
b) utan att närmare angives vem, som skulle tillhandagå, förordas kontant bidrag betr. Norsjö (kr. 25—30), Åsele (kr. 1·50—2·00 per dag) och Tärna (åt mindre bemedlade, belopp ej angivet).

Förste provinsialläkaren anser, att man ej alltför mycket bör förlita sig å tillgång till privat hjälp utan anslå förslagsvis kr. 1·50—2·00 per dag till hemhjälps anskaffande.

Jämtlands län.

Provinsialläkarnas yttranden:

a) genom grannar eller eljest genom vederbörandes egen försorg [Gäddede, Stugun, Mörsil (ev. med statsbidrag), Strömsund (mot rimlig ersättning, helst genom kommun), Sveg (mot ersättning)];
b) genom särskild hemvårdarinna från hemorten (Hammerdal);
c) genom s. k. hemsystrar, helst anställda av landstinget (Bräcke), eller genom hembiträdesstipendiater (Rätansbyn).

Förste provinsialläkaren anser, att tillsvidare, till dess erfarenhet vunnits angående av samhället eventuellt ordnad hemhjälp, barnaföderskan och hennes anhöriga böra helt omhänderhava anskaffandet av hemhjälp.

Kopparbergs län.

Provinsialläkarnas yttranden:

a) genom grannar eller eljest genom vederbörandes egen försorg [Borlänge, Krylbo, Lima och Mora (ev. ersättning av kommunen), Ludvika, Orsa, Sunnansjö, Svärdsjö, Västanhede (i erforderliga fall bidrag à 3—4 kr. per dag), Älvdalen];
b) med bistånd av distriktssköterska eller församlingssyster (Leksand);
c) utan att närmare angives vem, som skulle tillhandagå, förordas kontant bidrag betr. Malung (30—35 kr. för ett hembiträde), Särna (25 kr. per månad) och Falun ($^1/_2$—$^2/_3$ av verkliga kostnaden i fråga om obemedlad eller mindre bemedlad).

Förste provinsialläkaren finner, att på landsbygden grannarna i regel torde hjälpa till; tanken på s. k. hemvårdarinnor synes god, men sådana kanske blott passa för städer eller orter med mera koncentrerad befolkning.

Fråga 6. Skulle, om bidrag, som ovan sägs, komme till stånd, något barnmorskedistrikt kunna indragas? Huru stor besparing för det allmänna skulle härigenom kunna åstadkommas?

Fråga 7. Huru stort var under år 1929 antalet barnaföderskor inom vart och ett av de avsedda barnmorskedistrikten? Huru många av dem förlöstes av barnmorska i barnaföderskans hem? Huru många av dem förlöstes å sjukstuga eller å särskild förlossningsanstalt?

Norrbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Provinsialläkardistrikt	Följande barnmorskedistrikt kunna indragas	Besparing per år för det allmänna genom indragningen, kr.	Antalet barnaföderskor år 1929 inom resp. barnmorskedistrikt	Av barnaföderskorna förlöstes	
				i hemmet med biträde av barnmorska	å sjukstuga eller å särskild förlossningsanstalt
Arjeplog	Aspnäs	2 000	10	3	7
Arvidsjaur . . .	Lövnäs	2 000	13	3	10
	Storberg	2 400	22	14	2
	Grundträsk . .	2 000	28	17	7
	Lanker	2 000	25	18	5
	Muoskosel (eventuellt)	2 400	44	23	7
Jokkmokk	Tjåmotis	2 030	4	4	0
Råneå	Niemisel (om någon tid)	1 800	37	37	0
	Vitå (om någon tid)	1 800	34	34	0
Älvsbyn	Korsträsk (om någon tid)	1 700	68	68	0
	9 à 10	**20 130**	**285**	**221**	**38**

Förste provinsialläkaren framhåller, att indragningsfrågan är vansklig att nu bedöma. Han lämnar dessutom en del sifferuppgifter, utvisande att i länet ett relativt stort antal barnaföderskor förlösas utan skolad förlossningshjälp och detta ej endast i ödemarksområdena.

Västerbottens län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Provinsialläkardistrikt	Följande barnmorskedistrikt kunna indragas	Besparing per år för det allmänna genom indragningen, kr.	Antalet barnaföderskor år 1929 inom resp. barnmorskedistrikt	Av barnaföderskorna förlöstes	
				i hemmet med biträde av barnmorska	å sjukstuga eller å särskild förlossningsanstalt
Burträsk	Lappvattnet	[1]	30	30	0
Malåträsk	Norra distriktet	1 550	30	19	2
Norsjö	Risliden	3 000 (reell besparing = 2 pl.)	19	19	0
	Raggsjö		19	18	1
	Mensträsk		16	16	0

[1] Uppgift saknas.

Provinsialläkardistrikt	Följande barnmorskedistrikt kunna indragas	Besparing per år för det allmänna genom indragningen, kr.	Antalet barnaföderskor år 1929 inom resp. barnmorskedistrikt	Av barnaföderskorna förlöstes	
				i hemmet med biträde av barnmorska	å sjukstuga eller å särskild förlossningsanstalt
Byske	Ostvik ettdera eller bägge	intet uttalande	26	26	0
	Blåfors		1	1	1
Stensele	Panträsk (om någon tid)	1 500—2 000	22	1	1
Vilhelmina	minst ett distr.	2 000	1	1	1
Vindeln	Skivsjö, Ekträsk	2 900	1	1	1
Vännäs	Tväråbäck	[1]	26	26	0
Åsele	Lomsjö	En distr.-barnmorskelön	23	23	0
	Hällaström		14	14	0
	13 à 14	[2]	—	—	—

Dessutom ställes i utsikt indragning framdeles av barnmorskedistrikt sålunda:
inom *Dorotea* prov.läkardistrikt: möjligen framdeles ett distrikt (besparing 1 350 kr. per år efter nuvarande lön);
» *Jörns* » : då förlossningsrum en tid varit i drift, troligen ett eller två distrikt;
» *Nysätra* » : »möjligen ett distrikt, åtminstone inom någon tid»;
» *Åsele* » : framdeles även Ytter-Rissjö distrikt (besparing ytterligare en distriktsbarnmorskelön).

Förste provinsialläkaren uppger, att besparingen genom indragning av omkring 13 distrikt skulle uppgå till omkring 20 000 kr. för år.

Jämtlands län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Provinsialläkaren i Ragunda distrikt anser, med instämmande av provinsialläkaren i Stuguns distrikt, att distriktsbarnmorskan i byn *Överammer* möjligen skulle kunna indragas, om ett förlossningshem inrättas inom Ragunda socken (några sifferuppgifter hava ej lämnats).

Provinsialläkaren i Månsåsens distrikt ifrågasätter, om icke *Orrvikens* barnmorskedistrikt skulle kunna omregleras genom sammanslagning med annat distrikt (antalet av distriktsbarnmorskan år 1929 skötta förlossningar utgjorde 21; andra sifferuppgifter saknas) och om icke med förbättrade kommunikationer även inom de övriga tre barnmorskedistrikten sammanslagning och omreglering skulle kunna företagas. Närmare förslag är ej avgivet.

Provinsialläkaren i Hammerdals distrikt anser, att ett distrikt inom Hammerdals kommun skulle kunna indragas, nämligen *Gisselås*, nuvarande Hallvikens distrikt (be-

[1] Uppgift saknas.
[2] Enligt förste provinsialläkaren omkr. 20 000 kr.

sparing 1 500 kr. för år; antalet barnaföderskor år 1929 16, varav ingen blivit förlöst å sjukstuga eller särskild förlossningsanstalt).

Förste provinsialläkaren motsätter sig bestämt varje som helst indragning.

Kopparbergs län.

Provinsialläkarnas yttranden:

Provinsialläkardistrikt	Följande barnmorskedistrikt kunna indragas	Besparing per år för det allmänna genom indragningen, kr.	Antalet barnaföderskor år 1929 inom resp. barnmorskedistrikt	Av barnaföderskorna förlöstes	
				i hemmet med biträde av barnmorska	å sjukstuga eller å särskild förlossningsanstalt
Svärdsjö	Lumsheden	lagstadgad lön + c:a 500 kr.	7	7	—
	Vintjärn (möjl. framdeles)	d:o	11	9	2
Borlänge	Tuna-Hästberg	uppgift saknas	10	10	—
Leksand	ett distrikt	ingen	38	35	3
Grängesberg	ett i Grangärde s:n (sannolikt)	sannolikt ingen	uppgifter saknas		
	ett i Sävsnäs s:n (sannolikt)	d:o	»		»
Lima	Rörbäcksnäs	ingen	6	6	—

Dessutom anser provinsialläkaren i Ludvika distrikt, att sammanslagning av Ludvika stads distrikt och Ludvika sockens distrikt möjligen kan äga rum (närmare uppgifter saknas). Provinsialläkaren i Nås distrikt ifrågasätter, om icke tre distrikt (Lindesnäs, Sågen och Strömdal) kunna indragas vid vakans men framhåller samtidigt, att barnmorskorna i dessa distrikt utföra en nästan nödvändig sköterskeverksamhet i de avlägsna trakterna.

Förste provinsialläkaren uttalar som sin åsikt, att indragning knappast torde kunna komma i fråga annat än i undantagsfall.

Textbil. 4. Huvudgrunderna för gällande avtal angående vård å militära sjukhus av civila, i lantförsvarets tjänst eller arbete icke anställda personer.

Mellan Kungl. Maj:t och Kronan, å ena sidan, samt nedannämnda stad och landsting, å andra sidan, hava följande avtal träffats angående vård av civila patienter å militära sjukhus:

den 10 april 1923 och den 19 juni 1929 med Skaraborgs läns landsting beträffande garnisonssjukhusen i Karlsborg resp. Skövde,

den 6 juni 1923 med Jönköpings läns landsting beträffande militärsjukhuset i Eksjö,

den 6 juni 1923 med Västernorrlands läns landsting beträffande militärsjukhuset i Sollefteå,

i november 1923 och den 12 februari 1927 med Östergötlands läns landsting beträffande garnisonssjukhuset i Linköping,

den 9 maj 1924 med Stockholms stad beträffande garnisonssjukhuset i Stockholm samt

den 28 augusti 1924 med Norrbottens läns landsting beträffande garnisonssjukhuset i Boden.

Ur avtalen må följande anföras:

A. Den civila sjukvårdens omfattning.

Å *garnisonssjukhuset i Karlsborg* emottagas, så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov det medgiver, för vård ävensom för poliklinisk undersökning och behandling civila sjuka — även kvinnor och barn — från Skaraborgs län, vilka lida av sådana sjukdomar, som enligt lasarettsstadgans[1] bestämmelser berättiga till vård å länslasarett.

Å *garnisonssjukhuset i Skövde* äger Skaraborgs läns landsting disponera 35 platser för sjuka. Landstinget äger dessutom rätt att belägga de för militära patienter avsedda sängplatser, som icke äro tagna i anspråk, liksom Kronan äger rätt att belägga ledigvarande sängplatser, som äro beräknade för landstingets räkning.

Å såväl *militärsjukhuset i Eksjö* som *militärsjukhuset i Sollefteå* emottagas, så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov det medgiver, för vård ävensom för poliklinisk undersökning och behandling civila sjuka — även kvinnor och barn — från Jönköpings respektive Västernorrlands län, vilka lida av sådana sjukdomar, som gemenligen gå under namn av invärtes sjukdomar och vilka enligt lasarettsstadgans[1] bestämmelser må intagas å länslasarett.

Å *garnisonssjukhuset i Linköping* emottagas för vård ävensom för poliklinisk undersökning och behandling, så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov det medgiver, civila sjuka — även kvinnor och barn — från Östergötlands läns landstingsområde, vilka lida av öron-, näs- och svalgsjukdomar och vilka enligt lasarettsstadgans[1] bestämmelser må intagas å länslasarett. Dessutom emottagas för vård andra civila sjuka — även kvinnor och barn — från landstingsområdet, vilka enligt lasarettsstadgans[1] bestämmelser må intagas å länslasarett men för vilka plats eller vård ej lämpligen kan beredas å lasarettet i Linköping, och äger landstinget att härför disponera i medeltal minst 8 sjuksängar för dag året om.

Å *garnisonssjukhuset i Stockholm* emottagas, så långt utrymmet det medgiver, för vård å allmän sal manliga civila sjuka med hemortsrätt i Stockholm, vilka lida av sådana sjukdomar, som enligt lasarettsstadgans[1] bestämmelser berättiga till vård å länslasarett.

Å *garnisonssjukhuset i Boden* emottagas för vård civila sjuka från Norrbottens län enligt de grunder, som finnas angivna i gällande lasarettsstadga[1] eller epidemistadga. Härför äro upplåtna dels 40 sängar å lasarettsavdelningen, därav 10 för förlossningsfall och de övriga i görligaste mån för invärtes sjuka, dels ock 50 sängar å epidemiavdelningen. Landstinget äger rätt att belägga de för garnisonen avsedda sängplatser å såväl lasaretts- som epidemiavdelningen, vilka icke äro tagna i anspråk, liksom garnisonen äger rätt att belägga ledigvarande sängplatser, som äro anvisade för landstingets räkning.

Sammanfattning: Beträffande samtliga ifrågavarande sjukhus gäller, att sjukhuset står öppet endast för sådana civila sjuka, som äro hemmahörande i det landstingsområde eller den stad utanför landsting, där sjukhuset är beläget. Vårdberättigade äro å garnisonssjukhusen i Karlsborg, Skövde, Linköping, Stockholm och Boden civila sjuka, som äro berättigade till vård å lasarett; dock att vården å garnisonssjukhuset i Linköping i huvudsak tager sikte på patienter med öron-, näs- och svalgsjukdomar samt att vården å garnisonssjukhuset i Boden avser — förutom patienter, lidande av epidemisk sjukdom — i första hand invärtes sjuka och förlossningsfall. Å militärsjukhusen i Eksjö och Sollefteå är vården av civila sjuka begränsad till dem, som lida av invärtes sjukdomar. Patientmaterialet är, såvitt avtalen utvisa, endast beträffande garnisonssjukhuset i Stockholm

[1] I stället för här åsyftade lasarettsstadga gälla nu 1928 års sjukhuslag och sjukhusstadga.

begränsat till *manliga* civila sjuka. Likaså är endast beträffande nämnda sjukhus särskilt angivet, att vården av civila sjuka må äga rum allenast å allmän sal. Något fixt platsantal är i regel ej stipulerat, utan emottagas civila sjuka, så långt utrymmet med hänsyn till arméns behov medgiver. Beträffande garnisonssjukhusen i Boden och Skövde är visserligen visst platsantal för vård av civila sjuka angivet, men vederbörande landsting äger rätt att belägga jämväl ledigvarande, för militära patienter avsedda sängplatser, liksom Kronan är tillförsäkrad motsvarande rätt i fråga om landstingsplatserna. Vad angår garnisonssjukhuset i Linköping är för vård av andra civila patienter än »öronpatienter» ett ungefärligt antal platser anvisat.

Enligt avtalens ordalydelse meddelas vid garnisonssjukhusen i Stockholm, Boden och — vad angår andra än »öronpatienter» — Linköping endast sluten vård. Vid garnisonssjukhusen i Karlsborg och — beträffande »öronpatienter» — Linköping samt å militärsjukhusen i Eksjö och Sollefteå däremot kunna enligt avtalen civila patienter mottagas även för poliklinisk undersökning och behandling. Rörande garnisonssjukhuset i Skövde finnes i avtalet intet bestämt i detta avseende. Genom kungl. brev den 14 januari 1921 har dock beträffande garnisonssjukhusen i Skövde och Boden medgivits rätt att verkställa poliklinisk-kirurgisk behandling av civila sjuka under villkor bland annat, att behandlingen av arméns personal därigenom icke eftersättes.

B. Ersättning för vården.

Garnisonssjukhuset i Karlsborg: För vård och underhåll av civila sjuka å allmän sal erlägger landstinget till Kronan ersättning för varje sjukhusdag, under vilken portion helt eller delvis åtnjutits, med det belopp, vartill mathållningskostnaderna uppgått för underhållsdag under näst föregående år, med 10 procent förhöjning för vård å halvenskilt och 25 procent förhöjning för vård å helenskilt rum. Såsom gottgörelse åt vederbörande läkare för vård av civila personer erlägger landstinget dessutom visst belopp för underhållsdag, nämligen 1 krona för högst 3 000 underhållsdagar för år räknat, 90 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 3 000 men ej 4 000, 80 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 4 000. I denna gottgörelse ingår ej sådan ersättning, till vilken läkaren enligt gällande lasarettsstadga är berättigad.

Garnisonssjukhuset i Skövde: Såsom ersättning för vård av civila patienter erlägger landstinget till Kronan ett belopp för underhållsdag lika med medelkostnaden för underhållsdag under näst föregående år för å länslasarettet inom länet vårdade patienter, sådant detta belopp framgår av lasarettets räkenskaper och angives i fastställd årsberättelse från lasarettet, efter avdrag likväl för beloppen av däri upptagna pensioner och pensionsavgifter.

Legosängsavgift utgår efter de grunder och till det belopp, som fastställes av landstinget. Influtna legosängsavgifter gottgöras landstinget. För medellös patient uttages legosängsavgiften av vederbörande kommun, dock att, om hinder uppstår för avgiftens erhållande helt eller delvis, landstinget i sista hand ansvarar för avgiftens erläggande till sjukhuset.

Militärsjukhuset i Eksjö: I ersättning för vård, som lämnats civila patienter, erlägger landstinget till Kronan ett belopp per underhållsdag lika med dagkostnaden under näst föregående år för å lasarettet i Eksjö vårdade patienter, sådant detta belopp framgår av bilaga B till lasarettets årsberättelse, dock med avdrag för vad av nämnda dagkostnad belöper å utgifterna för avlöning till lasarettssysslomannen och kostnaden för hans expedition.

Militärsjukhuset i Sollefteå: Landstinget utgiver till Kronan för vården av civila patienter ersättning, beräknad per underhållsdag enligt de grunder, som tillämpas vid uträknandet av kostnaderna för civila sjukhus, med avdrag dock av utgifterna för vederbörande läkares avlöning.

Såsom gottgörelse åt vederbörande läkare för vården av de å sjukhuset intagna civila patienter erlägger landstinget dessutom visst belopp per underhållsdag, nämligen:

1 kr. för högst 3 000 underhållsdagar för år räknat,

90 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 3 000 men ej 4 000,

80 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 4 000 men ej 6 000,

70 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 6 000 men ej 8 000, samt

60 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 8 000.

Garnisonssjukhuset i Linköping: Ersättning utgår efter enahanda grunder som vid garnisonssjukhuset i Eksjö.

Garnisonssjukhuset i Stockholm: Stockholms stad ersätter Kronan de på vården och underhållet belöpande utgifterna och erlägger därjämte det belopp, som kan erfordras för att bereda skälig gottgörelse till den sjukhusets personal, som genom den medgivna upplåtelsen kan anses erhålla ökat arbete av den art, att särskild ersättning härför bör utgå. Utgifterna för underhåll skola utgå med ett belopp, som motsvarar sjukhusets kostnader per underhållsdag under näst föregående räkenskapsår.

Garnisonssjukhuset i Boden: Kronan äger uppbära ersättning per underhållsdag, motsvarande medelkostnaden per underhållsdag vid sjukhuset under nästföregående budgetår, beräknad efter de grunder, som angivas i medicinalstyrelsens formulär för årsberättelser för civila sjukhus, bilagan B, uppgift angående inkomster och utgifter. I denna ersättning ingår icke sådan ersättning till läkare, som nedan sägs, och ej heller ersättning för ny-, om- och tillbyggnader samt större reparationer. Patienten själv erlägger, om han icke är medellös, ett belopp, motsvarande den vid länets sjukhus för varje tidpunkt gällande legosängsavgiften å allmän sal respektive å enskilt eller halvenskilt rum; återstoden erlägges av landstinget. För medellös patient uttages legosängsavgiften av vederbörande kommun, dock att, därest hinder uppstår för avgiftens erhållande helt eller delvis, landstinget i sista hand ansvarar för avgiftens erläggande. Landstinget skall dessutom till läkarpersonalen å lasarettsavdelningen utgiva ersättning med följande belopp per underhållsdag:

1 kr. för högst 3 000 underhållsdagar för år räknat,

90 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 3 000 men ej 4 000,

80 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 4 000 men ej 6 000,

70 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 6 000 men ej 8 000,

60 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 8 000 men ej 15 000 samt

50 öre för det antal, varmed underhållsdagarna för år räknat överstiga 15 000,

dock att ersättning må utgå med högst 14 000 kronor per år.

Till envar av överläkaren å epidemiavdelningen och föreståndaren för röntgenavdelningen betalar landstinget årligen ett arvode motsvarande 50 % av samtliga de avlöningsförmåner, som jämlikt gällande avlöningsreglemente för officerare m. fl. utgå till nämnda beställningshavare i egenskap av militärläkare vid kommendantskapet i Boden, ävensom å dessa avlöningsförmåner utgående dyrtidstillägg.

