



**National Library  
of Sweden**

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

EX.A

S.O.U.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1944: 28  
SOCIALDEPARTEMENTET



1941 ÅRS REUMATIKERVÅRDSSAKKUNNIGAS  
BETÄNKANDE DEL II

---

## UTREDNING OCH FÖRSLAG

rörande behovet av och formen för statligt understöd till  
utbyggande inom landets sjukvårdsväsen av

## EFTERBEHANDLING

OCH

## KONVALESCENTVÅRD

---

---

S T O C K H O L M

1 9 4 4



# Statens offentliga utredningar 1944

## Kronologisk förteckning

1. Jordbruksbefolkningens levnadskostnader. Av E. Lindahl och L. Lemne. Marcus. 71 s. **Jo.**
2. Betänkande med förslag angående långtjänstunderbefäl m. m. Beckman. 91 s. **Fö.**
3. Betänkande angående nykterhetstillståndet under krigsåren. Marcus. 336 s. **Fl.**
4. Promemoria med förslag till lag med bestämmelser om allmänna behörighetsvillkor för vissa kommunala uppdrag m. m. Hæggeström. 66 s. **S.**
5. Betänkande med förslag till civilförsvarslag m. m. Beckman. 262 s. **S.**
6. Betänkande med förslag till byordningar och instruktioner för ordningsmännen i lappbyarna. Marcus. 85 s. **Jo.**
7. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 1. Marcus. 215 s. **Fl.**
8. Betänkande med förslag angående revision av riksdagens arbetsformer. Norstedt. 114 s. **Ju.**
9. Processlagberedningens förslag till lag om införande av nya rättegångsbalken m. m. 1. Lagtext. Norstedt. viij, 192 s. **Ju.**
10. Processlagberedningens förslag till lag om införande av nya rättegångsbalken m. m. 2. Motiv m. m. Norstedt. 500 s. **Ju.**
11. Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 4. Tiden juli 1942—juni 1943. Idun. 559 s. **Fo.**
12. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 2. Investeringsutredningens betänkande med förslag till investeringsreserv av statliga, kommunala och statsunderstödda anläggningsarbeten för budgetåret 1944/45. Marcus. 272 s. **Fl.**
13. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 3. Bilagor till investeringsutredningens betänkande med förslag till investeringsreserv av statliga, kommunala och statsunderstödda anläggningsarbeten för budgetåret 1944/45. Marcus. 77 s. **Fl.**
14. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 4. Marcus. 153 s. **Fl.**
15. Socialvårdskommitténs betänkande. 7. Utredning och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring. Beckman. 360 s. **S.**
16. Socialvårdskommitténs betänkande. 8. Kostnadsberäkningar angående lag om allmän sjukförsäkring. Beckman. 91 s. **S.**
17. Betänkande med förslag till åtgärder för främjandet av litteraturtjänsten inom de tekniska fackområdena. Hæggeström. 165 s. **E.**
18. Betänkande med förslag till vägtrafikstadga m. m. Beckman. 84 s. **K.**
19. Om inrättande av ett samhällsvetenskapligt forskningsråd. Hæggeström. 23 s. **E.**
20. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 1. Skolan i samhällets tjänst. Frågeställningar och problemläge. Idun. 138 s. **E.**
21. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 2. Sambandet mellan folkskola och högre skola. Idun. 354 s. **E.**
22. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. 3. Utredning och förslag angående vidgade möjligheter till högre undervisning för landsbygdens ungdom. Idun. 104 s. **E.**
23. 1940 års skolutredningens betänkanden och utredningar. Bilaga 3. Förhandlingarna vid sammanträde den 15—den 17 juni 1943 med 1940 års skolutrednings rådgivande nämnd. Idun. (2), 148 s. **E.**
24. Betänkande med förslag rörande revision av lagstiftningen om kvinnas behörighet att innehava stats tjänst och annat allmänt uppdrag. Norstedt. 65 s. **Ju.**
25. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 5. Promemoria angående yrkesutbildning för arbetslösa m. m. Hæggeström. 92 s. **E.**
26. Befolkningspolitik i utlandet. Beckman. 239 s. **S.**
27. Betänkande med utredning och förslag angående rätten till vissa uppfinningar m. m. Marcus. 83 s. **H.**
28. 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande. Del 2. Utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande inom landets sjukvårdsväsen av efterbehandling och konvalescentvård. Sv. Tryckeri AB. 101 s. 6 ritn. **S.**

**Ann.** Om särskild tryckort ej anges, 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 1944:28  
SOCIALDEPARTEMENTET



1941 ÅRS REUMATIKERVÅRDSSAKKUNNIGAS  
BETÄNKANDE DEL II.

---

## UTREDNING OCH FÖRSLAG

rörande behovet av och formen för statligt understöd till  
utbyggande inom landets sjukvårdsväsen av

# EFTERBEHANDLING

OCH

# KONVALESCENTVÅRD

---

STOCKHOLM 1944  
SVENSKA TRYCKERIAKTIEBOLAGET





STATE OF TEXAS  
COUNTY OF DALLAS



BEFORE ME, the undersigned authority, on this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, personally appeared \_\_\_\_\_, known to me to be the person whose name is subscribed to the foregoing instrument, and acknowledged to me that he executed the same for the purposes and consideration therein expressed.

My commission expires \_\_\_\_\_

Notary Public in and for the State of Texas

My commission expires \_\_\_\_\_

NOTARY

My commission expires \_\_\_\_\_

STATE OF TEXAS  
COUNTY OF DALLAS





*Till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Socialdepartementet.*

I beslut den 17 oktober 1941 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för socialdepartementet att tillkalla högst sex sakkunniga med uppdrag att inom nämnda departement biträda med fortsatt utredning av frågan om reumatikervårdens utbyggande och vidtagande i övrigt av åtgärder för de reumatiska sjukdomarnas bekämpande. På grund av detta bemyndigande tillkallades den 23 oktober 1941 såsom sakkunniga undertecknade generaldirektören och chefen för medicinalstyrelsen J. Axel Höjer, tillika ordförande, docenten i reumatologi och fysikalisk terapi vid Lunds universitet Gunnar Edström, dåvarande ledamoten av riksdagens andra kammare, numera landshövdingen Elof Lindberg, Umeå, ledamoten av riksdagens första kammare, f. d. domänintendenten Bernhard Nilsson, Landeryd, ordföranden i Uppsala läns landstings hälso- och sjukvårdsberedning, medicine doktorn Axel Petterson och professorn i medicin vid karolinska institutet Nanna Svartz. Till sekreterare åt de sakkunniga förordnades den 27 oktober 1941 förste amanuensen i medicinalstyrelsen Martin Runald.

De sakkunniga antogo benämningen 1941 års reumatikervårdssakkunniga.

I enlighet med de direktiv, som i statsrådsprotokollet angivits för utredningen, borde denna i första hand undersöka lämpligheten av att anordna en eller två, med erforderlig utrustning försedda specialavdelningar för reumatiskt sjuka i anslutning till undervisningssjukhus eller annat lämpligt sjukhus. Avdelningarna borde så planläggas, att de dels medförde ett ej oväsentligt tillskott till befintlig vårdtillgång för reumatiskt sjuka, dels ock bildade underlag för bedrivande av undervisning och forskning rörande de reumatiska sjukdomarnas uppkomst och bekämpande. Utredningen borde i denna del bedrivas med sådan skyndsamhet, att förslag om möjligt kunde föreläggas 1942 års riksdag.

Såsom ett första led i fullgörandet av sitt uppdrag framlade de sakkunniga den 24 februari 1942 betänkande med förslag om inrättande av kliniska reumatologiska avdelningar i Stockholm och Uppsala, samt en ortopedisk avdelning i Uppsala, avsedda att tjäna utom sjukvården även undervisning och forskning.

Med vederbörligt medgivande hava de sakkunniga föranställt om en utredning rörande de reumatiska sjukdomarnas frekvens och behovet av slutenvård. Denna utredning är ännu icke slutförd. De sakkunniga avse med denna bland annat att vinna klarhet om den utsträckning, i vilken ytterligare sjukhusplatser, av den typ, som kallas A-platser, kunna komma att krävas utöver de berörda nya kliniska avdelningarnas, och om lämpligaste formen för en sådan utbyggnad.

Samtidigt med igångsättande av nyss berörda utredning upptogo de sakkunniga till prövning frågan om att tillgodose en del av platsbehovet genom inrättandet av enklare och billigare vårdplatser för sådana sjuka, som utan att vara i behov av lasarettsvård å de dyraste platserna, A-platserna, erfordra slutenvård. Då för närvarande sådana sjuka i viss utsträckning måste vårdas å A-platser, komme genom inrättande av enklare vårdplatser ett antal A-platser att frigöras.

Det visade sig snart under diskussionen av detta problem, att det icke kunde vara lämpligt att taga ställning till olika möjligheter att tillgodose behovet av efterbehandling och konvalescentvård för de reumatiskt sjuka såsom ett från övrig efterbehandling och konvalescentvård skilt problem. Ärendet hänsköts till Kungl. Maj:t i skrivelse från de sakkunniga den 20 mars 1942. I anledning härav föreskrev Kungl. Maj:t den 27 mars 1942, att de sakkunnigas uppdrag skulle utvidgas till att avse utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande av efterbehandling och konvalescentvård i allmänhet.

Då de sakkunniga icke kunna beräkna att under innevarande år framlägga sitt huvudbetänkande och då vägen att utvinna A-platser genom ordnande av vårdplatser för efterbehandling och konvalescens är den enklare och billigare, som därtill under senaste tid vunnit stor aktualitet, hava de sakkunniga ansett sig böra redan nu framlägga denna del av sin utredning.

De sakkunniga hava med representanter för *Svenska Provinsialläkarföreningen* haft överläggningar rörande bland annat frågan om efterbehandling och konvalescentvård.

Samråd har ägt rum med *Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos* angående efterbehandlingsavdelningar för tuberkulösa, med professorn *Adolf Lichtenstein* angående efterbehandlingsavdelningar för barn och med *Statens Sjukhusutredning av år 1943* angående en enhetlig begreppsbestämning i fråga om anstalter för efterbehandling och konvalescentvård.

Genom Kungl. Utrikesdepartementets försorg hava upplysningar begärts rörande frågor om efterbehandling och konvalescentvård i Danmark, Finland och Norge. På grund av rådande förhållanden har svar inkommit endast från Danmark. De sakkunniga hava tillika haft överläggningar i Stockholm med överläkaren *Hans Heckscher*, Köpenhamn, docenten *Nils Gustaf Ehrn-*



rooth, Helsingfors, och överläkaren *Hans Jacob Ustvedt*, Oslo, vilka lämnat upplysningar om efterbehandling och konvalescentvård i vederbörande länder.

Vid de preliminära överläggningarna om efterbehandlingsavdelningarnas planläggning hava arkitekterna *Hakon Ahlberg* och *Gustaf Birch-Lindgren* biträtt de sakkunniga. Den sistnämnde har utarbetat här bilagda ritningar.

De sakkunniga hava haft förmånen att från *Konung Gustaf V:s 80-årsfond* erhålla ett belopp av femtusen kronor, vilket belopp av styrelsen för fonden ställts till de sakkunnigas förfogande för vissa i samband med ritningarnas utarbetande stående undersökningar.

De sakkunniga jämte sekreteraren hava i studiesyfte avlagt besök å konvalescenthem i Stockholm med omnejd.

För att erhålla kännedom om antalet tillgängliga platser samt det ytterligare behovet av platser för efterbehandling och konvalescentvård tillställde de sakkunniga samtliga sjukvårdsberedningar inom landstingen och direktioner för sjukvårdsinrättningar i städerna utanför landsting en skrivelse den 4 augusti 1942 med hemställan om uppgifter i nämnda avseenden. Svaren å denna skrivelse hava varit de sakkunniga till stort gagn. En sammanställning av dessa svar bifogas betänkandet.

1941 års reumatikervårdssakkunniga få härmed överlämna föreliggande utredning om eftervården som en andra del av sitt betänkande.

Med hänvisning till den utförda utredningen få de sakkunniga hemställa, att Kungl. Maj:t ville — efter inhämtande av de yttranden över förslaget, som kunna finnas önskvärda — överlämna ritningarna med tillhörande motiveringar till centrala sjukvårdsberedningen för mångfaldigande och fördelning till huvudmännen. De sakkunniga föreslå tillika

1. dels att Kungl. Maj:ts kungörelser den 27 juni 1927 (N:ris 245 och 246) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av och till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka så omändras, att sängliggande efterbehandlingspatienter, som icke äro berättigade till statsbidrag, där måtte få vårdas, ändock att statsbidrag icke utgår till deras vård,

dels att den i berörda kungörelser nr 245 2 § 2. och nr 246 3 § 2. stadgade begränsningen av antalet statsbidragsberättigade vårdplatser inom ett sjukvårdsområde måtte bortfalla,

dels att statsbidragens storlek snarast ökas, förslagsvis till det dubbla, både beträffande uppförande eller inrättande av och beträffande driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka;

2. att — under förutsättning att landsting eller stad utanför landsting uppgjort plan för utbyggande av sin eftervård och fått denna av medicinalstyrelsen godkänd — statsbidrag skall utgå för byggande av efterbehandlingsavdelning (E-avdelning) enligt planen



till efterbehandlingsplats (E-plats), avsedd för reumatiskt sjuk, med hela byggnadskostnaden, maximerad vid nuvarande prisläge till 5.000 kronor,

till E-plats för barn med samma belopp, som må utgå till byggande av A-plats vid barnsjukhus och på enahanda villkor,

till E-plats för tuberkulöst sjuk med samma belopp, som må utgå vid byggande av sanatorium och på enahanda villkor,

till E-plats för väntande mödrar och nyförlösta med samma belopp, som må utgå vid byggande av förlossningsavdelning och på enahanda villkor, samt

3. att under samma förutsättning, som under 2. sagts, driftbidrag till E-avdelning, byggd enligt planen, skall utgå till vårdplatser

för reumatiskt sjuk med 3 kronor under förutsättning att legosängsavgiften icke överstiger 2 kronor per dag,

för sjukt barn, tuberkulöst sjuk och nyförlöst med det belopp, som utgår för vård å A-plats på barnsjukhus, sanatorium eller förlossningsavdelning samt

för väntande moder med det belopp, som utgår för vård på väntehem:

4. att gällande förordningar /K. förordningen den 26 juni 1931 (nr 280) om erkända sjukkassor och stadgan den 29 maj 1931 (nr 172) angående enskilda sjukhem och förlossningshem/ ändras så (resp. att föreslagen lag om allmän sjukförsäkring får en sådan formulering), att sjukkassa för viss vårdtid lämnar bidrag till kostnaden för vård på konvalescenthem, som godkänts av medicinalstyrelsen, i fall där sådan vård enligt läkarintyg kräves.

Stockholm den 10 juni 1944.

Vördsamt

J. AXEL HÖJER.

GUNNAR EDSTRÖM.

ELOF LINDBERG.

BERNHARD NILSSON.

AXEL PETTERSON.

NANNA SVARTZ.

/ Martin Runald.

## Kap. I. Översikt av föregående utredningar.

Behovet av särskilda anstalter för sjuka, som icke kräva lasarettsvård men dock erfordra sluten vård beaktades på sin tid av dåvarande statsinspektören för vanförestaltnernas ortopedisk-hygieniska verksamhet, professor John Berg. I ett »förslag till vissa systemändringar i de svenska offentliga sjukvårdsanstaltnernas anordning med hänsyn till önskemålet av en verkställare invalid- och vanförestaltnings»,<sup>1</sup> bilagt professor Bergs årsberättelse för 1917, förordade han sålunda 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.

Jämväl de år 1920 tillkallade sakkunniga för utredning beträffande vården av kroniskt sjuka upptogo frågan om en avlastning av de dyrbarare sjukvårdsanstaltnerna utan uppgivande av den slutna vårdens fördelar. I sitt betänkande framhålla dessa sakkunniga, 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 kvarhålls å även våra enklaste sjukhus eller sjukvårdsinrättningar av annan anledning än verklig sjukdom».<sup>2</sup> 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 äsyfta att om möjligt ge patienterna hälsan åter eller, om detta är ogörligt, vårda 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.

<sup>1</sup> Allmänna svenska läkartidningen 1918, sid. 1.

<sup>2</sup> »Betänkande angående vården av kroniskt sjuka avgivet den 24 februari 1921 av tillkallade sakkunniga», sid. 31.



*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.<sup>1</sup>*

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.

Även *statens sjukvårdskommitté* behandlade i sitt »Betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket» (Statens offentliga utredningar 1934: 22) frågan om anstalter för konvalescentvård. Kommittén utsände i ämnet en rundfråga, vilken gav 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. Å betänkandets sid. 312 o. ff. uppdrager kommittén följande riktlinjer för konvalescentvårdens utbyggande:

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 slutna 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 kon-

<sup>1</sup> Kurs. av 1941 års sakkunniga.



valscenstid 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 känedom om den sjukas psykiska och fysiska konstitution är av väsentlig betydelse och där den sjukas 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 förra har väsentligt större möjligheter till ett fritt läkarval än den senare.

Kommittén har med dessa allmänna synpunkter, vilka visserligen icke innehålla något nytt, endast velat uttala en varning mot en för långt driven förenkling av ifrågasvarande 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 äsyftar 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 lasarettplatser. Vikten av ett begränsande av ifrågasvarande 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.*<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup>Kurs. av 1941 års sakkunniga.



kommittén vara desto angelägnare som här är fråga om en vårdangelägenhet, vilken det allmänna hittills i stort sett ställt sig utanför.

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 lasarettens 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 bli en faktisk lasarettavdelning 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.<sup>1</sup>*

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, till vars vård bidrag från det allmänna utgår,

<sup>1</sup> Kurs. av 1941 års sakkunniga.



och patienter, som på egen bekostnad åtnjuta vård vid anstalterna i fråga. 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.

*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.<sup>1</sup>*

Efterbehandlings- och konvalescentvårdsproblemet berördes på visst sätt även av de år 1936 tillkallade sakkunniga för pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet. Efter att hava redogjort för sin framlagda plan för reumatikervårdens tillgodoseende anföra 1936 års sakkunniga i sitt betänkande (Statens offentliga utredningar 1937: 23) sid. 52 följande:

Såsom redan antytts är det ej osannolikt, att även om reumatikervården utbygges i enlighet med ovanstående plan, avdelningarna i åtskilliga län efter någon tid visa sig otillräckliga för emottagande av alla vårdsökande. Det är nämligen ett känt faktum, att tillkomsten av en specialavdelning inom ett län spontant framkallar ett ökat, förut latent vårdbehov av olika omfattning. Att söka tillfredsställa detta vårdbehov genom ett ytterligare utökande av antalet vårdplatser finna de sakkunniga icke tillräckligt, åtminstone icke i första hand. I stället torde i anslutning till reumatikeravdelningarna böra anordnas poliklinisk behandling av sådana fall, som icke oundgängligen erfordra sjukhusvård, samt, i mån av behov, inrättas särskilda poliklinikhem för inackordering och eventuell sysselsättning av poliklinikfallen under vårdtiden. Utrymmen för dessa anordningar böra beräknas redan från början och därvid tillmätas så, att de kunna tagas i anspråk jämväl för andra patienter, främst psykoneurosfall. *I regel böra poliklinikhemmen endast vara öppna för patienter, som bo utanför poliklinikorten, men även andra patienter böra kunna där mottagas, då förhållandena i patientens hem eller andra omständigheter så påkalla. Då poliklinikhemmen kunna göras enkla till sin beskaffenhet och utrustning, lära de kunna åstadkommas och drivas för en relativt låg kostnad, i varje fall för en lägre kostnad än själva vårdavdelningarna och alltså i sin mån bidra till att begränsa huvudmännens sjukvårdskostnader.<sup>1</sup>*

Deita förslag av 1936 års sakkunniga rönnte anslutning i det stora flertalet remissyttranden, i den mån vederbörande remissinstans tog ställning till det-samma.

Enligt en av dåvarande förste underläkaren vid S:t Görans sjukhus, med. lic. Olof Odén år 1938 gjord utredning angående den akuta platsbristen vid Stockholms stads sjukhus uppskattades antalet »vård»- och konvalescent-

<sup>1</sup>Kurs, av 1941 års sakkunniga.



fall på stadens sjukhus till ett antal liggande mellan 7 och 12 0/0. I gruppen vårdfall inneslötos kroniska fall. För de medicinska avdelningarna rörde sig siffran mellan 10 och 15 0/0.

De undersökningar angående behovet av sjukhusplatser m. m. i Stockholms stad, vilka undersökningar på uppdrag av kommunala omorganisationskommittén i Stockholm utfördes under ledning av professorn S. G. W. Wahlund och vilkas resultat i november 1940 framlades i ett betänkande,<sup>1</sup> gävo vid handen, att 12 0/0 av beläggningen på sjukhusen icke hade karaktären av rena sjukhusfall, utan i stor utsträckning hade kunnat vårdas på enklare sjukvårdsinrättningar. Anmärkas bör, att ett mindre antal patienter på enklare sjukvårdsinrättningar å andra sidan ansågos böra överflyttas till sjukhus, varför vinsten efter en omflyttning i båda riktningarna beräknades till drygt 10 0/0 av de å sjukhus inneliggande patienterna. Av de fall, vilka icke kunde rubriceras som rena sjukhusfall, voro 7,1 0/0 uppgivna som efterbehandlings- och konvalescentfall. Härtill kommer, att en del av de 4,4 0/0, vilka rubricerats såsom »övriga fall», utgjordes av sådana patienter, som väntade på intagning på efterbehandlings- eller konvalescenthem. Procenttalet sjuka av karaktären eftervårds- eller konvalescentfall är sålunda högre än 7,1 0/0.

### Sammanfattning.

Föregående utredningar hava kommit till samstämmig uppfattning, att ett behov av enklare avdelningar för eftervård föreligger. Diskussionen av härmed sammanhängande frågor har givit värdefulla synpunkter utan att dessa förts fram till utarbetade förslag.

<sup>1</sup> »Betänkande angående dispositionen av platser för sjukhusvård m. m.» (Stockholms stads statistik. X Specialundersökningar, Nr 21).

TABELL 1.

**Tillgängliga anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård år 1942.  
Landsting jämte städer utanför landsting.**

LANDSTING	Efterbehandling		Konvalescentvård	
	Permanenta	Provisoriska	Permanenta	Provisoriska
Södermanlands läns landsting . . . . .	—	48	—	—
Östergötlands » » . . . . .	—	—	47 <sup>1)</sup>	—
Jönköpings » » . . . . .	—	—	17 <sup>2)</sup>	—
Kronobergs » » . . . . .	—	—	—	16
Göteborgs och Bohus l. » . . . . .	—	30	—	—
Örebro läns » . . . . .	—	40 <sup>3)</sup>	—	—
Västmanlands » » . . . . .	—	—	13	—
Gävleborgs » » . . . . .	—	—	—	30 <sup>4)</sup>
Jämtlands » » . . . . .	—	—	— <sup>5)</sup>	10
Summa	0	118 <sup>6)</sup>	77	56
<b>STÄDER UTANFÖR LANDSTING</b>				
Stockholm . . . . .	216	—	319 <sup>7)</sup>	—
Göteborg . . . . .	120 <sup>8)</sup>	—	—	— <sup>9)</sup>
Malmö . . . . .	15	—	—	— <sup>10)</sup>
Norrköping . . . . .	25	—	5 <sup>11)</sup>	—
Hälsingborg . . . . .	—	—	16	—
Summa	376	0	340	0
Riket Summa	<b>376</b>	<b>118</b>	<b>417</b>	<b>56</b>

<sup>1)</sup> Därav 14 platser för barn å Blåklintshemmet, Linköping.  
<sup>2)</sup> Vid tuberkulossjukstugan i Tenhult.  
<sup>3)</sup> Vid större epidemier måste konvalescentavdelningen utrymmas.  
<sup>4)</sup> Möjlighet att få in ett betydligt större men ej fixerbart antal mera lättvårdade fall å försörjningshemmen i Bollnäs, Arbrå, Alfta, Ovanåker och Hanebo-Segersta.  
<sup>5)</sup> Konvalescenthem omkring 12 km från Östersund. Platsantal ej angivet.  
<sup>6)</sup> I allmänhet å epidemisjukhus.  
<sup>7)</sup> Därav 49 för tbc-sjuka och 75 för barn. Dessutom har staden genom avtal tillgång till 115 konvalescentplatser på enskilda hem. För övrigt har staden möjlighet remittera sjuka till andra enskilda vilo- och konvalescenthem utan förtursrätt på grund av avtal, bl. a. till Stortorp (30 platser), Byle gård (26 platser) och Sundby gård (13 platser).  
<sup>8)</sup> 70 platser vid Sahlgrenska sjukhuset, därav 52 å med. avd. I och 18 å de kirurgiska avdelningarna samt 50 platser å Vasa sjukhus.  
<sup>9)</sup> 150 platser vid sommarsanatoriet vid Sandarne. (Vistelse allenast under dagarna).  
<sup>10)</sup> Ottarpskolonien (Malmö stads förening mot tuberkulos) 16 platser.  
<sup>11)</sup> För barn under 14 år kan konvalescentvård beredas å Mamre barnhem (under särskild styrelse) 3 km från stadens centrum.