Uti ersättning, som ovan sägs, ingår ej sådan ersättning, till vilken vederbörande läkare enligt lasarettsstadgan är berättigad.

Anm. Enligt inhämtade uppgifter utgick den avtalade vårdersättningen, läkararvodena oberäknade,[1] resp. legosängsavgiften för civil patient å de militära sjukhusen under budgetåret 1927/28 med följande belopp per dag:

[1] Särskild läkarersättning utgår i Karlsborg, Skövde, Sollefteå och Boden.

	Karlsborg o. Skövde	Eksjö	Sollefteå	Linköping	Stockholm	Boden
Vårdersättningen:						
allmän sal . . .	3·15					
halvensk. rum . .	10 % förhöjning	4·37—4·43	4	4·09—4·73	7·65	6·38
ensk. rum . . .	25 % »					
Legosängsavgiften:						
allmän sal . . .	1·50—2	1—2	1·50—5·50	1·50—3	2·50	0·50—4
halvensk. rum . .	3·15 + 10 % förhöjning	—	4·50—7	6	—	5—7.50
ensk. rum . . .	3·15 + 25 % förhöjning	—	8—10	10	—	8—10

C. Sjukhusens förvaltning m. m.

Endast beträffande garnisonssjukhusen i Boden och Skövde har vederbörande landsting direkt inflytande å sjukhusets förvaltning och skötsel, i det att landstinget äger rätt att välja två av sjukhusdirektionens tre ledamöter; som ordförande i direktionen fungerar i Boden kommendanten därstädes och i Skövde chefen för västra arméfördelningen. I fråga om garnisonssjukhuset i Karlsborg och militärsjukhuset i Sollefteå äger landstinget att genom utsedda representanter taga del av erforderliga räkenskaper för kontrollerande av den ersättning, som skall utgå för vård av civila patienter. Rörande garnisonssjukhuset i Linköping och militärsjukhuset i Eksjö är föreskrivet, att räkning för åt civila patienter lämnad vård skall kvartalsvis överlämnas till sysslomanskontoret vid länslasarettet å platsen, vilket har att efter granskning betala räkningen. Beträffande garnisonssjukhuset i Stockholm föreskrives blott, att chefläkaren vid sjukhuset skall, så snart ersättningsbeloppet för löpande räkenskapsår blivit fastställt, underrätta stadens vederbörande myndighet om detsamma.

Textbil. 5. Grundlinjer för samverkan mellan de olika anstaltstyperna för vård av lungtuberkulos i Kopparbergs län.

Landstingets förvaltningsutskott har i samförstånd med samtliga läkare vid länets tuberkulosvårdanstalter fastställt följande grundlinjer för samverkan mellan de olika sjukvårdsinrättningarna:

För samtliga fall av lungtuberkulos, som behöva vård vid någon av landstingets sjukvårdsinrättningar, göres ansökan till länssanatoriet vid Högbo, även om ansökan samtidigt inlämnas till ett bygdesanatorium. Då en patient intagits på ett bygdesanatorium, skall detta omedelbart meddelas sanatorieläkaren vid Högbo.

Den första i varje månad insänder bygdesanatorieläkaren till läkaren vid Högbo sanatorium uppgift om bygdesanatoriets beläggning, antalet på inträde väntande män och kvinnor samt det sannolika antalet patienter, som under månaden komma att utskrivas från anstalten.

Med ledning av dessa upplysningar och övrig kännedom om de olika fallen remitterar länssanatorieläkaren ansökningar för därtill lämpade fall till de olika bygdesanatorierna, varvid hänsyn om möjligt tages till den sjukes önskan att få vård nära hemorten. Läkaren vid bygdesanatoriet uppför de sålunda remitterade ansökningarna på sin exspektantlista och inkallar de sjuka i mån av utrymme och behov. Direkt utbyte av patienter

mellan länssanatoriet och bygdesanatorierna sker i mån av behov enligt överenskommelse läkarna emellan. För övrigt beläggas bygdesanatorierna genom deras egna läkares försorg.

Patient, som intagits å bygdesanatorium, skall inom c:a 2 veckors tid sändas till länssanatoriet för undersökning, och har läkaren vid bygdesanatoriet att därvid medsända kortfattad redogörelse över å patienten gjorda iakttagelser m. m. Anser länssanatorieläkaren fallet kräva vård å länssanatoriet, intages patienten därstädes snarast möjligt. Undantag från nämnda regel om patients översändande till länssanatoriet kan göras efter överenskommelse mellan vederbörande läkare, t. ex. i händelse att den sjuke tidigare vårdats å länssanatoriet eller där blivit undersökt eller om hans tillstånd är sådant, att det icke medgiver transport, eller konsultation är uppenbart obehövlig.

Å bygdesanatorium intagen patient kan även remitteras till länssanatoriet för förnyad konsultation, därest bygdesanatoriets läkare anser detsamma behövligt på grund av särskilda förhållanden, såsom förändringar i sjukdomsbilden m. m. Remiss kan ske även för poliklinisk behandling. Länssanatorieläkaren lämnar bygdesanatoriets läkare meddelande om resultatet av sin undersökning.

Kostnaderna för resor mellan bygdesanatorierna och länssanatoriet, som företagas av patienter på grund av ovanstående bestämmelser, bestridas av landstinget. Undersökning och behandling vid Högbo av å bygdesanatorium intagen patient är för patienten kostnadsfri.

Textbil. 6. P. M. angående yrkesutbildning hos enskild yrkesidkare med bidrag från pensionsstyrelsen.

Allmänna grunder och förfaringssätt.

Sedan Pensionsstyrelsen vid prövning av föreliggande ansökan eller eljest funnit bidrag från Styrelsen till yrkesutbildning hos enskild yrkesidkare böra ifrågasättas, anmodar Styrelsen i regel pensionsnämndens ordförande i hemorten att söka ordna lämplig dylik utbildning. Styrelsens skrivelse avfattas i regel enligt bilagda formulär n:r 51.[1] Som formuläret utvisar, skall ordföranden söka att träffa skriftligt avtal, i vilket yrkesidkaren förbinder sig att emottaga eleven för *viss tid* och mot viss ersättning. I den mån sagde ordförande icke kan ordna lämplig utbildning söker Pensionsstyrelsen göra detta genom vederbörande ombud, varvid ett gott stöd erhålles i de uppgifter, som kuratorerna vid respektive vanföreanstalter insända till Pensionsstyrelsen angående yrkesidkare, vilka de vid sina resor funnit lämpliga och villiga att mottaga elever. Understundom ordnas utbildning direkt genom dylik kurator. Sedan ett förslag, inklusive förbindelse från yrkesidkaren, erhållits, fattar Pensionsstyrelsen beslut om eventuellt bidrag till utbildningen. Beslutet gives den formen, att Pensionsstyrelsen utfäster sig att lämna visst bidrag, under förutsättning att från annat håll kan erhållas ansvarsförbindelse å återstoden av kostnaderna jämte åtagande att förskottera Pensionsstyrelsens bidrag och sålunda att i första hand bestrida samtliga kostnader. Någon utbetalning av bidrag kan sålunda under inga förhållanden ifrågakomma med mindre än att garanti finnes för att samtliga kostnader under hela utbildningstiden skola kunna täckas.

Utbildningen skall övervakas av i regel pensionsnämndens ordförande på platsen eller ock av annan särskilt därtill förordnad person. Denne skall efter utgången av varje tremånadersperiod eller kvartal till Pensionsstyrelsen insända rapport angående utbildningens förlopp. Pensionsstyrelsens bidrag skall rekvireras i efterskott för tremånadersperiod eller för längre tid, varvid med kvitterade räkningar skall styrkas, att samtliga kostnader för ifrågavarande period gäldats. I övrigt hänvisas till formulär till beslut

[1] Formuläret här ej bifogat.

och skrivelse därom, när yrkesutbildning ordnats i själva hemorten (n:r 456 och 455), enahanda formulär när yrkesutbildning ordnats på annat håll än i hemorten (n:r 592 och 687), vidare formulär till ansvarsförbindelse (n:r 457) samt till sist formulär till rapport, räkning och rekvisition av Pensionsstyrelsens bidrag (n:r 547, 546 och 250).[1]

Utbildningstidens längd.

Med hänsyn till anlag, energi, lytets art m. m. växlar icke obetydligt den tid, under vilken en elev kan vara i behov av utbildning. Av praktiska skäl är det dock nödvändigt att fastslå *vissa normaltider*, vilka, särskilt med hänsyn till nödvändigheten att redan på förhand, nämligen i yrkesidkarens förbindelse, bestämma en viss tid, måste betraktas *såsom minimitider*. En avkortning av utbildningstiden får bliva en framtidsfråga, som prövas från fall till fall, och plägar dylik avkortning endast i undantagsfall medgivas. Vid fastställande av dessa minimitider för utbildning inom respektive yrken har Pensionsstyrelsen samarbetat såväl direkt med vanföreanstalterna som även med Svenska Vanföreanstalternas Centralkommitté samt med Sveriges Hantverksorganisation. Det har efter hand visat sig nödvändigt att förlänga utbildningstiderna, för att vederbörande skall kunna stå sig i den hårda konkurrensen. Med de nu gällande tiderna, vilka framgå av bilagda tabell, torde alla rimliga anspråk på en högt kvalificerad utbildning vara tillgodosedda.

Bidragets storlek m. m.

Storleken av det bidrag, som i regel utgår från Pensionsstyrelsen till utbildning i respektive yrken, framgår av den bilagda tabellen. Skulle kostnaderna vara så låga, att detta bidrag blir större än två tredjedelar av kostnaderna — i regel äro de icke oväsentligt högre — utgår bidraget dock endast med två tredjedelar av kostnaderna.

Bidraget fördelas i regel på hela utbildningstiden. Styrelsen utgår emellertid ifrån att eleven efter hand skall kunna göra skäl för sig, varför alltså nettokostnaderna böra successivt minskas. Med hänsyn härtill fördelas Styrelsens bidrag med större belopp under första tiden än mot slutet (se tabellen).

Yrke	Minimitid för utbildningen i regel	Pensionsstyrelsens bidrag	
		utgår i regel med följande belopp, dock icke med mer än $^2/_3$ av kostnaderna	fördelas på de olika utbildningsåren med i regel
Urmakeriyrket . . .	4 år + 1 års prövotid	1 500 kr.	1:a året 600 kr. 2:a året 400 » 3:e året 300 » 4:e året 200 » (4:e 100, 5:e 100)
Guldsmedsyrket . .	4 år	1 200—1 500 »	samma som urmakeri resp. 1:a året 600 kr. 2:a » 300 » 3:e » 200 » 4:e » 100 »
Måleriyrket	4 år	1 000—1 200 »	1:a året 600 resp. 600 kr. 2:a » 200 » 300 » 3:e » 100 » 200 » 4:e » 100 » 100 »

[1] Formulären här ej bifogade.

Yrke	Minimitid för utbildningen i regel	Pensionsstyrelsens bidrag	
		utgår i regel med följande belopp, dock icke med mer än 2/3 av kostnaderna	fördelas på de olika utbildningsåren med i regel
Skrädderiyrket (även grunderna för tillskärning)	4 år	1 200 kr.	samma som måleri
Snickeriyrket	3 à 4 år	1 000—1 200 »	1:a året 600 resp. 600 kr. 2:a » 300 » 400 » 3:e » 100 » 200 »
Sadelmakeri- och tapetseraryrket . . .	3 à 4 år	1 000—1 200 »	samma som snickeri
Gravöryrket	2 år	900—1 000 »	1:a året 600 resp. 600 kr. 2:a » 300 » 400 »
Sömnad (enkel klädsömnad)	1 1/2 år	600 »	400 el. 500 kr. första året, resten sista halvåret
Skomakeri (huvudsakligen reparationsskomakeri) . .	2 år	600 »	1:a året 400 kr. 2:a » 200 »
Fotografyrket . . .	1 år	600 »	
Frisöryrket	1 år	600 »	
Modistyrket	4 säsonger under en tidrymd av 2 år	600 »	

Här återgivna grunder m. m. för bidrag till yrkesutbildning hos enskilda avse all dylik utbildning, sålunda utbildning såväl för vanföra som för personer, lidande av hjärtfel, astma m. m.

Stockholm i Kungl. Pensionsstyrelsen den 31 januari 1934.

Carl Broberg.

Textbil. 7. P. M. angående isolering vid epidemiska sjukdomar i Finland, Danmark och Norge.

Finland.

Såsom allmänfarliga, smittsamma sjukdomar behandlas i Finland följande sjukdomar: smittkoppor, tarmtyfus, fläck- och återfallsfeber, rödsot, halsröta (diphteri), strypsjuka, scharlakansfeber, epidemisk hjärnhinneinflammation, barnförlamning, asiatisk kolera och pest (hälsovårdsstadgan § 69).

Enligt lagen om hälsovården den 1 juli 1927 *äger* hälsovårdsmyndighet, där någon insjuknat i allmänfarlig smittsam sjukdom eller misstänkes vara angripen av eller föra smitta av sådan sjukdom, vidtaga de åtgärder med avseende å den sjukes vård, isolering och observation, som prövas oundgängliga till förebyggande av sjukdomens spridning (§ 13). Är därvid fråga om *kolera* eller *pest, bör* den sjuke eller misstänkte *oförd röjligen*

flyttas till för ändamålet iordningställt sjukhus. Är fråga om *annan* smittsam sjukdom *bör* vederbörande, där förhållandena det medgiva, *avskiljas* från beröring med andra personer och vårdas i särskilt rum. Kan sådan anordning icke träffas och kan den sjukes kvarstannande i bostaden enligt läkarens uppfattning befaras medföra spridning av smitta, *skall* hälsovårdsnämnden påbjuda den sjukes förflyttande till epidemisjukhus (hälsovårdsstadgan § 78; jfr hälsovårdslagen § 18).

I varje stad skall finnas ett efter ortsförhållandena avpassat epidemisjukhus. I köping eller landskommun skall hälsovårdsnämnden vidtaga sådana åtgärder, att nödigt antal sjukplatser vid behov står till förfogande, i första hand — i samråd med provinsialläkaren — uppgöra plan för organiserande av den erforderliga vården (hälsovårdslagen §§ 16—17).

I praktiken bliva, enligt vad generaldirektören för medicinalstyrelsen i Finland meddelat, så gott som alla insjuknade isolerade i epidemisjukhus eller i för tillfället anordnade extra sjukhus. Undantag ha endast ifrågakommit, då den behandlande läkaren varit fullkomligt övertygad om att någon fara för smittans spridning ej föreligger. I dessa fall inhämtas i regel förste stadsläkarens eller provinsialläkarens samtycke, ehuru detta ej är i författning föreskrivet.

Ovannämnda förfarande har enligt generaldirektören visat sig vara tillfredsställande.

Danmark.

Den danska lagen den 10 maj 1915 om »Foranstaltninger mot smitsamme Sygdommes Utbredelse» skiljer mellan de egentliga farsoterna, såsom »Pest, asiatisk Kolera, gul Feber, Blodgang, Plettyfus, Kopper og Spedalskhed», å ena sidan samt övriga smittsamma sjukdomar å andra sidan. De förra äro *alltid* föremål för offentlig behandling; de senare — med undantag av tuberkulos och veneriska sjukdomar, varom gälla särskilda regler — *kunna*, när de äro av elakartad karaktär eller fått större spridning eller eljest särskild anledning föreligger, av Overepidemikommissionen förklaras vara föremål för sådan behandling (§ 6).

Envar, som lider eller misstänkes lida av en under offentlig behandling varande sjukdom, skall isoleras så att smitta förebygges. Sådan isolering skall i första hand ske i vederbörandes bostad; kan isolering där icke ske på tillfredsställande sätt, äger epidemikommissionen påbjuda, att den sjuke skall isoleras på sjukhus eller annan genom vederbörande epidemikommissions försorg iordningställd isoleringslokal (§ 14). Vid isolering i hemmet kunna barn till medellösa föräldrar, därest dessa så önska, kostnadsfritt omhändertagas av det allmänna, så länge sjukdomen eller smittfaran i hemmet varar (§ 15).

Vid tyfoidfeber, paratyfus, paradysenteri eller med dessa besläktad sjukdom, difteri, scharlakansfeber, smittsam hjärnhinneinflammation eller akut barnförlamning — som icke enligt ovan förklarats vara föremål för offentlig behandling — är isolering icke påbjuden. Dock *äger* epidemikommission, därest en i skolbyggnad boende person skulle lida av sådan sjukdom, isolera denne på sjukhus (§ 27), Vidare *kunna* danska medborgare och vissa med dem jämställda personer samt deras barn under 15 år, när de äro behäftade med sådan sjukdom, intagas till kostnadsfri vård å kommunalt epidemisjukhus, därest begäran därom framställts av läkare i samband med sjukdomens utbrott eller eljest av vederbörande epidemikommission (§ 28).

Enligt uppgift från Sundhedsstyrelsen äger — med stöd av § 28 — isolering å sjukhus rum i praktiskt taget alla fall av sistnämnda sjukdomar. Nämnda paragraf kan ock bringas i tillämpning vid sömnsjuka (encefalitis letharg.), om epidemikommissionen så bestämmer eller vederbörande sjukhus det medgiver. Undulantfeber och malaria äro däremot icke föremål för offentlig eller kostnadsfri behandling i Danmark.

Vidare upplyser Sundhedsstyrelsen, att isoleringstidens längd vid difteri och strypsjuka vanligen är 3—7 veckor samt vid okomplicerade fall av scharlakansfeber 35 dagar. Tyfus-, paratyfus- och paradysenteripatienter utskrivas, när de kliniska symptomen försvunnit och baciller icke påvisats i fæces (ev. urin) vid 3 på varandra följande, med

5 dagars mellanrum utförda undersökningar. Uppnås icke bacillfrihet, kan utskrivning likväl ske, därvid dock särskilda förhållningsregler meddelas den utskrivne.

Enligt Sundhedsstyrelsens mening har praxis i stort sett verkat tillfredsställande.

Norge.

Enligt norska »sundhetsloven» av d. $^{16}/_{5}$ 1860 har »sundhetskommissionen» att vid *»farlig»* epidemisk eller smittsam sjukdoms utbrott eller närmande träffa de anstalter, som »sygdommens beskaffenhet paakraever» (§ 15). Griper »ondartet sygdom» vidare omkring sig, äger kommissionen upprätta provisoriska sjukhus, eventuellt expropriera därför erforderliga lokaler (§§ 17—18). Personer, som lida av dylik »ondartet» sjukdom, äro pliktiga att, därest spridning genom smitta kan befaras, på sundhetskommissionens eller högre myndighets anmodan låta behandla sig på sjukhus, såframt de icke utan dröjsmål kunna skaffa sig erforderlig vård i hemmet eller annan privat bostad (§ 21).

Begreppen »farlige» eller »ondartede» epidemiska eller smittsamma sjukdomar ha icke närmare preciserats i lagen, utan har det — jämlikt »laegeloven» $^{29}/_{4}$ 1927, § 10 — överlåtits åt Socialdepartementet att bestämma, vilka sjukdomar, som skola vara föremål för »det offentliges saerlige forsorg». Detta är alltid fallet med följande sjukdomar: pest, gul feber, kolera, koppor, återfalls- och fläckfeber, febris undulans, tyfoidfeber, mjältbrand, mul- och klövsjuka, dysenteri, difteri, scharlakansfeber och sömnsjuka ävensom, i smittsamt stadium, akut barnförlamning, epidemisk hjärnhinneinflammation samt veneriska sjukdomar. Föremål för offentligt ingripande kunna dessutom bliva dels barnsängsfeber, såvitt det gäller åtgärder för att hindra dess spridning, dels mässlingen och akut blodig diarré, då de uppträda häftigt och äro av elakartad karaktär. För spetälska och tuberkulos gälla särskilda bestämmelser (lagen $^{5}/_{8}$ 1857 och $^{6}/_{6}$ 1885 ang. spetälska samt $^{8}/_{5}$ 1900 ang. tuberkulösa).

Som synes av § 15 har lagen anförtrott åt vederbörande sundhetskommission att välja erforderliga medel för smittas bekämpande. I praxis ha genom ämbetsskrivelser lämnats åtskilliga direktiv även i förevarande hänseende. Sålunda har å ena sidan isolering i större eller mindre utsträckning påbjudits vid bl. a. »barnekopper», akut barnförlamning (3 veckor), epidemisk hjärnhinneinflammation, sömnsjuka, difteri samt veneriska sjukdomar. Å andra sidan har under senare år, för att i någon mån minska det allmännas utgifter för de epidemiska och smittsamma sjukdomarnas bekämpande, särskild försiktighet anbefallts beträffande isolering på sjukhus av scharlakansfeberpatienter. Sådan isolering borde endast ske, då sjukdomen vore av särskilt elakartad natur eller visade sig medföra komplikationer, som ökade eller förlängde smittfaran, eller »helserådet» eljest ansåge isolering erforderlig. (Jfr ämbetsskriv. $^{24}/_{3}$ 1927 och $^{21}/_{4}$ 1931.)