## Kap. II. Översikt av nuvarande förhållanden rörande efterbehandling och konvalescentvård i Sverige och övriga nordiska länder.

### Sverige.

Förhållandena i Sverige i fråga om efterbehandling och konvalescentvård framgå av de svar, som inkommit från landsting och städer utanför landsting på en av de sakkunniga den 4 augusti 1942 gjord enquête (*tabell 1, bilaga 1*).

De sakkunniga använda i det följande begreppet *eftervård* såsom ett sammanfattande uttryck för efterbehandling och konvalescentvård. I fråga om avgränsningen av begreppet *konvalescent* i här föreliggande sammanhang ansluta sig de sakkunniga helt till vad statens sjukvårdskommitté anfört därom i sitt betänkande. Kommitténs framställning är återgiven ovan sid. 9.

De flesta lasarett, sjukstugor och sanatorier sakna alldeles efterbehandlingsavdelningar. Av tuberkulosvårdens anstalter användas i viss utsträckning B-anstalterna för eftervård, men dessa hava dock i huvudsak andra uppgifter.

Några lasarett använda epidemisjukhus som efterbehandlingsavdelningar. Så är bl. a. fallet i Nyköping, Eskilstuna och Mölndal. Lasarettet i Örebro använder som efterbehandlingsavdelning ett epidemisjukhus, beläget 2 km från lasarettet (se *bilaga 1, sid. 63*). Gävle stad har haft planer i samma riktning. Samtliga dessa epidemisjukhus disponeras för efterbehandling så länge den epidemiologiska situationen tillåter.

För andra lasarett (Värnamo, Mora m. fl.) fungera i viss mån sjukstugorna som E-avdelningar eller konvalescenthem.

I flera län, framför allt i Malmöhus, Kristianstads och Östergötlands, samarbeta lasarett med sjukkassornas konvalescenthem. Andra lasarett söka placera sina eftervårdsfall på hem för kroniskt sjuka, så i Kalmar och Hallands län. I Skaraborgs län hava åtta efterbehandlingsplatser i Falköping överförts till barnbördsvård. I Västerås har ett konvalescenthem beläget 3 km från lasarettet småningom belagts med kroniskt sjuka.

Älvsborgs län har planerat efterbehandlingsavdelningar vid lasarett i Borås och Vänersborg. Hallands läns landsting har år 1943 givit anslag till uppförande av en efterbehandlingsavdelning om 20 platser i Halmstad.

Stockholm har ett s. k. efterbehandlingssjukhus, som med hänsyn till utrustning och byggnadsplan enligt de sakkunnigas mening bör betraktas som ett A-sjukhus. Stockholm har dessutom 319 konvalescentplatser, var-

till komma vissa under stadens fattigvårdsstyrelse lydande sjukavdelningar, vilka delvis fungera som efterbehandlingsavdelningar. Sjukhusdirektionen i Stockholm har planer på att mera systematiskt ordna eftervården.

Karolinska sjukhuset anlitar enligt svarsskrivelsen för efterbehandling, fränsett en evakueringsavdelning vid Radiumhemmet om 25 platser, pensionsstyrelsens anstalter, kommunala anstalter eller enskilda vårdhem. Liknande är förhållandet vid Serafimerlasarettet.

I Göteborg har behovet av efterbehandlingsavdelningar lett till provisoriska lösningar efter olika linjer. För detaljer hänvisas till *bilaga 1*, (sid. 63 och 65). Förhållandena därstädes förklaras fortfarande vara mycket otillfredsställande.

Malmö stad har en efterbehandlingsavdelning om 15 platser.

Norrköping har 25 platser i en gammal tuberkulossjukhusbyggnad (Trollisjukhuset, beläget en kilometer från det nuvarande lasarettet). Stadens fattigvårdsstyrelse har ett sjukhus av karaktären hem för kroniskt sjuka med 144 platser. Av dessa sägas fem användas för efterbehandling.

### Sammanfattning.

Man har i Sverige sökt tillgodose eftervården på flera olika sätt. För denna vård har på några håll inrättats särskilda avdelningar eller anstalter. Dessa hava dock i flera fall icke länge kunnat reserveras för sitt ändamål. Erfarenheten visar, att svårigheter föreligga att bibehålla dem för eftervårdsfall, då på en ort antalet A-platser eller antalet platser för kroniskt sjuka är för lågt. Vid för litet antal A-platser övergå eftervårdsplatserna successivt till A-platser, om avdelningens utrustning tillåter detta. Om åter antalet platser för kroniskt sjuka är för lågt, bliva sådana sjuka ofta kvarliggande på avdelningen för längre eller kortare tid. Endast vid fasthållandet av mycket strama principer för beläggningen, såsom t. ex. skett i Örebro, har efterbehandlingssjukhuset fortsättningsvis kunnat fylla sin funktion såsom sådant. Å andra sidan hava de anstalter, som avsetts för efterbehandling, ofta utan fast gräns övergått i konvalescenthem, i synnerhet då lokalen varit belägen en till flera kilometer från vederbörande huvudsjukhus.

På de ställen där man kunnat vidtaga särskilda åtgärder för efterbehandlingen hava erfarenheterna varit uppmuntrande. Detta har medfört, att man på ytterligare en del orter fattat beslut om eller planerat för inrättandet av efterbehandlingsavdelningar. På de flesta håll särskilt ute i länen ställer man sig dock tillsvidare avvaktande. I några län säges, att behov av efterbehandlingslokaler icke föreligger, då sjukstugorna få tjänstgöra som sådana. Ju mera intensiv driften är på en anstalt, ju tidigare patienten skrives ut, dess mera har man känt behov av och även vidtagit sär-



skilda föranstaltningar för efterbehandling. Så är förhållandet framför allt i storstäderna och på några andra ställen.

I de flesta delar av landet finnes någon form av konvalescentvård. I allmänhet ges sådan vård å konvalescenthem, ordnade av enskilda, bolag eller sjukkassor, och å kurorter. På flera av konvalescentanstalterna ligga priserna på sådan höjd, att endast mera välställda kunna använda deras platser.

#### Övriga nordiska länder.

Genom Kungl. Utrikesdepartementets försorg hava upplysningar begärts rörande frågor om efterbehandling och konvalescentvård i Danmark, Finland och Norge. På grund av rådande förhållande har svar inkommit endast från Danmark. Det inkomna svaret redovisas i *bilaga 2*.

Vid överläggningar med de sakkunniga hava överläkaren *H. Heckscher*, Köpenhamn, docenten *N. G. Ehrnrooth*, Helsingfors, och överläkaren *H. J. Ustvedt*, Oslo, avgivit bilagda skildringar (*bilaga 3 A, B och C*). Det framgår, att förhållandena i våra grannländer i fråga om efterbehandling och konvalescentvård äro tämligen lika de svenska. En särställning intar krigssjukvården i Finland. En del av dess eftervård har varit ordnad i Sverige. I samband härmed hava tidigare gjorda erfarenheter beträffande sysselsättningen av patienterna på kroppssjukhusen aktualiserats. På den svenska medicinalstyrelsens initiativ utkommer i dagarna en handledning, vilken kommer att utgöra *bilaga 4*. Även i bilagda akter rörande förhållandena i våra grannländer understrykes vikten av att de patienter, vilkas tillstånd tillåta det, erhålla viss sysselsättning. De sakkunniga hänvisa särskilt till bilagda »Betänkning fra udvalget angaaende arbejdsterapi for kirurgiske patienter» (*bilaga 5*).<sup>1</sup>

#### Sammanfattning.

Behovet av *efterbehandlingsavdelningar* är även i övriga nordiska länder känt och erkänt. Liksom i Sverige har hittills föga åtgjorts i praktiken. *Konvalescentvården* omhänderhaves i viss utsträckning av kommuner och sjukkassor, under det att åtskilliga anstalter äro privata och hålla taxor, som reservera dem för det mera välsituerade klientelet.

<sup>1</sup> Överlämnad till Socialdepartementet.

### Kap. III. Motivering för anordnande av eftervårdsplatser.

*Olika former av eftervård: Efterbehandlingsavdelningar; hem för kroniskt sjuka; konvalescenthem; kurorter.*

#### Motivering för anordnande av eftervårdsplatser.

Ju mera sjukvården utbygges, ju större anspråk den måste ställa på det allmänna, dess angelägnare är det, att icke kostnaderna bliva högre än de ur saklig synpunkt behöva. För visso äro de medel, som nedläggas på hälso- och sjukvård, ur samhällets synpunkt på längre sikt i allmänhet väl räntabla, även om ur humanitär synpunkt åtskilliga sjukvårdande åtgärder vidtagas, vilkas ekonomiska räntabilitet kan ifrågasättas. Men just därför att den önskelista med krav på det allmänna, som av sakkunniga inom hälso- och sjukvårdens område framlägges, ännu för lång tid framåt kommer att vara längre än att den i sin helhet kan tillfredsställas, är det av synnerlig vikt att av anslagna medel utfå största möjliga effekt.

Kraven på intagning av patienter på våra sjukhus hava alltmera stegrats. På många håll i landet klagas över en stark platsbrist på sjukhusen. För att säkerställa vård för de mest akuta fallen söker man på sjukhusen i allmänhet hålla två eller flera reservplatser obelagda. Synnerligen vanligt är emellertid, att dessa reserver snabbt bliva fyllda, så att inträdessökande, t. o. m. svårt akut sjuka, måste hänvisas till vård på annat håll.

Väntetiden för mindre brådskande sjukdomsfall är å dessa sjukhus ofta mycket lång. För att erhålla ett begrepp härom hava uppgifter begärts från landets samtliga medicinska lasarettavdelningar (utom Stockholm) samt ett motsvarande antal kirurgiska avdelningar.

Genomsnittliga väntetiden uppskattas av vederbörande lasarettsläkare hava under senaste året uppgått till följande:

Väntetid i veckor	0 <sup>1</sup>	1—2	mer än 2	Summa
Medicinska avdelningar.....	3	9	18	30
Kirurgiska » .....	15	8	13	36
<b>Summa avdelningar.....</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>31</b>	<b>66</b>

Av fem tillfrågade öronavdelningar i mindre städer hava 3 avdelningar ingen väntetid, en avdelning en väntetid av 1—3 veckor och en avdelning

<sup>1</sup> Någon dags väntetid kan förekomma.



en väntetid av 4—8 veckor. På de ortopediska avdelningarna är väntetiden synnerligen varierande. Vid vanförestalten i Stockholm är den för närvarande cirka 4 månader, vid vanförestalten i Hälsingborg ingen.

Platsbristen på sjukhusen visar sig emellertid icke endast genom förekomsten av väntetid. För att underlätta intagningen tvingas läkarna ofta att utskriva inneliggande patienter tidigare än som är önskvärt, en åtgärd, som för många sjuka är synnerligen ödesdiger. Denna för tidiga utskrivning äventyrar sålunda ej sällan de resultat, som vunnits genom sjukhusvården.

Ett typiskt exempel på en sådan kategori av patienter, som ofta erhålla en alltför kortvarig sjukhusvård, utgör de reumatiskt sjuka. Deras tillstånd är merendels icke alarmerande. Risk för akut försämring genom en transport föreligger i regel icke. På grund härav utskrivas de ofta, då det gäller att bereda plats för akuta sjukdomsfall med mera påtagligt vårdbehov. Ändock råder det intet tvivel om att ett avbrott i vila och övervakning av de reumatiskt sjuka i ett för tidigt skede i hög grad ökar risken för försämring och invaliditet med de konsekvenser, som detta innebär för individen och samhället, även om följderna först långt senare komma till synes.

Den av reumatikervårdssakkunniga företagna utredningen rörande de reumatiskt sjuka i landet visar bl. a., att vårdtiden på våra lasarett för ifrågavarande sjuka är synnerligen kort. En granskning av en uppgjord kurva över vårdtiden för de vid lasarett och sjukstugor under år 1943 vårdade fallen av akut polyarthrit och kronisk polyarthrit visar, att det största antalet sådana patienter haft en vårdtid av endast 19 dagar. Hälften hava haft en kortare vårdtid än en månad. 19,7% hava haft en vårdtid av över åtta veckor. Alla sakkunniga äro ense om att dessa vårdtider för flertalet av sjukdomsfallen i fråga äro mycket för korta. En ändring härutinnan är ur folkhälsans synpunkt påkallad.

Tilläggas må, att det nu om de reumatiskt sjuka sagda likaledes gäller för patienter lidande av ett flertal andra sjukdomstillstånd med långvarigt förlopp.

För att bereda ökade vårdmöjligheter för akut sjuka, för att minska köbildningen i fråga om sjukdomsfall även med mindre trängande vårdbehov och för att tillförsäkra de sjuka, som äro i behov därav, en längre vårdtid är alltså någon form av ökning av antalet vårdplatser oundgängligen nödvändig. En sådan ökning kan självfallet åstadkommas genom att bygga nya s. k. A-platser. Att behov av ett antal sådana föreligger i olika delar av landet såväl för invärtesmedicin som för vissa andra specialiteter är otvivelaktigt. Behovet av nya sådana platser kan dock med säkerhet avsevärt nedbringas genom ett bättre tillgodoseende av eftervården, varigenom A-platser kunde lösgöras. Då det gäller att taga ställning till denna fråga, måste man nämligen uppmärksamma det förhållandet, att ett visst antal



av de sjukdomsfall, som nu belägga A-platser, utan tvivel skulle kunna erhålla tillfredsställande vård på avdelningar av enklare beskaffenhet.

Eftervårdsavdelningar vid lasarett fungera i viss grad som en säkerhetsventil för modersjukhuset. Om en patient, som är i trängande behov av omedelbar sjukhusvård, kommer till en fullbelagd lasarettsavdelning, bör plats lättare kunna beredas genom att någon patient, som är nära utskrivning, överflyttas till en förefintlig eftervårdsavdelning.

Ytterligare en uppgift fylles av eftervårdsavdelningar vid lasarett. I många fall är det önskvärt, att patienter, som återvänt till sina hem, återkomma för observation med jämna mellanrum. Detta gäller patienter med blodsjukdomar och sockersjuka, det gäller även många hjärt-, led- och magsjuka, patienter med inkretoriska rubbningar (rubbningar i insöndringen) samt ett flertal andra. Många kirurgiska fall, t. ex. patienter med frakturer, och personer, opererade för ondartade svulster, behöva komma in för efterundersökning. Personer, som opererats för ögon- och öronåkommor, ävensom gynekologiska och ortopediska fall utgöra andra exempel på sjukdomskategorier, som ofta tarva efterkontroll. Ett stort antal patienter måste vidare med jämna mellanrum återkomma för röntgenkontroll eller röntgenbehandling. Behovet av efterkontroll och efterbehandling finnes kort sagt i stor utsträckning inom alla specialiteter. Om de sjuklingar det här gäller icke äro bosatta på eller i närheten av den ort, varest det sjukhus är beläget, där de vårdats, bruka de ej sällan intagas för ett par dagars observation på de vanliga A-platserna. Dessa patienter skulle i många fall kunna placeras på ett efterbehandlingssjukhus, varifrån de kunde gå över till modersjukhuset för behövlige kontrollundersökningar respektive behandlingar. Eftervårdsavdelningen skulle i dylika fall komma att fungera som ett s. k. poliklinikhem.

Avdelningar för eftervård skulle också i icke oväsentlig mån kunna nedbringa antalet resor för patienterna, i det att i många fall några dagars uppehåll på sådan avdelning skulle medföra, att ett flertal undersökningar och behandlingar kunde utföras i följd. Det kan även tänkas, att avlägset boende patienter, som för första gången söka på sjukhusens öppna mottagningar, i mån av plats skulle kunna intagas på sådan avdelning under den tid undersökningarna pågå.

Efterbehandlingsavdelningar behövas även vid barnavdelning, resp. barnsjukhus, om de dyrbara A-platserna skola kunna till fullo utnyttjas. Barnsjukhusens platser beläggas ej sällan med fall, som väl skulle kunna vårdas under enklare förhållanden, och de intagna patienterna få ej sällan kvarbli alltför lång tid på sjukhuset, om hänsyn tages endast till det rent medicinska behovet. En ej obetydlig del av sjukhusklientelet skulle kunna tidigare och ofta avsevärt tidigare än vad nu sker utskrivas, om detta kunde ske till ett efterbehandlingssjukhus. Under nuvarande förhållanden kan det i och



för sig berättigade strävandet efter en förkortad genomsnittlig vårdtid icke drivas alltför långt, särskilt i fråga om utskrivning av barn från socialt sämre ställda hem. Man riskerar eljest att äventyra resultatet av sjukhusvården genom en för tidig utskrivning till en för fortsatt vård olämplig miljö.

De reumatiskt sjuka tillhöra en sjukdomsgrupp, som med säkerhet kommer att i stor utsträckning anlita de olika möjligheter för eftervård å slutan stalt, som i det föregående avhandlats. Under behandlingens första del måste de ofta intaga sängen å ett A-sjukhus. Under en senare del av behandlingen, då de fortfarande äro i behov av A-sjukhusets undersöknings- och behandlingsmöjligheter, kunna många av dem vårdas såsom uppegående, medan andra fortfarande äro sängliggande. De senare skulle i många fall icke behöva upptaga A-plats å huvudanläggningen, om i anslutning till densamma funnes ett vårdhem för kroniskt sjuka, där den reumatiskt sjuke kunde intagas. De uppegående reumatiskt sjuka patienterna åter skulle i stor utsträckning kunna vårdas på en efterbehandlingsavdelning för uppegående sjuka. Då de äro talrika och kräva en lång vårdtid, komma de säkerligen ofta att belägga en väsentlig del av en sådan avdelnings vårdplatser.

Även en sådan avdelnings funktion såsom poliklinikhem är av betydelse för de reumatiskt sjuka, som ofta måste återkomma till sjukhuset för kontroll av processens förlopp både under sjukdomens tidigare och under dess senare stadier. De sakkunniga anse, att reumatikerklientelets behov av dessa platser bör på något sätt säkerställas.

### Olika former av eftervård.

För eftervården stå f. n. till förfogande olika slag av anstalter. En del av dessa äro förlagda invid större sjukvårdsanläggningar. Så finner man vid en del av våra lasarett dels vissa anordningar för efterbehandling, dels hem för kroniskt sjuka. Helt friliggande äro i allmänhet de s. k. konvalescenthemmen; smärre hem för kroniskt sjuka äro stundom även helt friliggande men träffas oftare i anslutning till fattigvårdsanstalter eller sjukstugor.

Avsikten med att förlägga eftervårdsplatser i anslutning till lasarett, sanatorier och andra självständiga sjukvårdsinrättningar är att komplettera huvudanläggningen med vårdplatser, som äro billigare i anläggning, utrustning och drift genom att de kunna utnyttja huvudanläggningens speciella utrustning och specialutbildade personal. I viss mån gäller detta invid lasarett förlagda vårdhem för kroniskt sjuka, i vilka hem plats beredes sängliggande patienter med kroniska sjukdomar, vilka icke längre äro i behov av så intensiv undersökning respektive behandling. Besparingen blir i dessa fall icke så stor. I full utsträckning göra sig besparingsmöjligheterna gällande först då patienterna äro uppegående. De sakkunniga reservera ut-



trycket *efterbehandlingsavdelning*, förkortat *E-avdelning*, för *invid annan sjukvårdsanstalt liggande efterbehandlingsavdelning för uppegående patienter*.

## Efterbehandlingsavdelningar (E-avdelningar).

Den *specialutrustning* på huvudanläggningen, som patienterna på en E-avdelning kunna draga nytta av, är dels den diagnostiska (röntgenanläggning, centrallaboratorium) och dels den terapeutiska, till vilken bör räknas anläggningens kost och ej minst den fysikaliska terapins utrustning. I den mån en sådan utrustning för fysikalisk behandling redan är maximalt utnyttjad eller icke förefinnes i behövlig utsträckning ens för huvudanläggningens behov, kan det vid komplettering av densamma befinnas förmånligt att förse E-avdelning med viss sådan utrustning. Principiellt bör apparatur för fysikalisk terapi centraliseras till ett ställe för hela sjukhuset och helst förläggas till A-sjukhuset.

Vad beträffar *specialpersonal* är avsikten, att huvudanläggningens läkare skola omhändervård undersökning och vård av E-avdelningens patienter. Det är möjligt, att detta i vissa fall kan betinga en jämkning i normerna för antalet läkare å A-avdelningar. Patienterna böra söka den läkare, som förut skött dem å A-avdelningen, på tid och plats, som lämpar sig bäst för denne. Är läkarens arbetskraft redan helt eller t. o. m. otillbörligt utnyttjad, får annan åtgärd vidtagas.

All egentlig medicinsk behandling, fränsett distribuering av medicin och enklare injektioner, sker lämpligast å huvudsjukhuset och handhaves som nämnts av den läkare, som tidigare vårdat patienten. Dagligen bör läkar rond göras å E-avdelning. Skyldigheten att fullgöra denna bör tilldelas någon av sjukhusets läkare, vilkens dagliga arbetsbörda tillåter detta. En sådan rond av någon därtill bland A-sjukhusets läkare utsedd, vilken icke givdes fullt heltidsarbete å sjukhuset i övrigt, bör vid en enstaka vårdavdelning om exempelvis 40 sängar endast behöva taga kort tid i anspråk, genomsnittligt måhända en halv timme. Denna rond avser i första rummet att upprätthålla ordning samt utöva tillsyn att intet mera akut inträffat. Den kan lämpligen förläggas till eftermiddagen, då patienterna äro samlade å E-avdelningen. På förmiddagarna kunna dessa avdelningars patienter åtnjuta väsentligt större rörelsefrihet än övriga, blott de passa sin behandling, måltiderna, vilotimmarna och utsatta mottagningar. Lämpligt torde vara, att patienterna vid promenader använda egna ytterkläder.

Vad *övrig medicinsk personal* beträffar bör varje vårdavdelning stå under ledning av en sjuksköterska. Denna får bland annat övervaka medicinering. Då större omläggningar, förbandsbyten etc. avses ske å huvudanlägg-



ningen, blir kravet på biträdande sjukvårdspersonal betydligt lägre än på en A-avdelning. Patienterna förutsätts själva i stort sett sköta sin personliga vård, äta själva, kläda sig själva, hjälpa till med bäddning, dukning och servering, såvida ej lyte eller sjukdom hindrar, däremot ej deltaga i arbetet i kök eller i tvätt, ej heller i allmänhet vid städning.

*Nattövervakning* kan på E-avdelning om t. ex. en enhet av förslagsvis 40 patienter tänkas ordnad som på lasarettet i Örebro, där den underordnade personalen ligger i s. k. beredskap (den är tillstädes på sitt rum var femte natt). Ringklockorna äro ställda till vederbörandes sovrum. Hon har rättighet att vid behov väcka avdelningssköterskan eller annan sköterska, som även har beredskap. Vid större E-paviljonger på tre eller flera vårdavdelningar torde man ur ordningssynpunkt knappast kunna undgå en mera permanent nattövervakning.

Uppskattningsvis borde det vara möjligt att på en E-avdelning reda sig med allra högst hälften av den sköterskepersonal och den underordnade personal, som kräves å en A-avdelning.

Den personalbesparing, som enligt vad ovan sagts beräknats uppstå, är främst beroende av att samtliga patienter äro uppegående. Patienterna förutsätts intaga sina måltider gemensamt å lämplig lokal, dit de själva bege sig. Förefinnes sådan lämplig lokal inom huvudanläggningen, kan detta medföra, att matsal inom E-avdelningen kan inbesparas; dock behövs även i sådant fall inom avdelningen samlingslokal för dessa uppegående patienter och denna bör icke vara för knappt tilltagen. Skola E-avdelningens patienter intaga sina måltider inom avdelningen, kan detta ske i särskild matsal eller i kombinerad matsal och samlingslokal.

Sängtransporter behöva icke förekomma. Mått å dörrar och korridorer kunna därför göras mindre. Sängar kunna placeras utefter väggarna, varigenom vådrummen kunna göras mindre. Härigenom bliva byggnadskostnaderna lägre. Överhuvud böra icke kraven på byggnaden och dess inredning ställas högre än de, som ur hygieniska och brandtekniska synpunkter ställas på hotell eller pensionat. De böra heller icke ställas lägre. Trähus i en eller två våningar kunna ifrågakomma.

De sakkunniga ansluta sig till vad arkitekten G. Birch-Lindgren i sin utredning (sid. 46) anfört beträffande byggnadskostnaderna för en E-avdelning för vuxna i jämförelse med en avdelning med A-platser, nämligen att en plats å den förra bör kunna byggas för högst hälften av kostnaden för en plats å den senare.

En översiktlig beräkning av driftkostnaderna antyder, att dessa kunna begränsas till mindre än tre fjärdedelar av kostnaderna för en A-avdelning, då fråga är om för vuxna avsedd avdelning.

Vistelsen på en E-avdelning kommer för patienterna att bliva en övergång mellan sängläge och arbetsförhet. Det är av stor vikt att patienterna

beredas *sysselsättning* bl. a. för att förstärka deras motoriska apparat. Även psykologiska synpunkter spela in. Arbetslokaler böra därför ingå i en E-avdelning eller stå densamma till buds på annat sätt. Betonas må att det här inom lasarettsvården ej är fråga om yrkesutbildning i någon form, än mindre om omskolning. Dessa problem måste lösas för sig. Det rör sig om att giva tillfrisknande människor sysselsättning för att bereda dem för övergången till normalt liv.

*Beläggning* av en E-avdelning, som ligger intill en annan anstalt, bör ske endast genom huvudsjukhuset. Detaljerna kunna givetvis ordnas på olika sätt. Man kan tänka sig en anordning, genom vilken de patienter från sjukhusets olika avdelningar, som komma i fråga för överförande under närmaste tiden, anmälas till E-avdelningens läkare och av honom uppföras på en gemensam lista.

#### **Allmän E-avdelning för vuxna.**

Redan i ovanstående framställning hava omnämnts flera olika patientkategorier, som kunna förväntas bli förlagda till en E-avdelning. Säkertligen kunna patienter komma att där vårdas från samtliga eller de flesta specialavdelningar inom ett centralsjukhus, men de medicinska sjukdomsfallen — ej minst de reumatiska — torde komma att belägga en jämförelsevis stor del av E-avdelningen.

#### **E-avdelning för väntande mödrar.**

På orter, där av lokala skäl bostäder äro önskvärda för väntande mödrar, vilka bo på långt avstånd från den förlossningsanstalt, där de skola förlösas, och vilka icke i förväg kunna beredas plats på anstalten, skulle en del av E-avdelningen lämpligen kunna helt avskiljas för att tjäna ett sådant syfte. Därigenom skulle i många fall långa transporter under pågående förlossning kunna undvikas, vilket utan tvivel är ett önskemål.

#### **E-avdelning för tuberkulösa.**

Efterbehandlingsavdelningar för tuberkulöst sjuka krävas såväl vid sanatorierna som vid lasarettens tuberkulosavdelningar. Då tuberkulosvården ställer särskilda krav på byggnadens anordning, rekommendera de sakkunniga, att särskilda avdelningar anordnas för denna form av efterbehandling.

#### **E-avdelning för barn.**

Från flera landsting hava anmälts behov av E-avdelningar för barn. En sådan måste självfallet både i planläggning och drift bliva något olika dem, som avses för vuxna. Avdelningarnas storlek måste sannolikt göras mindre.



Besparingen å personalkontot kan för barn icke drivas lika långt som för vuxna. För närvarande finnes endast ett exempel på ordnat samarbete mellan en barnavdelning å lasarett och en anstalt, som delvis tjänstgjort såsom efterbehandlingsavdelning, nämligen i Linköping, varjämte i detta sammanhang bör nämnas, att det vårdhem för reumatiskt hjärtsjuka barn, som sedan några år drives i Göteborg av pensionsstyrelsen, i viss utsträckning fungerar som E-avdelning för ett flertal sjukhus.

### Hem för kroniskt sjuka.

Från åtskilliga håll klaga lasarettsläkarna över att sängliggande patienter, som icke längre äro i behov av alla ett A-sjukhus' resurser, gärna bliva kvarliggande på lasaretten, då annan lämplig vårdmöjlighet för dem saknas. En del sådana patienter höra till det klientel, som bör vårdas å hem för kroniskt sjuka. Dessa hem äro dock i allmänhet fullbelagda och kunna icke hålla platser lediga för mottagande av de patienter, som lasaretten kunna vilja utskryva. Utökning av platsantalet å vårdhemmen för kroniskt sjuka synes vara av stor vikt. Enligt Kungl. Maj:ts kungörelser den 27 juni 1927 (N:ris 245 och 246) må statsbidrag till uppförande eller inrättande av och till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka icke sammanlagt respektive icke för samma tid utgå för flera sjukplatser än: för stad, som icke deltagar i landsting, en på varje tal av tvåtusen av stadens invånare och för landstingsområde en på varje tusental av landstingsområdets invånare. Redan Statens sjukvårdskommitté föreslog i sitt år 1934 avgivna betänkande, att landsting och kommunalförbund borde få statsbidrag även om dessa kvottal överskredes. Utökning av antalet platser å dessa hem skulle numera på flera håll betyda, att normen 1:2000 resp. 1:1000 av befolkningen finge överskridas. I ärendet har Svenska Landstingsförbundet den 3 april 1944 ingivit framställning till Kungl. Maj:t.

*Tabell 2* (sid. 25—28) visar i vilken utsträckning vården av kroniskt sjuka f. n. är utbyggd. Att märka är, att åtskilliga landsting redan beslutat eller planerat en ytterligare utbyggnad utöver den i tabellen angivna, ehuru planerna på grund av tidsläget icke kunnat realiseras. I mer än ett femtiotal städer med lasarett finnas hem för kroniskt sjuka och i uppmot ett tiotal fall äro hemmen belägna i anslutning till lasarett.

TABELL 2.

## Tabell över antalet statsbidragsberättigade platser för kroniskt sjuka.

Vårdanstalter för kroniskt sjuka	Antal förefintliga platser	Antal platser för vilka statsbidrag erhållas eller kunna utgå	Procentuell utbyggnad
sjukhem ålderdomshem (å. h.) försörjningsanstalt (f. a.) kommunhem (k. h.) vårdhem (v. h.)			
<b>Stockholms stad</b> ..... Vårdhemmet Stureby 322.	322	300	107
<b>Stockholms län</b> ..... Sjukh. Eiras avd. för kr. sj. 20, Lidingö å.h:s sjukavd. 7, Sundbybergs sjukhem 15, Huddinge å.h:s sjukavd. 10, Knivsta s:s å.h:s sjukavd. 8, Stockholms läns sjukh., Hammarby, 30, Färingsö sjukhem 19, Norrtälje sjukhem 28, Vaxholms sjukhem 35, Nynäshamns å.h:s sjukavd. 8, Spånga å.h:s sjukavd. 13, Södertälje å.h:s sjukavd. 17, Östhammars sjukhem 18.	228	290	79
<b>Uppsala län</b> ..... Uppsala landstings sjukh. 46, Uppsala å.h:s sjukavd. 30, Älvkarleby å.h:s sjukavd. 12, Lena å.h:s sjukavd. 4, Enköpings sjukhem 52.	124	139	89
<b>Södermanlands län</b> ..... Nyköpings sjukhem 64, Katrineholms å.h:s sjukavd. 12, Strängnäs å.h:s sjukavd. 6, Strängnäs sjukhem 18, Eskilstuna sjukhem 66.	166	193	86
<b>Östergötlands län</b> ..... Motala å.h:s sjukavd. 14, Östergötlands sjukh., Söderköping, 41, Risinge sjukhem 16, Krokeks v.h:s sjukavd. 6, Östergötlands sjukhem, Vadstena, 30, Linköpings stads f.a:s sjukavd. 47.	154	249	62
<b>Norrköpings stad</b> ..... Borgs hem för kr. sj. 5.	5	35	14
<b>Jönköpings län</b> ..... Hemmet för kr. sj. (landstingets) Jönköping, 70, Värnamo las.avd. för kr. sj. 56, Åkers å.h:s sjukavd. 12, Huskvarna å.h:s sjukavd. 13, Långaryds å.h:s sjukavd. 12, Nässjö å.h:s sjukavd. 12, Sävsjö epid. sjukh. 24.	199	243	82
<b>Kronobergs län</b> ..... Hemmet för kr. sj. (landstingets), Växjö, 41, Växjö stads vårdhem 20, Ekeberga å.h:s sjukavd. 7, Hälleberga å.h:s sjukavd. 5, Berga å.h:s sjukavd., Veka, 10, Linneryds å.h:s sjukavd. 4, Hovmantorp å.h:s sjukavd. 4, Ljungby epid. sjukh. 44, Markaryd å.h:s sjukavd. 8.	143	151	95
<b>Kalmar län</b> ..... Landstingsområdets hem, Hultsfred, 79, Halltorps å.h:s sjukavd. 10, Högsby å.h:s sjukavd. 8, Nybro å.h:s sjukavd. 7, Solgårdens vårdhem, Pärud, 8, Kalmar stads sjukhem 22, Kalmar epid. sjukh. 16.	150	228	66



Vårdanstalter för kroniskt sjuka	Antal förefintliga platser	Antal platser för vilka statsbidrag erhållas eller kunna utgå	Procentuell utbyggnad
sjukhem älderdomshem (å. h.) försörjningsanstalt (f. a.) kommunhem (k. h.) vårdhem (v. h.)			
<b>Gotlands län</b> ..... Mariahemmet, Visby, 57.	57	59	97
<b>Blekinge län</b> ..... Asarums sjukhem 18, Karlshamns f.a:s sjukavd. 10, Karlskrona f.a:s sjukavd. 27, Johannishus å.h:s sjukavd. 5, Bräkne-Hoby f.a:s sjukavd. 13, Ramdala å.h:s sjukavd. 5, Sölvesborgs sjukhem 10, Ronneby s:ns å.h:s sjukavd. 16.	104	145	72
<b>Kristianstads län</b> ..... Ängelholms å.h:s sjukavd. 5, Mansdala sjukhem 68, Gyllebo sjukhem 30, Åstorps sjukhem 33.	136	249	55
<b>Malmö stad</b> ..... Malmö sjukhem, avd. för kr. sj. 78.	78	79	99
<b>Hälsingborgs stad</b> ..... Familjen Romares stiftelse 25.	25	31	81
<b>Malmöhus län</b> ..... Anderslövs sjukhem 26, Billesholms sjukhem 16, Skurups sjukhem 25, Höganäs sjukhem 27, Svedala sjukhem 18, Teckomatorp sjukhem 24, Ystads sjukhem 16, Landskrona sjukhem 22, Sjöbo (gamla epid.stugan) 8, Sjöbo (epid. sjukh.) 12.	194	312	62
<b>Hallands län</b> ..... Falkenbergs å.h:s sjukavd. 27, Kungsbacka sjukhem 17, Eldsberga å.h:s sjukavd. 7, S:t Olofhemmet, Halmstad, 49, Varbergs sjukhem 31, Hemmet för kr. sj., Laholm, 20.	151	152	99
<b>Göteborgs stad</b> ..... Vasa sjukhus 145.	145	142	102
<b>Göteborgs o. Bohus län</b> ..... Mölnåls å.h:s sjukavd. 16, Tossene å.h:s sjukavd. 6, Lysekils sjukh. 8, Jonsereds å.h., Partille, 11, Brastads å.h:s sjukavd. 6, Krokstads sjukhem 7, Backa sjukhem 14, Uddevalla sjukhem 20, Råda å.h:s sjukavd. 10, Strömstads sjukhem 10, Kungälv f.a:s sjukavd. 10, Bro å.h:s sjukavd. 3, Tjörns härads hem för kr. sj. 9, Västra Frölunda å.h:s sjukavd. 18, Kungshamn å.h:s sjukavd., Gravarne, 4, Skee å.h:s sjukavd. 6, Tanums å.h:s sjukavd. 10.	168	204	82
<b>Älvsborgs län</b> ..... Alingsås (fattigv.anst.) 10, Alingsås las: avd. för kr. sj. 30, Vårdhemmet Haralds minne, Alingsås, 20, Vänersborgs stads försörjn.hems avd. för kr. sj. 14, Trollhättans vårdhem 40, Mellerud (epid.sjukh.) 26, Sunnanå å.h:s sjukavd. 7, Skene vårdhem 26, Ulricehamns sjukhem 30, Kullingskövde vårdhem 8, Örby å.h:s sjukavd. 6, Fritsla å.h:s sjukavd. 10, Vassända-Naglum f.a:s sjukavd. 6.	233	330	71

Vårdanstalter för kroniskt sjuka	Antal förefintliga platser	Antal platser för vilka statsbidrag erhållas eller kunna utgå	Procentuell utbyggnad
sjukhem ålderdomshem (å. h.) försörjningsanstalt (f. a.) kommunhem (k. h.) vårdhem (v. h.)			
<b>Skaraborgs län</b> .....	195	240	81
Lidköping (epid.sjukh.) 22, Lidköpings stads å.h:s sjukavd. 12, Tidaholms sjukhem 10, Haga sjukhem 29, Sjöryds sjukhem 41, Skara sjukhem 18, Mariestads stads å.h:s sjukavd. 8, Mariestad (epid.sjukh.) 19, Fägre o. Trästena å.h:s sjukavd., Moholm, 4, Skövde å.h:s sjukavd. 12, Falcköpings sjukh. 20.			
<b>Värmlands län</b> .....	199	268	74
Nyeds å.h:s sjukavd., Backa, 12, Kroppa å.h:s sjukavd. 12, Arvika sjukhem 22, Filipstads å.h:s sjukavd. 18, Eks härads å.h:s sjukavd. 11, Eda å.h:s sjukavd. 15, Färnebo kommuns hem (Fogdhyttan) 8, Norra Råda (Myra) å.h:s sjukavd. 12, Grava s:ns å.h., Berg, 8, Torsby sjukhem 19, Karlstad, hemmet för kr. sj. 34, Kristinehamn, hemmet för kr. sj. 28.			
<b>Örebro län</b> .....	100	228	44
Ålderdomshemmet i Örebro 38, Hammars å.h:s sjukavd. 13, Ljusnarsbergs å.h:s sjukavd. 14, Degerfors å.h:s sjukavd. 11, Linde sjukhem (Vedevåg) 14, Nora k.h:s sjukavd., Älvstorp, 10.			
<b>Västmanlands län</b> .....	116	170	68
Köpings å.h:s sjukavd. 8, Västerås sjukh. 108.			
<b>Kopparbergs län</b> .....	161	250	64
Älvgårdens sjukhem, Gagnef, 20, Krylbo (epid.sjukh.) 22, Vansbro (epid.sjukh.) 22, Rättviks vårdhem 14, Malungs vårdhem 9, Grangärde vårdhem 15, Södra Dalarnes sjukhem, Hedemora, 30, Kopparbergs läns lts paviljong vid Falu las. 29.			
<b>Gävle stad</b> .....	19	20	95
Gävle stads sjukhem 19.			
<b>Gävleborgs län</b> .....	148	234	63
Järvsö f.a:s sjukavd. 8, Österfärnebo å.h:s sjukavd. 4, Hanebo k.h:s sjukavd. 10, Ljusdals å.h:s sjukavd. 11, Hudiksvalls å.h:s sjukavd. 15, Söderala å.h:s sjukavd. 10, Färila å.h:s sjukavd. 5, Sandvikens å.h:s sjukavd. 10, Hedesunda å.h:s sjukavd. 4, Näs sjukhem, Storvik, 38, Söderhamns å.h:s sjukavd. 13, Sävstaås sjukhem, Bollnäs, 20.			
<b>Västernorrlands län</b> .....	129	275	47
Nätra å.h:s sjukavd. 12, Gudmundrå sjukhem 51, Anundsjö sjukstugas sjukavd. 9, Själevads vårdanst. 10, Torps sjukhem 15, Sundsvalls sjukhem 32.			
<b>Jämtlands län</b> .....	46	140	33
Ströms å.h:s sjukavd. 5, Kvarnsveds sjukhem 20, Östersunds å.h:s sjukavd. 11, Jämtlands läns epid.sjukh. 10.			



Vårdanstalter för kroniskt sjuka			
sjukhem älderdomshem (ä. h.) försörjningsanstalt (f. a.) kommunhem (k. h.) vårdhem (v. h.)	Antal före- fintliga platser	Antal platser för vilka stats- bidrag er- hållas eller kunna utgå	Pro- centuell utbyggnad
<b>Västerbottens län</b> .....	30	222	14
Åsele å.h:s sjukavd. 8, Skellefteå å.h:s sjukavd. 14, Byske å.h:s sjukavd. 8.			
<b>Norrbottnens län</b> .....	68	220	31
Jokkmokks å.h:s sjukavd. 10, Gällivare k.h:s sjukavd. 16, Arjeplogs å.h:s sjukavd. 6, Arvidsjaurs å.h:s sjukavd. 12, Luleå k.h:s sjukavd. 14, Nederkalix sjukhem 10.			

Enskilda hem för kroniskt sjuka <sup>1)</sup>	Antal platser
<b>Östergötlands län</b>	
John o. Mathilda Lennings sjukhem, Norrköping .....	34
Vallahemmet, Linköping .....	35
<b>Jönköpings län</b>	
Nobynäs hem för kr. sj., Nässjö .....	59
<b>Malmöhus län</b>	
Ribbingska sjukh. i Lund .....	55
Österhemmet, Hälsingborg .....	20
<b>Älvsborgs län</b>	
Älvsborgs läns sjukhem i Ulricehamn .....	37
<b>Skaraborgs län</b>	
Skaraborgs läns sjukhem i Skövde .....	22

<sup>1)</sup> Platserna på dessa enskilda hem, vilka åtnjuta statsbidrag, medtagas icke vid beräkningen av kvoten för det sjukvårdsområde, inom vilket hemmet är beläget.

Sådana reumatiskt sjuka, som äro sängliggande men icke i behov av alla ett A-sjukhus' resurser, torde ofta kunna rubriceras som kroniskt sjuka och därmed få rättighet att vårdas å hem för sådana. Med hänsyn tagen till den reumatiska ledinflammationens karaktär gäller detta enligt de sakkunnigas mening i själva verket alla sådana fall. En del andra sängliggande sjuka, t. ex. lårhalsfrakturer, som icke längre äro i behov av att stanna på A-plats, kunna emellertid icke rubriceras som statsbidragsberättigade kroniskt sjuka. För denna kategori finnas f. n. knappast några vårdmöjligheter utanför huvud-

sjukhuset. Dessa patienter bereda därför ofta svårigheter, då det gäller utskrivning från lasarett. Från olika håll har vid besvarandet av de sakkunnigas enquête ifrågasatts att bereda dessa patienter plats på efterbehandlingsavdelning. Skulle man blanda sådana patienter med de uppegående på samma efterbehandlingsavdelning, skulle de av de sakkunniga föreslagna efterbehandlingsavdelningarna icke kunna byggas, inredas och drivas för de låga kostnader och på det sätt de sakkunniga föreslagit. En sådan sammanblandning är oekonomisk och olämplig. Återstår möjligheten att bereda dessa sjuka vård å annan avdelning. Rent medicinskt skiljer sig deras vård, med hänsyn till de tekniska resurser, som krävas, icke från vården av kroniskt sjuka. Även de kroniskt sjuka kunna skiljas i två grupper: sådana som äro i behov av lasarettens tekniska utrustning, och sådana som icke behöva denna. Nu har från landstingshåll uttalats en mycket bestämd önskan, att man icke skulle skapa nya kategorier av vårdfall eller anstalter med eller utan särskilda statsbidragsbestämmelser, där så icke är alldeles nödvändigt. De sakkunniga finna sig därför böra ifrågasätta, om icke de sängliggande efterbehandlingsfall, som för närvarande icke falla under bestämmelserna i ovanberörda kungörelser om statsbidrag till hem för kroniskt sjuka, borde beredas plats inom en utbyggd organisation av vården för kroniskt sjuka, utan att för dem statsbidrag skulle utgå i annan mån än de redan därtill äro berättigade. Direktiven för intagning på hem för kroniskt sjuka skulle i så fall behöva uppmjukas. Kontrollen av att icke dessa sjuka erhöles statsbidrag såsom kroniskt sjuka enligt hittillsvarande bestämmelser synes vara relativt enkel. I diariets statsbidragskolumn skulle dessa patienter införas med en nolla såsom icke statsbidragsberättigade och det vore därigenom möjligt att i efterhand kontrollera, huru många statsbidragsberättigade patienter, som varje dag vårdats å anstalten.

De sakkunniga vilja i detta sammanhang framhålla, att det är ett allmänt önskemål bland de för vården av kroniskt sjuka ansvariga läkarna och kommunalmännen, att klientelet på detta sätt skall bliva uppblandat, så att hemmen för kroniskt sjuka skola förlora sin karaktär av asyler för hopplost sjuka. En sådan utveckling har redan i viss mån ägt rum. Från vårdhemmen för kroniskt sjuka utskrivs numera de sjuka icke så sällan i ett så förbättrat tillstånd, att hemvård åter blir möjlig.

Den differentiering inom kategorin vårdhem för kroniskt sjuka, som är på väg att utveckla sig, finna de sakkunniga lycklig. En del sådana hem, ofta med ett större antal patienter, förläggas intill en annan anstalt (lasarett, sjukstuga) och kan därigenom få tillgodogöra sig dennas tekniska vårdresurser och konsultationsmöjligheter. En del mindre hem, och dessa utgöra för närvarande det överbäldigande flertalet, äro placerade ute i bygderna, varigenom patienterna hava större utsikt att kunna uppehålla kontakten med hemorten (familj, närstående, vänner). I den mån ett landsting



anskaffar båda dessa vårdformer av hem för kroniskt sjuka, kan man tänka sig en fördelning mellan dem allt efter patienternas behov och eventuellt en förflyttning av patienter dem emellan. De sakkunniga anse, att en sådan utveckling bör rekommenderas.

I detta samband kunna de sakkunniga icke underlåta att beröra frågan om storleken av statens bidrag för vårdhemmen för kroniskt sjuka. Den långsamma takt, i vilken denna vårdform tillgodosetts, kan måhända sättas i samband med statsbidragets ringa storlek, som numera endast motsvarar en mindre del av den del av utgifterna både för byggnads- och driftkostnad, vartill statsbidraget utgick vid bestämmelsernas antagande år 1927. Detta ärende är i samband med andra på liknande sätt liggande statsbidragsärenden berört i en hemställan från Svenska Landstingsförbundet till Kungl. Maj:t den 30 oktober 1942. Kungl. Maj:t fann framställningen i och för sig berättigad men gjorde med hänsyn till det statsfinansiella läget icke något förslag till riksdagen. Enligt de sakkunnigas mening föreligger anledning att nu aktualisera denna fråga för vårdhemmen för kroniskt sjuka. Orsaken härtill är främst åldersförskjutningen, varigenom behovet av sådana platser för varje år blir allt större, särskilt inom närmaste årtiondet. Det är därför av synnerlig vikt att utan att invänta en ändring i den statsfinansiella situationen söka stimulera landstingen att snarast möjligt sätta i gång med önskvärd utbyggnad av vården för kroniskt sjuka. De sakkunniga vilja ånyo betona, att en sådan utbyggnad av vården för kroniskt sjuka skulle bereda den lämpligaste vården för många genom kroniska reumatiska ledlidanden invalidiserade. Detta kan betraktas som ett viktigt led i reumatikervårdens utbyggande.