Någon skyldighet för kommunerna att hava epidemisjukhus synes icke föreligga. Enligt uppgift av norske statens epidemilaege ha emellertid numera nästan alla städer mer eller mindre goda isoleringslokaler eller epidemisjukhus. I landskommunerna däremot finnas sådana endast undantagsvis, varför man där i allmänhet är hänvisad till att behandla de sjuka i deras hem. Vid större epidemier är man under sådana förhållanden tvungen att anordna provisoriska sjukhus (eventuellt expropriera för ändamålet lämpliga lokaler).

Textbil. 8. Taxa att tillämpas vid mottagning för öppen sjukvård å Blekinge läns landstings lasarett, fastställd av medicinalstyrelsen genom beslut den 23 december 1930.

I.

Medicinska sjukdomar eller kirurgiska sjukdomsfall, som ej föranleda operativt ingrepp eller annan kirurgisk behandling.

	kr.
Första besöket	4—5
Förnyat besök	2—3

II.

Kirurgiska sjukdomsfall, som föranleda operativt ingrepp eller annan kirurgisk behandling. (Vid dessa fall bortfaller ersättning enligt avdelning I här ovan.)

a.	kr.
Hopsyning av sårskador	5—10
Smärre ingrepp (såsom öppnande av varbölder o. d.)	5
Punktion och utsugning av vätskeansamlingar	5—10
Hopsyning av senskada (sensutur)	10—20
Operation för senskideinflammation	10
Amputation av fingrar eller tår	10—15
Operation för nageltrång	10—15
Behandling av åderbråck med insprutning	5—10
Operation av mindre svulster, cystor el. dyl.	10—15

b.	kr.
Avlägsnande av främmande kropp ur ögats horn- eller bindehinna	5
Operation av chalazion	10
» för tårsäcksinflammation (incision)	5
Klyvning av tårgång (Bowmans operation)	5
Avlägsnande av tårsäck	10—15
Enkel operation för skelögdhet (tenotomi)	10

c.	kr.
Trumhinnestick	5
Operation för varbildning i hörselgången	5
Avlägsnande av polyper i hörselgången	5—10
Operation för septumdeviation (»snedställd mellanvägg»)	10—25
Klippning av mussla (conchotomi)	10—15
Avlägsnande av polyp i näshålan	10—15
Punktion av käkhålan	5
Trepanation av käkhåla	10—15
Utrymning av silbensceller	10—20
Fullständigt avlägsnande av halsmandlarna (tonsillektomi)	15—20
Klippning av halsmandlarna (tonsillotomi)	15
Operation för förstorade svalgmandlar (adenoida vegetationer)	10
Klippning av halsmandlarna jämte operation för förstorade svalgmandlar	15

	kr.
Operation för halsböld (phlegmonös angina)	5—10
Tandutdragning	5
» med insnitt av tandböld	10
Sanering av munhålan	15—20

d.

	kr.
Operation för fissura eller contractura ani (förträngning av slutmuskel kring ändtarmsöppningen)	5—10
Operation för livmoderpolyp	10

e.

	kr.
Reposition med fixationsförband av brott av revben	5
» » » å nyckelben	5
» » » » underarm	10—15
» » » » hand eller fingrar	5—10
» » » » underben	10—15
» » » » fot	10—15
» » » av urledvrickningar	10—15
Anläggande av gipsförband å arm eller ben av andra orsaker än benbrott	10
Anläggande av gipskorsett	10—15
Omläggning av gipsförband	5—10

f.

	kr.
Sondering av matstrupe	5
» » urinrör	5
Tappning av urinblåsa eller blåsköljning	5—10

Operation eller annan behandling, som icke upptages härovan, taxeras i överensstämmelse med närmast jämförlig ovan nämnd behandlingsgrupp.

För förnyade besök, avseende omläggning av sår, tillsyn efter utförda operationer, uttagande av suturer m. m., utgår särskild ersättning, beräknad efter 2—3 kronor per besök.

III.

Laboratorieundersökningar.

1. Medellösa erhålla dylika undersökningar kostnadsfritt.
2. Övriga patienter erlägga till läkaren avgift enligt följande taxa:

	kr.
Blodkroppsräkning: röda blodkroppar	3
» röda + vita blodkroppar	4
» vita blodkroppar	2
» differentialräkning	3
» fullständig	6
Provfrukostundersökning	5
Webers prov	2
Jäsningsprov å fæces	2
Blodsockerbestämning	2
Restkvävebestämning i blod	5
Bestämning av acetonkroppar i urin	3

	kr.
Kvantitativ sockerbestämning i urin 1:a gången	3
» » » » övriga gånger	1
Mikroskopisk urinundersökning	2
Sputumundersökning	5
Basalmetabolismbestämning	8

Enklare laborationer, såsom bestämmande av halten av blodfärgämne, undersökning av urin på förekomst av socker och äggvita, blodtrycksmätning o. d., utföras utan något tilläggsarvode.

IV.

Röntgenundersökningar.

För röntgenundersökning har patient att utöver kostnaden för förbrukad röntgenfilm erlägga en avgift, vars belopp tillsvidare för varje särskilt fall bestämmes av den läkare, som verkställt undersökningen.

Anmärkning. Denna taxa gäller ej vid av läkaren anordnad enskild mottagning, utan äger läkaren att själv bestämma storleken av den gottgörelse, som patienten därvid har att erlägga.

Textbil. 9. Poliklinikersättningar i Stockholm och Göteborg.

Stockholms stad.

Till envar av de *särskilda* polikliniklläkare, som vid Sabbatsbergs sjukhus finnas anställda å respektive medicinska polikliniken, ögonpolikliniken och öronavdelningens foniatriska poliklinik, utgår avlöning med 3 000 kr. jämte dyrtidstillägg. Polikliniklläkarna å medicinska polikliniken och å ögonpolikliniken äga därjämte uppbära hälften av inflytande poliklinikavgifter. Likaledes äga övriga å sistnämnda polikliniker tjänstgörande läkare liksom ock de å medicinska polikliniken vid sjukhuset S:t Göran och å polikliniken vid Sachska barnsjukhuset tjänstgörande sjukhusläkarna uppbära hälften av inflytande poliklinikavgifter. Samma förmån är enligt stadsfullmäktiges beslut även tillerkänd de å öronpolikliniken vid Sabbatsbergs sjukhus tjänstgörande statsanställda amanuenserna, men frågan om avgifter vid denna poliklinik är ännu ej slutbehandlad. Till de å de olika kirurgiska poliklinikerna tjänstgörande sjukhusläkarna utgå däremot av de influtna avgifterna särskilda ersättningar, som sammanlagda för var och en av poliklinikerna ej må överstiga visst belopp (för polikliniken å Sabbatsbergs sjukhus 4 000 kr. årligen, å Maria sjukhus likaledes 4 000 kr., å sjukhuset S:t Erik 600 kr. och å sjukhuset S:t Göran belopp, som bestämmes av tjänstenämnden). Dessa maximibelopp hava beräknats med hänsyn till poliklinikarbetets omfattning och antalet tjänstgörande läkare

Poliklinikavgifter.

För behandling å de vid vissa stadens sjukhus inrättade *poliklinikerna* gälla följande bestämmelser.

All behandling är kostnadsfri dels å de åt karolinska institutet upplåtna gynekologiska och öronpoliklinikerna vid Sabbatsbergs sjukhus, dels vid sjukhuset S:t Görans poliklinik för könssjukdomar i fråga om sådan sjukdom i smittsamt skede. Vid övriga polikliniker är behandlingen kostnadsfri för medellösa, men andra besökande erlägga en

avgift av 2 kr. för varje besök (fr. o. m. sjätte besöket 1 kr.), dock att vid behandling å kirurgisk poliklinik av olycksfall utom arbete första besöket alltid är kostnadsfritt. För behandling av olycksfall i arbete utgör avgiften 3—10 kr. för första besöket och 2—3 kr. per besök för efterbehandling. Vid poliklinisk behandling utom polikliniktid av å sjukhuset ej intagna, icke medellösa personer äger läkaren uppbära skäligt arvode efter eget bestämmande (varav en del tillfaller sjukhuset).

Göteborgs stad.

För poliklinikerna i Göteborg finnas de taxor fastställda, som här nedan återgivas. På förfrågan i vilken utsträckning de vid dessa polikliniker inflytande avgifter tillfalla vederbörande läkare, har hälsovårdsnämnden i Göteborg hänvisat till en skrivelse från nämndens ekonomichefsexpedition till dess budgetsberedning, som här nedan likaledes återgives. I anslutning därtill har hälsovårdsnämnden meddelat, att i poliklinikernas driftkostnader icke medräknades kostnaden för lokal men i övrigt alla kostnader, såsom för avlöningar, medikamenter, förbandsartiklar, underhåll och reparation av apparater och instrument, slipning m. m., samt att anledningen till att läkaren vid Barnsjukhusets kirurgiska poliklinik ej behövde ersätta stadskassan mera än 25 % av driftkostnaderna vid polikliniken vore den, att denna helt handhades av vederbörande överläkare och att denne hade i influtna poliklinikavgifter sin huvudsakliga inkomst.

Bestämmelser och taxor för Göteborgs stads polikliniker.

Gemensam bestämmelse för samtliga nedan nämnda polikliniker:

I Göteborgs stad mantalsskrivna eller kyrkoskrivna personer, som förete vederbörligt medellöshetsintyg, erhålla kostnadsfri behandling.

Andra i Göteborgs stad mantals- eller kyrkoskrivna personer erlägga nedan stadgade avgifter vid:

Medicinska polikliniken å Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset:

för första besöket	4 kr.
» varje förnyat besök	2 »
» receptförnyelse	1 »
» sjukkasseintyg	1 »
» elektrisk behandling för gång	50 öre—1 »

Kirurgiska polikliniken å Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset, å Oscar och Maria Ekmans sjukhus och kirurgiska polikliniken i Lundby:

för första besöket	4 kr.
» varje förnyat besök (omläggning o. d.)	2 »
» större ingrepp av sådan beskaffenhet, att de med fördel för patienten kunna göras polikliniskt (sensöm, omläggning av gipsförband), högst	20 »
» sjukkasseintyg	1 »

För genom olycksfall i arbete skadade erlägges dessutom en avgift för förband, beräknad efter 20 proc. å läkararvodet.

Polikliniken för ögonsjukdomar å Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset:

för första besöket	5 kr.
» varje förnyat besök	3 »
» större ingrepp av sådan beskaffenhet, att de med fördel för patienten kunna göras polikliniskt, högst	20 »
» sjukkasseintyg	1 »

Polikliniken för öron-, näs- och halssjukdomar å Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset samt polikliniken för samma sjukdomar å Gamla Sahlgrenska sjukhuset:

för första besöket	5 kr.
» varje förnyat besök	3 »
» större operativa ingrepp av sådan beskaffenhet, att de med fördel för patienten kunna utföras polikliniskt, högst	20 »
» sjukkasseintyg	1 »

Röntgenpolikliniken vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset:

Undersökningar	5—15 kr.
Behandlingar, fulldos	5— 7·50 »
Första besöket	4 »
Följande besök	2 »

Polikliniken för invärtes sjukdomar å Barnsjukhuset:

för första besöket	4 kr.
» varje förnyat besök	2 »
» receptförnyelse	1 »
» sjukkasseintyg	1 »

Polikliniken för kirurgiska sjukdomar å Barnsjukhuset:

för första besöket	4 kr.
» varje förnyat besök (omläggning o. d.)	2 »
» större ingrepp av sådan beskaffenhet, att de kunna göras polikliniskt, högst	20 »
» sjukkasseintyg	1 »

Polikliniken för kvinnliga underlivssjukdomar å Gamla Sahlgrenska sjukhuset:

för första besöket	4 kr.
» varje förnyat besök	3 »
» sjukkasseintyg	1 »

Taxa för Göteborgs stads poliklinik för massage och sjukgymnastik å Gamla Sahlgrenska sjukhuset:

I Göteborgs stad mantalsskrivna eller kyrkoskrivna personer, som förete vederbörligt medellöshetsintyg, erhålla kostnadsfri behandling.

Andra i Göteborgs stad mantals- eller kyrkoskrivna personer erlägga för vart och ett av de 10 första besöken	1·50 kr.
» varje besök därutöver	1 »

Taxa för poliklinikerna å Holtermanska sjukhuset och Gamla Sahlgrenska sjukhuset för behandling av hudsjukdomar och könssjukdomar i icke smittsamt skede:

för första besöket	4 kr.
» varje förnyat besök	2 »
» receptförnyelse	1 »
» sjukkasseintyg	1 »

Efter framställning av budgetsberedningen beslutade hälsovårdsnämnden vid sammanträde den 2 maj 1929, *att* läkarna vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets kirurgiska poliklinik samt vid dess poliklinik för öron-, näs- och halssjukdomar skulle utav influtna

poliklinikavgifter avstå så stor del, att stadens kostnader för sagda polikliniker, dock med avdrag av de kostnader, vilka beräknades belöpa på *icke* betalande patienter, till fullo täcktes, *att* ersättningen från Barnsjukhusets kirurgiska poliklinik till stadskassan för dess med polikliniken förbundna kostnader skulle som tidigare varit fallet utgå med 25 % av sagda kostnader, med avdrag för medellösa patienter, *att* prosektorn, liksom hittills, även för år 1929 skulle avstå 1 000 kronor till stadskassan samt *att* laboratorn, liksom tidigare, ävenledes för sagda år skulle till staden avstå 1 000 kronor ävensom 75 % av den ersättning, som under samma år tillfördes bakteriologiska avdelningen för prov, härrörande från vårdhemmet Gibraltar, ävensom *att* beloppen skulle inlevereras kvartalsvis i efterskott.

Avdraget för *icke* betalande patienter vid förstberörda två polikliniker bestämdes till 15 %.

Beträffande antalet patienter och kostnaderna under år 1929 hänvisas till nedanstående tåblå:

	Antal patienter	Medellösa	Kostnader, kr.
A. S. S:s kir. pol.	7 280	321 (4.41 %)	26 647·—
A. S. S:s öronpol.	4 512	465 (10.3 %)	8 965·69
B. S:s kir. pol.	3 738	335 (8.96 %)	7 726·—

Vidkommande kostnaderna för Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets kirurgiska poliklinik och öronpolikliniken torde dessa rättvisligen böra minskas med respektive 4 370 kronor och 1 057 kronor av den anledningen, att dessa belopp utgöra avlöning åt elever och städerskor, vilka icke kunna anses betjäna poliklinikerna på sådant sätt, att kostnaden för desamma bör inräknas i poliklinikernas driftkostnader.

Driftkostnaderna för år 1929 skulle sålunda för nu ifrågavarande polikliniker beräknas till:

för *A. S. S:s kir. pol.*	kr. 22 277·—
» *A. S. S:s öronpol.*	» 7 908·—
» *B. S:s kir. pol.*	» 7 726·—

I skrivelse har biträdande läkaren vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhusets öronavdelning Nils Boström, med instämmande av avdelningsläkaren Knutson, hemställt, att ersättningen till stadskassan innevarande år måtte beräknas efter samma grunder som tillämpats före år 1929 eller med 25 % av poliklinikens driftkostnader efter avdrag av kostnaden för medellösa patienter.

Bärande skäl synas icke föreligga för bifall till framställningen, men tyckes det likväl rättvist, att avdraget för *icke* betalande patienter höjes med c:a 10 % eller i förevarande fall till 20 %.

Med bibehållande i övrigt av de grunder, som tillämpades under sistlidet år, komma de belopp, vilka under innevarande år böra avstås till stadskassan, att utgöra beträffande:

A. S. S:s kir. pol.	kr. 22 277·—	—	15 %	=	kr. *18 935·45*
A. S. S:s öronpol.	» 7 908·—	—	20 %	=	» *6 326·40*
B. S:s kir. pol.	» 7 726·—	—	9 %	=	» 7 030·66 —
			75 %	=	» *1 757·66*

Vad åter angår laboratoriet böra prosektorn och laboratorn, liksom hittills, avstå 1 000 kronor vardera, varjämte laboratorn bör till stadskassan avstå 75 % av den ersättning, som under innevarande år tillföres bakteriologiska avdelningen för prov, härrörande från vårdhemmet Gibraltar.

Samtliga belopp böra inlevereras kvartalsvis i efterskott.

Textbil. 10. Tillhandahållandet av insulin åt obemedlade och mindre bemedlade, å sjukhus ej intagna personer, som lida av sockersjuka.

A. Inom landstingsområden.

Nedanstående översikt omfattar landstingsanslagens för ifrågavarande ändamål storlek, huruvida tillhandahållandet av insulin sker kostnadsfritt eller mot reducerad avgift, huruvida föregående intagning å sjukhus och läkarintyg uppställts som villkor för bidrag, prövningsförfarandet i övrigt samt utlämningsförfarandet. Uppgifterna avse samtliga de 19 landsting, som enligt vad 1932 års landstingshandlingar giva vid handen bevilja anslag, varom här är fråga.

I. Anslagens storlek.

För år 1933 hava 14 landsting för ifrågavarande ändamål beviljat tillhopa 71 400 kronor. Beloppet fördelar sig mellan dessa landsting sålunda: Stockholms län 7 500, Östergötlands 5 000, Jönköpings 6 000, Blekinge högst 1 400, Malmöhus 9 500, Hallands 2 000, Göteborgs och Bohus 3 000, Älvsborgs 9 000, Skaraborgs 5 000, Värmlands 5 000, Örebro 8 000, Västmanlands 2 500, Kopparbergs 5 000 och Västernorrlands län 2 500 kronor. Västerbottens läns landsting har för år 1933 anvisat 6 500 kronor till rese- och sjukvårdsbidrag vid specialvård utom länet samt som bidrag för utlämnande av insulin. Dessutom hava anslagits av Kronobergs läns landsting år 1932 3 500 kronor, av Kalmar läns norra landsting år 1930 1 000 kronor och av Kalmar läns södra landsting år 1931 1 000 kronor. Sistnämnda landsting beslöt år 1932 medgiva direktionerna för lasaretten inom landstingsområdet att, därest konstant behov av anslag till ifrågavarande ändamål kunde anses vara för handen, upptaga anslag till ändamålet i vederbörande utgiftsstater. Slutligen har Kristianstads läns landsting år 1930 beslutat, att insulin må med anlitande av anslaget till medicin vid länets lasarett från dessa tills vidare tillhandahållas sådana obemedlade sockersjuka patienter inom länet, vilka med erhållande av insulin kunna sköta sig i hemmen.

II. Tillhandahållande av insulin kostnadsfritt eller mot reducerad avgift.

Insulinet tillhandahålles *obemedlade* kostnadsfritt beträffande 6 landstingsområden, helt eller delvis kostnadsfritt beträffande 3, till minst $^1/_3$ av sjukhusets självkostnadspris beträffande 1, till högst halva kostnaden för ordinerad insulinmängd beträffande 1, till halva kostnaden för ordinerad insulinmängd beträffande 3, till (i regel) minst halva kostnaden för anskaffande av insulin beträffande 1 samt enligt landstingets förvaltningsutskotts villkor beträffande 1 landstingsområde.

Åt *mindre bemedlade* tillhandahålles insulinet kostnadsfritt beträffande 4 landstingsområden, helt eller delvis kostnadsfritt beträffande 2, till minst $^1/_3$ av sjukhusets självkostnadspris beträffande 1, till halva kostnaden för ordinerad insulinmängd beträffande 4, till (i regel) minst halva kostnaden för anskaffande av insulin beträffande 1 samt enligt landstingets förvaltningsutskotts (resp. dess sjukvårdsavdelnings) villkor beträffande 2 landstingsområden.

Ett landsting — ej inbegripet i de ovan avsedda — har ställt anslag till sitt förvaltningsutskotts förfogande för bestridande av kostnader för insulinbehandling mot sockersjuka och uppdragit åt förvaltningsutskottet att bestämma över medlens användning ävensom att i övrigt bestämma former och villkor för utlämnande av understöd i förevarande avseende.

Ett annat landsting — ej heller inbegripet i dem, som ovan avses — har anvisat anslag att stå till förvaltningsutskottets förfogande för användning till bland annat bidrag för

utlämnande av insulin samt uppdragit åt direktionerna vid landstingsområdets lasarett att noga pröva och tillse, att bidrag ur anslaget endast tillkomme person, som styrkt, att verkligt behov av understöd förelåge.

III. Föregående intagning å sjukhus

har föreskrivits som villkor av 8 landsting. Inom 3 av landstingsområdena ifråga skall intagningen hava ägt rum å någon länets sjukvårdsanstalt och inom övriga 5 å lasarett, varav i ett fall å visst av landstingets lasarett. Dessutom utgår i ett fall bidrag till *poliklinikpatienter* vid visst lasarett.

Direkt föreskrift om *företeende av läkarintyg* har meddelats av likaledes 8 landsting. Intyget skall vara utfärdat av lasarettsläkare i länet (3 fall), läkare vid lasarett eller militärsjukhus inom länet (1 fall), chefläkare vid något av länets lasarett, sjukhus, sjukstugor eller militärsjukhus (1 fall), läkare å allmän sjukvårdsinrättning (1 fall), läkare inom länet (1 fall), legitimerad läkare (1 fall).