För att det skall bliva möjligt att bereda ett större antal reumatiskt sjuka, som därav äro i behov, plats å vårdhem för kroniskt sjuka, torde kvoten för antalet statsbidragsberättigade platser böra höjas. Åtskilliga landsting hava redan utbyggt sin vård för kroniskt sjuka till eller nära intill de givna statsbidragsnormerna. Det synes de sakkunniga rimligt, att dessa normer väsentligt höjdes eller helt slopades. Det borde kunna lämnas till medicinalstyrelsen att vid sina inspektioner och genom den övervakning, som förste provinsialläkarna utöva, bevaka, att icke kostnaderna för ålderdomsvården överskjutas på staten i vidare mån än författningarna avse. Indirekt vunnes genom här ifrågasatt anordning flera platser även för reumatikervård, då såsom ovan sägs större möjligheter öppnas att på ett gott sätt ordna efterbehandlingen för sängliggande lasarettspatienter, som icke längre äro i behov av A-vård men som av en eller annan anledning icke kunna hemskrivas.



## Konvalescenthem.

För många, som utskrivs från sjukhus, är det icke möjligt att återvända till det egna hemmet för att, om så är behöfligt, erhålla fortsatt vila. De måste i stället, om de återvända hem, omedelbart gå i arbete. Ofta saknas kanske all form av hjälp i bostaden. För många finnes ej heller möjlighet att erhålla vila hos anhöriga eller andra bekanta utom hemmet. Man kan därför vara nödsakad att låta sådana patienter stanna kvar på sjukhuset, på en A-plats eller på en efterbehandlingsavdelning. Den rätta platsen för de patienter det här rör sig om är ett konvalescenthem, där de kunna få den vila, som är nödvändig för fullt återställande.

Konvalescenthemmen äro ofta inredda i byggnader uppförda för annat syfte. Speciella normer synas icke böra uppsättas för sådana hem utöver de, som följa av att ett stort antal människor, som äro i behov av vila, där skola leva och utspisas. Särskilt bör uppmärksamhet ägnas åt köksavdelningen och den sanitära inredningen, som måste fylla vissa minimikrav. Lämpligen synes medicinalstyrelsen böra utfärda råd och anvisningar här-om. I övrigt kunna förhållandena vara mycket skiftande. Någon som helst behandling utöver den medicinering etc., som patienten själv sköter, bör icke krävas. Ej heller kräves för mindre hem sjukvårdsutbildad personal. När patientantalet överstiger 20 à 25, är dock sköterskekompetens för föreståndarinnan icke blott fördelaktig utan även mycket önskvärd. Som läkare bör anlitas på platsen eller orten boende tjänsteläkare eller annan, vilken bör vara ansvarig för vården och vara skyldig att regelbundet göra besök minst en, å större hem minst två gånger i veckan samt i övrigt på kallelse, när helst så erfordras.

Vid vissa lasarett benämnes E-avdelning konvalescentavdelning. Detta kan motiveras av att ingen bestämd tidpunkt kan angivas, då sjukdomen kan anses vara övervunnen. De sakkunniga hava i början av sin utredning icke heller varit främmande för nämnda terminologi och då talat om konvalescentavdelning såsom liggande i anslutning till sjukvårdsanstalt och konvalescenthem såsom betecknande mera självständig sådan inrättning. I fortsättningen av utredningen hava de sakkunniga funnit benämningen E-avdelning vara att föredraga framför konvalescentavdelning.

Beläggningen å en E-avdelning och å ett konvalescenthem synes böra vara principiellt skiljaktig. E-avdelningens klientel är förut berört. Å konvalescenthem bör vårdas person, som efter i hemmet eller å anstalt genomgången sjukdom icke bör kvarbliva i, respektive återvända till sitt hem, dels i det fall att hemmet är så fattigt och torftigt, att de krav, som konvalescensen ställer, icke där kunna tillgodoses, dels i det fall att den tillfrisknande i hemmet icke kan beredas den vila, som konvalescensen fordrar. Till den senare kategorien höra t. ex. husmödrar med drygt arbete i hemmen.



För dem kan efter en genomgången sjukdom vilan på ett konvalescenthem bli av avgörande betydelse för återvinnande av full arbetskraft.

Gränsen mellan konvalescenthem å ena sidan och semester- och barnhem å andra sidan måste bli osäker, om den över huvud taget kan dragas. I den mån bidrag av allmänna medel t. ex. genom sjukkassorna komma att utgå till konvalescenthem, bör ett sådant hem vara godkänt av medicinalstyrelsen och viss ordning stadgas för intagning av patient, för vilkens vistelse på hemmet bidrag skulle utgå.

Det torde vara ett uttryck för behovet av stöd för konvalescentvården, att vissa centralsjukkasor, trots att sjukkaseförordningen icke synes tillåta det, likväl lämnat bidrag till konvalescentvård på godkända enskilda sjukhem. Då gränsen mellan sjukvård och konvalescentvård måste sägas vara obestämd, äro klara bestämmelser i ämnet önskvärda. Erhåller även konvalescentvården det allmännas stöd, varigenom nämnda svårighet avlägsnas, uppstår i stället behov att avgränsa konvalescentvård gentemot semestervistelse. De sakkunniga återkomma härtill.

### Kurorter.

Såväl i de svar, som inkommit på de sakkunnigas enquête den 4 augusti 1942 till sjukvårdsberedningarna angående efterbehandling och konvalescentvård, som ock i flera yttranden över det år 1937 av särskilt tillkallade sakkunniga avgivna betänkandet angående pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet har erinrats om den betydelse för efterbehandling och konvalescentvård, som våra bad- och kurorter hava. Särskilt har detta understrukits vad gäller eftervården av reumatiskt sjuka. Statens sjukvårdskommitté anför (se ovan sid. 10), att en del bad- och brunnsanstalter genom de vårdresurser, över vilka de förfoga, kunna bereda den allmänna sjukvården en viss lättnad.

1941 års reumatikervårdssakkunniga äro medvetna om kurorternas betydelse i berörda hänseende och återkomma i ett senare betänkande till kurorternas roll för eftervård och reumatikervård och till framställda förslag om deras understödande med allmänna medel.

### Sammanfattning och definitioner.

För en person, som vårdas å sjukhus och icke är tillräckligt återställd för att återvända till sitt hem, böra alltefter fallets art olika möjligheter för eftervård förefinnas. Är han icke i behov av vård å A-plats men tarvar fortsatt kontroll eller behandling vid huvudanstalt och är han uppegående, bör han överflyttas till en efterbehandlingsavdelning. Är han i samma läge men sängliggande, bör han — under förutsättning av ändring i gällande före-

skrifter — överflyttas till en invid huvudanstalt förlagd vårdanstalt för kroniskt sjuka, där sådan finnes. Är regelbunden kontroll eller specialbehandling icke längre erforderlig, kan patienten överflyttas antingen till ett konvalescenthem, om han är uppegående, eller till ett icke vid sjukhus beläget hem för kroniskt sjuka. Till konvalescenthem eller kurort kan patienten remitteras från A-avdelning, E-avdelning eller från den öppna vården.

*Med E-avdelning förstå de sakkunniga till lasarett, sanatorium eller annan självständig sjukvårdsinrättning hörande avdelning, som är avsedd för eftervård av uppegående patienter, vilka icke behöva vårdas på A-plats men fortfarande äro i behov av observation eller behandling vid sjukhuset. E-avdelningen bör i viss utsträckning kunna fungera även såsom poliklinikhem. Avsikten med inrättande av särskilda E-avdelningar är att komplettera huvudanläggning med vårdplatser, billigare i anläggning, utrustning och drift.*

*Med konvalescenthem förstå de sakkunniga i detta sammanhang anstalter för konvalescenter, vilka utan att vara i behov av vård på E-plats behöva anstaltsvård för vila och återhämtning. Konvalescenthemmen förutsättas förlagda utan nära anslutning till större sjukvårdsinrättning. De böra fylla vissa hygieniska minimikrav och hava för patienternas tillsyn och vård ansvarig läkare.*

## Kap. IV. Uppskattning av behovet av eftervårdsplatser

(efterbehandlings- och konvalescentplatser).

### Inkomna utlåtanden.

I kapitel I har redogörelse lämnats för några sjukvårdsutredningars ståndpunkter rörande efterbehandling och konvalescentvård. Reumatiker-vårdssakkunniga hava i sin sammanfattning konstaterat, att såväl år 1921 som åren 1934 och 1937 olika sakkunniga, som nalkats problemet från skilda utgångspunkter, kommit till mycket nära överensstämmande uppfattning om linjerna för utbyggnad av dessa vårdformer. Trots detta har på de flesta håll varken genom det allmännas eller genom enskildas försorg åtgärder i någon större utsträckning vidtagits i och för åstadkommande av dylik vård. Hithörande frågor hava på många håll ansetts vara av relativt ringa intresse. Uppfattningen om betydelsen av avdelningar för efterbehandling har emellertid under de allra senaste åren genomgått en avsevärd förändring. Ett bevis för det stegrade intresset utgör bl. a. det förhållandet, att sedan den tidpunkt i februari 1942, då 1941 års reumatikervårds-sakkunniga preliminärt yttrade sig om eftervården, densamma vid olika



tillfällen varit föremål för offentlig diskussion, dels i november 1942 i Svenska Landstingsförbundet med överläkaren G. Bohmansson som inledare, dels i maj 1943 i Svenska Sjukhusföreningen, där sjukhusdirektören N. Hansson, arkitekten M. Grep och sjukkassedirektören C. Brännberg voro inledare. Vidare föreligger från 1942 i Svenska läkartidningen ett uttalande av professorn M. Ljungdahl. Samtliga, som i denna diskussion yttrat en mening, synas vara eniga med reumatikervårdssakkunniga därom, att tidpunkten nu är inne att söka komma fram till en mera tillfredsställande lösning av eftervårdsproblemen.

På denna uppfattning hava de sakkunniga erhållit en slående bekräftelse. Genom en rundfråga till samtliga landstings sjukvårdsberedningar och städer utanför landsting, utsänd den 4 augusti 1942, anhöllo de sakkunniga bl. a. om uppgift på behovet av efterbehandlings- och konvalescentplatser. Detta behov är tydligen beroende dels av antalet patienter, som kunna med fördel vårdas på E-avdelning resp. konvalescenthem, dels av den antagliga medeltiden för vistelsen i fråga. Då här två obekanta faktorer föreligga, var för sig svåra att uppskatta, särskilt kanske medelvårdtidens antagliga längd, har uppgift icke begärts för var och en av nämnda faktorer utan frågan ställts direkt om platsbehovet för eftervården.

Svar hava ingått från samtliga sjukvårdsberedningar respektive i städer utanför landsting från sjukhusdirektionerna (*bilaga 1*, sid. 62). En av sjukvårdsberedningarna (Västernorrlands län) anser sig icke kunna taga ställning till de utsända frågorna. Fjorton läns landstings sjukvårdsberedningar (Södermanland, Östergötland, Jönköping, Kronoberg, Kalmar södra, Gotland, Kristianstad, Halland, Göteborgs och Bohus, Älvsborg, Värmland, Jämtland, Västerbotten och Norrbotten), vilka inhämtat yttranden från lasarettsdirektionerna, foga därtill egna yttranden, som samtliga gå i positiv riktning. I svaren från tre av senast uppräknade sjukvårdsberedningar (Kronoberg, Jämtland och Västerbotten) ges en siffermässig uppskattning för hela länet — för Jämtlands län dock Härjedalen undantaget — av behovet för såväl efterbehandlingsplatser (E-platser) som konvalescentplatser (K-platser). (*tabell 3*). Sju läns sjukvårdsberedningar (Uppsala, Kalmar norra, Malmöhus, Skaraborg, Örebro, Kopparberg och Gävleborg) och samtliga städer utanför landsting, utom Stockholm, samt Karolinska sjukhuset överlämna utlåtanden från vederbörande lasarettsdirektioner eller förste stadsläkare utan egna yttranden. I flertalet fall hava frågorna besvarats för lasarettsvården, i några fall även för tuberkulosvården, i det denna inbegripits i uppskattningen. Endast svaren från Bollnäs och Söderhamn angiva, att behov av platser för eftervård icke förefinnes. I Malmöhus län ges för Lunds lasarett en hög siffermässig uppskattning, medan behov förklaras saknas för flera av smålasarettens i länet. Samtliga övriga direktions svar äro uteslutande positiva. Från Ljungby, Kristianstad, Lund, Halmstad och

**Uppskattat behov av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård<sup>1</sup>,  
Landsting jämte städer utanför landsting<sup>2</sup>.**

Landsting	Uppskattat behov i absoluta siffror av		Antal A-platser för vilket E- och K-platser beräknats	Antal invånare 1/1 1942	Antal A-platser enl. kol. 4 per 10 000 inv.	E- resp. K-platser i % av antalet A-platser enl. kol. 4		Antal E- resp. K-platser per 10 000 invånare	
	Efterbehandlingsplatser (E-platser)	Konvalescentvårdsplatser (K-platser)				E-platser	K-platser	E-platser	K-platser
Uppsala län	120	Ej uppskattat	638	138 525	46	(19)	—	(9)	—
Södermanlands län	96	—	675	193 066	35	14	—	5	—
Jönköpings län	70 <sup>3</sup>	—	584	243 267	24	12	—	3	—
Kronobergs län	55 <sup>3</sup>	10	385	151 436	25	14 <sup>4</sup>	3 <sup>4</sup>	4 <sup>4</sup>	1 <sup>4</sup>
Blekinge län	55 å 60 <sup>3</sup>	—	432	145 343	30	13—14	—	4	—
Hallands län	73—80 <sup>3 6</sup>	—	484	151 973	32	15—17	—	5	—
Jämtlands län utom Härjedalen	48+10 <sup>6</sup>	10	331	125 464	26	18	3	5	1
Västerbottens län	187—188 <sup>7</sup>	71—72 <sup>7</sup>	673	221 563	30	28	11	8	3
Norrbottnens län	minst 50 <sup>3</sup>	—	455	219 897	21	(11)	—	(2)	—
Malmö	70	Fj uppskattat	630	157 462	40	11	—	4	—
Norrköping	68 <sup>8</sup>	—	390	71 150	55	17	—	10	—

<sup>1</sup> Endast för lasarett och sjukstugor. Sanatorier och tuberkulosavdelningar här icke medtagna.

<sup>2</sup> Endast de län och städer, där vederbörande sjukvårdsberedning eller sjukhusdirektion gjort siffermässig uppskattning av behovet för hela sjukvårdsområdet, hava medtagits.

<sup>3</sup> Fördelning mellan efterbehandlingsplatser och konvalescentplatser ej angiven.

<sup>4</sup> En del K-platser ingår i siffrorna 14 och 4 för E-platser, varför siffrorna 3 och 1 för K-platser äro för små.

<sup>5</sup> Därav 35—45 i Halmstad, 30 i Varberg och 8 i Kungsbacka.

<sup>6</sup> Avser lasarettet i Östersund, 48 platser på kirurgiska avdelningen. Någon fördelning mellan de två kategorierna ej gjord. 10 platser för efterbehandling och 10 platser för konvalescentvård å medicinska avdelningen.

<sup>7</sup> Därav för Umeå lasarettis upplagningsområde 117 efterbehandlingsplatser och 60 konvalescentplatser, för Stensele 4—5 resp. 1—2, för Tärna 10 resp. 10 samt för Skellefteå 50 och för Bureå 5, de två sistnämnda uppgifterna ej grupperade på de olika kategorierna.

<sup>8</sup> Varav 48 redan förefinnas å olika anstalter.



TABELL 4.  
**Uppskattat behov av anstaltsplatser  
 för efterbehandling och konvalescentvård vid lasarett.**

Sjukhusets namn	Antalet A-platser för vilket E- och K-platser beräknats	Uppskattat antal E-platser	E-platser i % av antalet A-platser	Uppskattat antal K-platser	K-platser i % av antalet A-platser
Akademiska sjukhuset . . . . .	638	120	19	—	—
Flens lasarett. . . . .	93	24	26	—	—
Katrineholms lasarett . . . . .	90	24	27	—	—
Eskilstuna » . . . . .	299	40	13	—	—
Nyköpings » . . . . .	194	24	12	—	—
Eksjö » . . . . .	64	25 +	39	—	—
Ljungby » . . . . .	120	10—15	8—13	10	8
Karlskrona » . . . . .	272	—	8—10	—	—
Kristianstads » . . . . .	397	34	9	10—15	3—4
Lunds » . . . . .	904	165—170	18—19	50—60	6—7
Halmstads » . . . . .	234	25—30	11—13	10—15	4—6
Karlstads » . . . . .	365	minst 45	12 +	—	—
Örebro » . . . . .	467	60	13	några	—
Mora » . . . . .	110	—	25	—	—
Avesta » . . . . .	75	15—20	20—27	—	—
Umeå » . . . . .	452	117	26	60	13
Skellefteå » . . . . .	221	50	23	—	—
Malmö allmänna sjukhus . . . . .	630	70	11	{mindre } { antal }	—
Norrköpings lasarett. . . . .	390	50	13	—	—

Umeå lämnas en siffermässig uppskattning av behovet för de båda slagen av platser (*tabell 4*). Stockholms läns landstings förvaltningsutskott har icke remitterat frågan om behovet av förevarande platser till direktionerna, men utskottet självt synes positivt inställt till saken. Från återstående två län (Blekinge, Västmanland) samt Stockholms stad ävensom från Serafimerlasarettet och Akademiska sjukhuset i Uppsala överlämnas vederbörande läkares utlåtande, vilka samtliga gå i positiv riktning. I *tabell 3* är det uppskattade behovet av efterbehandlingsplatser satt i relation dels till antalet A-platser, beräknat per 10 000 invånare, och dels till befolkningstalet. I procent av antalet A-platser växlar antalet E-platser, som ansetts behövt, från 12 i Jönköpings län till 28 i Västerbottens län. På 10 000 invånare växlar det uppskattade behovet av E-platser från 3 i Jönköpings län till 8 i Västerbottens län. Uppsala län har 9, men denna höga siffra har sina speciella grunder, i det att Akademiska sjukhuset är undervisningssjukhus och därtill i dess upptagningsområde ingår en del av Stockholms län. I siffran för E-platser i Jönköpings, Kronobergs och Blekinge län ingå ett antal konvalescentplat-

ser. Någon skarp gräns synes i allmänhet icke i utlåtandena dragas mellan E-platser och K-platser. Jämtland har angivit behovet av konvalescentplatser till 3 % av antalet A-platser (1: 10 000 invånare), medan Västerbottens län rapporterat ett behov för konvalescentplatser av 11 % av A-platser (3: 10 000 invånare).

Beträffande behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård i städer utanför landsting har någon uppskattning av behovet av ifrågakvarande platser icke gjorts för Stockholm och Göteborg. Direktionen över Allmänna sjukhuset i Malmö anser, att 70 efterbehandlingsplatser äro erforderliga för stadens räkning. Någon uppskattning av behovet av konvalescentplatser för Malmö stads del har icke gjorts. Direktionen för Norrköpings lasarett beräknar antalet platser till 68, men har icke delat upp behovet på de två kategorierna. Centrallasarettet i Gävle uppskattar behovet till 15—20 platser, likaledes utan kategoriklyvning.

Många sjukvårdsberedningar och direktioner hava översänt yttranden från ett flertal lasarett och sjukstugor. Det är av intresse att närmare studera dessa utlåtanden. Sådana föreligga från läkarna vid 44 lasarett. I sju fall anges, att intet behov föreligger, i 37 uttrycker man sig mycket positivt. De negativa svaren gälla odelade lasarett med ett medeltal av 100 platser. Av de 37 positiva svaren hava 19 (*tabell 4*, sid. 36) lämnat en siffermässig uppskattning av E-platsbehovet, liggande mellan 9 och 39 %. Hälften av svaren angiva behovet liggande mellan 12 och 25 % av antalet A-platser. Medianvärdet är 13 %. För de största sjukhusen ligger siffran vid 15—19 %. Fyra lasarett (Växjö, Karlshamns, Varbergs och Östersunds, *bilaga 1*) ge en gemensam siffra för summan av eftervårds- och konvalescentplatser och denna ligger i samtliga fall vid 15—22 %.

Läkarna vid 22 sjukstugor hava sökt göra en siffermässig uppskattning av E-platsbehovet. Sju sätta siffran till 0. Av dem finna fem, att behov ej heller föreligger för konvalescentplatser. Läkare vid övriga femton sjukstugor angiva behovet från en till 25 platser, vilket ofta ger en rätt hög procent beräknat på sjukstugornas egna platser.

Om också, som synes av de givna utlåtandena, behovet av eftervårdsplatser uppskattas till mycket olika storlek, har genom utlåtanden från samtliga län, från sjukvårdsberedningar, lasarettsdirektioner, lasarettsläkare och sjukstuguläkare, vilka, några få undantagna, varit uttalat positiva, behovet av efterbehandlingsplatser respektive konvalescentplatser blivit klart vitsordat.

### De sakkunniga.

För de nordligaste länen synes behovet av E- och K-platser vara större än för övriga delar av landet. Orsaken torde framför allt vara de nordliga länens glesa bebyggelse och de stora avstånden.



Skulle man på grundval av de givna utlåtandena söka sätta en övre gräns för behovet av eftervårdspatser, synes denna övre gräns för riket, fränsett de två nordligaste länen, kunna sättas till 20 %, och för de båda nordligaste länen till 25 % av antalet tillgängliga A-platser. Härvid är då icke hänsyn tagen till den olika graden av utbyggnad av lasarettsvården i olika län.

Skulle nyss angivna övre gränser uppnås, skulle detta betyda, att varje lasarett i landet med undantag av Norrbottens och Västerbottens län, som, nådde en storlek av 200 platser, skulle förses med en E-avdelning om 40 platser  $\frac{20}{100} \times 200 = 40$ . För att ett lasarett i de två nordligaste länen ensamt skulle hava behov av en E-avdelning med 40 platser, borde lasarettets storlek vara omkring 160 vårdplatser. Med dessa krav skulle sjutton lasarett få en E-avdelning, femton lasarett två, två lasarett tre, tre lasarett fyra, tre lasarett fem och två lasarett sex E-avdelningar. 42 lasarett skulle således kunna bära 92 E-avdelningar om 40 patienter, vilket skulle betyda 3 680 E-platser. Dessa större lasarett representera något mer än 80 procent av rikets lasarettspatser. Återstående smålasarett och sjukstugor skulle kunna betinga högst 20 E-avdelningar om 40 platser = 800 E-platser. Denna siffra är att anse såsom för hög, då vissa sjukstugor och smärre lasarett angivits själva i viss mån tjäna som efterbehandlingssjukhus, antingen på grund av att de ofta icke äro fullbelagda eller på grund av arten av de fall, som där vårdas.

När tuberkulosvården medtagits vid frågornas besvarande, synes detta icke givit anledning till ändring i de för lasarettsvården angivna procentsiffrorna. Frågeformuläret synes dock icke varit remitterat till sanatorieläkarna. En motsvarande beräkning, som ovan skett för lasarettens, visar, att 13 sanatorier äro av den storlek (200 platser för landet fränsett Norrbottens och Västerbottens län och 160 platser för dessa län), att de kunna bära minst en efterbehandlingsavdelning om 40 vårdplatser, då man räknar med ett antal E-platser, som är 20 respektive 25 % av platsantalet på sanatorierna. 4 sanatorier skulle kunna förses med två E-avdelningar om 40 platser. Dessa 13 större sanatorier representera ungefär hälften av hela antalet A-platser vid sanatorier inom riket. Totalantalet A-platser för lungtuberkulos är 7 161. Det beräknade antalet E-avdelningar om  $(9 + 4 \times 2 =)$  17 skulle alltså representera hälften av det uppskattade behovet, som i själva verket skulle utgöra 34 avdelningar om 40 platser eller 1 360 platser. Det finge bli beroende av särskild utredning, var den senast berörda hälften av dessa E-avdelningar skulle förläggas, sannolikt i anslutning till olika central-sanatorier.

En beräkning som den ovanstående måste emellertid taga hänsyn till ytterligare faktorer. I fråga om tuberkulosvården äro många särskilda synpunkter att taga i beaktande. Just nu och för det närmaste årtiondet eller



något längre kommer till följd av den tilltänkta och redan påbörjade undersökningen av hela folket med hjälp av skärmbildsfotografering behovet av platser inom tuberkulosvården att göra sig särskilt gällande. Därefter kan man hoppas, att platsbehovet skall hastigt nedgå. Frågan diskuteras bland sakkunniga i vilken mån det ökade platsbehovet den närmaste tiden bör tillgodoses genom en förkortning av vårdtiden för samtliga sanatoriefall, genom nybyggnad eller genom en förening av dessa båda. Anförda förhållanden synas närmast tala för att i den mån en nybyggnad av sanatorieplatser är behövlig, denna sker i sådan form, att de nyuppförda byggnaderna i sinom tid lätt kunna finna annan användning. Detta synes vara förhållandet med de enligt av de sakkunniga presenterade ritningar uppförda E-avdelningarna.

Om E-avdelningarna inom lasarettsvården i allmänhet behöva och böra erbjuda endast sysselsättningsterapi, komma de inom tuberkulosvården att behöva erbjuda även yrkesutbildning. Särskilt inom den nordliga delen av landet betyder en genomgången tuberkulos ofta ett behov av omskolning, då t. ex. skogsarbete är alltför hårt för en sådan patient. Detta skulle kräva ett visst samarbete mellan olika landstingsområden med hänsyn till placeringen av E-patienterna, då vid varje centralsanatorium endast en eller ett fåtal yrkeslärare kunna tänkas anställda i anslutning till de byggda E-avdelningarna. Slutligen är det möjligt, att antalet E-platser inom ett län kan påverkas av antalet B-platser, även om dessa två kategorier hava olika uppgifter, ej minst inom tuberkulosvården. Antalet B-platser är för närvarande 1 880, men dessa äro mycket ojämnt fördelade mellan de olika länen, och åtskilliga hava icke några B-platser alls.

De sakkunniga erinra om att en eftervårdspatient inom tuberkulosvården i genomsnitt vårdas längre än en sådan patient inom lasarettsvården. Frågan om utsträckningen av E-vården inom tuberkulosvården och fördelningen av E-avdelningarna mellan de olika sanatorierna synes därför böra göras till föremål för fortsatta överläggningar. Dessa synas i första hand böra föras mellan Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos, direktionerna för jubileumssanatorierna, Svenska Landstingsförbundet och Svenska Stadsförbundet. Under sådana förhållanden ingå de sakkunniga icke på ytterligare beräkningar om antalet E-platser för tuberkulosvården eller den kostnad för statsverket de kunna komma att medföra.

En kontroll av given uppskattning av E-platser inom lasarettsvården erhålles genom att taga den siffra, som av olika landsting angivits såsom representerande behovet av E-platser, och sätta den i relation till befolkningstalet. Som framgår av *tabell 3* kolumn 9 sid. 35 kan siffran för den större delen av landet sättas till 5 och för de två nordligaste länen till 8 per 10 000 invånare. En sådan beräkning ger ett antal platser av cirka 3 400, av vilka 9 enheter om 40 platser räknas för Norrbotten och Västerbotten och 76 en-



heter om 40 platser för den övriga delen av riket. Det synes sannolikt, att man med ledning av denna beräkning jämfört med den föregående skulle kunna utgå från denna siffra, 3 400 efterbehandlingsplatser vid lasaretten, som ett ungefärligt mått på det nu aktuella behovet av sådana platser. En fördelning av dessa efterbehandlingsplatser på olika kategorier av dylika blir osäker. De sakkunniga göra som bas för kostnadsberäkningarna det antagandet, att minst 400 platser komma på barnavdelningar, representerande t. ex. 10 avdelningar à 40 platser eller 20 avdelningar à 20 platser, medan 3 000 platser beräknas för vuxna efterbehandlingspatienter, observationspatienter och blivande mödrar, samt förutsätta vidare, att i genomsnitt 25 procent av dessa platser eller 750 komma att reserveras för reumatikervårdens behov.

Antalet huvudmän, som kunna väntas komma att begära statsbidrag till efterbehandlingsavdelningar vid lasarett, torde sannolikt uppgå till vid pass 30 eller i det närmaste samtliga. De sakkunnigas uppskattning av det aktuella behovet skulle enligt ovanstående innebära två till tre allmänna E-avdelningar på varje huvudman. Det är möjligt att denna beräkning är hållen i underkant. Alltför många subjektiva moment ingå i beräkningarna, för att dessa skola kunna erhålla någon större grad av säkerhet. I anledning härav hava de E-avdelningar, som kunna beräknas bliva uppförda vid anstalter, som ägas av staten eller för vilka staten i sista hand bär ansvaret (vanförestalter) icke givit anledning till några särskilda beräkningar.

### Behovet av K-platser.

De inkomna uppgifterna tillåta icke en beräkning av behovet av platser på *convalescenthem*. De sakkunniga anse sig icke böra utan säkrare bas försöka en uppskattning.

Självfallet innebär det icke någon besparing att utbygga eftervården i större utsträckning än vad behovet betingar. Detta påpekas i några av enquêtesvaren. Från Östergötlands län rekommenderas att bygga ut denna vårdform etappvis. Där man icke anser sig kunna säkert bedöma behovet, torde en viss försiktighet vid utbyggnaden av antalet eftervårdsplatser vara befogad.

### Sammanfattning.

De sakkunniga diskutera på basen av inkomna yttranden E- och K-platsbehovet och göra försök till uppskattning av det förstnämnda.

## Kap. V. Förslag till efterbehandlingsavdelningar.

### A) E-avdelningar vid lasarett.

Vid utarbetandet av förslagsritningar till efterbehandlingsavdelningar ha-  
va de sakkunniga i första hand avsett att genom exempel visa, att  
dylika avdelningar kunna utföras till en avsevärt lägre kostnad än vanliga  
sjukhusavdelningar (A-avdelningar). De sakkunniga avse således icke att  
framlägga typritningar att lända till ovillkorlig efterrättelse vid utförande  
av sådana avdelningar. Det är utan vidare klart, att konkreta ritningsför-  
slag måste anpassas efter de i varje särskilt fall föreliggande förutsättning-  
arna i fråga om tomtens storlek, dess läge i förhållande till väderstrecken,  
markens lutning samt möjligheterna att utnyttja huvudsjukhusets behand-  
lingsavdelningar och driftcentraler såsom pannanläggning, kök och tvätt.

Den eftersträfvade kostnadsminskningen avser icke endast den besparing,  
som kan vinnas därigenom att efterbehandlingsavdelningen kan anslutas  
till huvudsjukhusets ovan nämnda driftcentraler och utnyttja dess behand-  
lingsavdelningar, utan även den, som vinnes genom sparsamhet vid plane-  
ringen av själva vårdavdelningen.

#### Program.

##### Vårdavdelningarnas storlek.

Såsom lämplig vårdenhets betraktas med hänsyn till personal och biut-  
rymmen en avdelning om cirka 40 patienter. Hur många sådana avdel-  
ningar, som behövas, är naturligtvis beroende av huvudsjukhusets storlek.  
De minsta efterbehandlingsjukhusen utgöras således av en enda dylik av-  
delning, de större av två eller flera kombinerade till en anstalt.

#### Patientrum.

##### a) Antalet patienter per sjukrum.

En verksam åtgärd för nedbringande av bruttogolvytan är patienternas  
sammanförande på stora sjuksalar. Större sådana än fyra-sängsrum anse  
de sakkunniga icke böra förekomma på efterbehandlingsavdelningar, då det  
här är fråga om patienter från sjukhusets olika avdelningar och ett relativt  
stort antal en- och två-sängsrum måste i hög grad öka avdelningens använd-  
barhet. En-sängsrum äro erforderliga, särskilt i den mån avdelningen kan  
komma att utnyttjas för enklare utredningsfall, som möjligen kunna vara  
infektiösa, eller för fall, som i särskilt hög grad böra skyddas mot infek-  
tionssjukdomar, t. ex. blivande eller nyförlösta barnaföderskor. De sakkun-  
niga anse det också vara viktigt att patienterna beredas vila och ro genom  
största möjliga avskildhet.



## b) Golvyta per patient.

Golvytan i sjukrummen kan nedbringas under vanliga normer därigenom att sängarna utan olägenhet för vården kunna ställas utmed väggarna med hänsyn till att patienterna äro uppegående. Å andra sidan uppställas önskemålet, att varje patient skall hava ett skåp för sina kläder och andra tillhörigheter samt att i varje rum skall finnas bord och sittplats.

## c) Tvättanordningar.

Patienterna böra beredas möjlighet att tvätta sig skyddade mot insyn aningen genom anordnande av ett särskilt, genom skärmar avdelat tvättrum eller därigenom att sjukrummen förses med tvättställ, vilka i fråga om två- och fyra-sängsrummen böra placeras så, att patienterna kunna göra toalett ostörda.

Dessa frågor angående sjukrummens utformande ha särskilt beaktats i av arkitekten G. Birch-Lindgren företagna utredningar, till vilka de sakkunniga (sid. 43) återkomma.

D a g r u m böra med hänsyn till att patienterna vistas uppe vara ganska rymliga. Då emellertid icke alla patienterna behöva vistas här på en gång, torde en golvyta av cirka 1 m<sup>2</sup> per patient vara tillräcklig.

P e r s o n a l b o s t a d s r u m bör inredas med direkt ingång från trappan, för det fall, att någon av personalen skall bo å avdelningen. Skulle rummet icke behöva användas för detta ändamål, kan det utnyttjas som patientrum.

B i l o k a l e r n a kunna reduceras till vad som motsvarar behovet på ett enkelt hotell.

a) W.C. skilda för män och kvinnor motsvarande en W.C.-stol för tio till fjorton patienter erfordras. Härvid påpekas, att reumatiska patienter ofta behöva en något förhöjd W.C.-stol och tillräckligt utrymme för att kunna sitta även med rakt knä eller stel höft.

b) S t ä d r u m med utslagsback, arbetsplats för rengöring, plats för förvaring av städningsredskap och nödvändiga förbrukningsartiklar. Däremot behövas inga anordningar för bäckentömning. Mera skrymmande förråd såsom för madrasser och filter torde utan större olägenhet kunna förläggas till vinden.

B e h a n d l i n g s l o k a l e r kunna uteslutas under förutsättning att huvudsjukhusets kunna utnyttjas.

V a k t r u m tillika expeditionsrum anordnas, i vilket även medicinförrådet kan förvaras i lämpliga skåp. Vaktrummet kan även användas av läkaren för samtal med patienter och för enklare undersökningar.

K a p p r u m anordnas invid huvudingången.

Korridorens bredd kan minskas till 1,5 m, då endast mycket sällan transport av en liggande patient torde förekomma.

Utom huvudtrappan bör enligt de sakkunnigas mening i en byggnad om två eller flera våningar anordnas reservtrappa i enlighet med gällande föreskrifter för hotell och pensionat. Under samma förutsättning är det ett önskemål att personhiss (för tre—fem personer) anordnas, då en del av patienterna kunna hava svårt att gå i trappor.

Matsal med tillhörande serveringskök kan, då patienterna äro uppegående, vid lämplig terräng förläggas till souterrainvåningen. För serveringens underlättande och besparing av personal ifrågasättes anordnandet invid serveringsköket av en bardisk, vid vilken patienterna kunna betjäna sig själva.

Arbetsrum med tillhörande förrådsrum inrättas för patienternas sys-selsättande med t. ex. enklare snickeri, vävning eller bokbinderi. Om behö- lig storlek på dessa lokaler föreligger knappast någon erfarenhet, varför i souterrainvåningen återstående tillgängligt utrymme torde böra reserveras för detta ändamål.

Badrum samt snyggningsrum liksom förvarings- rum för patienternas kläder och övriga förrådsrum kunna likaledes förläggas till souterrainvåningen.

Skyddsrum anordnas av föreskriven omfattning i förhållande till patienternas antal eller också lämnas anvisning om erforderliga åtgärder för att vid behov kunna använda andra lokaler för detta ändamål.

Våningshöjden kan i patientvåningarna med hänsyn till rummens ringa djup och patienternas låga antal vara 2,7 m och kan i souterrainvå- ningen minskas till 2,6 m.

### Alternativa förslag.

För att belysa föreliggande problem angående sjukrummens utformande har av arkitekten G. Birch-Lindgren, som medverkat även vid utformandet av programmet, upprättats flera alternativa förslag till skissritningar till en efterbehandlingsavdelning om 42 sängar.

Alternativa lösningar av tvättställsfrågan. Ritning- arna hava till en början utförts enligt två olika alternativ. Dessa skilja sig från varandra huvudsakligen däruti, att i det ena alternativet tvättställ an- ordnas i varje patientrum, varigenom särskilt tvättrum kan utslutas. I det andra alternativet saknas tvättställ i patientrummen, varför särskilda tvätt- rum för män och för kvinnor föreslås. Om tvättställ anordnas i varje rum har det visat sig nödvändigt att göra golvytan i två- och fyra-sängsrummen större än som eljest erfordras, medan utrymme för särskilt tvättrum inbe- sparas. En jämförelse mellan totala golvytorna i de olika alternativen, som



båda avse tvåvåningsbyggnader, har givit vid handen, att alternativet *med tvättstall* i sjukrummen medgivit *en besparing* av cirka 4 m<sup>2</sup> total golvyta per våning. Oavsett att sålunda detta alternativ ger en något mindre byggnad, vilket måhända ur kostnadssynpunkt uppväges av ett något dyrare rörledningsnät, synes detsamma vara att föredraga ur den synpunkten, att större rörelsefrihet erhålles vid avdelningens beläggning med olika kön.

De sakkunniga hava särskilt av sistnämnda skäl stannat vid att förorda alternativet med tvättstall i varje sjukrum.

Arkitekten *Birch-Lindgren* har med iakttagande härav uppgjort alternativa ritningar, vilka återgivnas efter bilagorna.

En del övriga frågor angående planläggning och kostnadsberäkning beröras i en särskild av arkitekten *Birch-Lindgren* verkställd utredning, som här följer.

**Utredning av Birch-Lindgren rörande kostnaderna för en »E-avdelning» med 42 sängplatser utförd enligt av de sakkunniga uppställda alternativ.**

**Utredningens ändamål.**

Avsikten har varit att klarlägga, huru kostnaderna för en viss avdelning, alt. A, uppförd i två våningar, ändras om antingen sjukrummens storlek ökas med 10 %, alt. B, eller proportionen mellan stora och små sjukrum ändras, så att de förras antal ökas på bekostnad av de senares, alt. C, eller avdelningen uppföres i endast en i stället för två våningar, alt. D.

**De alternativa förslagen.**

Alt. A har framkommit som resultat av en noggrann anslutning till de uppställda kraven och under största möjliga hänsynstagande till sparsamheten utan åsidosättande av dessa krav. En beskärning av detta alternativ på ena eller andra sättet anses med andra ord medföra oproportionerligt stor inskränkning i avdelningens användbarhet.

I alt. B hava sjukrummens storlek ökats med 10 %, varigenom deras användbarhet och patienternas trevnad givetvis väsentligt stegrats. Den större golvytan har vunnits genom att rumsdjupet ökats. Detta medför självfallet motsvarande ökning av en del andra utrymmen, t. ex. bilokaler och trappor, ehuru en ökning av dessa, även om den medför vissa fördelar, eljest icke är behöfvlig. Planlösningen är i övrigt helt lika alt. A.

I alt. C har antalet sjukrum för fyra sängar ökats från 4 till 8, sjukrummen för två minskats från 10 till 4 och enkelrummen minskats från 6 till 2. Detta anses innebära en ur sjukvårdssynpunkt väsentligt minskad användbarhet, och avsikten har varit att utröna, i vilken utsträckning en sådan anordning motsvaras av en ekonomisk vinst. En dylik ändring av sjukrummens storlek och antal medför, att planlösningen måste ändras. Detta

yttrar sig huvudsakligen i en omplacering av vissa sjukrum. Byggnadens längd minskas härigenom med 2,10 m.

*Alt. D* avser en envåningsbyggnad, vilket medför vissa rätt stora ändringar i planlösningen. Sålunda kan trappornas antal begränsas till en enda och hiss uteslutats. (Att märka är dock, att för den händelse en framtida påbyggnad förutses, redan från början plats för ett hisschakt och minst en ytterligare trappa bör finnas.)

### Övriga förutsättningar.

Förutom ändringar, som betingats av de förhållanden, vilka skola belysas, hava så få sådana som möjligt gjorts i planerna. Där ändringar varit nödvändiga, hava utrymmena i fråga gjorts så likvärdiga som möjligt. Likaså hava givetvis kostnaderna räknats efter fullt likvärdiga materialföreskrifter.

### Allmänna antaganden.

Av uppenbara skäl har antagits, att i samtliga fall byggnadsplatsens lutningsförhållanden, undergrundens beskaffenhet m. m. varit fullt likartade och gynnsamma. Vidare har förutsatts, att kostnaderna för yttre ledningar, vägar o. s. v., varit helt lika, varför de uteslutits i samtliga beräkningar. Slutligen hava kostnaderna för ritningar, kontroll och administration uteslutits vid jämförelsen, då de pläga vara proportionella mot de egentliga byggnadskostnaderna och sålunda icke inverka på relationen mellan de jämförda resultaten.

Kostnaderna hava räknats med i mars 1944 gällande stockholmspriser.

### Tillvägagångssätt.

För att uppnå möjligast exakta resultat hava alternativen ritats i skala 1:100 med däri omsorgsfullt studerade detaljer. Därefter hava för de olika bjälklagsspännvidderna uppgjorts särskilda konstruktionsritningar av ingenjörsfirman Jacobsson & Widmark. För värme, vatten och avloppsledningar hava konstruktionsritningar uppgjorts till samtliga alternativ av entreprenadfirman Björklund & Wedin, som därefter detaljberäknat desamma. Chefen för AEG:s installationsavdelning, ingenjör Sven Swärd, har uppgjort konstruktionsritningar och kostnadsberäkningar för elinstallationerna. Byggnadskostnaderna slutligen hava beräknats av Tolls Byggnads A.-B.

Såväl specialritningar som samtliga beräkningar hava sålunda utförts av på området synnerligen erfarna personer och firmor.

### Resultat.

En sammanställning av de nämnda firmornas beräkningar ger följande resultat för de alternativa förslagen.



Alternativ	Beräknade kostnader				Skillnad i förhåll. till A	
	Byggnadsarb.	Värme, sanit.	Elinstall.	Summa	Totalt	Per pat.
A .....	172 000	25 050	15 700	212 750	—	—
B .....	180 000	25 710	15 740	221 450	+ 8 700	+207
C .....	159 000	23 000	15 150	197 150	-15 600	-371
D .....	181 000	26 410	7 150	214 560	+ 1 810	+ 43

Vad de verkliga byggnadskostnaderna beträffa, erhållas de, om till de ovan beräknade lägges kostnaden för oförutsedda utgifter, ritningar, arvoden och kontroll, vilka torde böra beräknas till c:a 12 0/0. Därigenom erhålles för:

	Totalkostnad	m <sup>3</sup>	kr/m <sup>3</sup>	Kostnad/säng
Alt. A	238 280	2 818	84,50	5 673
» B	248 024	3 008	82,45	5 905
» C	220 808	2 631	83,90	5 257
» D	240 307	2 600	92,42	5 719

Allt exklusivt yttre ledningar, planering och terrängarbeten samt tomt.

Totalkostnaderna äro, som nedan nämnts, beräknade med stockholmspriser. På grund av olika förhållanden såsom material- och transportpriser, arbetslöner m. m. kunna totalkostnaderna variera väsentligt å olika platser i landet. Därvid inverkar även klimatet, vilket kan kräva en mer värmeisolerande yttervägg än som behövs i Stockholm och omvänt.

För t. ex. Jönköping kan, enligt inom statens byggnadslånebyrå verkställd utredning, beräknas en c:a 9 0/0 lägre kostnad, varigenom kostnaderna för alt. A reducerats till 193 000 kr. eller 4 600 kr./säng och övriga i samma proportion, allt exklusivt oförutsedda utgifter, ritningar, arvoden och kontroll.

Kostnaderna äro räknade för utförande i sten. De kunna även för vissa fall tänkas reducerade genom att byggnaden uppföres av trä.

En direkt jämförelse med kostnaderna för en säng å en lasarettavdelning låter sig icke utan vidare göra. Man kan visserligen jämföra en byggnadskropp för en E-avdelning med en sådan, där utrymmena givits det antal, den storlek och den byggnadstekniska standard m. m., som kräves för att de skola motsvara anspråken på en A-avdelning å ett lasarett. En överslagsberäkning visar då, att besparingen i byggnadskostnad blir 20 å 30 0/0. En sådan jämförelse har dock endast teoretiskt intresse, ty med nya A-platser å ett lasarett följer, enligt vad erfarenheten visat, alltid betydande anspråk utöver dem, som måste ställas på själva avdelningen som sådan. Det torde därför icke innebära någon överdrift, om anläggningskostnaderna för en E-plats beräknas till högst hälften av en motsvarande A-plats.

### Diskussion av resultat.

Det framgår, att 10 % ökning av sjukrummens golvyta (alt. B) och därmed av vissa övriga lokaler medför en ökning av byggnadskostnaderna med endast 4,1 %. Ökningen av sjukrumsytan med 10 % medför dock endast 7 % ökning av den bebyggda ytan och därmed av byggnadsvolymen. Man finner sålunda, att den ökade byggnadsvolymen kostar 45: 80 kr./m<sup>3</sup> d. v. s. något mer än hälften av kubikmeterpriset för alt. A, närmare bestämt c:a 53 % därav.

Den minskning av kubikinnehållet, som alt. C innebär, vinnes genom en minskning av byggnadens längd med 2,10 m, varigenom den totala, bebyggda ytan minskas med 21,45 m<sup>2</sup> eller c:a 6,8 %. Därigenom har emellertid vunnits 7,3 % besparing av byggnadskostnaderna, d. v. s. besparingen blir något större, än vad som svarar mot volymminskningen multiplicerat med m<sup>3</sup>-priset. Detta kan förefalla egendomligt, men har sin förklaring i, att de större rumsenheterna förutom byggnadens förkortning medfört färre mellanväggar, tvättställ, dörrar o. s. v. i den återstående delen.

Alt. D slutligen har visat sig endast obetydligt dyrare än A. Detta förklaras bl. a. av att hissen uteslutits, vilket enbart för maskininstallationen innebär en kostnadsminskning av c:a 8 000: — kr. Då emellertid ett så stort hus icke torde böra uppföras utan att möjlighet beredes till framtida påbyggnad, måste man säkerligen i de flesta fall räkna med att plats för hiss och ytterligare minst en ev. två trappor medtagas redan från början, varigenom envåningsalternativet blir väsentligt dyrare än samtliga tvåvåningsalternativ. Eventuellt måste även möjlighet beredas till ökade källarlokalier, och sålunda en större del av källaren utschaktas redan från början.

Stockholm den 12 april 1944.

*Gustaf Birch-Lindgren.*

### Sjukrummens golvyta i de alternativa förslagen.

De sakkunnigas huvudförslag (Alt. A, sid. 44, 46), upptar rum med följande golvytor: enkelrum c:a 8,9 m<sup>2</sup>, tvåsängsrum c:a 13,5 m<sup>2</sup> och fyrasängsrum c:a 21,5 m<sup>2</sup>.

Att nämnvärt underskrida dessa ytmått synes medföra väsentliga olägenheter och minska de möjligheter till trevnad, som man har rätt att kräva även i en enkel anstalt. Ännu en synpunkt talar för att icke pressa rumsmåttan alltför långt. En minskning av golvytan ger nämligen icke en motsvarande ekonomisk vinst.