IV. Prövningsförfarandet i övrigt.

Till en början må här anföras att direkt bestämmelse om ansökans ingivande utfärdats beträffande endast 2 landstingsområden. Ansökningen skall i dessa fall göras hos förvaltningsutskottet resp. hos lasarettsdirektion eller sjukstugudirektion. I de två avsedda fallen har jämväl föreskrift lämnats om vem, som har att ingiva ansökningen (den sjuke eller den fattigvårdsstyrelse, under vilken den sjuke lyder, resp. den sjuke eller hans målsman).

Prövningen av den sjukes behov av insulin skall hava verkställts eller verkställas

a) genom sjukhusvistelse i 8 fall (jfr ovan under III),
b) av förvaltningsutskottet i 1 fall,
c) av sjukhusdirektion i 2 fall,
d) av chefläkare i 3 fall.

Prövning, huruvida den insulinbehövande är obemedlad eller mindre bemedlad, skall verkställas av

a) förvaltningsutskottet i 1 fall,
b) lasarettsdirektion i 1 fall,
c) lasarettsdirektion eller av denna härför utsedda delegerade i 2 fall,
d) vederbörande läkare i 1 fall.

Intyg med avseende å den sjukes ekonomiska förhållanden skall företes, utfärdat av fattigvårdsstyrelse (2 fall), fattigvårdsstyrelse eller kommunalnämnd (2 fall) eller kommunal myndighet (1 fall). Intyget skall utvisa resp.: att den sjukes ekonomiska förhållanden äro sådana, att utgiften för insulin för honom kan anses särskilt betungande; den sjukes förmögenhetsställning; att verkligt behov av hjälp för inköp av insulin föreligger; medellöshet; att den sjuke eller för honom försörjningspliktig är obemedlad eller mindre bemedlad. 3 landsting hava föreskrivit, att den sjuke skall styrka verkligt behov för honom av understöd, varom här är fråga, men hava icke närmare angivit sättet för detta styrkande. Ett landsting har bestämt, att sökanden skall förete handlingar, varom i 59 § fattigvårdslagen sägs.

Enligt beslut av 5 landsting får bidraget icke tjäna till lindring i den resp. kommuner åliggande skyldigheten att bekosta vård åt sina enligt fattigvårdslagen fattiga sjuka.

Beträffande 13 landstingsområden har vederbörande landsting utsagt, att bidraget må utgå enbart till personer med hemortsrätt inom landstingsområdet. Vad angår återstående 6 landstingsområden har dylikt villkor icke direkt stipulerats.

V. Utlämningsförfarandet.

Insulinet får beträffande 5 landstingsområden avhämtas å vederbörande sjukvårdsinrättning; i 2 av dessa fall, båda avseende lasarett, må lasarettsläkarna utlämna insulinet

från lasarettets förråd först efter lasarettsdirektionens beprövande, därest tvekan skulle råda. För 5 andra landstingsområden gäller, att insulinet utlämnas å visst eller vissa apotek mot företeende av antingen läkarintyg eller recept av lasarettsläkare, försett med bevis att kostnaderna för insulinet skola gäldas av landstinget, eller ock tillståndsbevis, som utfärdats av lasarettssyssloman (resp. i visst fall landstingets expedition) och avser uttagande å visst eller vissa apotek av insulinbehov, svarande mot ordination; i ytterligare 1 landstingsområde utlämnas insulinet å apotek, men andra bestämmelser hava icke härför meddelats, än att förvaltningsutskottet äger utanordna bidrag för inköpet.

B. I städer, som icke deltaga i landsting.

Beträffande *Stockholms* stad finnes särskilt anslag ej i staten beviljat för tillhandahållande av insulin, utan kostnaderna härför bestridas av ett gemensamt anslag å 172 000 kronor, avsett för läkarvård och medikamenter åt fattiga sjuka utom stadens sjukhus.

Insulin tillhandahålles obemedlade personer kostnadsfritt i samma ordning som annan medicin.

Distrikts- och polikliniläkare äga att utskriva fri insulin liksom annan medicin utan patientens intagning å sjukhus.

Prövningen av insulinbehovet för den sjuke verkställes av vederbörande distrikts- eller polikliniläkare. Prövningen av den sjukes ekonomiska förhållanden verkställes av fattigvårdens vederbörande distriktsbyrå.

Insulinet tillhandahålles å apoteken mot recept av distrikts- eller polikliniläkare med angivande, att medicinen skall utlämnas på hälsovårdsnämndens bekostnad.

Göteborgs stad har ej anslagit någon särskild summa för ifrågavarande ändamål, utan kostnaderna bestridas av anslaget till fattigmedicin. Kostnadsbeloppet år 1932 är icke känt.

Insulinet tillhandahålles kostnadsfritt åt medellösa. Av mindre bemedlade söker man avkräva det delbelopp, som är möjligt erhålla, varvid förfares så, att å rekvisitionsreceptet angives huru mycket patienten själv skall betala. Skillnaden mellan verkliga kostnaden och nämnda delbelopp betalar hälsovårdsnämnden.

Föregående intagning å sjukhus har visserligen icke uppställts som villkor men förekommer praktiskt taget alltid.

Rätt att utskriva insulin tillkommer överläkarna å de stora kliniska sjukhusen samt distriktsläkarna. Å receptet angiver läkaren den kvantitet, patienten äger utbekomma. Medellösheten prövas genom fattigvården.

Utlämningen sker å något av stadens apotek, varvid detta har att pröva, att utskrivningen av insulinet skett genom av hälsovårdsnämnden godkänd läkare.

I *Malmö* stad äro bidragen till kostnaden för insulin åt obemedlade och mindre bemedlade personer inom staden fattigvårdsbidrag. Insulinet tillhandahålles kostnadsfritt. Något särskilt anslag härför är icke upptaget på fattigvårdens stat, utan Malmö allmänna sjukhus, från vilket insulinet utlämnas, erhåller vid årets slut ersättning från anslaget till läkemedel åt obemedlade. För år 1932 uppgingo omkostnaderna för ändamålet till kr. 1 567·80. Huruvida fattigvården skall mot den sjuke göra gällande krav på återbetalning blir beroende av prövning i varje särskilt fall. I allmänhet torde dylik prövning icke äga rum, men en tendens till åtstramning torde kunna utläsas därav, att en särskild tjänsteman nyligen blivit tillsatt inom fattigvården med uppgift att undersöka i vilka fall återbärning av fattigvårdsbidrag lämpligen bör äga rum.

De sockersjuka remitteras enligt överenskommelse mellan fattigvården och underläkarna å Malmö allmänna sjukhus till de sistnämnda. Genom dessas försorg intagas vederbörande för en tids undersökning och »inställning» på sjukhuset. En sådan undersökning utgör, ehuru icke föreskriven, i praktiken en förutsättning för bidrag. Efter utskrivningen äger en fortlöpande kontroll rum genom underläkarna å sjukhusets medicinska avdelning, som eljest icke hava poliklinisk mottagning (officiellt) men väl mot betalning emottaga egna patienter viss tid på dagen och på samma mottagning även

sköta efterbehandlingen av från sjukhuset utskrivna medellösa patienter och bland dessa de sockersjuka.

Intyg från fattigvårdsassistenten om den sjukes ekonomiska förhållanden skall företes. Insulinet avhämtas på sjukhuset och tages av dess förråd.

Norrköpings stad har icke anslagit några medel för anskaffande av insulin åt obemedlade eller mindre bemedlade, å sjukhus ej intagna personer. I de fall, där sjuka, som äro i behov av insulin, hava svårigheter att själva bekosta detsamma, hänvisas de till fattigvården. Vid undersökning rörande sökandes ekonomiska förhållanden tager fattigvårdsstyrelsen hänsyn till de stora utgifter, som äro förenade med insulinbehandling. De sjuka hänvisas till fattigvårdens läkare, genom vilkens ordination erforderlig behandling och medicin erhållas.

Hälsingborgs stad har för ändamål, varom här är fråga, anslagit kr. 3 000 för år 1933. Insulinet tillhandahålles avgiftsfritt. Som villkor för dylikt tillhandahållande gäller, att sjukhusvistelse skall hava föregått eller att läkarintyg skall företes. Vederbörande lasarettsläkare vid lasarettet i Hälsingborg prövar insulinbehovet, och medellöshetsintyg, utfärdat av fattigvårdssysslomannen, erfordras. Insulinet utlämnas å apotek mot läkarrecept, vilket skall vara uppvisat å lasarettskontoret och försett med bevis därom.

I *Gävle* stad har särskilt anslag för tillhandahållande av insulin icke beviljats. För ändamålet användas fattigvårdens anslagsmedel för medicin. Kostnaden var år 1932 kr. 1 781·65. Tillhandahållandet sker kostnadsfritt för viss, för varje fall bestämd tid. Läkarintyg fordras för styrkande av behovet. Ansökan om hjälp skall göras å fattigvårdsbyrån. Om sökande vid den utredning, som verkställes genom byrån, befinnes vara i saknad av medel till bekostande av erforderligt insulin eller om sökande befinnes icke kunna utan väsentliga svårigheter själv bekosta insulin, lämnas hjälp därtill i den utsträckning, som för varje fall prövas behövligt. Hjälpen lämnas i form av rekvisition till apotek.

Textbil. 11. Gällande grunder och villkor för statsbidrag till den slutna sjukvården.

A. Byggnadsbidrag.

Staten lämnar för närvarande bidrag till *uppförande, inrättande eller inlösen* av följande fyra slag av sjukvårdsanstalter, nämligen a) tuberkulossjukvårdsanstalter, b) epidemisjukhus, c) hem för kroniskt sjuka och d) sjukstugor vid läkarstationerna i ödemarksområdena (ödemarkssjukstugor). Gällande bestämmelser för dessa bidrag återfinnas i följande författningar m. m.:

a) kungörelsen den 27 juni 1914 (nr 292) angående statsbidrag för uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter m. m. (ändrad 1919: 305 och 1921: 385);

b) kungörelsen den 7 september 1920 (nr 667) angående statsbidrag för uppförande, inrättande eller inlösen av epidemisjukhus (ändrad 1927: 257);

c) kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 245) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka (ändrad 1929: 83 och 1931: 102) ävensom statsrådsprotokollet över socialärenden den 11 maj 1928, vari angivits vissa särskilda fordringar å dylika hem för erhållande av statsbidrag;

d) kungörelsen den 15 juni 1923 (nr 227) angående statsbidrag till åtgärder för åstadkommande av förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden (ändrad 1924: 158, 1926: 248, 1927: 147 och 1932: 146).

För bidragens utgående gälla enligt nämnda kungörelser följande bestämmelser:

Bidragsberättigade äro beträffande

tuberkulossjukvårdsanstalter: landsting, kommuner, föreningar och enskilda;

epidemisjukhus: epidemidistrikt och, där särskilda skäl därtill äro, i vissa fall kommun, som icke utgör eget epidemidistrikt (avser epidemisjukhus, som kommunen uppfört, inrättat eller inlöst efter den 1 januari 1920 samt efter landstingets övertagande av epidemivården överlåtit å landstinget utan ersättning eller mot en lösesumma, som icke berättigar landstinget till så stort bidrag, som skulle utgått, om sjukhuset för samma kostnad, som kommunen haft, direkt anskaffats av landstinget);

hem för kroniskt sjuka: landsting, kommuner och kommunalförbund;

ödemarkssjukstugor: landsting, lantkommuner och kommunalförbund.

Bidragen utgå efter följande *grundbelopp* vid

tuberkulossjukvårdsanstalterna: högst hälften av byggnadskostnaderna, utgifterna för tomt ej inberäknade[1], dock högst 2 000 kronor för varje sjukplats, anstalten beräknas rymma;

epidemisjukhusen: högst hälften av byggnadskostnaderna eller, om vid inlösen lösesumman understiger byggnadskostnaderna, högst hälften av lösesumman; utgifterna för tomt eller inventarier få ej inräknas i byggnadskostnader eller lösesumma; bidraget må för varje sjukplats, sjukhuset med normal beläggning beräknas rymma, ej överstiga 2 500 kronor vid uppförande av sjukhus, vars uppförande påbörjats efter den 1 januari 1916, och i andra fall 1 000 kronor; beträffande sjukhus, som anskaffats av kommun och sedermera av denna överlåtits å landsting, må kommunen erhålla bidrag enligt ovan angivna grunder, om överlåtelsen skett utan ersättning, och eljest med belopp, motsvarande högst skillnaden mellan det belopp, varmed, om sjukhuset för samma kostnad, som kommunen haft, direkt anskaffats av landstinget, statsbidrag enligt samma grunder högst kunnat utgå till landstinget, och det belopp, landstinget beviljats i statsbidrag för inlösen av sjukhuset;

hemmen för kroniskt sjuka:

1. beträffande nybyggnad: högst hälften av byggnadskostnaderna, utgifterna för tomt eller inventarier ej inberäknade, dock högst 1 500 kronor för varje för fattiga sjuka avsedd sjukplats, som hemmet med normal beläggning beräknas rymma,

2. vid inköp av byggnad för ändamålet: högst hälften av köpesumman för själva byggnaden samt av kostnaderna för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten, dock högst 1 000 kronor för varje sådan sjukplats, som ovan under 1. sägs,

3. beträffande i vederbörandes ägo befintlig byggnad, som ej av vederbörande uppförts eller inköpts för att inrymma hem för kroniskt sjuka: högst hälften av kostnaderna för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten, dock högst 750 kronor för varje sådan sjukplats, som ovan under 1. sägs;

ödemarkssjukstugorna: dels ett grundbelopp, beräknat för operationsrum, läkarrum och operationsutrustning, *dels* visst belopp för varje vårdplats å allmän sjukavdelning (resp. tuberkulosavdelning); grundbeloppet utgör 14 000 kronor för sjukstuga med endast allmän sjukavdelning, 15 000 kronor för sjukstuga med minst 8 vårdplatser å allmän sjukavdelning och minst 8 vårdplatser å tuberkulosavdelning samt 20 000 kronor för sjukstuga med 12 vårdplatser å allmän sjukavdelning och 12 vårdplatser å tuberkulosavdelning; beloppet per vårdplats å allmän sjukavdelning utgör högst 3 000 kronor, avsett att motsvara ungefär halva byggnadskostnaden per plats, och må utgå för högst 12 vårdplatser; beträffande tuberkulosavdelning gälla de för byggnadsbidrag till tuberkulossjukvårdsanstalter fastställda grundbeloppen.

Ytterligare må här erinras, att för tuberkulossjukvårdsanläggning eller hem för kroniskt sjuka Kronan tillhörig mark må på villkor, Kungl. Maj:t kan finna skäligt bestämma, utan särskild ersättning upplåtas till landsting, kommuner, föreningar eller enskilda.

---

[1] Enligt praxis inberäknas ej heller utgifter för inventarier.

Inskränkande bestämmelser hava meddelats i följande avseenden, nämligen beträffande:

tuberkulossjukvårdsanstalterna: för stad, som ej deltager i landsting, må statsbidrag ej utgå till flera vårdplatser än 1 på varje 1 000-tal av stadens invånare; dock att för anstalt, avsedd för vård av sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från staden, bidrag må utgå till varje sjukplats utan inskränkning i förhållande till invånarantalet. Statsbidrag må företrädesvis beviljas tuberkulossjukhus (sanatorier), tuberkulossjukstugor och tuberkulosavdelningar på andra sjukvårdsanstalter; denna bestämmelse har i själva verket tillämpats så, att kungörelsen ansetts hava avseende å uteslutande nu angivna slag av anstalter;

epidemisjukhusen: statsbidrag må utgå endast för epidemisjukhus, som avses i epidemilagen den 19 juni 1919; stad, som utgör eget epidemidistrikt, må åtnjuta statsbidrag endast om sjukhusets uppförande eller inrättande ägt rum efter den 1 januari 1920;

hemmen för kroniskt sjuka: statsbidrag må ej utgå till flera vårdplatser än för stad, som ej deltager i landsting, 1 på varje 2 000-tal av stadens invånare och för landstingsområde 1 på varje 1 000-tal av dess invånare; vid beräkning av högsta sammanlagda antalet bidragsberättigade vårdplatser skall dock hänsyn ej tagas till anstalter, avsedda för vård av kroniskt sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från viss eller vissa kommuner eller från visst landstingsområde; däremot skall vid beräkning av sagda antal inom visst landstingsområde hänsyn tagas till de vårdplatser, som icke innefattas under bestämmelserna i kungörelsen om statsbidrag, varom här är fråga, men för vilka likväl, jämlikt särskilt av Kungl. Maj:t i enlighet med riksdagens medgivande fattat beslut, bidrag må hava utgått från anslaget till uppförande m. m. av hem för kroniskt sjuka; beträffande sjukplatser, för vilka statsbidrag åtnjutits, får för vård av sjuka från det område, för vilket anstalten är i första hand avsedd, ej krävas högre avgift än kr. 1·50 för dag och patient. Från statsbidrag äro uteslutna dels anstalt, som av den, vilken använder eller ämnar använda densamma såsom hem för kroniskt sjuka, vid ingången av år 1927 brukades för sjukvård, även om sjukvården helt eller delvis avsåg vård av andra än kroniskt sjuka, dels anstalt, vars uppförande eller inrättande för ifrågavarande ändamål av den, som söker statsbidraget, påbörjats före ingången av år 1927 eller som av sökanden för samma ändamål förvärvats före nämnda tidpunkt. Genom brev den 10 maj 1929 angående vissa under femte huvudtiteln för budgetåret 1929/1930 anvisade anslag har Kungl. Maj:t för medicinalstyrelsen framhållit angelägenheten av att vid handläggning av ärenden angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka taga under övervägande *dels* huruvida hem, till vilket bidrag ifrågasattes, skulle erhålla en för rationell drift lämplig storlek, *dels ock*, vad angår hem inom landstingsområde, huruvida och med vilket platsantal hemmet — ur synpunkten dels av en i möjligaste mån jämn fördelning å landstingsområdets samtliga invånare av det genom gällande folkmängdsregel begränsade antalet statsunderstödda sjukplatser för ifrågavarande ändamål, dels ock av platsens lämplighet ur kommunikationssynpunkt — borde ifrågakomma till erhållande av statsbidrag;

ödemarkssjukstugorna: med ödemarksområde förstås här såsom regel Västerbottens läns lappmark samt Norrbottens läns lappmark och område norr om polcirkeln, medan beträffande övriga statsbidrag till åtgärder för åstadkommande av förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden västra delarna av Jämtlands län tillkomma.

Väsentliga villkor i övrigt för:

tuberkulossjukvårdsanstalterna: vederbörande skall hava avgivit förbindelse att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande i framtiden använda anstalten till annat än det därmed avsedda ändamålet; bidraget får uppbäras först sedan anstalten efter avsyning godkänts av medicinalstyrelsen;

epidemisjukhusen: vederbörande epideminämnd skall hava avgivit förbindelse *dels* att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande i framtiden använda epidemisjukhuset till annat än det därmed avsedda ändamålet, *dels* att, om sjukhuset framdeles icke skulle komma att användas för ifrågavarande ändamål, återbära bidraget eller så stor del

därav, som av Kungl. Maj:t bestämmes; för sjukhus, beträffande vilket bidrag ifrågasättes till kommun, som icke utgör eget epidemidistrikt, och vars uppförande påbörjats efter ingången av juli månad 1927, må bidrag utgå endast under villkor, att plan för byggnaden blivit före byggnadsarbetets påbörjande godkänd av medicinalstyrelsen, och i övrigt får bidrag uppbäras först sedan sjukhuset efter avsyning godkänts av medicinalstyrelsen;

hemmen för kroniskt sjuka: vederbörande skall hava avgivit förbindelse *dels* att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande nedlägga anstalten eller använda densamma till annat än det därmed avsedda ändamålet, *dels* att ej beträffande sjukplatser, för vilka statsbidrag åtnjutits, för vård av sjuka från det område, för vilket anstalten är i första hand avsedd, kräva högre avgift än kr. 1·50 för dag och patient, *dels* att ej utan medicinalstyrelsens medgivande å nyssnämnda sjukplatser vårda andra än sådana sjuka, som avses i § 1 av kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 245), *dels* att för anstaltens del underkasta sig bestämmelserna i sagda kungörelse ävensom, intill dess allmän stadga för hem för kroniskt sjuka må hava blivit av Kungl. Maj:t utfärdad, de föreskrifter i övrigt, som kunna varda i behörig ordning meddelade, *dels ock* att, om något av nu nämnda villkor framdeles icke fullgöres, återbära uppburet statsbidrag eller så stor del därav, som av Kungl. Maj:t bestämmes; bidraget får uppbäras först sedan anstalten efter avsyning godkänts av medicinalstyrelsen;

ödemarkssjukstugorna: vederbörande skall hava avgivit förbindelse att icke utan Kungl. Maj:ts särskilda medgivande i framtiden använda sjukstugan till annat än det därmed avsedda ändamålet; bidraget får uppbäras först sedan sjukstugan efter avsyning godkänts av medicinalstyrelsen.

Statsbidragen *utbetalas* av statskontoret i fråga om tuberkulossjukvårdsanstalter, av medicinalstyrelsen beträffande epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka samt av länsstyrelsen vad angår ödemarkssjukstugor.