I alternativ B äro sjukrummens golvytor ökade med 10 %. Kostnadsskillnaden mellan de båda alternativen A och B uppgår till 4,1 %



### Patienternas fördelning på större och mindre sjukrum i alternativa förslag.

Huvudförslaget (Alt. A) innehåller 4 rum för 4 patienter, 10 rum för 2 patienter och 6 rum för 1 patient och torde kunna betecknas såsom tillfredsställande ur differentierings- och isoleringssynpunkt. Ett alternativ (Alt. C) upptar 8 sjukrum för 4 patienter, 4 rum för 2 patienter och endast 2 rum för 1 patient. Detta medger en besparing av byggnadskostnaderna uppgående till 7,3 %. Det synes dock böra betecknas som ett extremt förslag, som icke ger tillräckliga isoleringsmöjligheter och därför icke kan av de sakkunniga rekommenderas. Vid uppgörande av ritningar för ett konkret fall torde möjligen en medelväg mellan dessa båda alternativ kunna övervägas t. ex. med följande fördelning av patienterna: 6 rum för 4 patienter, 6 rum för 2 patienter och 6 rum för 1 patient. Besparingen i jämförelse med alt. A torde dock i så fall komma att reduceras till några få procent.

### Avdelningens utförande såsom en- eller tvåvåningsbyggnad i de alternativa förslagen.

Vid planering av en fristående vårdavdelning uppkommer givetvis frågan, om det är lämpligast att bygga en- eller tvåvåningshus. En avdelning i ett enda plan erbjuder fördelar ur brandsäkerhetssynpunkt och anses vara lättare att övervaka. Någon nämnvärd lokalbesparing kan därvid knappast ifrågakomma, då en sådan avdelning för ett 40-tal patienter eller däröver under alla förhållanden blir så lång, att bl. a. två städrum torde bliva behövliga. Två W.C.-avdelningar måste i varje fall anordnas med hänsyn till olika kön.

För en förläggning i ett plan kan möjligen anföras den synpunkten, att om krav resas på att skilja olika kön från varandra, större smidighet skulle kunna uppnås vid fördelningen av rummen, i det att något eller några rum skulle alternativt kunna förläggas till den ena eller andra avdelningen.Utförda ritningar hava emellertid visat, att praktiska svårigheter härvid uppstå för planlösningen. Då nu av andra skäl tvättställe anbringas i patientrummen och den personliga toaletten utföres i dessa, hava de sakkunniga icke funnit nödvändigt fasthålla vid ett strängt åtskiljande av könen i olika avdelningar. Därmed bortfaller också nämnda fördel av en förläggning av hela avdelningen i en våning.

Vid begränsat tomtutrymme kan en tvåvåningsbyggnad vara den enda möjliga lösningen. Det är vidare uppenbart, att en tvåvåningsbyggnad är billigare i uppvärmning, vilket särskilt i landets nordligare delar har betydelse. En byggnad i två våningar medför cirka 45 % besparing av grund- och taktytor samt även en viss minskning av sammanlagd bjälklagsyta. Men då de sakkunniga anse, att ett tvåvåningshus helst bör utrustas med en personhiss (för tre—fem personer) och i överensstämmelse med gällande föreskrifter för hotell och pensionat måste förses med en reservtrappa, redu-



ceras denna vinst. Kostnaderna för dessa anordningar omintetgöra likväl icke hela ovannämnda vinst av byggnadens uppförande i två våningar. I sin ovan anförda utredning upptar arkitekten G. Birch-Lindgren även ett förslag till efterbehandlingsavdelning utförd som en envåningsbyggnad (Alt. D), vilket vid jämförelse med huvudförslaget (Alt. A) visar sig vara något dyrare än detta.

#### Modifikationsmöjligheter.

Förslaget till efterbehandlingsavdelning, som innehåller 42 sängar, är så konstruerat, att ett antal sjukrum utan svårighet kan tilläggas eller uteslutas.

Förslaget kan också modifieras genom att i båda våningarna de två två-patientrummen intill enpatientrummen kunna ersättas av tre enpatientrum, varigenom dock en patientplats i varje våning förloras. Om behovet av vårdplatser väsentligt överstiger det antal av 42, för vilket den föreslagna byggnaden är beräknad, kan densamma dubblas. Härigenom erhållas två vårdavdelningar, vardera i ett våningsplan med sammanlagt cirka 80 patienter. Då emellertid reservtrappa och hiss ej behöva dubblas, kommer denna anläggnings längd att understiga huvudförslagets dubbla längd, vilket medför en ur kostnadssynpunkt fördelaktig reduktion av bruttogoivytan per patient.

En anstalt för cirka 120 patienter kan utföras i form av trevåningshus enligt samma grundplan. På de speciella problem, som uppstå vid sådana större anstalter, anse sig de sakkunniga icke böra ingå.

Byggnadens tekniska konstruktion har varit föremål för särskilt övervägande. De sakkunniga anse sig likväl icke böra lämna detaljerade anvisningar härom. Att byggnader av mer än två våningars höjd böra uppföras av sten är ju klart. Eljest böra olika utföranden kunna ifrågakomma med hänsyn därtill, att i olika delar av vårt land kraven på ytterväggarnas värmeisolering, priserna på byggnadsmateriel o. s. v., äro olika. Såväl stenhus som trähus kunna och böra sålunda ifrågakomma. Det bör för varje särskilt fall undersökas, vilket byggnadssätt, som medför de största ekonomiska fördelarna, och andra synpunkter vägas däremot. En enkel standard bör enligt de sakkunnigas mening tillämpas såväl i fråga om behandling av väggar, golv m. m. som i fråga om snickerier, beslag, sanitär inredning o. s. v. Mot vatten motståndskraftig golvbeläggning under tvättställ bör användas. Patientrummen böra kunna låsas inifrån men också av personalen öppnas utifrån.

Byggnadskostnaderna för huvudförslaget (Alt. A) utfört i tegel utgöra såsom det framgår av arkitekten G. Birch-Lindgrens utredning enligt i mars 1944 gällande stockholmspriser — fränsett kostnaderna för tomt, yttre ledningar, planering och terrängarbeten — 238 280 kronor. Denna kostnad motsvarar vid en beläggning med 42 patienter 5 673 kronor per



säng. Den genomsnittliga kostnaden för efterbehandlingsavdelningarna vid rikets lasarett utom Stockholm torde sålunda icke behöva överstiga 5 000 kronor per säng vid nuvarande prisläge. Även om siffrorna icke äro direkt jämförbara, erinra de sakkunniga om att senast byggda lasarett dragit en kostnad av 18 000—20 000 kronor per säng. Som mera direkt jämförelsetal nämnes, att den senare delen av kvinnokliniken i Uppsala, som i våningarna inrymmer endast vårdavdelningar, kostat 15 000 kronor per säng.

## B) E-avdelningar vid sanatorier.

Då frågan om efterbehandlingsavdelningar för tuberkulöst sjuka redan varit föremål för övervägande inom Svenska Nationalföreningen mot tuberkulos, som föranstaltat om särskild utredning om eftervården av tuberkulösa, hänvände sig de sakkunniga till nationalföreningen i och för samarbete. Detta samarbete har sedan i april 1943 lett till utarbetande genom nationalföreningens försorg och efter dess direktiv av ritningar till E-paviljong vid sanatorier av arkitekt G. Birch-Lindgren, vilka återfinnas efter bilagorna.

Beträffande dessa ritningar är att märka, att å ena sidan rum för mer än två sängar icke förekommer, å andra sidan golvytan i både två-sängs- och en-sängsrummen gjorts något mindre än i de sakkunnigas huvudförslag. Beträffande planläggningen märkes i övrigt, att patienterna beräknas intaga sina måltider i den å varje sanatorium förekommande matsalsavdelningen. Särskild matsal förekommer sålunda ej i ritningsförslaget, däremot innefattar detsamma en ligghall. Förslagsritningen avser ett trähus i två våningar.

Då kostnadsökningar respektive -minskningar på grund av ovannämnda skiljaktigheter i jämförelse med de sakkunnigas alt. A ungefär uppväga varandra bliva totalkostnaderna med nuvarande prisnivå för en E-paviljong med arbetslokaler för tuberkulösa ganska nära sammanfallande, eller för det förstnämnda förslaget (42 sängar i stenhus) c:a 5 700 kronor, för det sistnämnda 5 100 kronor (44 sängar i trähus).

Nationalföreningens styrelse, inom vilken det huvudsakliga arbetet med denna fråga omhänderhafts av professor emeritus Einar Key, sanatorieöverläkaren Sigurd Berg och sekreteraren i föreningen, medicine doktorn John Lundquist i samarbete med arkitekten, har godkänt nedan intagna anvisningar till dessa ritningar och i cirkulärskrivelse till landstingens hälso- och sjukvårdsberedningar samt till stadsfullmäktige och sjukhusdirektioner i städer, som icke deltaga i landsting, i oktober 1943 utsänt meddelande, att ritningar och anvisningar kunna erhållas genom nationalföreningen.

**P. M. ang. ritningar till E-paviljong för thé vid sanatorier.**

(justerad efter byggnadskostnader i början av år 1944)

Förslaget är ritat så, att byggnaden kan uppföras med 44 eller 52 sängar, ev. ännu fler blott genom huvudbyggnadens och ligghallens förlängning med erforderligt antal rum, resp. liggplatser. Anläggningen kan vidare uppföras med eller utan arbets-salar utan ändring av planen i övrigt. Salarna äro så dimensionerade, att de kunna, om de uppföras framdeles, utan svårigheter i endera eller båda våningarna, helt eller delvis inredas till patientrum.

Beträffande utförandet kan ifrågakomma sten eller trähus, ligghall av betong eller trä. Hänsyn måste också vid ett ev. utförande tagas till tomtens lutningsförhållanden, väderstreck och andra lokala förhållanden m. m. Även om planlösningen kan bibehållas från fall till fall, så erfordras dock en del justeringar, varför ett utarbetande av detaljerade entreprenadhandlingar och arbetsritningar icke ansetts böra utföras på sakens nuvarande stadium. Skulle intresse för ett uppförande av paviljonger förefinnas på mer än ett ställe, kan emellertid ändock ritningskostnaderna liksom kostnaderna för program till värme, sanitet, elledning o. s. v. nedbringas genom det förhållandet, att planlösningen är lika, även om vissa detaljer i utförandet variera från fall till fall.

Byggnadens totala volym är med 44 sängar utan arbetslokaler 2 200 m<sup>3</sup> exklusive ligghall, och byggnadskostnaden c:a 195 000: — kronor inklusive ligghall eller c:a 4 400: — kronor per säng. Med ett sängantal av 52 minskas sistnämnda kostnad till c:a 4 100: — kronor per säng, motsvarande en totalkostnad av c:a 210 000: — kronor. Arbetslokaler öka kostnaderna med c:a 30 000: — kronor eller med c:a 700: — resp. 600: — kronor per säng.

Samtliga nämnda kostnader äro endast överslagskostnader och således approximativa.

*G. Birch-Lindgren.*

**C) E-avdelningar vid barnsjukhus eller barnavdelningar.**

Storleken av behovet av efterbehandlingsavdelningar är, då det gäller barn, vanskelig att bedöma. Ett försök till uppskattning, som nyligen gjorts vid stockholmsjukhusen, visar emellertid, att man med sannolikhet kommer till ett behov av ungefär samma storleksordning, som de sakkunniga beräknat för vuxna, eller 15—20 % av antalet A-platser. Möjligheten att det latent behovet är större kan dock icke uteslutas.

Det förslag till efterbehandlingsavdelningar, som utarbetats för vuxna, kan med mycket små förändringar användas även för barn, framför allt därför, att förslaget upptager endast smärre vårdenheter med 1—4 patien-



ter, något som från infektionssynpunkt, då det gäller en barnavdelning, är i hög grad lämpligt.

Den viktigaste förändring, som synes böra företagas, är att det för personalen avsedda rummet mitt för dagrummet anslutes till detta, som därigenom kan bli ett kombinerat dag- och matrum för barnen med plats även för vakt.

E-avdelningar för barn torde i mån av platstillgång, förutom som avlastningssjukhus för A-sjukhuset, även kunna tjänstgöra som ett s. k. poliklinikum för tillresande patienter, vilka behöva stanna i A-sjukhusets närhet kanske ett par, tre dagar för ingående undersökning utan att behöva intagas på A-sjukhuset.

Förslag till E-avdelning för barn återfinnes efter bilagorna.

## D) E-avdelningar såsom väntehem för barnaföderskor.

I några av de yttranden, som avgivits av sjukvårdsberedningarna och lasarettsdirektionerna på de sakkunnigas ovanberörda rundfråga den 4 augusti 1942, har understrukits behovet av att å efterbehandlingsavdelning plats beredes för blivande mödrar. De sakkunniga finna detta vara en god utväg att något minska olägenheterna av överbelastningen på förlossningsanstalterna. Genom att en blivande moder något tidigare än vad nu i allmänhet är fallet kan få plats invid en förlossningsanstalt undanröjas mycken ångslan och obehag, bland annat de på senare år då och då i bilar och andra fordon inträffade förlossningarna. Den oskäligen förkortning av vårdtiden, som för närvarande gör sig gällande, väsentligt under de önskvärda tio dagarna, kan visserligen icke i högre grad påverkas härigenom, utan kräver en utbyggnad av antalet A-platser. Detta hindrar icke att vid tillfällig överbelastning av förlossningsanstalten efterbehandlingsplatserna kunna tjänstgöra såsom temporär förläggning för uppegående mödrar efter förlossningen.

De sakkunniga framlägga icke särskilt förslag till E-avdelningar för blivande mödrar. Det låter sig utan svårighet göra att, såsom i bl. a. alt. A visats, genom en vägg tvärs över korridoren, lämpligen försedd med en dörr, avstänga den del av avdelningen till vilken smårummen äro förlagda. Denna del kan då förses med egen ingång och särskilt W. C., såsom framgår av ritningen till allmänna E-avdelningar alt. A.

## Sammanfattning.

De sakkunniga framlägga program och ritningsförslag till E-avdelningar, allmänna, för tuberkulöst sjuka och för barn. Alternativa lösningar upprättas och värdesätts.

## Kap. VI. Finansiering av eftervården.

*Reumatikervården i allmänhet — E-avdelning för reumatiker, väntande mödrar och nyförlösta, tuberkulösa och barn samt övriga sjuka. — Hem för kroniskt sjuka. Konvalescenthem. Kurorter.*

De sakkunniga finna det ytterst angeläget, att efterbehandlingsavdelningar utan dröjsmål komma till stånd och att reumatikervårdens behov därvid blir i önskvärd omfattning tillgodosett. För att så skall vara möjligt, böra statsmakterna taga ställning till frågan om statens ekonomiska medverkan för ordnande av efterbehandlingsavdelningar vid sjukvårdsinrättningarna. Ett sådant ställningstagande förutsätter emellertid, att de principiella riktlinjerna för reumatikervårdens finansiering över huvud taget äro uppdragna.

### Reumatikervårdens finansiering.

För närvarande utgår icke statsbidrag för vård av reumatiskt sjuka å landstingens sjukhus (med landsting förstås här och i det följande jämväl städer utanför landsting) utom i de särskilda fall, då de reumatiskt sjuka vårdas på vårdhem för kroniskt sjuka i landstings regi. Vid några landstings-sjukhus finnas av pensionsstyrelsen inrättade reumatikeravdelningar, som bekostas av statsmedel. Sammalunda är förhållandet vid pensionsstyrelsens fristående anstalter, där reumatiker vårdas. Slutligen svarar staten ytterst för vården av reumatiker å vanförestalterna. I ett år 1934 avgivet betänkande föreslog statens sjukvårdskommitté, att kostnaden för vården av reumatiker å dåvarande och nyinrättade reumatikeravdelningar borde, fränsett inflytande legosängsavgifter, i princip bestridas av staten. I motsats härtill föreslogo de sakkunniga för utredning av frågan om pensionsstyrelsens invaliditetsförebyggande verksamhet i sitt år 1937 avgivna betänkande, att kostnaden för reumatikervården, som borde ställas under landstingens huvudmannaskap, skulle bäras av landstingen och staten gemensamt. Enligt detta förslag skulle till landstingen utgå ett byggnadsbidrag av högst 5 000 kronor per vårdplats och ett driftbidrag av 2 kronor per dag och patient, på villkor att av patient icke uttoges högre dagavgift än 1 krona 50 öre.

I remissyttrandena över 1937 års betänkande hava rests starka invändningar mot den ekonomiska merbelastning av landstingen, som ett överförande på dem av den av pensionsstyrelsen bedrivna invaliditetsförebyggande sjukvården skulle innebära. Det har också satts i fråga, om en lösning efter de i nämnda betänkande föreslagna linjerna kommer att medföra den önskvärda utökningen av antalet vårdplatser för reumatiskt sjuka. Det kunde nämligen befaras, att omvårdnaden av reumatikerna skulle komma i efterhand



för andra trängande sjukvårdsuppgifter och att huvudsyftet med en reform därigenom skulle bli förfelat. Ävenledes riktades starka invändningar mot 1937 års förslag med hänsyn till att nya A-platser för reumatiker av många invärtesläkare ansågos hellre böra läggas å nyinrättad invärtesmedicinsk avdelning än å specialavdelning.

Under sina överväganden av hur reumatikervården lämpligen bör ordnas hava 1941 års reumatikervårdssakkunniga kommit fram till en ståndpunkt, som utgör en förening av de i statens sjukvårdskommittés och de i 1937 års betänkande framlagda förslagen. De sakkunnigas ståndpunkt kan i korthet uttryckas så, *att staten bör påtaga sig hela kostnaden för inrättande av vårdplatser, avsedda för ledgångsreumatiskt sjuka (akuta och kroniska ledgångsinflammationer, artriter), medan driftkostnaden bör bäras gemensamt av staten och landstingen.*

I sitt den 24 februari 1942 avgivna betänkande hava de sakkunniga föreslagit, att staten skall ikläda sig hela kostnaden för inrättande av kliniska reumatologiska avdelningar vid undervisningssjukhusen i Stockholm och Uppsala samt en ortopedisk avdelning i Uppsala. De sakkunniga hava för avsikt att föreslå, att de av pensionsstyrelsen inrättade reumatikeravdelningarna i Umeå, Västerås, Lidköping, Norrköping och Lund överlåtas utan vederlag på vederbörande landsting.

Till frågan om nya avdelningar skola inrättas eller om behovet av A-platser för reumatikervården kan tillgodoses inom de invärtesmedicinska avdelningarna eller på annat sätt, komma de sakkunniga att taga ställning i ett senare betänkande, i vilket också framläggas förslag till normer för statens bidrag till A-vårdens utbyggande, i anslutning till en av de sakkunniga verkställd utredning om platsbehovet.

Utbyggnaden av reumatikervården bör enligt de sakkunnigas mening inom varje landstingsområde ske enligt en av statlig myndighet godkänd plan, vilken skall vara förutsättning för utgående av statsbidrag till byggnad eller drift av reumatikervårdplats.

Efter granskning av ritningar till nybyggnadsförslag genom vederbörande myndigheter (centrala sjukvårdsberedningen, medicinalstyrelsen och byggnadsstyrelsen) fastställer Kungl. Maj:t det belopp, med vilket statsbidrag kommer att utgå per plats, och antalet statsbidragsberättigade vårdplatser inom nybyggnaden.

I en plan för reumatikervårdens utbyggande i ett landstingsområde, där av pensionsstyrelsen bekostad reumatikeravdelning finnes, bör landstinget förbindas att mottaga denna avdelning och tills annorlunda överenskommes driva densamma som avdelning med riksplatser mot åtnjutande av statsbidrag motsvarande i princip halva vårdkostnaden, varvid legosängsavgiften för inomlänspatient fastställs till exempelvis högst 2 kronor och för utomlänspatient till det högre belopp medicinalstyrelsen bestämmer, varvid det

legosängsavgiften överskjutande beloppet skall erläggas av det landsting patienten tillhör.

I en motsvarande plan för ett landstingsområde, där av pensionsstyrelsen bekostad reumatikeravdelning icke finnes, bör gälla, att landstinget för erhållande av statens ekonomiska medverkan till inrättande av E-avdelningar med vårdplatser för reumatiker skall förbinda sig att å A-sjukhuset avsätta platser för ledgångsreumatiskt sjuka inomlänspatienter, till det antal statsmakterna efter vederbörande sjukvårdsberednings förslag bestämmer, mot åtnjutande tills vidare av ett visst *d r i f t b i d r a g* även för dessa vårdplatser per patient och dag vid viss fixerad legosängsavgift. Statsbidraget bör tills vidare kunna sättas till 3 kronor.

De sakkunniga avse att inkomma med sitt nästa betänkande, i vilket här skisserade förslag upptagas till närmare utredning, innan statsmakterna hava att taga slutlig ställning till föreliggande förslag om E-vårdens finansiering.

Med hänsyn till angelägenheten av att reumatikervården så skyndsamt som möjligt utbygges, och då utbyggnadsbehovet till icke ringa del kan tillgodoses genom efterbehandlingsavdelningar, synes det de sakkunniga lämpligt, att provisoriska bidragsgrunder för statens medverkan till inrättande av efterbehandlingsavdelningar så fort som möjligt fastställas och föreslå de sakkunniga följande.

### E-avdelning för reumatiker, väntande mödrar och nyförlösta, tuberkulösa och barn samt övriga sjuka.

Till landsting, som inrättar efterbehandlingsavdelning, bör utgå statsbidrag till *b y g g n a d s k o s t n a d e r* enligt följande grunder.

För plats å efterbehandlingsavdelning, avsedd att disponeras för vård av *ledgångsreumatiskt sjuka*, ikläder sig staten i princip hela byggnadskostnaden. Vid nuvarande prisläge bör statsbidraget utgå med högst 5 000 kronor per plats.

För vårdplatser för *väntande mödrar* och *nyförlösta* utgår statsbidrag enligt samma grunder som för vårdplats på förlossningsavdelning vid lasarett, under förutsättning att särskild del av byggnaden avsättes för deras räkning. För vårdplatser för *tuberkulösa* och för *barn* utgår statsbidrag enligt för tuberkulossjukhus (A-sjukhus) och för barnavdelning nu gällande grunder. Avses efterbehandlingsavdelning eller del därav för vård av *andra sjuka* än reumatiker, tuberkulösa, mödrar och barn, får landsting bära hela byggnadskostnaden för de platser, som tagas i anspråk för dessa andra sjukdomsfall.

I fråga om *d r i f t k o s t n a d e n* för vården av ledgångsreumatiskt sjuka avse de sakkunniga som tidigare för A-vården sagts att föreslå, att den



skall bäras gemensamt av staten och landstingen. Statsbidrag skall utgå, där E-avdelning finnes, för vård av patienter med reumatiska artriter å specialavdelningarna, å de invärtesmedicinska avdelningarna och å efterbehandlingsavdelningarna. Då vårdkostnaden å A-plats blir högre än å E-plats, torde det bli nödvändigt att fastställa högre statsbidrag för A-plats än för E-plats. På frågan om storleken av statsbidraget för A-plats och sättet för bidragets uträknande ingå de sakkunniga i ett senare betänkande.

För vård av ledgångsreumatiskt sjuka å E-plats föreslås utgå ett driftbidrag från staten av 3 kronor per dag under villkor, att legosängsavgiften fastställles till högst 2 kronor per vård dag. För väntande mödrar, som vårdas å E-avdelning, synes lämpligast statsbidrag till driften icke böra utgå såsom för vård på förlossningsanstalt vid lasarett (3 kronor för dag och barnaföderska i tillsammans med vården på A-avdelningen högst 10 dagar) utan såsom för vård på väntehem (2 kronor för dag och barnaföderska i högst 15 dagar på E-avdelning). För förlösta mödrar däremot synes samma driftbidrag från staten böra utgå såsom för vård på förlossningsanstalt vid lasarett. Driftbidrag för vård å efterbehandlingsavdelning av tuberkulösa och barn föreslås med hänsyn till storleken av de verkliga kostnaderna för driften av en E-plats icke böra utgå med lägre belopp än de för A-plats nu gällande (1: 75 kr. och 2 kr. per vård dag).

Statsbidrag för patienter å E-avdelningar komma sålunda att utgå med olika belopp allt efter olika sjukdom. Detta är en följd av olika statsbidragsgrunder för A-plats. En efterprovning bör komma till stånd så snart den framställning, som Landstingsförbundet den 30 oktober 1942 avgivit till Kungl. Maj:t om höjda statsbidrag till olika former av vård, upptages till behandling.

Ifrågasättas kan att redan nu bestämma ett enhetligt belopp som statsbidrag till all eftervård. Detta skulle i så fall få lov att sättas till lägsta ifrågavarande belopp, 1: 75 kronor, då man icke gärna kan ge högre statsbidrag till E-plats än till A-plats. Då E-vården principiellt har samma kvalificerade karaktär som A-vården, finna de sakkunniga ett sådant förslag mindre önskvärt, även om förfaringssättet skulle göra tillämpningen av en statsbidragskungörelse beträffande E-plats lättare.

De sakkunniga förutsätta, att frågan om fördelningen av byggnads- och driftkostnader för E-avdelning vid sjukhus, där staten är ägare eller delägare, kommer att regleras genom särskild överenskommelse i varje fall mellan staten och övriga intressenter såsom hittills skett i fråga om Karolinska sjukhuset, Serafimerlasarettet, Akademiska sjukhuset och garnisons-sjukhusen.



## Hem för kroniskt sjuka.

På i kapitel III given motivering föreslå de sakkunniga, att statsbidragen till uppförande eller inrättande av och till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka måtte utgå med ökade belopp. För närvarande må enligt kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 245) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka statsbidrag utgå till landsting, kommuner samt kommunalförbund a) *för nybyggnad* med högst hälften av byggnadskostnaderna, däri ej inräknade utgifter för anskaffande av tomt eller inventarier, dock att bidraget ej må överstiga 1 500 kronor för varje för fattiga sjuka avsedd sjukplats, som hemmet med normal beläggning beräknas rymma, b) *vid inköp av byggnad* med högst hälften av köpesumman och av kostnaderna för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten, dock högst 1 000 kronor för varje sådan sjukplats som under a) sägs, samt c) *för i vederbörandes ägo befintlig byggnad, som ej av vederbörande uppförts eller inköpts för sådant ändamål*, med högst hälften av kostnaderna för erforderliga om- eller tillbyggnadsarbeten, dock högst 750 kronor för varje sådan sjukplats som under a) sägs. Enligt kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 246) angående statsbidrag till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka må f. n. statsbidrag utgå till landsting, kommuner, kommunalförbund, föreningar och enskilda med 90 öre per dag och patient, som i kungörelsen avses. Dessa statsbidrag hade ansetts utgöra ungefär en tredjedel av totala vårdkostnaderna. Med hänsyn till kostnadernas stegring och i avvaktan på en allmän omprövning av storleken av statens bidrag till huvudmännen för byggande av och drift vid olika sjukvårdsanstalter finna de sakkunniga en fördubbling såväl av de byggnadsbidrag, som i olika fall må högst utgå, som ock av driftbidraget vara rimlig. Detta skulle vid nybyggnad motsvara en byggnadskostnad av högst 6 000 kronor per vårdplats. Driftbidraget per dag, 1 krona 80 öre, skulle — fränsett ett trettio-tal av de vid annan sjukvårdsanstalt eller i Stockholm, Göteborg och Malmö belägna hemmen — innebära täckande av minst en tredjedel av driftkostnaderna, i flertalet fall något mera än en tredjedel av länens genomsnittliga kostnader.

## Konvalescenthem.

De sakkunniga hava icke funnit lämpligt att föreslå statsbidrag till konvalescenthem, som drives av enskild, förening, stiftelse, sjukkasse eller landsting. Däremot böra sådana kunna understödjas genom att patienter, som vårdas där, i analogi med vad som sker i Danmark, erhålla visst bidrag av sin sjukkasse för vistelse på konvalescenthem, som uppfyller medicinalstyrelsens krav, på samma sätt som för vistelse på sjukhus. För att detta skall kunna bliva möjligt, synes i 22 § andra stycket Kungl. förordningen den 26 juni 1931 om erkända sjukkassor böra inom parentes efter



ordet »sjukhusvård» insätts ordet »konvalescentvård» och efter orden »godkänt enskilt sjukhem» insätts orden »eller godkänt konvalescenthem». I det av socialvårdskommittén i april 1944 framlagda förslaget angående Lag om allmän sjukförsäkring böra motsvarande tillägg göras, så att i förslagets 12 § 1 mom. efter ordet »sjukhusvård» insättes ordet »konvalescentvård» och i 3 mom. efter ordet »sjukhem» insätts orden »och konvalescenthem». Bestämmelserna om godkännande synas enklast kunna ordnas genom att i stadgan den 29 maj 1931 angående enskilda sjukhem och förlossningshem 1 § 2 mom. efter orden »därstädes vårdas» tillsätts orden »samt konvalescenthem». I Kungl. socialdepartementets ämbetsskrivelse den 29 maj 1931 med bestämmelser angående medicinalstyrelsens prövning av ansökan om tillstånd att driva enskilda sjukhem och förlossningshem m. m. är stadgat, att medicinalstyrelsen före godkännandet av hem, som avses i nyss berörda stadga, skall inhämta yttrande över ansökningen av länsstyrelsen samt av förste provinsialläkaren eller med sådan läkare likställd stadsläkare efter hörande av vederbörande lokale tjänsteläkare och hälsovårdsnämnden. Det synes icke erforderligt, att yttrande över ansökningen om tillstånd att driva bidragsberättigat konvalescenthem avgives av andra än den lokale tjänsteläkaren och hälsovårdsnämnden på orten.

Bidragsberättigade vårdtiden på konvalescenthem synes skäligen böra begränsas till högst 30, i undantagsfall högst 45 dagar. I det särskilda fallet skall patientens behov av konvalescentvård efter genomgången sjukdom vara behörigen styrkt genom intyg av läkare å allmän anstalt, där patient vårdats, eller, för vården i övrigt, av läkare, som vårdat patienten i hemmet eller å enskild anstalt; sistnämnde läkares intyg bör, där sjukkasse så finner behöfligt, gälla först sedan det före intagningen attesterats av en av sjukkassan utsedd läkare. Bestämmelse härom bör ingå i sjukkasseförordningen.

Ett bidrag till vårdavgiften i enlighet med ovanstående förslag, högst lika med legosängsavgiften på lasarett, kommer självfallet icke ensamt att göra konvalescentvården tillgänglig för de mindre bemedlade. Fortfarande komme önskemålet, att det allmänna, närmast representerat av kommuner, landsting och centralsjukkassor, i större utsträckning driver egna konvalescenthem, att kvarstå. Särskilt synes detta behöfligt genom de alltmera förkortade vårdtiderna på lasarett. Skulle föreslagen åtgärd att underlätta konvalescentvården visa sig otillräcklig, få senare ytterligare åtgärder övervägas.

### Kurorter.

I anslutning till vad ovan i kapitel III anförts om kurorter, komma de sakkunniga att i ett senare betänkande taga ställning till frågan om ett understödjande av dem från det allmännas sida.

## Sammanfattning av förslag till finansiering av E-vården.

Till landsting, som inrätta efterbehandlingsavdelning vid A-anstalt, föreslås statsbidrag utgå enligt vissa normer.

Byggnadsbidrag bör utgå för plats å efterbehandlingsavdelning, som avsättes för vård av

1) patienter med akuta och kroniska reumatiska ledgångsinflammationer, samt

2) väntande mödrar och nyförlösta.

Vidare bör statsbidrag utgå till efterbehandlingsavdelning

3) för tuberkulossjuka, samt

4) för sjuka barn.

För andra E-platser vid landstings sjukhus bör landstinget bära byggnadskostnaden. För reumatikervårdplats utgår byggnadsbidrag med hela kostnaden, vid nuvarande prisläge skäligen maximerat till 5 000 kronor per plats. För vårdplats för väntande moder och nyförlöst bör statsbidrag utgå enligt kungörelsen den 21 juli 1937 (nr 742) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av förlossningsanstalter. För tuberkulossjuka och för barn utgår byggnadsbidrag till E-plats med samma belopp som till A-plats.

Driftbidrag bör utgå för vård av ovan nämnda reumatiskt sjuka med 3 kronor per vårddag under villkor att legosängsavgiften fastställs till högst 2 kronor. För vård av barn och tuberkulossjuka bör driftbidrag utgå med samma belopp som för A-plats (2 respektive 1:75 kronor per vårddag). För väntande mödrar och nyförlösta bör bidrag utgå enligt kungörelsen den 21 juli 1937 (nr 743) angående statsbidrag till driften av förlossningsanstalter och väntehem m. m. med 2 respektive 3 kronor per vårddag på i densamma angivna villkor.

Till konvalescenthem föreslås icke något direkt statsbidrag. Det föreslås, att konvalescenthem under vissa betingelser skola godkännas av medicinalstyrelsen såsom sjukvårdsanstalter, för vård å vilka enligt 22 § sjukkasseförordningen ersättning av sjukkasse utgår.

## Kostnadsberäkning.

Vid en antagen sannolik utbyggnad av eftervården, såsom den kan väntas komma i fråga i anknytning till nuvarande A-anstalter, sanatorierna frånräknade, med ett beräknat antal E-avdelningsplatser av 750 (25 % av 3 000 allmänna E-avdelningsplatser) reumatikervårdplatser och 400 barnplatser skulle statens byggnadsbidrag kunna komma att uppgå till högst  $(750 \times 5\,000)$  3 750 000 kronor +  $(400 \times 2\,500)$  1 000 000 kronor eller tillsammans 4 750 000 kronor.

Vid en antagen utbyggnad av E-avdelningsplatser om 3 400 skulle statens



driftbidrag — fränsett de relativt obetydliga kostnaderna för vårdbidrag till väntande mödrar — komma att uppgå till  $(750 \times 300 \times 3)$  675 000 kronor för reumatiskt sjuka och  $(400 \times 300 \times 2)$  240 000 kronor för barn eller tillhoppa årligen 915 000 kronor.

Den föreslagna fördubblingen av driftbidragen till vården av kroniskt sjuka skulle med nuvarande platsantal betyda en merutgift för staten av c:a 1 200 000 kronor årligen.

## Kap. VII. Sammanfattning och förslag.

De sakkunniga, som den 27 mars 1942 erhöilo i uppdrag att utreda frågan om behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande av efterbehandling och konvalescentvård i allmänhet, finna att dithörande problem vid flera tillfällen diskuterats utan att någon allmängiltig lösning rekommenderats eller tillämpats (kapitel I). Efter en detaljerad skildring av nuvarande förhållanden (kapitel II) och allmän motivering (kapitel III) finna de sakkunniga, att det i nuvarande läge är befogat att lägga särskild vikt vid utbyggandet av eftervården. De sakkunniga finna förmånligt, om vid varje lasarett och likvärdig sjukvårdsinrättning förefunnes dels ett vårdhem för kroniskt sjuka, där efterbehandling kunde ges åt sådana sängliggande patienter, som icke längre borde upptaga A-plats men dock fortfarande vore i behov av kvalificerad tillsyn, dels en efterbehandlingsavdelning, till vilken uppegående sjuka, som ännu behövde för fortsatt undersökning eller behandling vara i nära kontakt med sjukhuset, kunde överföras. På sådana efterbehandlingsavdelningar borde också vissa observationspatienter kunna placeras. Avdelningen skulle i sådant fall tjänstgöra såsom ett s. k. poliklinikhem. Ävenså synes den lämpligen kunna tjänstgöra såsom väntehem för blivande mödrar.

De sakkunniga hava gjort en enquête om behovet av eftervårdsplatser, som redovisas i kapitel IV.

Mönsterritningar framläggas till allmänna sådana efterbehandlingsavdelningar, till efterbehandlingsavdelningar för tuberkulösa och till sådana för barn. Alternativa förslag framläggas och diskuteras (kapitel V).

De sakkunniga finna det principiellt befogat, att staten betalar till efterbehandlingsplatser motsvarande byggnadsbidrag, som utgå till A-platser, samt att ävenså driftbidrag utgår till patienter på E-plats enligt samma princip som till patienter på A-plats inom olika kategorier av statsbidragsberättigad sjukvård, reumatikervård, barnsjukvård, tuberkulosvård och förlossningsvård. För väntande mödrar på E-avdelning föreslås gälla samma bestämmelser som för sådana på väntehem. Förutsättningen för statsbidrag skulle vara, att huvudmannen, landsting eller stad utanför landsting, utbyggde sin E-vård enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Beslut om att E-avdelning är berättigad till statsbidrag för visst antal plat-



ser skulle fattas av Kungl. Maj:t. De sakkunniga föreslå flera åtgärder för att underlätta utbyggnaden av vården av kroniskt sjuka (kapitel VI).

På grundval av denna utredning hava de sakkunniga således funnit sig böra föreslå,

1. dels att Kungl. Maj:ts kungörelser den 27 juni 1927 (N:ris 245 och 246) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av och till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka så omändras, att sängliggande efterbehandlingspatienter, som icke äro berättigade till statsbidrag, där måtte få vårdas, ändock att statsbidrag icke utgår till deras vård,

dels att den i berörda kungörelser nr 245 2 § 2. och nr 246 3 § 2. stadgade begränsningen av antalet statsbidragsberättigade vårdplatser inom ett sjukvårdsområde måtte bortfalla,

dels att statsbidragens storlek snarast ökas, förslagsvis till det dubbla, både beträffande uppförande eller inrättande av och beträffande driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka;

2. att — under förutsättning att landsting eller stad utanför landsting uppgjort plan för utbyggande av sin eftervård och fått denna av medicinalstyrelsen godkänd — statsbidrag skall utgå för byggande av efterbehandlingsavdelning (E-avdelning) enligt planen

till efterbehandlingsplats (E-plats), avsedd för reumatiskt sjuk, med hela byggnadskostnaden, maximerad vid nuvarande prisläge till 5 000 kronor,

till E-plats för barn med samma belopp, som må utgå till byggande av A-plats vid barnsjukhus och på enahanda villkor,

till E-plats för tuberkulöst sjuk med samma belopp, som må utgå vid byggande av sanatorium och på enahanda villkor,

till E-plats för väntande mödrar och nyförlösta med samma belopp, som må utgå vid byggande av förlossningsavdelning och på enahanda villkor, samt

3. att under samma förutsättning, som under 2. sagts, driftbidrag till E-avdelning, byggd enligt planen, skall utgå till vårdplatser

för reumatiskt sjuk med 3 kronor under förutsättning, att legosängsavgiften icke överstiger 2 kronor per dag,

för sjukt barn, tuberkulöst sjuk och nyförlöst med det belopp, som utgår för vård å A-plats på barnsjukhus, sanatorium eller förlossningsavdelning samt

för väntande moder med det belopp, som utgår för vård på väntehem;

4. att gällande förordningar /K. förordningen den 26 juni 1931 (nr 280) om erkända sjukhämningar och stadgan den 29 maj 1931 (nr 172) angående enskilda sjukhem och förlossningshem/ ändras så (resp. att föreslagen lag om allmän sjukförsäkring får en sådan formulering), att sjukhämningar för viss vårdtid lämna bidrag till kostnaden för vård på konvalescenthem, som godkänts av medicinalstyrelsen i fall där sådan vård enligt läkarintyg kräves.



## Enquête till landsting och städer utanför landsting den 4 augusti 1942

angående

*nuvarande förhållanden rörande efterbehandling och konvalescentvård samt uppskattning av vårdbehovets storlek.*

I syfte att erhålla en utgångspunkt för bedömandet av det vårdplatsbehov för efterbehandling och konvalescentvård, som kan föreligga, hava de sakkunniga från samtliga landsting och städer utanför landsting införskaffat vissa uppgifter. De sakkunniga hava beträffande vederbörande sjukvårdsområde begärt uppgifter om dels antalet tillgängliga anstaltsplatser för efterbehandling, respektive konvalescentvård, dels ock behovet av sådana anstaltsplatser.

### I. Efterbehandling.

En sammanställning av uppgifterna om tillgängliga anstaltsplatser (*tabell 1*, sid. 13) giver vid handen, att vid av landsting respektive städer utanför landsting drivna anstalter mera permanenta platser för efterbehandling finnas i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping, medan vissa landsting företagit provisoriska anordningar.

Stockholms stad disponerar för närvarande ett enda efterbehandlings-sjukhus, vilket uppförts i anslutning till S:t Görans sjukhus. Antalet platser är 216. Efterbehandlingssjukhuset förvaltas i samband med S:t Görans sjukhus och lyder således direkt under sjukhusdirektionen, som tillika bestrider dess driftkostnader.

I Göteborg stå enligt vederbörande läkares uppgifter till Sahlgrenska sjukhusets förfogande efterbehandlingsplatser till ett antal av 70, varav för medicinska avdelningen I 52 platser och för de kirurgiska avdelningarna 18. Vasa sjukhus för kroniskt sjuka torde, då det gäller de därstädes vårdade fallen av reumatiskt sjuka, i stor utsträckning göra tjänst såsom en efterbehandlingsavdelning för sängliggande sjuka. Det antal platser, som för närvarande belägges med reumatiskt sjuka av detta slag på sjukhuset, torde hålla sig omkring 50.

Allmänna sjukhuset i Malmö förfogar över en »konvalescentavdelning» med 15 vårdplatser, inrymd i det i omedelbar närhet av sjukhuset liggande »Malmö sjukhem» (för kroniskt sjuka). Denna »konvalescentavdelning» tjänstgör som efterbehandlingsavdelning för sängliggande sjuka.

Antalet i Norrköping tillgängliga efterbehandlings- och konvalescentplatser är 25 stycken av de 50 platserna å Trozellisjukhuset, vilket egentligen byggts för tuberkulosvården. Det är beläget 1 000 meter från huvudsjukhuset. Nämnda Trozellisjukhus lyder under lasarettsläkaren å medicinska avdelningen, men vården handhaves på eget ansvar av en av medicinalstyrelsen förordnad biträdande lasarettsläkare. Tillgång till bad, gymnast och lämplig lasarettsvård finnes.

Vissa landsting förfoga över efterbehandlingsplatser av provisorisk natur. I Södermanlands län finnas invid lasaretten i Nyköping och Eskilstuna två sjukpaviljonger om 24 sängar vardera, som tjänstgöra såsom efterbehandlingssjukhus, när de icke behövas för vård av epidemiskt sjuka. Dessa paviljonger tillhöra officiellt epidemisjukhusen på respektive platser, men som epidemisjukvården under de senaste femton åren endast undantagsvis behövt taga dem i bruk, hava de med medicinalstyrelsens medgivande fått användas av lasaretten.

Göteborgs och Bohus läns landsting disponerar icke över särskilda anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård i annan mån än att i det intill lasarettet i Mölndal liggande epidemisjukhuset en avdelning om cirka 30 platser med medicinalstyrelsens medgivande å tider, då epidemivården så tillåter, i viss utsträckning användes för efterbehandling och konvalescentvård. Även denna avdelning måste tidvis i större eller mindre del disponeras som vanlig lasarettavdelning.

Antalet tillgängliga anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård utgör inom Örebro läns landstingsområde 40. Dessa äro anordnade som konvalescentavdelning till centrallasarettet i Örebro och inrymda i landstingets epidemisjukhus. Vid större epidemier måste konvalescentavdelningen utrymmas. Detta sjukhus (lasarettets konvalescentavdelning) drives i lasarettets regi utan särskild där anställd läkare. För att kunna begränsa personalen vid detsamma särskiljes strängt mellan konvalescenter och efterbehandlingspatienter å ena sidan och kroniskt sjuka å andra sidan, så att patienter av den senare kategorin, som icke kunna reda sig själva, icke få till sjukhuset överföras. Denna konvalescentavdelning torde helt motsvara, vad de sakkunniga kommit att avse med termen efterbehandlingsavdelning (E-avdelning).

## II. Konvalescentvård.

Konvalescenthem disponeras endast av Stockholms stad och några landsting. Norrköping förfogar dessutom över några konvalescentplatser.

Stockholms stad äger och driver sju anstalter för konvalescentvård med sammanlagt 319 vårdplatser, fördelade enligt nedanstående:



Isidor Dannströms konvalescenthem .....	53	
Albert och Hulda Pålsons konvalescenthem .....	52	
Jacques och Galathée Lamms konvalescenthem för tuber- kulossjuka .....	9	} (tuberkulos- sjuka)
Heijksenskjölds Konvalescenthem .....	30	
Vårby konvalescenthem .....	40	} (tuberkulos- sjuka)
Stiftelsen Martin Gebers konvalescenthem .....	120	
Ihrfeltka barnhemmet .....	15	} (därav 60 barn)

Summa platser: 319, därav 49

för tuberkulossjuka och 75 för barn.

Dessutom har staden genom avtal tillgång till konvalescentplatser på följande *enskilda* hem:

Örnberga konvalescenthem: Hemmets samtliga 25 platser stå enligt avtal till stadens disposition.

Tobo konvalescenthem: Platsantal 50. Hemmet är avsett för medlemmar i registrerade sjukkasor i Stockholm och mottager i första hand i Stockholm bosatta medlemmar, som från stadens sjukhus dit hänvisas. I den mån platser ej belagts av sådana medlemmar gives företräde åt sådana, vilka av ekonomiska skäl själva icke kunna ordna sin konvalescentvård. Vid platstillgång utöver vad ovan sagts skall staden äga att mot självkostnad till hemmet remittera andra vårdbehövande än sjukkasemedlemmar.

Sigridsgården: Platsantal 40. Något skriftligt avtal finnes ej, men platserna stå helt till sjukhusdirektionens disposition.

För övrigt har staden möjlighet att remittera sjuka till andra enskilda vilo- och konvalescenthem, utan att dock hava någon förtursrätt på grund av ingångna avtal. Sådana konvalescenthem äro, bland andra, Stockholms konvalescenthem i Stortorp (30 platser), Byle Gårds konvalescenthem (26 platser) och Smedby Gårds konvalescenthem (13 platser).

Samtliga kommunala konvalescenthem lyda under sjukhusdirektionen, som alltså är deras huvudman. De stå under sjukhusdirektörens direkta ledning med undantag för Gebers konvalescenthem, som förvaltas av en av sjukhusdirektionen utsedd särskild styrelse. Den kamerala förvaltningen handhaves av en gemensam redogörare med undantag för Vårby och Gebers konvalescenthem samt Dannströms konvalescenthem. De båda förstnämnda hava egna redogörare, medan Dannströms konvalescenthem, som huvudsakligen är avsett för konvalescenter från Sabbatsbergs sjukhus, förvaltas av detta sjukhus' syssloman. Redogörarna äro tillika sjukhusdirektionens tjänstemän. Driftkostnaderna bestridas av sjukhusdirektionen och

anslag beviljas på sjukhusdirektionens stat. För de patienter, som av sjukhusdirektionen remitteras till *de enskilda konvalescenthemmen*, betalar sjukhusdirektionen helt eller delvis vårdavgiften.

*Göteborgs stad* har icke något konvalescenthem. För konvalescentvården, sådan den här fattas, står endast till förfogande Dicksonska stiftelsens konvalescenthem Meryt i Onsala och sjukvårdens vilohem i Landvetter. Det förstnämnda är emellertid endast öppet under sommarmånaderna och i första hand avsett för obemedlade. Det mottager och behandlar kostnadsfritt varje sejour omkring 100 patienter, de flesta från Sahlgrenska sjukhuset. Det senare är framför allt avsett för sjukkassepatienter, dock mottagas i mån av platstillgång även andra patienter för en kostnad av 3 kronor 50 öre per dag. Dicksonska stiftelsen besitter medel för ännu ett konvalescenthem, som enligt donationsbestämmelserna bör vara öppet hela året. Förslag föreligger att snart bringa dessa i verkställighet, varigenom ett 20—30-tal konvalescentplatser för obemedlade skulle kunna anskaffas.