Avvikelser från här angivna regler hava i vissa fall medgivits beträffande bidrag till tuberkulossjukvårdsanstalter, epidemisjukhus och hem för kroniskt sjuka.

Vad först angår *tuberkulossjukvårdsanstalterna* har riksdagen medgivit högre bidragsbelopp dels till uppförande av ett centralsanatorium för *Norrbottens* län (1 000 000 kr. för minst 200 vårdplatser, isoleringsplatser ej inräknade, dock med viss reducering i händelse av nedläggande helt eller delvis av den dittillsvarande tuberkulossjukvårdsanstalten vid Sandträsk), dels till uppförande av ett centralsanatorium för *Jämtlands* län (5 000 kr. för en var av högst 162 vårdplatser, isoleringsplatser ej inräknade, med återbärning av viss del av beviljat uppförandebidrag till tuberkulossjukstugan vid Solliden, vilken skulle nedläggas vid centralsanatoriets tillkomst), dels till anordnande av visst antal vårdplatser å olika tuberkulossjukvårdsanstalter inom *Västerbottens* län. Beträffande sistnämnda vårdplatser, vari icke finge inräknas isoleringsplatser, har medgivits statsbidrag med dels 3 000 kr. per vårdplats för minst 50 nya vårdplatser för vuxna vid centralsanatoriet i Hällnäs, dock högst kostnaden för platsernas inrättande, dels 4 000 kr. per plats för högst 60 vårdplatser å nyuppförd barnavdelning vid samma sanatorium, dels 2 500 kr. per plats för sammanlagt högst 60 nya vårdplatser å tuberkulossjukvårdsavdelningar vid befintliga eller planerade sjukstugor i Västerbottens län, i sistnämnda två fall dock högst hälften av kostnaden för avdelningens uppförande eller ombyggnad, däri ej inberäknad utgift för tomt (viss avräkning för beviljat uppförandebidrag till en sedermera nedlagd tuberkulosavdelning vid lasarettet i Umeå ävensom för beviljat bidrag till tuberkulosavdelningen vid lasarettet i Skellefteå, därest denna nedlägges).

I detta sammanhang må nämnas, att från anslaget till bidrag till uppförande eller inrättande av tuberkulossjukvårdsanstalter hava jämlikt särskilda beslut av riksdagen beviljats statsbidrag för vissa byggnadsarbeten m. m. vid *kustsanatorierna* vid Apelviken, i Barkåkra och å Styrsö ävensom för uppförande av anstalterna Solhem i Borås och Ljunghusen vid Falsterbo, båda avsedda för vård av kirurgisk tuberkulos. Beträffande sistnämnda anstalter hava härvid de för tuberkulossjukvårdsanstalter i allmänhet fastställda bidragsgrunderna tillämpats, men för förstnämnda tre kustsanatorier hava under

olika tider olika grunder kommit till användning. Totala statsbidragsbeloppet per anstalt har visserligen icke ansetts böra överstiga halva totala byggnadskostnaden och ej heller 2 000 kronor per vårdplats, men statsbidraget har stundom bestämts till $^2/_3$, stundom till $^1/_2$ av omkostnaderna, och någon gång har anslag beviljats för täckande av ett trängande behov i dess helhet. Statsbidrag hava beviljats ej blott för verkliga nybyggnadsarbeten utan även för ombyggnader och reparationer och i viss utsträckning även till för sjukvården erforderliga inventarier.

Sedan riksdagen prövat väckt fråga om befrielse från återbärande av uppburet statsbidrag i sådana fall, då *epidemisjukhus*, som funnits icke vidare vara behövligt för sitt ändamål, tagits i användning till anstalt, för vars uppförande eller inrättande statsbidrag eljest skulle utgå (tuberkulossjukhus, hem för kroniskt sjuka, arbetshem, alkoholistanstalt o. s. v.), har Kungl. Maj:t i ett flertal dylika fall medgivit befrielse från återbärande av statsbidrag. Efter det riksdagen till prövning jämväl förehaft fråga om utsträckning av befrielse, varom nu är fråga, till att avse epidemisjukhus, som kommit till användning för annat allmännyttigt ändamål än de nyss avsedda, har Kungl. Maj:t i ett par fall medgivit, att epidemisjukhus skulle få tillsvidare under viss tid användas till upptagningsanstalter för friska barn från tuberkulösa familjer utan skyldighet för vederbörande att återbära för uppförandet uppburet statsbidrag eller del därav. I ett fall har tillfällig användning utan återbärningsskyldighet medgivits till skoländamål för ett år i sänder och i ett annat fall för fattigvårdsändamål.

Med avseende å *hem för kroniskt sjuka* har riksdagen medgivit, att för anordnandet av vissa landstings hem för kroniskt sjuka, som av resp. landsting användes för sjukvård vid ingången av år 1927, finge utgå statsbidrag med hälften av de belopp, som jämlikt kungörelsen 1927: 245 kunnat i dylikt bidrag utbetalas, därest ifrågavarande hem anordnats efter ingången av år 1927.

B. Driftbidrag.

1. *Till kroppssjukvårdsanstalter.*

Bidrag till driftkostnaderna lämnas av staten för följande sex slag av kroppssjukvårdsanstalter, nämligen: a) tuberkulossjukvårdsanstalter, b) epidemisjukhus, c) hem för kroniskt sjuka, d) vanföreanstalter, e) radiumhemmets i Stockholm poliklinik och klinik samt f) provisoriska sjukhärbärgen i ödemarksområdena (ödemarkshärbärgen). Hit kunna även räknas g) de ersättningar av statsmedel, som utgå till ljusinstitut för behandling av medellösa lupuspatienter.

Gällande bestämmelser för dessa statsbidrag innehållas i nedannämnda författningar m. m.:

a) kungörelsen den 28 juni 1918 (nr 494) angående statsbidrag till driftkostnaderna vid tuberkulossjukvårdsanstalter (ändrad 1921 : 384, 1929: 121, 1930: 127 och 1931: 269) ävensom kungl. brev den 8 juli 1904 med ändring den 9 juli 1920 (folksanatorierna);

b) kungörelsen den 7 september 1920 (nr 668) angående statsbidrag för driften av epidemisjukhus;

c) kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 246) angående statsbidrag till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka (ändrad 1931: 103) ävensom statsrådsprotokollet över socialärenden den 11 maj 1928, vari angivits vissa särskilda fordringar å dylika hem för erhållande av statsbidrag;

d) beträffande vanföreanstalterna av 1924 och 1930 års riksdagar godkända grunder samt kungl. brev den 4 december 1931;

e) beträffande radiumhemmet i Stockholm riksdagens skrivelse den 5 april 1927, nr 5 A, punkt 53, och kungl. brev den 6 maj 1927;

f) beträffande ödemarkshärbärgena kungörelsen den 15 juni 1923 (nr 227) angående statsbidrag till åtgärder för åstadkommande av förbättrad sjukvård inom rikets ödemarksområden (ändrad 1924: 158, 1926: 248, 1927: 147 och 1932: 146);

g) beträffande lupusvården kungörelsen den 9 juli 1920 (nr 558) angående understöd för behandling av medellösa lupuspatienter ävensom särskilda mellan medicinalstyrelsen och vederbörande ljusinstitut träffade avtal.

För bidragen till de ovan *under a-f* omförmälda anstalterna gälla följande grunder:

Bidragsberättigade äro beträffande

tuberkulossjukvårdsanstalter: ej särskilt angivet (jfr byggnadsbidragen);

epidemisjukhus: epidemidistrikt (vederbörande epideminämnd resp., om sjukhuset tillhör stad, som utgör eget epidemidistrikt, hälsovårdsnämnd har att ingiva ansökan om bidrag);

hem för kroniskt sjuka: landsting, kommuner, kommunalförbund, föreningar och enskilda;

vanföreanstalterna: styrelsen för vederbörande anstalt;

radiumhemmet i Stockholm: styrelsen för cancerföreningen i Stockholm, samt

ödemarkshärbärgena: den styrelse eller kommunala myndighet, varunder sjukhärbärget lyder.

Bidragen utgå med följande *grundbelopp* vid:

folksanatorierna: fixt totalbelopp per år för samtliga anstalter tillhopa, f. n. kr. 50 000;

övriga tuberkulossjukvårdsanstalter:

1. tuberkulossjukhus (sanatorier): kr. 1·75 per dag och patient, för vilken dagavgiften ej utgår med högre belopp än kr. 2·—,
2. tuberkulossjukstugor och tuberkulosavdelningar å lasarett: kr. 1·25 per dag och patient, för vilken högsta dagavgiften är kr. 1·50,
3. kustsanatorier: kr. 1·35 per dag och patient, för vilken högsta dagavgiften utgör kr. 1·75, dock att där anstalt är avsedd för personer, tillhörande viss kommun eller visst landstingsområde, bidrag må utgå för vård å allmän sal av person från annan ort, ändå att vårdavgiften för honom överstiger härovan angivet belopp;

epidemisjukhusen: kr. 2·— per underhållsdag för varje kostnadsfritt vårdad sjuk;

hemmen för kroniskt sjuka: kr. 0·90 för dag och patient, för vilken vårdavgiften ej överstiger kr. 1·50 om dagen, dock att om anstalten är i första hand avsedd för sjuka, tillhörande viss eller vissa kommuner eller visst landstingsområde, bidrag må utgå för vård å sjukplats för fattiga sjuka av patient från annan ort, ändå att vårdavgiften för honom utgår med högre belopp;

de egentliga vanföreanstalternas

1. kliniker: kr. 2·15 per dag och patient,
2. polikliniker: fast anslag av kr. 1 250 per kvartal,
3. skol- och uppfostringshem: kr. 2·— per dag och elev,
4. yrkesskolor: kr. 54·— per månad för intern elev och högst kr. 21·— per månad för extern elev;

Eugeniahemmet: fixt totalbelopp per år, f. n. kr. 5 000;

radiumhemmets i Stockholm

1. poliklinik: fast anslag av kr. 3 750·— per kvartal,
2. klinik: kr. 2·50 per dag och patient;

ödemarkshärbärgena: för härbärge om högst 4 vårdplatser och bostad för sjuksköterska högst hälften av betingad hyra, dock högst kr. 400·— per härbärge och budgetår; för samtliga härbärgen sammanlagt högst kr. 3 000·— för budgetår.

Inskränkande bestämmelser rörande ifrågavarande driftkostnadsbidrag hava meddelats i vissa avseenden, nämligen beträffande

andra tuberkulossjukvårdsanstalter än folksanatorierna: bidrag må åtnjutas endast för anstalt, där avgiften för plats å allmän sal ej utgår med högre belopp per dag än kr. 2·— vid sanatorium, kr. 1·50 vid tuberkulossjukstuga och tuberkulosavdelning å lasarett samt kr. 1·75 vid kustsanatorium, dock att där anstalt är avsedd för personer, tillhörande viss

kommun eller visst landstingsområde, bidrag må åtnjutas även om avgiften för vård av person från annan ort utgår med högre belopp; beträffande stad, som ej deltager i landsting, må bidrag ej samtidigt utgå för flera platser än 1 på varje 1 000-tal av stadens invånare, däri dock ej inberäknat antalet platser å kustsanatorier eller tuberkulossjukvårdsanstalt, avsedd för vård av sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från staden;

epidemisjukhusen: statsbidrag må utgå endast för epidemisjukhus, som avses i epidemilagen den 19 juni 1919 och förvaltas enligt bestämmelserna i sagda lag; bidrag utgår ej för flera sjukplatser än som av medicinalstyrelsen fastställts såsom motsvarande normal beläggning av sjukhuset;

hemmen för kroniskt sjuka: bidrag må utgå allenast för anstalt, som uppfyller bestämmelserna i kungörelsen 1927: 246 och där avgiften för vård å sjukplats, avsedd för fattiga sjuka, ej utgår med högre belopp än kr. 1·50 per dag och patient; dock att om anstalten är i första hand avsedd för sjuka, tillhörande viss eller vissa kommuner eller visst landstingsområde, bidrag må utgå även om vårdavgift för person från annan ort utgår med högre belopp; statsbidrag må icke å någon anstalt utgå för större antal platser än som av medicinalstyrelsen fastställts eller fastställes såsom motsvarande normal beläggning av anstalten; för stad, som ej deltager i landsting, må statsbidrag ej samtidigt utgå till flera sjukplatser än 1 på varje 2 000-tal av stadens invånare och för landstingsområde ej till fler platser än 1: 1 000; vid beräkning av högsta sammanlagda antalet bidragsberättigade platser skall dock hänsyn ej tagas till anstalter, som äro avsedda för vård av kroniskt sjuka från hela riket utan företräde för sjuka från viss eller vissa kommuner eller från visst landstingsområde eller som drivas av föreningar eller enskilda;

de egentliga vanföreanstalterna: beträffande såväl klinikerna som skol- och uppfostringshemmen må bidrag icke för någon dag utan medicinalstyrelsens medgivande utgå för flera platser än följande för varje anstalt bestämda antal, nämligen resp. 88 och 45 i Stockholm, 60 och 50 i Göteborg, 70 och 50 i Hälsingborg samt 103 och 48 i Härnösand; vidare må beträffande klinikerna och yrkesskolorna bidrag icke utgå för andra patienter eller elever än dem, som medelst intyg av två trovärdiga personer, pastorsämbete, polismyndighet eller kronobetjänt styrkas vara medellösa eller mindre bemedlade och ej heller hava anhörig, som är pliktig och i tillfälle att betala vårdavgift för den vanföre; har poliklinik icke varit i verksamhet under hela det gångna kvartalet, skall bidraget till densamma utgå med belopp, som motsvarar den del av kvartalet, varunder polikliniken varit i verksamhet; för elev å yrkesskolorna må statsbidrag icke utgå för längre tid än 10 månader under ett år;

radiumhemmets i Stockholm poliklinik: om polikliniken icke varit i verksamhet under hela det gångna kvartalet, gäller vad ovan sagts om vanföreanstalternas polikliniker;

ödemarkshärbärgena: statsbidrag utgår endast för den tid av budgetår, under vilken ödemarkshärbärge under sjuksköterskas vård hållits öppet.

Väsentliga villkor i övrigt för:

folksanatorierna: Kungl. Maj:t äger utse tre ledamöter i jubileumsfondens överstyrelse jämte två revisorer. Vidare skall statsbidraget redovisas på samma sätt som avkastningen av jubileumsfondens räntebärande tillgångar och fondens övriga inkomster, dock så att, när överskott å fondens årsinkomster uppkommer efter det nödiga avskrivningar blivit verkställda, dessa överskott skola redovisas på särskilt konto såsom reserverade medel. Sålunda reserverade medel få icke av överstyrelsen för fonden användas, med mindre Kungl. Maj:t efter anmälan av överstyrelsen prövat och godkänt de ändamål, för vilka medlen äro avsedda att tagas i anspråk;

övriga tuberkulossjukvårdsanstalter: anstalten skall hava efter avsyning godkänts av medicinalstyrelsen;

epidemisjukhusen: sjukhuset skall hava godkänts av medicinalstyrelsen; redogörelse för verksamheten vid anstalten skall årligen avlämnas till medicinalstyrelsen;

hemmen för kroniskt sjuka: vederbörande skall hava avgivit förbindels att, intill dess allmän stadga för hem för kroniskt sjuka må hava blivit av Kungl. Maj:t utfärdad, så länge statsbidrag till driften utgår för anstaltens del underkasta sig bestämmelserna i

kungörelsen 1927: 246 ävensom de föreskrifter i övrigt, som kunna varda i behörig ordning meddelade; redogörelse för verksamheten vid anstalten skall årligen avlämnas till medicinalstyrelsen;

de egentliga vanföreanstalterna: anstalt, som erhåller statsbidrag, skall vara underkastad inspektion av medicinalstyrelsen samt de bestämmelser rörande anordnande vid anstalten av undervisning i ortopedi, som Kungl. Maj:t kan finna skäligt meddela.

radiumhemmet i Stockholm: en ledamot i styrelsen för cancerföreningen i Stockholm skall utses av Kungl. Maj:t, och en av Kungl. Maj:t utsedd revisor skall deltaga i granskningen av radiumhemmets räkenskaper;

ödemarkshärbärgena: härbärget skall hava blivit avsynat och godkänt av vederbörande förste provinsialläkare eller provinsialläkare.

Statsbidragen *utbetalas* av medicinalstyrelsen i samtliga fall med undantag för bidragen till ödemarkssjukhärbärgena, vilka utbetalas av vederbörande länsstyrelse (själva beviljandet sker dock genom medicinalstyrelsen). I de fall, där medicinalstyrelsen är utbetalande myndighet, sker utbetalningen *halvårsvis* i efterskott till dels sanatorier, tuberkulossjukstugor, tuberkulosavdelningar vid lasarett samt av landsting eller kommun drivna kustsanatorier ävensom anstalter, som äro att med hänsyn till behandlingen likställa med kustsanatorier, dels hem för kroniskt sjuka, dels epidemisjukhus och *kvartalsvis* i efterskott till dels av andra än landsting eller kommun drivna kustsanatorier samt med dessa likställda anstalter, dels vanföreanstalterna, dels ock radiumhemmet i Stockholm.

Avvikelser från här angivna regler hava i vissa fall medgivits beträffande bidrag till tuberkulossjukvårdsanstalter. I samband med beviljandet av byggnadsbidrag till förenämnda centralsanatorier i Norrbottens, Jämtlands och Västerbottens län har riksdagen nämligen medgivit, att driftkostnadsbidrag till dessa och vissa andra anstalter finge i viss utsträckning under bestämd kortare tid utgå enligt förmånligare grunder än de eljest gällande (från 0·50—1 kr. förhöjning per dag och patient), dock att statsbidraget icke finge överstiga hälften av anstaltens verkliga driftkostnader. Såsom villkor uppställdes bland annat, att vårdplatserna skulle av medicinalstyrelsen prövas vara beträffande anordningar för specialiserad sjukvård och diagnostik fullt kvalificerade samt att antalet vårdplatser, för vilka det förhöjda bidraget högst finge utgå, skulle reduceras i samma mån som genom nedläggning en minskning eventuellt ägde rum i antalet vårdplatser, beträffande vilka icke förhöjt statsbidrag utgick.

För de under g) omförmälda bidragen för *behandling av medellösa lupuspatienter* gälla följande bestämmelser:

Understödsberättigade äro utom huvudstaden boende medellösa personer, som lida av »lupus vulgaris». Understöd utgår med så stort belopp, som i varje fall prövas nödigt till bestridande av kostnaden för den sjukes behandling enligt den s. k. ljusmetoden. Jämlikt avtal mellan medicinalstyrelsen samt Stockholms stad och Göteborgs stad utgår ersättning för såväl lokal behandling enligt Finsenmetoden som allmän bågljusbehandling å sjukhuset S:t Göran resp. Holtermanska sjukhuset i Göteborg med 4 kr. per seance för lokal behandling med Finsenljus och 2 kr. per seance för bågljusbehandling. För vård vid Finsens medicinske lysinstitut i Köpenhamn utgår ersättning med kr. 3·75 per behandling och kr. 1·75 för konsultation. Understöden utbetalas av medicinalstyrelsen till vederbörande anstalt månadsvis i efterskott vad angår behandling i Stockholm och Göteborg samt kvartalsvis i efterskott beträffande vård i Köpenhamn. Som villkor för understöds erhållande gäller, att av landsting, kommun eller annorledes skola bekostas patientens resor fram och åter mellan hemorten och behandlingsanstalten samt patientens underhåll så länge behandlingen, vare sig den sker i en eller flera tidsperioder, varar.

2. *Till sinnessjuk- och sinnesslöanstalter.*

Enligt medgivande av 1925 och 1927 års riksdagar har Kungl. Maj:t ingått avtal med envar av städerna *Stockholm*, *Göteborg* och *Malmö* rörande dessa städers övertagande av sin *sinnessjukvård*. Härvid hava vissa mindre kategorier sinnessjuka undantagits. För

den sinnessjukvård, som städerna enligt åtagande skola ombesörja, erhålla de årligt kostnadsbidrag av statsverket, försåvitt vården är anordnad på visst i avtalen angivet sätt. Statsbidrag utgår enligt i avtalen närmare fixerade grunder dels för ren driftkostnad, dels för s. k. platskostnad. Genom särskilda brev har Kungl. Maj:t fastställt vissa detaljbestämmelser rörande bidragen att gälla i anslutning till de i avtalen meddelade föreskrifterna.

Gällande bestämmelser för driftbidrag till den slutna *sinnesslövården* innefattas i två kungörelser av den 19 maj 1933 (nr 236 och 237), den förra avseende anstalter för obildbara sinnesslöa och den senare anstalter för bildbara. De innehålla i huvudsak följande:

Till *anstalter för obildbara sinnesslöa* utgå statsbidrag med högst 180 kr. för envar av det antal obildbara sinnesslöa, som i medeltal för dag under det gångna halvåret vårdats på anstalten och vilkas behov av vård därstädes blivit prövat av anstaltens läkare eller inspektören för sinnesslövården. Bidrag beviljas av medicinalstyrelsen och utgår allenast för anstalt, som blivit av medicinalstyrelsen för sitt ändamål godkänd och därefter vid avsyning genom medicinalstyrelsens försorg befunnits vara i överensstämmelse med godkänd plan och beskrivning. Bidrag må icke samtidigt utgå för flera å anstalten vårdade än det antal, för vilket anstalten godkänts, och ej heller vad angår annan anstalt än sådan, som anordnats och understödes av landsting eller stad utanför landsting och som står under inseende av en utav landstinget eller staden utsedd styrelse (enskild anstalt), för sinnesslö, för vilken av anstalten under halvåret tillämpad vårdavgift överstigit belopp, som medicinalstyrelsen fastställt.

Som villkor i övrigt för bidrags erhållande gäller, att anstalt, som är avsedd att mottaga *endast* obildbara sinnesslöa, skall stå under medicinalstyrelsens överinseende och under närmaste tillsyn av inspektören för sinnesslövården. Anstalt, som är anordnad i samband med uppfostringsanstalt eller arbetshem för sinnesslöa eller för fallandesjuka, skall vara underkastad medicinsk-psykiatrisk inspektion av nyssnämnde inspektör. Anstalt, som är anordnad i samband med uppfostringsanstalt eller arbetshem för sinnesslöa eller för fallandesjuka, skall vara inrymd i särskild avskild lokal. Vid varje anstalt, som åtnjuter statsbidrag, skall tillika en av medicinalstyrelsen tillsatt legitimerad läkare vara anställd.

Till *kommunala uppfostringsanstalter eller arbetshem för bildbara sinnesslöa, som icke äro fallandesjuka*, utgå statsbidrag med följande belopp:

a) *uppfostringsanstalt för sinnesslöa barn, som icke äro blinda:* 180 kr. för vart och ett av det antal sådana barn, som i medeltal för dag under lästerminen å anstalten eller på dess bekostnad åtnjutit underhåll, och med 90 kr. för vart och ett av det antal andra å anstalten intagna barn, som i medeltal för dag under lästerminen deltagit i undervisningen;

b) *uppfostringsanstalt för blinda sinnesslöa barn:* 225 kr. för vart och ett av det antal dylika barn, som i medeltal för dag under lästerminen varit intaget å anstalten;

c) *arbetshem för sinnesslöa, som icke äro blinda:* 135 kr. för var och en av det antal sinnesslöa, som i medeltal för dag under halvåret varit intaget å arbetshemmet;

d) *arbetshem för blinda sinnesslöa:* 225 kr. för var och en av det antal sådana, som i medeltal för dag under halvåret varit intaget å arbetshemmet.

Till *enskild* anstalt, som avses under a)—d) här ovan — i vilket avseende gäller motsvarande definition som för enskild anstalt för obildbara sinnesslöa — utgår statsbidrag med *högst* nyss angivna belopp. Till arbetshem — kommunalt eller enskilt — som anordnar kontrollerad familjevård för sinnesslöa, utgår statsbidrag med belopp, motsvarande arbetshemmets kostnad för sålunda under halvåret utackorderade, dock högst 90 kr. för var och en av det antal, som i medeltal för dag under halvåret utackorderats från arbetshemmet.

Statsbidragen till sinnesslövården för bildbara beviljas jämväl av medicinalstyrelsen under motsvarande villkor som gälla anstalter för obildbara sinnesslöa med avseende å godkännande och avsyning och det högsta antal vårdade, för vilket bidrag må utgå. Anstalt, varom här är fråga, skall för att kunna komma i åtnjutande av statsbidrag vara underkastad medicinsk-psykiatrisk inspektion av inspektören för sinnesslövården samt den

pedagogiska inspektion, som chefen för socialdepartementet bestämmer. Vid varje anstalt, som åtnjuter statsbidrag, skola vara anställda en föreståndare och en av medicinalstyrelsen tillsatt legitimerad läkare.

Som villkor för statsbidrag åt uppfostringsanstalt för sinnesslöa barn gäller dessutom, att anstalten skall bestå av två avdelningar, försöksavdelningen och den egentliga skolavdelningen, och att barns ålder vid intagningen ej får understiga sex år och beträffande andra än blinda sinnesslöa barn ej överstiga tolv år. Statsbidrag för barn, intaget i sådan uppfostringsanstalt, må åtnjutas under högst åtta år men får ej vidare utgå enligt kungörelsen (nr 237), så snart barn befunnits obildbart eller oförmöget till vidare utveckling. I fråga om statsunderstött arbetshem, som anordnar kontrollerad familjevård för sinnesslöa, skola gälla vissa föreskrifter om prövning beträffande lämpligheten av utackordering utav sinnesslö samt om kontrollerande besök i hem, där sinnesslö är utackorderad.

C. Resebidrag.

Bidrag av statsmedel utgå till patienters resor *till och från* a) de statsunderstödda kustsanatorierna, b) vanföreanstalterna och c) vissa centralanstalter för radiumbehandling. Beträffande kustsanatorier och vanföreanstalter må dylikt bidrag utgå jämväl för vårdares resa. Bestämmelser härom återfinnas i kungl. kungörelser resp. den 11 april 1924, nr 152 (ändrad 1932: 140), den 9 maj 1930, nr 126 (ändrad 1932: 141), och den 20 juni 1930, nr 233 (ändrad 1932: 142)[1].

Bidragsberättigade äro enligt dessa kungörelser:

a) medellös eller mindre bemedlad person, som erhållit vårdplats vid något av de statsunderstödda kustsanatorierna eller anstalten Solhem vid Borås, ävensom vårdare för sådan person;

b) medellös eller mindre bemedlad vanför, som beretts tillfälle till undersökning eller behandling å någon av vanföreanstalterna i Stockholm, Göteborg, Hälsingborg och Härnösand eller Eugeniahemmet eller ock erhållit plats å något av de i samband med dessa anstalter anordnade skol- och uppfostringshemmen, ävensom vårdare åt sådan vanför;

c) medellös person, bosatt å annan ort än Stockholm, Göteborg och Lund, som är i behov av undersökning eller behandling å Radiumhemmet i Stockholm, den radioterapeutiska avdelningen vid Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, den radioterapeutiska avdelningen vid lasarettet i Lund eller någon av de tre centralanstalter för radioterapi, som äro avsedda att med stöd av Konung Gustaf V:s jubileumsfond inrättas i stället för nyssnämnda anstalter.

Till *vårdare*, som ovan sägs, må bidrag utgå *dels* då han åtföljer sådan sjuk, vilken å resan är i behov av vårdare, *dels* för resa tillbaka till hemorten och åter till anstalten för den sjukes eller vanföres avhämtande, dock att vad angår vårdare åt vanför bidrag för tillbakaresa till hemorten och återresa för den vanföres avhämtande må utgå endast om den vanföres uppehåll vid anstalten eller hemmet uppenbarligen måste utsträckas utöver fyra dagar.

Resebidragsbeloppen utgå efter följande grunder[1]*:*

Bidraget beräknas efter vad som med hänsyn till hemortens belägenhet i förhållande till vederbörande anstalt och andra omständigheter föranleder minsta resekostnad och utgår med belopp, motsvarande avgift å järnväg för plats i tredje klassens vagn, jämte plats i tredje klassens sovvagn, där sådan plats nattetid begagnas, och på maskindrivet fartyg för däcksplats, allt eftersom det ena eller det andra av dessa fortskaffningsmedel användes för resan. Vid resa å maskindrivet fartyg må dock, därest den sjukes eller van-

[1] Jämlikt kungörelser den 27 april 1934 (nr 107 och 108) må beträffande kustsanatorie- och radiumpatienter för påkallad resa i sjukvagn statsbidrag utgå med belopp motsvarande avgiften i sjukvagnen.

föres hälsotillstånd eller årstidens beskaffenhet skulle så fordra, efter beprövande av anstaltens styrelse, resebidrag utgå för billigaste plats under däck. Har i anslutning till järnvägs- eller fartygslinje automobiltrafik i regelbunden fart anordnats av statens järnvägar eller postverket, utgår statsbidrag även för vad som enligt fastställd taxa utgivits för billigaste plats i automobil i dylik trafik. Är den sjuke eller vanföre boende på mer än 20 kilometers avstånd från järnvägs- eller fartygsstation eller från sådan av statens järnvägar eller postverket anordnad automobiltrafiklinje, som nyss nämnts, utgår jämväl statsbidrag, beräknat efter 10 öre per kilometer, för den del av vägen till stationen eller trafiklinjen, som överstiger 20 kilometer.

Övriga bestämmelser:

Bidrag beviljas och tillhandahållas av vederbörande anstalts styrelse eller, vad angår resor för undersökning eller behandling å anstalt för radioterapi, anstaltens chefläkare. Ansökning om bidrag skall, då den avser resa *till* anstalt, vara åtföljd av *dels* erforderliga intyg för styrkande av sådana förhållanden, som enligt härovan angivna normer berättiga till bidrag, *dels* uppgift å färdväg och färdsätt samt avståndet från den sjukes eller vanföres bostad till järnvägs- eller fartygsstation eller till automobiltrafiklinje, som ovan sägs, när detta avstånd överstiger 20 kilometer. För förskjutna resebidrag utbetalar medicinalstyrelsen gottgörelse kvartalsvis i efterskott.

Textbil. 12. Utkast till vissa i kap. 20 och 22 föreslagna ändringar i fattigvårdslagen och sjukhusstadgan.

I. Utkast
till
Lag
om ändrad lydelse av 40—42, 59 och 65 §§ i lagen om fattigvården den 14 juni 1918.

Härigenom förordnas, att 40—42, 59 och 65 §§ i lagen om fattigvården den 14 juni 1918 skola erhålla följande ändrade lydelse.

40 §.

1 mom. Har fattigvårdssamhälle för person, som är i behov av fattigvård enligt 1 §, erlagt avgift för vård å *sinnessjukhus eller anstalt för sinnesslöa eller fallandesjuka eller för blinda barn under skolåldern, där sjukhuset eller anstalten tillhör landsting eller stad, som ej deltager i landsting, eller å enskild anstalt för sinnesslöa eller fallandesjuka, vilken anstalt åtnjuter statsbidrag, eller å enskild anstalt för blinda barn under skolåldern, vilken anstalt blivit av Konungen för ändamålet godkänd,* och äro ej sådana omständigheter för handen, att gottgörelse för vården enligt vad i 60 § sägs skall lämnas av staten, då äger det samhälle, där den vårdade har hemortsrätt, att, *i den mån* ersättning ej kunnat uttagas av den vårdade eller för honom försörjningspliktig person, för utgiven dagavgift och annan vårdkostnad utfå gottgörelse av det landsting, inom vars område fattigvårdssamhället är beläget.

I fråga om det belopp, varmed gottgörelse för lämnad vård skall utgå, skall vad i 51 § stadgas äga motsvarande tillämpning.

2 mom. Har åt sinnessjuk eller sinnesslö, som är i behov av fattigvård enligt 1 §, beretts vård å vederbörligen *godkänt sinnessjukhus*, vilket tillhör stad, som deltager i landsting, eller landskommun, äger det fattigvårdssamhälle, som har att ansvara för vård-

kostnaden, att under de förutsättningar, som för erhållande av ersättning enligt 1 mom. stadgas, av vederbörande landsting erhålla gottgörelse för hälften av vårdkostnaden, till beloppet bestämd på sätt i 1 mom. sägs. Landstinget äger för beviljande av sådan gottgörelse uppställa de ytterligare villkor, som kunna befinnas lämpliga.

Lag samma vare beträffande kostnaden för vård, som beretts å vårdhem för sinnessjuka, vilket åtnjuter statsbidrag.

3 mom. Har person, som är i behov av fattigvård enligt 1 §, i vederbörlig ordning förklarats berättigad till inträde å staten tillhörig anstalt för sinnessjuka, sinnesslöa eller fallandesjuka men saknas utrymme för hans mottagande å sådan anstalt, då äger för tid, varunder den sjuke erhåller enskild vård, som vid prövning i den ordning Konungen bestämt befinnes tillfredsställande *och för den vårdade behövlig*, det fattigvårdssamhälle, som har att ansvara för vårdkostnaden, att under de förutsättningar, som för erhållande av ersättning enligt 1 mom. stadgas, av vederbörande landsting bekomma gottgörelse för vården.

Ersättning utgår ej för längre tid än från den dag, då den sjuke förklarades berättigad till inträde å anstalten, till och med den dag, då behovet av vården upphörde.

Ersättningens belopp skall motsvara avgift för billigaste plats å den anstalt, där inträde beviljats, eller, då vårdkostnaden är lägre, denna kostnad; skolande från ersättningsbeloppet göras avdrag med belopp, motsvarande vad fattigvårdssamhället jämlikt lagen om allmän pensionsförsäkring ägt för ifrågavarande tid uppbära i pension eller understöd för den vårdade.

Vad nu sagts skall äga motsvarande tillämpning i fråga om ersättning för enskild vård åt person, som är i behov av fattigvård enligt 1 §, därest han för sinnessjukdom vårdats å staten tillhörig anstalt och, ehuru ej återställd, utskrivits från anstalten för att lämna plats åt annan sinnessjuk, vilken är i större behov av anstaltsvård; skolande i sådant fall ersättningen ej utgå för längre tid än till och med den dag, då behovet av vården upphörde.

41 §.

1 mom. Där fattig för vård intagits å anstalt för tuberkulösa eller för vanföra, vilken åtnjuter statsbidrag, gäller om fattigvårdssamhälles rätt att utfå gottgörelse för utgiven dagavgift och annan vårdkostnad vad i 40 § 1 mom. sägs.

2 mom. Därest genom landstings försorg upprättas anstalt för personer, som lida av annan kronisk eller obotlig sjukdom än i 1 mom. sägs, bör tillfälle till vård åt fattiga sjuka där beredas; och må landstinget *för de fattiga sjuka, som hava hemortsrätt inom landstingsområdet*, fastställa en avgift för vården, ej överstigande halva skillnaden mellan vårdkostnaden och till vården utgående statsbidrag. Denna avgift skall jämte tillägg, motsvarande hälften av den vårdade jämlikt lagen om allmän pensionsförsäkring tillkommande pension eller understöd, av vederbörande fattigvårdssamhälle erläggas.

Har fattigvårdssamhälle åt fattiga sjuka, *som lida av annan kronisk eller obotlig sjukdom än i 1 mom. sägs, å stad eller landskommun eller enskild tillhörig* anstalt eller å en vid fattigvårdsanstalt för ändamålet anordnad särskild avdelning, vilken står under läkares tillsyn, berett vård, som av förste provinsialläkare intygas vara tillfredsställande, äger det samhälle, som har att ansvara för vårdkostnaden, av vederbörande landsting erhålla gottgörelse för hälften av vårdkostnaden, till beloppet bestämd på sätt i 40 § 1 mom. sägs. Landstinget äger för beviljande av sådan gottgörelse uppställa de villkor, som kunna befinnas lämpliga.

Lag samma vare beträffande kostnad för vård, vilken å sådan landsting tillhörig anstalt, som i första stycket sägs, lämnats åt fattiga sjuka, som hava hemortsrätt inom annat landstingsområde.

42 §.

Där fattig för vård intagits å länslasarett eller av landsting underhållen sjukstuga eller å annan, med länslasarett likställd, sjukvårdsinrättning *eller å barnbördshus, som tillhör staten, landsting eller stad, som ej deltager i landsting, eller å förlossningshem eller förloss-*

ningsrum, som blivit för ändamålet vederbörligen godkänt, äger fattigvårdssamhälle att under de betingelser, som i 40 § 1 mom. sägs, utfå gottgörelse för tre fjärdedelar av utgiven dagavgift och av annan vårdkostnad, dock allenast för det fall, att vården vid anstalten i ett sammanhang varat under längre tid än tio dagar.

Lag samme vare där fattig intagits å epidemisjukhus för vård av annan sjukdom än som i epidemilagens 2 § 1 mom. omförmäles.

59 §.

Gottgörelse av landsting för vårdkostnad, varom i 40, 41 och 42 §§ förmäles, skall sökas före utgången av året efter det då kostnaden av fattigvårdssamhället utgivits, vid äventyr, om det försummas, att rätt till gottgörelse för den kostnad skall anses förfallen. Har fråga om skyldighet att vidkännas kostnaden varit föremål för tvist mellan fattigvårdssamhällen eller talan mot enskild eller har ansökning gjorts om gottgörelse för kostnaden från staten, skall talan väckas före utgången av året efter det, då Konungens befallningshavandes utslag eller beslut i ersättningsfrågan vunnit laga kraft mot samhället eller, om utslaget eller beslutet överklagats, efter det då kammarrättens utslag blivit fattigvårdsstyrelsen delgivet.

Vid ansökningen skola fogas följande handlingar:

a) avskrift av protokoll över förhör enligt 52 §;

b) specificerad uppgift å fattigvårdskostnaden med angivande särskilt för varje understödstagare av tiden för utbetalningen och för vård, för vilken ersättning yrkas, samt de grunder, efter vilka den begärda gottgörelsen beräknats; skolande uppgiften, där den ej åtföljes av behöriga verifikationer, vara till riktigheten styrkt av fattigvårdsstyrelsens ordförande eller kassaförvaltare; samt

c) utredning rörande de personers hemortsrätt, ansökningen gäller, samt redogörelse för de åtgärder, som må hava vidtagits för utbekommande av ersättning av annat fattigvårdssamhälle eller av staten eller enskild person, därvid i berörda hänseenden meddelade utslag eller beslut böra bifogas, *ävensom, för den händelse åtgärd ej vidtagits mot enskild ersättningsskyldig, uppgift om anledningen därtill.*

Därest gottgörelse helt eller delvis vägras för vårdkostnad, som här sägs, äger fattigvårdsstyrelsen att, med bifogande i avskrift av ansökningshandlingarna, hos Konungens befallningshavande föra talan om utfående av den sökta gottgörelsen. Sådan talan skall, vid äventyr, som i 1 stycket sägs, väckas inom etthundratjugu dagar från det meddelande erhölls om landstingets beslut; och gäller om målets behandling i motsvarande tillämpning vad i 56 § 1 mom. stadgas.

Har fattigvårdssamhället uppburit gottgörelse av landstinget för vårdkostnad, föranledes därav icke ändring i den samhället i 9 kapitlet tillerkända rätten att av understödstagaren eller för honom försörjningspliktig person uttaga ersättning för samma kostnad. Det åligger samhället att i detta hänseende bevaka landstingets intressen och till landstinget inleverera sålunda inflytande belopp. Redogörelse för därutinnan vidtagna åtgärder eller för anledningen till att i förekommande fall åtgärd icke vidtagits, bör lämnas varje år därefter i samband med ansökning om ersättning av landstinget för senare års vårdkostnader.

65 §.

Beslut, varigenom understödstagare eller försörjningspliktig, som i 3 § sägs, ålagts utgiva ersättning för fattigvårdskostnad, må icke verkställas, där den förpliktade genom att återbetala kostnaden eller någon del därav kan antagas komma att sakna nödiga medel till underhåll för sig och de sina.

Prövning av dylikt besluts verkställbarhet sker av överexekutor på därom av den förpliktade framställd begäran.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 193 . . med iakttagande att landstingsersättning för vård, som åtnjutits före sagda dag, skall utgå jämlikt förut gällande bestämmelser.

II. Utkast

till

Kungörelse

om ändrad lydelse av 34 § och 43 § 1 och 3 mom. i Kungl. Maj:ts stadga angående lasarett, sjukstugor och tuberkulossjukvårdsanstalter (sjukhusstadga) den 22 juni 1928.

Härigenom förordnas, att 34 § och 43 § 1 och 3 mom. i Kungl. Maj:ts stadga angående lasarett, sjukstugor och tuberkulossjukvårdsanstalter (sjukhusstadga) den 22 juni 1928 skola erhålla följande ändrade lydelse.

34 §.

Alla räntor, arrenden, utlånta medel eller andra dylika fordringar, som icke betalats senast å förfallodagen eller, där direktionen medgivit anstånd, inom den tid, anståndet avser, skola ofördröjligen av sysslomannen i laga ordning utsökas.

Då någon utskrivits från lasarettet, har sysslomannen att verkställa avräkning i den i 33 § under 3) c) omförmälda rullan samt omedelbart tillställa vederbörande räkning eller räkningsbesked, direktionen obetaget att föreskriva, att sagda åtgärder skola företagas tidigare. Har fordran, som enligt avräkningen tillkommer lasarettet, icke blivit erlagd å trettionde dagen från avräkningsdagen, skall sysslomannen, där ej direktionen annorledes förordnar, ofördröjligen vidtaga laga åtgärder för fordringens utsökande. *Härvid äger sysslomannen njuta handräckning av överexekutor, där sysslomannen styrker, att räkning å beloppet minst trettio dagar före ansökningens ingivande till överexekutor tillställts den betalningsskyldige.*

Vad i andra stycket andra punkten stadgas skall äga motsvarande tillämpning, där någon, som enligt vad nedan i 43 § sägs är pliktig att avlämna ansvarsförbindelse men intagits utan att så skett, underlåter att tillhandahålla sådan förbindelse inom bestämd tid, så ock där någon, som enligt stadgande i nämnda paragraf erlagt förskottsbetalning *eller avlämnat ansvarsförbindelse för begränsad tid,* trots anfordran underlåter att *förnya sådan betalning eller förbindelse* eller att ställa föreskriven säkerhet.

Då sysslomannen jämlikt denna paragraf vidtagit laga åtgärd för fordrans utsökande, skall han vid nästkommande direktionssammanträde göra anmälan därom.

43 §.

1. Då någon anmäles till intagning å lasarett, skall med de undantag, som nedan i denna paragraf stadgas, å lasarettet avlämnas av därtill behörig person å vederbörande fattigvårdssamhälles eller kommuns vägnar *utfärdad ansvarsförbindelse* för den ersättning för den anmäldes vård, vilken jämlikt de grunder, som omförmälas i lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus, tillkommer lasarettet eller i anledning av den anmäldes dödsfall kan komma att utgå, ävensom, där så finnes nödigt, för hans transport till och från lasarettet. Sker intagning för barnsbörd, skall förbindelsen även avse motsvarande ersättning beträffande barnet. I fall, som avses i 18 § första stycket i nyssnämnda lag, skall förbindelsen upptaga det belopp, som enligt för sådant fall meddelade bestämmelser skall utgå i ersättning för vården. Förbindelsen avfattas enligt formulär, som fastställes av direktionen och vartill blanketter genom direktionens försorg tillhandahållas på lämpliga platser. För den, som ej personligen anmäler sig till intagning, bör vid anmälningen, där så ske kan, företes läkarintyg, angivande sjukdom eller annan anledning, varför vård å lasarett anses behövlig.

Där sysslomannen så påfordrar, är inträdessökande eller intagen skyldig att anskaffa åldersbetyg.

I fall, då skyndsam intagning är av nöden, må intagning ske omedelbart, ändå att ansökningshandlingar saknas eller äro ofullständiga; och må i sådant fall med tillhandahållande av vederbörliga ansökningshandlingar anstå till den tidpunkt, sysslomannen bestämmer.

— — — — — — — — — — — — — — — — — — — —

3. Inträdessökande må, i stället för att avlämna ansvarsförbindelse, som i 1 mom. sägs, *antingen avlämna annan antaglig ansvarsförbindelse för vårdkostnad under minst tjugu dagar eller den kortare tid, som sjukhusläkaren efter undersökning av den sökande kan finna skälig, eller ock* inbetala vårdkostnaden i förskott för *minst samma tid* med skyldighet att, där så påfordras, i god tid förnya enahanda *förbindelse eller betalning* eller för betalningen ställa annan säkerhet, som av sysslomannen godkännes.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 193 . .

Anm. till I och II. Därest de i 59 § fattigvårdslagen föreslagna ändringarna vidtagas, torde motsvarande ändringar böra ske i bestämmelserna i sagda lags 61 § angående statens ersättning för lämnad fattigvård.

Ett godtagande av kommitténs ståndpunkt rörande landstingens ersättningsskyldighet påkallar tillika vissa följdändringar i barnavårdslagen och i gällande lagstiftning angående sinnessjukvården m. m.

Textbil. 13. Å lasarett och sjukstugor intagna utomlänspatienter.

De enda uppgifter, som hittills framlagts i denna fråga, äro de, som på sin tid åstadkommos av svenska landstingsförbundet, avseende år 1921 och publicerade i nr 3 av »Meddelanden» för år 1924. Den undersökning, ur vilken dessa uppgifter framkommo, omfattade allenast landstingens hithörande sjukvårdsinrättningar samt Akademiska sjukhuset i Uppsala men däremot icke Serafimerlasarettet eller de lasarett eller med lasarett likställda sjukvårdsinrättningar, som tillhöra städer utanför landsting. Statistiken ifråga innehöll detaljuppgifter för varje sjukvårdsinrättning och var åtföljd av en utförlig kommentar. För tre lasarett, nämligen de i Finspång (Östergötlands län) med 8 intagna utomlänspatienter, Örebro (Örebro län) med 107 utomlänspatienter och Örnsköldsvik (Västernorrlands län) med 23 utomlänspatienter, saknades uppgifter angående utomlänspatienternas hemortsfördelning på de olika landstingsområdena. Sammanlagda antalet under år 1921 intagna utomlänspatienter utgjorde vid Akademiska sjukhuset, landstingslasaretten och sjukstugorna — med tillägg för omförmälda tre lasarett — 6 331, motsvarande 5.29 % av samtliga under året vid dessa sjukvårdsinrättningar intagna patienter. Motsvarande tal för enbart lasaretten utgjorde respektive 5 969 och 5.66 samt för enbart sjukstugorna 362 och 2.57. Beläggningen med utomlänspatienter var sålunda vid sjukstugorna relativt taget ej ens hälften så stor som vid lasaretten. Utöver omförmälda antal utomlänspatienter redovisar landstingsförbundets hithörande statistik 125 intagna patienter från utländsk ort.

I förbigående må framhållas, att enligt den av landstingsförbundet företagna utredningen den genomsnittliga vårdtiden för utomlänspatienter i stort sett är ungefär densamma som för samtliga patienter, varför sålunda antalet intagna utomlänspatienter utgör ett fullt tillfredsställande mått på sjukhusens beläggning av dylika patienter.

Efter tiden för nämnda utredning har vårt lasarettsväsen genom nybyggnader m. m. undergått stora förändringar. Med hänsyn härtill och enär utredningen ifråga icke berört sjukvårdsinrättningar, tillhörande städer utanför landsting, har statens sjukvårdskom-

mitté funnit nödvändigt att genom inhämtande av uppgifter från samtliga lasarett och med lasarett likställda sjukvårdsinrättningar samt sjukstugorna söka förskaffa sig en fullständig bild av hithörande förhållanden, sådana de tedde sig år 1929, det år kommitténs statistiska material i regel avser.

Huvudresultaten av denna utredning framgå av nedanstående tablå.

Sjukvårdsinrättningar	Samtliga intagna patienter	Därav patienter från främmande sjukvårdsområde	
		Antal	I procent räknat
Serafimerlasarettet	5 960	3 819	64·08
Stockholms stads	22 133	2 550	11·52
Göteborgs stads	10 212	2 138	20·94
Malmö stads	6 628	987	14·89
Norrköpings stads	4 307	604	14·02
Stockholms läns[1]	9 683	457	4·72
Uppsala läns (inkl. Akademiska sjukhuset)	9 664	1 540	15·94
Därav Akademiska sjukhuset	8 976	1 525	16·99
Södermanlands läns	8 124	129	1·59
Östergötlands läns landstings	8 349	234	2·80
Jönköpings läns	8 735	350	4·01
Kronobergs läns	4 234	58	1·37
Kalmar läns norra landstings	2 672	53	1·98
Kalmar läns södra landstings	5 241	254	4·85
Gotlands läns	1 189	28	2·35
Blekinge läns	5 177	116	2·24
Kristianstads läns	7 373	152	2·06
Malmöhus läns landstings och Hälsingborgs lasarett	12 200	2 743	12·94
Därav Lunds lasarett	12 386	1 914	15·45
Därav Hälsingborgs lasarett	4 115	418	10·16
Hallands läns	5 580	213	3·82
Göteborgs och Bohus läns landstings	4 332	118	2·72
Älvsborgs läns	8 248	220	2·67
Skaraborgs läns	7 794	195	2·50
Värmlands läns	10 664	433	4·06
Örebro läns	6 863	137	2·00
Västmanlands läns	7 385	147	2·00
Kopparbergs läns	11 002	357	3·24
Gävleborgs läns	8 432	245	2·91
Västernorrlands läns	11 428	249	2·18
Jämtlands läns	4 559	202	4·43
Västerbottens läns	10 252	211	2·06
Norrbottens läns	6 645	89	1·34
Summa	244 065	19 028	7.80

I tablån har på grund av det i sjukvårdshänseende rådande intima samarbetet mellan Malmöhus läns landsting och Hälsingborgs stad dessa båda enheter räknats såsom ett enda sjukvårdsområde, dock att säruppgifter meddelats för Hälsingborgs lasarett. Även för undervisningssjukhusen Serafimerlasarettet, Akademiska sjukhuset i Uppsala och

[1] Inklusive landstinget tillhörig del av Eira sjukhus, 67 platser.

Lunds lasarett meddelas individualuppgifter. Beträffande Serafimerlasarettet och Akademiska sjukhuset i Uppsala hava samtliga patienter med undantag i förra fallet av dem från Stockholms stad och i senare fallet av dem från Uppsala län räknats såsom utomlänspatienter.

De i tablån redovisade utomlänspatienterna utgöra ej mindre än 19 028, motsvarande 7·80 % av samtliga å ifrågavarande sjukvårdsinrättningar intagna patienter.

Av tablån framgår tydligt, att främlingsbeläggningen företrädesvis är att finna vid de tre undervisningssjukhusen samt vid lasaretten i städer utanför landsting. Absolut taget visa sålunda Serafimerlasarettet (3 819), Stockholms stads sjukvårdsinrättningar (2 550), Göteborgs stads sjukvårdsinrättningar (2 138), Lunds lasarett (1 914), Akademiska sjukhuset (1 525), Malmö stads sjukhus (987), Norrköpings lasarett (604) och Hälsingborgs lasarett (418) de högsta siffrorna för utomlänspatienter med undantag för endast Stockholms län och Värmlands län, där talen äro 457 resp. 433.

Även relativt taget, d. v. s. i förhållande till sammanlagda antalet intagna patienter, visa nu nämnda sjukvårdsinrättningar den högsta främlingsbeläggningen, men ordningen dem emellan blir annorlunda än i fråga om de absoluta talen. Serafimerlasarettets siffra (64·08 %) är även här högst, men därnäst komma Göteborgs stads sjukvårdsinrättningar med ej mindre än 20·94 %, Akademiska sjukhuset med 16·99 %, Lunds lasarett med 15·45 %, Malmö stads sjukhus med 14·89 %, Norrköpings lasarett med 14·02 % och först i sjunde rummet Stockholms stads sjukvårdsinrättningar med 11·52 %. Sist kommer även här Hälsingborgs stad med 10·16 %.

Vid de olika landstingens icke-kliniska sjukvårdsinrättningar var, frånsett Stockholms län, främlingsbeläggningen absolut taget störst i Värmlands län (433), Kopparbergs län (357), Jönköpings län (350) och Kalmar läns södra landstingsområde (254). Relativt taget hade bland landstingens sjukvårdsinrättningar sistnämnda landstingsområde att uppvisa det högsta antalet utomlänspatienter (4·85 %), därefter Jämtlands län (4·43 %), Värmlands län (4·06 %), Jönköpings län (4·01 %), Hallands län (3·82 %) och Kopparbergs län (3·24 %). Obetydlig var däremot främlingsbeläggningen vid sjukvårdsinrättningarna i Gotlands län (28), Kalmar läns norra landstingsområde (53) och Kronobergs län (58).

En granskning av utomlänspatienternas hemortsförhållanden har ådagalagt, att de vid de olika lasaretten och sjukstugorna intagna utomlänspatienterna till största delen kommo från respektive grannlän eller grannstäder. Några exempel härpå må anföras.[1] Av 2 317 vid Stockholms stads sjukvårdsinrättningar intagna utomlänspatienter voro ej mindre än 1 215 hemmahörande i Stockholms län och 163 i Södermanlands län. Av 2 101 utomlänspatienter vid Göteborgs stads sjukvårdsinrättningar hade 729 sin hemvist i Göteborgs och Bohus läns landstingsområde, 619 i Älvsborgs län och 199 i Skaraborgs län. Av 475 utomlänspatienter vid Norrköpings lasarett kommo över tre fjärdedelar eller 390 från Östergötlands läns landstingsområde. Av 190 utomlänspatienter vid Stockholms läns sjukvårdsinrättningar voro 64 hemma i Stockholms stad, 44 i Södermanlands län och 22 i Uppsala län. Av 1 468 »främlingar» vid Akademiska sjukhuset voro 575 från Stockholms län, 208 från Västmanlands län och 199 från Gävleborgs län. Av 155 utomlänspatienter vid sjukvårdsinrättningar, tillhörande Östergötlands läns landsting, voro 81 hemma i Kalmar län, 21 i Jönköpings län och 13 i Norrköpings stad. Av 281 utomlänspatienter vid Jönköpings läns sjukvårdsinrättningar kommo 82 från Skaraborgs län, 56 från Kalmar län och 47 från Östergötlands län. Av 210 »främlingar» å Kalmar läns södra landstings sjukvårdsinrättningar voro över två tredjedelar eller 155 hemma i norra landstingsområdet och 34 i Kronobergs län. Av de 1 914 utomlänspatienterna vid Lunds lasarett kommo ej mindre än 578 från Kristianstads län, 434 från Kronobergs län, 326 från Blekinge län, 112 från Hallands län och 108 från Malmö stad samt därutöver 112 från Jönköpings län. Av 385 utomlänspatienter vid Värmlands läns sjukvårdsinrättningar

[1] I dessa exempel äro akuta fall, insjuknade inom det område, där resp. sjukvårdsinrättning(ar) är(o) belägen(na), helt medräknade betr. Lunds lasarett, ej alls medräknade betr. Norrköpings lasarett och endast till en del medräknade vad angår de övriga exemplen.

voro över tre fjärdedelar eller 299 hemma i Älvsborgs län och 26 i Örebro län. Av 227 »främlingar» vid Kopparbergs läns sjukvårdsinrättningar kommo 141 från Gävleborgs län och 21 från Örebro län, och av 165 utomlänspatienter vid Västerbottens läns sjukvårdsinrättningar hörde 69 hemma i Västernorrlands och 68 i Norrbottens län.

I nedanstående tablå lämnas en översikt över »balansen» mellan det antal utomlänspatienter, som år 1929 vårdades å resp. sjukvårdsområdens lasarett och sjukstugor, och det antal patienter från det egna sjukvårdsområdet, som vårdades å främmande sjukvårdsområdes lasarett och sjukstugor. Vad angår akuta fall, som ovan sagts, hänvisas till not 1) å sid. 57, varförutom, beträffande där ej nämnda men i här ifrågavarande tablå upptagna sjukvårdsområden, meddelas, att akuta fall äro helt medräknade.

Sjukvårdsområde	A	B	A mindre (—) eller större (+) än B
	Utomlänspatienter, vårdade å landstingets (stadens) lasarett och sjukstugor	Patienter från sjukvårdsområdet, vårdade å annat områdes lasarett och sjukstugor	
Stockholms stad	2 317	444	+ 1 873
Göteborgs »	2 101	132	+ 1 969
Malmö »	987	161	+ 826
Norrköpings »	475	41	+ 434
Stockholms län	190	1 873	— 1 683
Uppsala »	1 471	180	+ 1 291
Södermanlands »	77	299	— 222
Östergötlands » utom Norrköping	155	569	— 414
Jönköpings »	281	254	+ 27
Kronobergs »	15	615	— 600
Kalmar »	230	607	— 377
Gotlands »	11	78	— 67
Blekinge »	56	555	— 499
Kristianstads »	97	1 000	— 903
Malmöhus » utom Malmö	2 304	649	+ 1 655
Hallands »	135	331	— 196
Göteb. o. Bohus » utom Göteborg	27	805	— 778
Älvsborgs »	164	1 180	— 1 016
Skaraborgs »	72	471	— 399
Värmlands »	385	213	+ 172
Örebro »	71	166	— 95
Västmanlands »	80	333	— 253
Kopparbergs »	227	178	+ 49
Gävleborgs »	110	513	— 403
Västernorrlands »	103	311	— 208
Jämtlands »	73	189	— 116
Västerbottens »	165	72	+ 93
Norrbottens »	53	213	— 160
Samtliga	12 432	12 432	± 0

för Malmö stad, ej alls medräknade för Kronobergs, Gotlands, Blekinge, Kristianstads, Hallands, Skaraborgs och Jämtlands län samt endast till en del medräknade för Uppsala, Södermanlands, Kalmar, Malmöhus, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Örebro, Västmanlands, Gävleborgs, Västernorrlands och Norrbottens län.

Såsom framgår av denna tablå hade Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping —

framförallt Göteborg — att uppvisa en betydande positiv balans, d. v. s. antalet utomlänspatienter å dessa städers lasarett var avsevärt högre än det antal patienter från staden, som vårdades å andra sjukvårdsområden tillhörande anstalter. Av landstingsområdena hade i första hand Malmöhus läns landstingsområde och Uppsala län med sina undervisningssjukhus betydande positiva balanser. Av övriga landstingsområden var balansen positiv allenast för Värmlands, Västerbottens, Kopparbergs och Jönköpings län. Särskilt stora negativa balanser äro att anteckna för Stockholms, Älvsborgs, Kristianstads, Göteborgs och Bohus, Kronobergs och Blekinge läns landstingsområden. Dessa resultat stämma väl med motsvarande resultat i landstingsförbundets utredning, när vederbörlig hänsyn tages till att i denna de stora städernas sjukvårdsinrättningar ej äro inbegripna.

Textbil. 14. Översikt över gällande avtal om samarbete mellan olika sjukvårdsområden.

Stockholms stad disponerar enligt ett av stadsfullmäktige den 21 november 1927 och av Kungl. Maj:t den 22 december samma år godkänt avtal 200 sängar å Serafimerlasarettet (jämte Allmänna barnbördshuset). Dessa 200 sängar, av vilka hälften äro avsedda för medellösa personer med hemortsrätt i Stockholm, fördela sig på de olika avdelningarna sålunda: medicinska avdelningen 100, kirurgiska avdelningen 70, gynekologiska avdelningen (å Allmänna barnbördshuset) 15 samt oftalmologiska avdelningen 15. Såsom ersättning erlägger staden dels för medellösa sjuka ett belopp, motsvarande fastställd sjukvårdsavgift för vård å allmänt rum av betalande sjuka från staden, dels ock för stadens alla sjuka 62 procent av den å vårddag belöpande skillnaden mellan avgifter, erlagda för sjukvård å vare sig allmänt, enskilt eller halvenskilt rum, och verkliga kostnaden för sjukvården. I denna kostnad inräknas utgiften för förräntning och amortering av 3 061 300 kronor av det lån å 3 200 000 kronor, som med Kungl. Maj:ts tillstånd upptagits för ombyggnad och reparationer å lasarettet, men icke utgifterna för andra ny- och ombyggnader. Det särskilda bidrag, som av patienter å enskilda och halvenskilda rum erlägges för förräntning och amortering av lån, upptagna till rummens anordnande, räknas ej som sjukvårdsavgift. Överenskommelsen gäller intill dess ovan omförmälda lån blivit till fullo guldet eller genom nytt avtal, som för Serafimerlasarettet godkänts av Kungl. Maj:t, annan överenskommelse träffats.

Stockholms läns landsting disponerar enligt ett av landstingets förvaltningsutskott den 22 mars 1929 och av Kungl. Maj:t den 31 maj samma år godkänt avtal å Serafimerlasarettet 100 vårdplatser för sjuka från länet. Dessa platser äro fördelade på lasarettets samtliga avdelningar. Såsom ersättning erlägger länet dels för medellösa sjuka fastställd vårdavgift å allmänt rum för betalande sjuka och dels för länets alla sjuka $63^1/_2$ procent av skillnaden mellan den verkliga kostnaden för länets alla sjuka (varifrån dock en del avdrag göras) och avgifter, erlagda av länets sjuka å allmänt, enskilt eller halvenskilt rum. I övrigt gälla enahanda bestämmelser som för Stockholms stad.

Vidare disponerar Stockholms läns landsting enligt ett den 30 december 1927 träffat, sedermera förlängt avtal med direktionen för Uppsala akademiska sjukhus å detta sjukhus 15 platser å öron-, näs- och halsavdelningen, 10 platser å ögonavdelningen, 10 platser å pediatriska avdelningen och 10 platser å gynekologiska avdelningen, summa 45 platser, samtliga å allmän sal, ävensom nödigt antal platser för personer från Stockholms län, vilka intagas å allmän sal för barnsbörd eller ock för olycksfall eller akut sjukdom, som oundgängligen fordrar hastig läkarbehandling. För vård av sjuka från nämnda län å dessa platser erlägges enligt avtalet dels en avgift, motsvarande sjukhusets dagkostnad per patient i medeltal under sistförflutna förvaltningsår, dels ett tilläggsbelopp av 2 500 kr. per år, utgörande beräknad ersättning för de med platsernas förnyelse förenade kost-

naderna. Av förenämnda avgift betalar den sjuke vid vård å barnbördsavdelningen kr. 2·50 om dagen samt vid vård av andra ovan nämnda fall kr. 1·50 till och med 30:de dagen och kr. 1·— från och med 31:a dagen; återstoden betalas av Stockholms läns landsting.

Uppsala läns landsting disponerar enligt ett år 1904 för 40 år framåt förnyat kontrakt med Uppsala universitet minst 170 sängar å Akademiska sjukhuset. Som ersättning erlägger länet viss avgift för varje underhållsdag inom ett visst antal och ett annat, högre belopp för varje underhållsdag, som överskrider detta antal. Uppkommen brist i sjukhusets stat täckes med hälften vardera av staten och landstinget. Universitetet äger uppbära inflytande sjukvårdsavgifter och legosängsavgifter.

Enligt med Gävle stad och Gävleborgs län träffat avtal gäldar landstinget mellanavgiften — mellan avgiften för »främmande» patient och annan — för sådana patienter från Österlövsta, Hållnäs, Västlands och Älvkarleby socknar, vilka på grund av akut sjukdom eller olycksfall intagits å lasarettet i Gävle eller därstädes vårdats för annan sjukdom, i det senare fallet därest det styrkts, att plats icke kunnat beredas den sjuke på Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Södermanlands läns landsting gäldar enligt avtal med Stockholms läns landsting mellanavgiften för patienter från Ytter- och Överenhörna socknar, vilka på grund av olycksfall eller akut sjukdom intagits å lasarettet i Södertälje.

Östergötlands läns landsting betalar enligt avtal med Jönköpings läns landsting merkostnaden för patienter från Sunds, Västra Ryds och Svinhults socknar, som intagits å lasarettet i Eksjö. Enligt ifrågasatt avtal med Norrköpings stad skulle landstinget disponera 5 vårdplatser å stadens lasarett för patienter från Kvillinge, Simonstorps, Krokeks, Kimstads, Styrestads, Dagsbergs och Borgs kommuner.

Kronobergs läns landsting gäldar enligt avtal med Kalmar läns södra landsting mellanavgiften för patienter från Hälleberga kommun, vilka till följd av olycksfall eller hastigt inträffad sjukdom intagits å lasarettet i Kalmar.

Kalmar läns norra landsting disponerar enligt ett år 1931 med länets södra landsting träffat avtal 10 vårdplatser å lasarettet i Oskarshamn, vilka främst skola stå öppna för vårdbehövande från socknarna Mörlunda, Kristdala, Misterhult och Tveta. Enär dessa platser icke äro avsedda att täcka hela behovet av vårdplatser från dessa socknar, skola de förbehållas sådana patienter, som läkaren icke anser sig kunna hänvisa till norra landstingets längre bort belägna sjukhus. Platserna upplåtas mot en årlig hyres- eller s. k. platsavgift, som erlägges halvårsvis i efterskott, oavsett om platserna äro belagda med patienter från norra landstingsområdet eller ej, och beräknas så, att norra landstinget till det södra betalar ränta å platsernas anskaffnings- och utrustningskostnad efter samma procent som det södra landstinget får betala å lån för utvidgning av ovannämnda lasarett, vilken ränta dock för täckande av utgifterna för platsernas underhåll skall ökas med en halv procent. Södra landstinget utfäster sig att vid varje tillfälle från det norra landstingsområdet mottaga 10 patienter och att, därest utrymme finnes, vid en och samma tidpunkt mottaga även ett högre antal. Huruvida de 10 platsernas antal överskridits utrönes efter årets utgång, då antalet vårddagar divideras med 330. Om därvid visar sig, att norra landstinget under det gångna året belagt mer än 10 årsplatser, skall platsavgift betalas även för överskjutande platser.

Därest icke norra landstinget bestämt annan avgift, skola patienterna från detta landstingsområde eller deras målsmän betala samma legosängsavgift, som patienter från södra landstingsområdet eller deras målsmän betala. Skillnaden mellan den verkliga dagkostnaden och patientavgiften gäldas av norra landstinget. Norra landstinget äger rätt att genom en revisor deltaga i granskningen av lasarettets räkenskaper i de delar, som beröras av avtalet. Tvister, som uppstå med anledning av avtalet, skola avgöras enligt lagen om skiljedom.

Malmöhus läns landsting har med Hälsingborgs stad år 1926 slutit avtal, enligt vilket landstinget och staden till den 1 januari 1939 och därefter tillsvidare för tio år åt gången skola å lasarettet i Hälsingborg gemensamt anordna lasarettsvård för Hälsingborgs stad

och kringliggande landstingsområde. Lasarettet är parternas gemensamma tillhörighet, däri de äga lika del. För bestridande av lasarettets årliga utgifter tagas i första hand legosängsavgifter, räntemedel och andra för lasarettet tillgängliga inkomster i anspråk. Vad därutöver erfordras, utom för utvidgningar och nyanskaffningar, gäldas av landstinget och staden i förhållande till antalet vårddagar för patienter från landstingsområdet och staden. Kostnader för utvidgningar och nyanskaffningar tillskjutas med hälften var av båda parterna. Legosängsavgifterna bestämmas av landstinget ensamt till enahanda belopp som vid länets övriga lasarett. Alla övriga frågor rörande lasarettet skola behandlas och avgöras av landstinget och stadsfullmäktige var för sig, landstinget och stadsfullmäktige dock obetaget att för särskilt fall överlämna behandling och avgörande åt någon av vissa angivna nämnder eller annan för ändamålet utsedd delegation. Vad landstinget och stadsfullmäktige samstämmigt bifalla skall vara giltigt beslut. När enighet icke vinnes, är frågan för den gången förfallen, därest fråga är om ny- eller ombyggnad av lasarettet, förvärv av mark för detsamma eller försäljning eller avhändande av någon lasarettets egendom; rör frågan däremot andra i kontraktet närmare angivna frågor, såsom lasarettets årsstat berörande poster med undantag av legosängsavgifternas storlek, skall en årligen utsedd lasarettsskiljenämnd om fem ledamöter, varav två utses av landstinget, två av stadsfullmäktige och en (tillika ordförande) av Kungl. Maj:ts befallningshavande i länet, skilja mellan de olika meningarna. Denna nämnd avgör även skiljaktigheter beträffande tolkningen av kontraktet. Granskningen av lasarettets räkenskaper och förvaltning verkställes av fyra revisorer, av vilka landstinget och stadsfullmäktige årligen välja två vardera.

Enligt avtal mellan *Hälsingborgs stad* och Malmöhus läns landsting skola inom staden mantalsskrivna personer, som äro i behov av sjukhusvård men som på grund av bristande utrymme icke kunna erhålla sådan å lasarettet i Hälsingborg, vid anlitande av Lunds lasarett eller annat lasarett inom landstingsområdet erlägga samma legosängsavgift som personer från landstingsområdet, med villkor att Hälsingborgs stad gottgör landstinget den minskade inkomst, som därigenom uppstår.

Älvsborgs läns landsting äger enligt avtal med Värmlands läns landsting att för patienter från hela området erhålla vård å lasarettet i Årjäng mot det att landstinget betalar skillnaden mellan avgiften för utomlänspatient vid nämnda lasarett och inomlänsavgift vid Älvsborgs läns lasarett. Från och med år 1932 har dock genom beslut av Älvsborgs läns landsting denna rätt inskränkts till patienter från Vårviks socken och den del av Torrskogs socken, som är belägen öster om sjön Lelången.

Gävleborgs läns landsting har alltsedan Gävle stads utträde ur landstinget år 1893 med staden drivit gemensam lasarettsvård å lasarettet i Gävle. Nuvarande överenskommelse gäller från och med år 1934 tillsvidare för fem år åt gången. Enligt denna utgör staden och landstingsområdet ett sjukvårdsdistrikt och är lasarettet att anse som stadens och länets gemensamma tillhörighet, däri parterna äga hälften var. För bestridande av lasarettets årliga utgifter upptages personlig sjukvårdsavgift av varje inom sjukvårdsdistriktet mantalsskriven person, som erlägger mantalspenningar, och beräknas legosängsavgifter, räntemedel och andra för lasarettet tillgängliga inkomster. Vad därutöver erfordras tillskjutes utom i de fall, som nedan sägs, med hälften var av parterna. Kostnader för nyanskaffning av inventarier samt för driften vid lasarettet fördelas proportionellt mellan land och stad efter antalet underhållsdagar på så sätt, att alla underhållsdagar för patienter från Gästriklands landsbygd och Hälsingland påföras landstingets sjukvårdsområde, medan alla underhållsdagar för patienter från Gävle stad och orter utom Gävleborgs län påföras Gävle stad. För utjämning av kostnaden för lasarettets vidmakthållande och eventuella utvidgning debiteras i lasarettets räkenskaper 5 % ränta (hyra) och 1 % i amortering, tillsammans 6 % å det på fastighetskontot vid varje års början ingående värdet av anstalten. Denna ränta (hyra) och amortering gäldas, i likhet med vad som gäller för driftkostnaderna, av parterna i förhållande till beläggningsprocenten. Från det sålunda erhållna totalbeloppet av driftkostnaden, ränta (hyra) och amortering för vardera kontrahenten drages 6 % å det på fastighetskontot för vardera kontrahenten vid årets början

innestående andelsbeloppet i lasarettet. Det beräknade amorteringsbeloppet avskrives vid varje års slut å fastighetskonto.

Alla frågor rörande den gemensamma sjukvården skola behandlas och avgöras av stadsfullmäktige och landstinget var för sig. För att om möjligt åstadkomma samstämmiga beslut skola ärenden rörande sjukvårdsavdelningen förberedas av en gemensam sjukhusberedning, i vilken parterna vardera utse tre ledamöter. Vad stadsfullmäktige och landstinget samstämmande bifalla är författningsenligt beslut. Då enighet icke vinnes, är frågan, om den avser ny- eller ombyggnader vid lasarettet, förvärv av mark för dess behov, försäljning eller avhändande av någon lasarettets fasta egendom eller upptagande eller betalande av gemensamt lån för lasarettet, för den gången förfallen; rör frågan däremot andra i överenskommelsen närmare angivna frågor, såsom legosängsavgifternas belopp eller andra lasarettets årsstat berörande poster, skall en årligen utsedd lasarettsnämnd skilja mellan de olika meningarna. Denna nämnd består av fem ledamöter, varav två utses av stadsfullmäktige, två av landstinget och en (tillika ordförande) av Kungl. Maj:ts befallningshavande i länet. Granskningen av lasarettets räkenskaper och förvaltning verkställes genom fyra revisorer, av vilka stadsfullmäktige och landstinget årligen välja två vardera.

Gävleborgs läns landsting har, enligt avtal år 1928 med landstinget i Kopparbergs län, åtagit sig att för vårdbehövande från Svabensverks kapellförsamling eller närliggande byar, vilka hava utfartsväg allenast över Dalarne och intagas å Svärdsjö sjukstuga eller Falu lasarett, svara för skillnaden mellan utomlänspatientavgiften å nämnda anstalter och inomlänspatientavgiften i Gävleborgs län, så länge Alfta kommun svarar för skillnaden mellan den avgift, landstinget får betala, och avgiften å allmän sal inom Gävleborgs län.

Jämtlands läns landsting har jämlikt avtal år 1926 med Kopparbergs läns landsting åtagit sig att för invånare från Storfjätens by, som intagas å Särna sjukstuga, gälda skillnaden mellan avgiften för utomlänspatient i Kopparbergs län och avgiften för inomlänspatient i Jämtlands län.

Textbil. 15. Läkarna å nedanstående lasarett och sjukstugor hava uppgivit, att erfarenheten utvisat, att invånarna inom följande utanför sjukvårdsområdet liggande kommuner söka vård å respektive sjukvårdsinrättning på den grund, att de hava bättre och bekvämare kommunikationer med denna än med dylik inrättning inom det sjukvårdsområde, där de äro hemmahörande.

Göteborgs stad:	
Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset	V. Frölunda (Göteb. o. Bohus län).
Holtermanska sjukhuset	Invånarna särskilt från de närmast liggande länen söka vård å sjukhuset; könspatienterna utgöras mest av sjömän, som dels avmönstra i Göteborg, dels resa dit för att lättare få hyra.
Malmö stad:	
Malmö allmänna sjukhus	Fosie, Lockarp och Bunkeflo (Malmöhus län).
Norrköpings stad:	
Norrköpings lasarett	Borg och Kvillinge (Östergötlands län).

Stockholms läns landstingsområde:	
Södertälje lasarett	Ytterenhörna och Överenhörna samt Mörkö (Södermanlands län).
Uppsala läns landstingsområde:	
Akademiska sjukhuset i Uppsala	Folkärna, Krylbo köping och By (Kopparbergs län); Harbo, Rosshyttan i Västerfärnebo kommun, Östervåla, Nora, Enåker, Vittinge, Västerlövsta, Altuna, Möklinta och Torstuna (Västmanlands län); Österfärnebo, Hedesunda och Bollnäs (Gävleborgs län).
Lövstabruks sjukstuga	Poliklinisk vård sökes av en del invånare i västra delen av Forsmarks kommun (Stockholms län).
Södermanlands läns landstingsområde:	
Kullbergska sjukhuset i Katrineholm	Skedevi (Östergötlands län).
Eskilstuna lasarett	Möjligen Torpa och Rytterne (Västmanlands län).
Östergötlands läns landstingsområde:	
Söderköpings lasarett	Tryserum (hela) och Hannäs (speciellt norra delen) (Kalmar läns norra landstingsområde).
Kisa lasarett	Södra Vi, Locknevi, Djursdala, Frödinge m. fl. i trakten av Vimmerby (Kalmar läns norra landstingsområde).
Åtvidabergs sjukstuga	Gärdserum, Hannäs och Ukna (Kalmar läns norra landstingsområde).
Jönköpings läns landstingsområde:	
Jönköpings lasarett	Gustav Adolf, Habo, Bjurbäck och Nykyrka (Skaraborgs län).
Eksjö lasarett	Västra Ryd, Sund och Svinhult (Östergötlands län).
Tranås sjukstuga	Poliklinisk vård sökes av ett stort antal invånare i Torpa, Trehörna och Asby (Östergötlands län).
Kalmar läns södra landstingsområde:	
Kalmar lasarett	Hälleberga (Kronobergs län).
Oskarshamns lasarett	Kristdala, Mörlunda och Misterhult (Kalmar läns norra landstingsområde).
Söderåkra sjukstuga	Kristianopel, poliklinisk vård (Blekinge län).
Blekinge läns landstingsområde:	
Karlskrona lasarett	Torsås och Vissefjärda (Kalmar läns södra landstingsområde).
Karlshamns lasarett	Ett fåtal från de närmast Blekinge län belägna kommunerna i Kronobergs län.
Kristianstads läns landstingsområde:	
Kristianstads lasarett	Möjligen Sölvesborg och dess omgivningar (Blekinge län).
Malmöhus läns landstingsområde och Hälsingborgs stad:	
Hälsingborgs lasarett	Björnekulla, Kvidinge samt delar av Gråmanstorp och Riseberga (Kristianstads län).
Hörby lasarett	Linderöd (Kristianstads län).

Hallands läns landstingsområde:	
Falkenbergs lasarett	Älvsered, Mjöbäck och Mårdaklev (Älvsborgs län).
Varbergs lasarett	Karl Gustav, Horred, Istorp, Öxnevalla, Glimmared och Gunnarsjö (Älvsborgs län).
Kungsbacka sjukstuga	Sätila (Älvsborgs län).
Göteborgs och Bohus läns landstingsområde:	
Kungälvs lasarett	Nödinge (Älvsborgs län).
Älvsborgs läns landstingsområde:	
Vänersborgs lasarett	Vänersnäs (Skaraborgs län).
Alingsås lasarett	Essunga, Fåglum, Österbitterna, Barne-Åsaka och Lekåsa (Skaraborgs län).
Åmåls sjukstuga	Svanskog (Värmlands län).
Trollhättans sjukstuga	Hjärtrum (Göteborgs och Bohus län).
Skaraborgs läns landstingsområde:	
Falköpings lasarett	Norra Åsarp, Kölaby, Mjäldrunga, Kärråkra samt länsdel av Kölingared (Älvsborgs län).
Mariestads lasarett	Södra Råda (Värmlands län), orsaken knappast bättre kommunikationer; vanligen uppgiva sig dessa patienter vara från Annehärad i Skaraborgs län.
Värmlands läns landstingsområde:	
Filipstads lasarett	Hällefors och Grythyttan (Örebro län).
Årjängs lasarett	Vårvik, Torrskog, Ärtemark, Laxarby, Mössemark och Håbol (Älvsborgs län). Lasarettsläkaren anser, att nordligaste delen av Älvsborgs län lämpligen i sjukvårdshänseende borde tillhöra Värmlands län.
Kristinehamns sjukstuga	Bjurtjärn (Örebro län).
Örebro läns landstingsområde:	
Askersunds sjukstuga	Tived (Skaraborgs län).
Västmanlands läns landstingsområde:	
Västerås lasarett	En del förlossningsfall från Bred och Tillinge (Uppsala län).
Norbergs lasarett	Söderbärke (Kopparbergs län).
Kopparbergs läns landstingsområde:	
Falu lasarett	Vissa delar av Alfta (Gävleborgs län). Beträffande öronavdelningen: Hofors i Torsåkers kommun, Sandviken i Högbo kommun och Storviks köping (Gävleborgs län). Beträffande ögonavdelningen: hela Gävleborgs län.
Svärdsjö sjukstuga	Svabensverks kapell och angränsande s. k. finnbyar av Alfta kommun (Gävleborgs län).
Särna sjukstuga	Lillherrdal och Linsäll (Jämtlands län).
Gävleborgs läns landstingsområde och Gävle stad:	
Gävle lasarett	Älvkarleby (Uppsala län).
Västernorrlands läns landstingsområde:	
Sollefteå lasarett	Fors och (i mindre utsträckning) Ragunda (Jämtlands län).

Jämtlands läns landstingsområde:	
Östersunds lasarett	Dorotea och Vilhelmina (Västerbottens län).
Svegs lasarett	Hamra kapellförsamling i Loos kommun och Kårböle församling i Färila-Kårböle kommun (Gävleborgs län); delvis Haverö (Västernorrlands län) samt Ulvsjö by av Mora socken (Kopparbergs län).
Västerbottens läns landstingsområde:	
Skellefteå lasarett	Arjeplog och Arvidsjaur (Norrbottens län) hava under vissa årstider bättre kommunikationer till lasarettet i Skellefteå än till lasarett i Norrbottens län.
Dorotea sjukstuga	Rörströms by av Tåsjö kommun (Västernorrlands län); Storjola i Frostvikens kommun (Jämtlands län).
Nordmalings sjukstuga	Norra delen av Gideå kommun (Västernorrlands län).
Sorsele sjukstuga	En del fall — vanligen polikliniska — från Arjeplogs kommun (Norrbottens län).
Åsele sjukstuga	Norra delen av Anundsjö kommun (Västernorrlands län).

Statens offentliga utredningar 1934

Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Utlåtande över utredningen ang. tredje mans rätt till neutralitet i arbetskonflikter m. m. [10]
Betänkande med förslag till lag ang. vissa ekonomiska stridsåtgärder m. m. [16]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Betänkande med förslag till bestämmelser ang. upphandling av lantbruksprodukter m. m. för statens och kommunala inrättningars behov. [15]
Betänkande med förslag till bestämmelser ang. upphandling av inhemskt motorbränsle för statens stationära anläggningar m. m. [20]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Socialpolitik.

Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Bilagor, band 2. Finanspolitikens ekonomiska verkningar. [1]
Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Bilagor, band 3. Löneutvecklingen och arbetslösheten. [2]
Utredning ang. åtgärder för bekämpande av ungdomsarbetslösheten. [11]
Arbetslöshetsutredningens betänkande. 2. Bilagor, band 4. Penningpolitik, offentliga arbeten, subventioner och tullar som medel mot arbetslöshet. [12]
Undersökningar ang. det sociala hjälpklientelet. [14]

Hälso- och sjukvård.

Medicinalstyrelsens förslag till nya författningsbestämmelser ang. statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m. [9]
Betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket jämte vissa därmed sammanhängande spörsmål, [22]

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av försöksverksamheten på växt- och trädgårdsodlingens område. [4]
Utredning med förslag om åtgärder för åstadkommande av billiga egnahemsbyggnader. [6]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Statliga cement- och betongbestämmelser av år 1934. [17]

Handel och sjöfart.

Betänkande med förslag ang. frågan om lämpliga åtgärder till skydd för sjömän vid besök i utländska hamnar. [5]
Betänkande med förslag till sjöarbetstidslag. [8]

Kommunikationsväsen.

Bank-, kredit- och penningväsen.

Betänkande i fråga om inrättande av ett institut för medellång och långfristig kreditgivning åt företag inom näringslivet. [7]
Stadshypotekssakkunnigas betänkande med förslag till förordningar ang. konungariket Sveriges stadshypotekskassa samt ang. grunderna för stadshypoteksföreningars bildande och verksamhet m. m. [13]

Försäkringsväsen.

1928 års pensionsförsäkringskommitté. Betänkande med förslag rörande revision av den allmänna pensionsförsäkringen. [18]
Pensionsförsäkringsreformen. Kortfattad framställning av 1928 års pensionsförsäkringskommittés förslag rörande revision av den allmänna pensionsförsäkringen. [19]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

1933 års teaterutrednings betänkande. Del 1. De fasta statsunderstödda teatrarna. [3] Del 2. Utredning rörande teaterförhållandena i riket. [21]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Stockholm 1934. Kgl. Boktr. P. A. Norstedt & Söner 331541