Någon kommunal anstalt för konvalescentvård finnes ej i Malmö. Malmö stads förening mot tuberkulos äger och driver en koloni, modernt inredd, den s. k. Ottarpskolonien, som under sommarmånaderna användes för barn, vilka ur tuberkulosvårdssynpunkt anses som »osäkra» och därför helst ej böra vårdas vid skolornas kolonier. Från och med år 1942 drives denna anstalt med socialstyrelsens medgivande under tiden september—maj som konvalescenthem i samarbete med sjukvårdens och sjukhuset och med ekonomiskt stöd från dessa, delvis också från staden. Anstalten, som rymmer 16 platser för vuxna, står under överinseende av läkare, som gör regelbundna besök. Denna verksamhet är mer att betrakta som en försöksverksamhet, framkallad å ena sidan av behovet att kunna vårda konvalescenter efter pleurit och knölros, som ej fordra sanatorievård, anämiker, konvalescenter efter ulcus, operativt behandlade sjukdomar o. s. v., å andra sidan av känslan, att det är oekonomiskt att alla dessa väl inredda barnkolonier stå tomma och oanvända under nio månader av året.

Norrköping har för de av fattigvårdens patienter, som äro i behov av efterbehandling och konvalescentvård å anstalt, stadens väl utrustade sjukvårdsavdelning å fattigvårdsanstalten Sandbyhov med ett kroppssjukhus på 144 sängar. De flesta av dessa sängplatser, cirka 134, användas för vården av rent kroniska sjukdomsfall, cirka 5 för akuta, kortare sjukdomar inom Sandbyhovsklientelet självt och cirka 5 stycken för efterbehandlings- och konvalescentvård, sålunda i sådana fall, där hemmen av olika skäl icke kunnat taga emot patienter under dessas minskade försörjningsmöjlighet.

För barn under 14 år kan konvalescentvård beredas å Mamre barnhem, beläget tre kilometer från stadens centrum.



Sandbyhov lyder under fattigvårdsstyrelsen och Mamre barnhem under särskild styrelse. Detta barnhem är till karaktären en stiftelse. Staden lämnar fast årligt bidrag, varjämte två styrelsemedlemmar utses av stadsfullmäktige.

I Hälsingborg finnas sedan 12 år tillbaka 16 vårdplatser för konvalescenter, vilka platser utgöra en avdelning å ett hem för kroniskt sjuka, konvalescenter och ålderstigna om tillhopa 70 vårdplatser. Hemmet, som benämnes Familjen Romares Stiftelse, är donerat till Hälsingborgs stad, som också förvaltar detsamma. Konvalescentplatserna stå enligt donationsbestämmelserna öppna för obemedlade och mindre bemedlade vårdbehövande med hemortsrätt i Hälsingborg.

Vid Västmanlands läns sjukhem i Västerås (hem för kroniskt sjuka) fanns inrättad en konvalescentavdelning om 13 platser. Hemmet lyder under landstingets sjukhusdirektion i Västerås, vilken jämväl utgör direktion för övriga landstingets sjukvårdsanstalter i Västerås. Sjukhemmet bedrivs helt fristående från övriga sjukvårdsanstalter. På grund av det relativt stora avståndet, cirka 3 km, mellan centrallasarettet och sjukhemmet har det emellertid visat sig vara ganska svårt att belägga konvalescentavdelningen med patienter från centrallasarettet och de övriga tre lasaretten i länet. Då dessutom tillströmningen av kroniskt sjuka blivit allt större för varje år, har konvalescentavdelningen under de senare åren med sjukhusdirektionens medgivande helt belagts med kroniskt sjuka.

I Jämtlands län finnes ett konvalescenthem, beläget omkring 12 km från staden. Hemmet, till vilket landstinget bidragit med kostnader, har blivit föga utnyttjat.

Förutom ovannämnda konvalescenthem finnas sådana hem och inrättningar med konvalescentplatser, där landstingen icke innehava huvudmannskapet.

Inom Östergötlands läns landstingsområde äger och driver Östergötlands sjukförsäkrings centralförening Älvås konvalescenthem, Kimstad, med 33 vårdplatser. Landstinget har beviljat centralföreningen för hemmets uppehållande och drift ett räntefritt lån å 20 000 kronor. Såsom efterbehandlingsavdelning för barn torde också kunna betraktas det av föreningen Östergötlands Barn ägda Blåklintshemmet, Linköping, med 14 vårdplatser.

I Kronobergs län finnas praktiskt taget inga anstalter för efterbehandling eller konvalescentvård. Å Växjö stads vårdhem finnas emellertid 8 platser för män och 8 platser för kvinnor, avsedda för sådana sjuka från Växjö stad, som ej kunna beredas vård i hemmet, men som ändå ej behöva egentlig sjukhusvård. Å dessa platser kunna sådana sjuka från Växjö stad, för vilka den egentliga lasarettsvården kan anses avslutad, men där behov av viss anstaltsvård föreligger, tagas emot.

Inom Gävleborgs läns landstingsområde finnas 30 konvalescentplatser å

hemmen för kroniskt sjuka. Dessutom finnes möjlighet att få in ett betydligt större men ej fixerbart antal mera lättvårdade fall å försörjningshemmen i Bollnäs, Arbrå, Alfta, Ovanåker och Hanebo-Segersta. Huvudmannaskapet för alla dessa på hem för kroniskt sjuka och i försörjningshem befintliga vårdplatser innehaves av respektive kommuner.

I Jämtlands län finnes ett vilohem för 10 konvalescenter i Strömsund. Vilohemmet äges av Evangeliska Fosterlandsstiftelsen och giver endast möjlighet till vila och rekreation. Läkare är ej bunden till hemmet, utan patienterna söka läkare i Strömsund.

### Sammanfattning.

Sammanlagda antalet anmälda efterbehandlingsplatser i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping utgör 376 (*tabell 1*, sid. 13). I de olika landstingsområdena finnas dessutom 118 provisoriska platser, inredda i epidemisjukhus. Medräknas sistnämnda platser blir det 494 efterbehandlingsplatser i hela riket. Antalet allmänna konvalescentplatser är 77 i landstingsområdena och 340 i städer utanför landsting eller tillhopa 417. Dessutom finnas i landstingens sjukvårdsområden 56 konvalescentplatser av provisorisk natur. Totala antalet allmänna konvalescentplatser blir alltså 473. Sammanläggas de båda kategorierna platser kommer man till 967 efterbehandlings- och konvalescentplatser i landstings och städers utanför landsting regi, av vilka 174 äro av provisorisk natur.

### Uppskattning av vårdbehovets storlek.

Beträffande frågan om behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård har i allmänhet gjorts gällande, att ett stort behov av dylika platser föreligger. Från många sjukvårdsområden har framhållits svårigheten att exakt angiva antalet platser, varför någon uppskattning av platsbehovet icke skett. I vissa landsting har behovet av ifrågavarande platser beräknats för vissa orter inom sjukvårdsområdet men ej för området i sin helhet. Vidare har i många yttranden framhållits, att gränserna mellan efterbehandling och konvalescentvård äro så flytande, att svårigheter uppstå vid fördelningen av platser mellan de båda anstaltstyperna.

Förvaltningsutskottet i *Stockholms* läns landsting har icke gjort någon uppskattning av behovet av platser för efterbehandling och konvalescentvård.

Hälso- och sjukvårdsberedningen i *Uppsala* län hänvisar till en utredning om vårdplatsbehovet, som direktionen för Akademiska sjukhuset förklarat sig vilja verkställa.

Direktionen för Akademiska sjukhuset yttrar sig sålunda:



Angående behovet av sådana platser kan man endast säga, att ett dylikt behov gör sig starkt gällande. Hur många vårdplatser, som skulle behövas, kan däremot ej preciseras. Detta beror helt och hållet på, vilka indikationer man uppställer för beläggandet av dessa platser. Om patienter med långvariga sjukdomar, som stå på gränsen till vad man kallar »kroniskt sjuka», skola vårdas på dessa anstalter så uppstår en flytande övergång till »Hem för kroniskt sjuka». Om vidare sådana sociala indikationer, som t. ex. svårigheten att skaffa hembiträdeshjälpen för sjuka husmödrar eller ensamboende sjuka personer, får anses som giltig orsak till vård på konvalescenthem, så icke blott växer behovet av vårdplatser, utan detta behov kommer att växla allt efter tillgången på hembiträden och hemsystrar. Den bristande tillgången på dylik arbetskraft är, som bekant, för tillfället till stort hinder för konvalescentvården i hemmen.

För att emellertid erhålla ett ungefärligt begrepp om antalet av de sjukhuspatienter, som kan tänkas vara i behov av vård på efterbehandlingssjukhus eller konvalescenthem, har direktionen anmodat respektive överläkare att under en viss tid registrera detta och om denna undersökning leder till något resultat, skall direktionen sedermera insända meddelande därom.

Sedermera har professorn Olle Hultén, Uppsala, till de sakkunniga överlämnat resultatet av en undersökning över behovet av »s. k. B-sjukhusplatser» vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Professor Hultén lät under 15 dagar (från och med den 13 mars till och med den 27 mars 1943) vid Akademiska sjukhusets kliniker företaga en daglig registrering av det antal patienter, som skulle kunna vårdas å s. k. B-sjukhus.

Resultatet återges i nedanstående tabell.

Dag	Kir.-avd.	Öronavd.	Barnavd.	Gyn.-avd.	B.B.-avd.	Ögonavd.	Summa
13/3	24	16	5	5	0	2	52
14/3	24	15	5	5	1	2	48
15/3	24	9	4	4	1	2	44
16/3	21	11	9	4	1	1	47
17/3	27	12	9	3	0	1	52
18/3	26	14	11	2	0	1	54
19/3	25	13	9	2	0	1	50
20/3	23	12	7	2	0	1	45
21/3	23	11	7	2	0	1	44
22/3	25	11	12	2	1	0	51
23/3	25	5	11	2	2	0	45
24/3	25	9	12	2	2	0	50
25/3	22	8	12	0	1	0	43
26/3	20	11	11	0	1	1	44
27/3	20	9	11	0	1	1	42
	23,6 (♀ 12,8)	11 (♀ 3,8)	9	2,3	0,8	0,9	S:a 47,6 (♀ 20)

Medelbeläggningen under tiden 13/3 t. o. m. 27/3 var för

Kir.-avd.	Öronavd.	Barnavd.	Gyn.-avd.	B.B.-avd.	Ögonavd.	Med.-avd.	Hela sjukh.
183	57	61,7	53,9	78,3	21	178,3	633

För medicinska kliniken angavs, att 50 % av inneliggande patienter (= 89) kunde överföras till B-sjukhus, vilket kanske får anses väl högt beräknat. Från kvinnokliniken och barnbördsavdelningen äro de meddelade siffrorna säkerligen alltför låga, varför antalet behövliga kvinnoplatser sannolikt är något för lågt.

Med hänsyn tagen härtill visar undersökningen, att Akademiska sjukhuset bör kunna utnyttja ett B-sjukhus på 120 sängar, varav 10 platser avsedda för barn, 50 för män och 60 för kvinnor.

I *Södermanlands* län finnas såsom ovan berörts invid lasaretten i Nyköping och Eskilstuna två sjukpaviljonger om 24 sängar vardera, som äro avsedda att tjänstgöra såsom efterbehandlingssjukhus, när de icke behövas för vård av epidemiskt sjuka. Sjukvårdsavdelningen i länet yttrar om vårdplatsbehovet:

Ytterligare behov av dylika vårdplatser har ansetts föreligga, varför landstinget i princip redan 1939 beslutat, att liknande paviljonger om 24 sängar skola uppföras vid lasaretten i Flen och Katrineholm.

Den framtida situationen kan således beräknas bliva att det i omedelbar närhet av vart och ett av länets fyra lasarett kommer att finnas en paviljong om 24 sängar, som kan tjäna som efterbehandlingssjukhus, såvida icke inträffande epidemier tillfälligtvis fordra deras användning för vård av epidemiskt sjuka.

Lasarettsläkaren Emanuel Bergman, Eskilstuna, har i särskilt yttrande anför:

Ett 40-tal sådana platser torde behövas, i främsta rummet för medicinska fall men i viss mån även för övriga avdelningars behov. En sådan avdelning, som här benämnes efterbehandlingssjukhus, ha vi länge saknat. Officiellt har lasarettet en konvalescentavdelning, som emellertid av olika anledningar ej kommit att tas i bruk. Senast var den upplåten för sjuka finländska barn, men denna avdelning måste helt nyligen upplösas, emedan den paviljong, som tagits i anspråk, måste användas för epidemiändamål. Denna osäkerhet beträffande nyttjanderätten till denna paviljong (vid epidemisjukhuset härstädes) gör, att den ej lämpar sig såsom efterbehandlingssjukhus. För det ändamålet måste tydlig nybyggnad ske.

Den hastiga ökningen av vårdsökande vid lasarettet under de senaste åren har medfört, att vårdtiden måste avsevärt förkortas. Den är för 1942 i medeltal 13,8 vård dagar, varav 18,7 för med. avd. och 13,5 för kir. avd. Vårdtidens nedgång för medicinska och kirurgiska avdelningarna sedan 1932 visar följande tabell.



## Vårdtid.

	med. avd.	kir. avd.
1932 .....	31,4	18,1
1933 .....	32,1	17,6
1934 .....	29,0	17,9
1935 .....	24,8	17,6
1936 .....	21,8	16,3
1937 .....	20,6	15,6
1938 .....	18,4	14,3
1939 .....	17,0	14,0
1940 .....	17,0	15,3
1941 .....	18,0	14,4
1942 .....	18,7	13,5

Så mycket mera kan nog inte vårdtiden avkortas. I stället måste nog antalet vårdplatser utökas. I första hand bör det ske genom ökning av antalet isoleringsrum. För detta ändamål lämpa sig de nuvarande extrarummen bra, och de kunna lös-göras, så snart den planerade extrarumsavdelningen blir färdig. Därjämte har det växande antalet personal vid lasarettet skapat ett allt mera kännbart behov av vårdplatser för personalen. För närvarande är detta behov mycket stort. För infek-tiösa fall bör även finnas en särskild isoleringsavdelning. Såsom det nu är ordnat, måste infektiöst sjuka av personalen och eleverna vårdas på sina rum, där de få rika tillfällen att smitta sina rumskamrater. På samma sätt smitta givetvis sals-patienterna varandra, så länge tillfredsställande isoleringsmöjligheter saknas. Adra-gandet av sådan nosokomial smitta förlänger också vårdtiden för patienterna i smittotider, då efterfrågan utifrån på vårdplatser brukar vara särskilt stor. Även på den medicinska barnavdelningen förefinnes ett stort behov av isoleringsrum. Detta är så mycket mera trängande, som det måste räknas med att någon pedia-trisk avdelning ej kommer att inrättas under de närmaste fem åren. Då allt detta influerar på behovet av efterbehandlingssjukhusplatser, har jag ansett mig böra påpeka dessa behov.

Lasarettsläkaren A. Zetterqvist, Nyköping, har i denna fråga avgivit ett så lydande yttrande:

Någon anstalt för efterbehandling resp. konvalescentvård beträffande Nyköpings upptagningsområde finnes ej. En till Nyköpings epidemisjukhus hörande paviljong har periodvis disponerats av lasarettet för eftervård av reumatiska och andra konvalescentfall och har visat sig fylla ett stort behov. Ständig tillgång till en dylik paviljong (efterbehandlingssjukhus) i direkt anslutning till lasarettet å minst 24 platser under internläkarens kontroll är i högsta grad önskvärd liksom även konvalescenthem för ej reumatiskt sjuka utan samband med lasarettet i analogi med Stockholms Stads konvalescenthem vid Stortorp och Vällinge.

De mera långdragna och svårbehandlade fallen av reumatiska sjukdomar över-sändas till Pensionsstyrelsens anstalter eller i obotliga fall till hem för kroniskt sjuka. Tillgången till platser för den sistnämnda gruppen är alldeles otillräcklig, varför fall av obotlig ledgångsreumatism i rätt stor utsträckning under långa tider upptaga platser å de akuta sjukhusen, där de ej höra hemma.

Östergötlands läns landstings förvaltningsutskott besvarar frågan om vårdplatsbehovet sålunda:

Beträffande frågan angående behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård synes den utan några erfarenheter på området förvaltningsutskottet svår att besvara. Utskottet håller därför före, att utbyggnad av här omskrivna vård bör ske etappvis. Denna metod har ock med gott resultat tillämpats av Östergötlands läns landsting vid genomförande av andra vårdformer. Den ger, utom tillfälle till konstaterande av verkliga behovet av vårdplatser, möjligheter att anpassa sig efter gjorda rön och erfarenheter.

#### Sjukvårdsberedningen i *Jönköpings* län meddelar:

Vad angår behovet av sådana anstaltsplatser anser sig beredningen med ledning av den utredning, som verkstälts samt av vunna erfarenheter, kunna ange detsamma till cirka 100 platser, därav 25 å 30 för tuberkulosvård. Det bör emellertid beaktas, att behovet av dylika platser i hög grad sammanhänger med förefintligheten av vårdplatser å s. k. B-sjukhus. Finnas dylika sjukhus, vilket för närvarande icke är fallet inom Jönköpings län utom beträffande tuberkulosvården, 17 platser vid tuberkulossjukstugan i Tenhult, blir givetvis behovet av nu omfrågade platser mindre.

#### Lasarettsläkaren Olof Andrén, Nässjö, yttrar:

Behovet av platser för efterbehandling och konvalescentvård är enligt min mening synnerligen trängande, och om sådana platser kunde ställas till anstaltens förfogande, skulle härigenom sparas på behovet av dyrare lasarettplatser.

#### Direktionen för Eksjö sanatorium avger följande svar:

Landstinget förhvir vårdplatser vid Spenshult och Hessleby sanatorier. Här mottages i stort sett endast patienter, som behöva vård på A-platser. Patienter, som kunna vårdas på B-platser mottagas därför i stor utsträckning på läns-sanatoriet. I Tenhult, där isoleringsrum saknas och avståndet från läns-sanatoriet är så stort att dettas resurser ej kan utnyttjas för sjukstugans patienter, inläggas blott patienter, som tillhöra kategorin konvalescenter, medan eftervårdsfallen ligga på läns-sanatoriet. För avlastning av läns-sanatoriet i detta avseende anses en vid sanatoriet förlagd eftervårdsavdelning på c:a 25 sängar vara behövlig.

Från landstingets synpunkt sett kunde en ännu större avdelning med B-platser invid sanatoriet vara fördelaktig, då sanatoriets maskinella och övriga kapacitet kunde mera utnyttjas med beräkning på att reducera antalet av jubileumsfonden förhyrda platser.

#### Sjukstuguläkaren Tore Jacobson, Vetlanda, uppger:

Behovet av sådana anstaltsplatser är tämligen stort, ett 20-tal. Många, som nu ligger i månader på sjukstugan skulle få billigare vård på ett efterbehandlings-sjukhus. Ett sådant sjukhus kan mycket väl tänkas inrett i Epidemisjukhuset i Vetlanda, vilket enligt mitt förmenande bör läggas ner. Ett sjukhus som endast tidvis kommer till användning kan icke betjäna de sjuka på samma sätt som ett ordinarie sjukhus. Länets epidemisjukvård bör helst förläggas till de ordinarie epidemisjukhusen, där reservutrymmen böra iordningställas.

#### Hälso- och sjukvårdsberedningen i *Kronobergs* län meddelar följande:

Växjö lasarett: Vid gjorda undersökningar har det visat sig, att antalet patienter, som lämpligen skulle kunna vårdas å konvalescenthem eller efterbehandlings-sjukhus i regel uppgår till omkring 15 % av det ordinarie antalet platser eller för Växjö lasarett till ungefär 40 platser.



Ljungby lasarett: Behovet av efterbehandlingsplatser är icke stort utan skulle kunna beräknas till ungefär 10 å 15 st. Konvalescentvård är ej heller ordnad och behovet av sådana platser kan beräknas till c:a 10 st.

*Kalmar läns norra landsting* har icke gjort någon uppskattning av behovet av platser för efterbehandling och konvalescentvård.

Direktionen för länslasarettet i Västervik anför i frågan:

Redan nu börjar frågan bli aktuell att ordna konvalescentvården och efterbehandlingen härstädes. Antalet vårdade på den 1939 nyinrättade medicinska avdelningen har ökat betydligt för varje år, år 1942 troligen omkring 200. Ännu har några större svårigheter ej förefunnits att ordna med plats men inom några få år torde säkerligen platsbrist uppstå. Det vore därför av stort värde om en del patienter, som ej absolut nödvändigt äro i behov av sjukhusvård men av en eller annan orsak ej kunna få nödvändig undersökning och vård i hemmet kunde intagas resp. överföras till anstalt av enklare typ något som även skulle vara av stor ekonomisk betydelse för landstinget. Å kirurgiska avdelningen måste av och till en del enklare fall, som ej nödvändigtvis måste hava lasarettsvård, intagas å avdelningen, då fallen kräva efterbehandling å lasarettet men längre avstånd och dåliga kommunikationer eller svårighet att i hemmet få hjälp med matlagning o. dyl. omöjliggör öppen behandling.

I anslutning av vad ovan anförts synes det mig en anstalt av enklare typ för efterbehandling och konvalescentvård vara önskvärd. Ur många synpunkter torde det vara lämpligt att en ev. sådan anstalt anlägges i anslutning till lasarettet eller ej alltför avlägset från detsamma.

Sjukvårdsberedningen i *Kalmar läns södra landsting* yttrar:

Då behov av fortsatt anstaltsvård uppenbarligen måste anses föreligga vid ett icke ringa antal fall av från sjukvårdsanstalterna utskrivna personer vill utskottet förorda anordnande av i sakkunnigas skrivelse omnämnda såväl efterbehandlings-sjukhus som konvalescenthem. För den allmänna sjukvården skulle dylika anstalter även hava betydelse genom att frigöra platser å lasarettens till disposition för det mera akuta vårdbehovet.

Direktionen för *Kalmar centrallasarett* anför i särskilt yttrande:

Inrättandet av dylika anstaltsplatser äro ur driftsynpunkt önskvärda, enär ett antal dylika platser skulle avlasta lasarettets dyrbarare och mera kvalificerade sjukvårdsplatser och enär driften utan tvivel skulle ställa sig billigare vid dylika enklare sjukvårdsplatser.

Lasarettsdirektionen i *Oskarshamn* besvarar denna fråga sålunda:

Att behov av vårdplatser av här berörda typ föreligger är självklart, säger styresmannen, men att för närvarande precisera antalet sådana platser anser han svårt i saknad av statistiska uppgifter. Behovet torde dock ej vara ringa.

Förvaltningsutskottet i *Gotlands läns landsting* anför:

Genom den långa tid dylik konvalescentvård och efterbehandling ofta kräver, bindes emellertid ett flertal platser vid lasarettet till förfång för akuta sjukdomsfall och bidrager i stor utsträckning till den permanenta överbeläggning, som alltid är rådande. Ett stort behov av platser för konvalescentvård och efterbehandling föreligger sålunda.

Beträffande behovet av ifrågavarande anstaltsplatser för *Blekinge* läns vidkommande anföra styresmännen för länslasarett i Karlskrona och Karlshamn följande:

Lasarettsläkaren Johan Widén, Karlskrona:

Beträffande behovet av sådana anstaltsplatser har en utredning gjorts i samband med förarbeten till ett förslag till utvidgning av lasarettet. Denna utredning visade, att av de patienter, som vårdades å de nuvarande medicinska och kirurgiska avdelningarna, c:a 8—10 % av fallen voro av den art, att de lämpligen kunde vårdas på ett efterbehandlingssjukhus. Det är dock att märka, att denna siffra är genomsnittlig, och att det procentuella antalet av ifrågavarande fall är underkastat betydande växlingar under olika tider av året, framförallt beroende på variationer i tillströmningen av patienter. Om kravet på sjukhusplatser är trängande, måste utskrivningen av patienter ske mera rigoröst, varför ovan angivna procentsiffra avsevärt reduceras, medan den å andra sidan ligger högre, när platstillgången tillfälligtvis är god.

Den nu nämnda beräkningen är gjord med tanke på ett efterbehandlingssjukhus i anslutning till lasarettet. Om ett mera avlägset beläget konvalescenthem avses, blir antalet fall, lämpade för dylik vård, betydligt reducerat.

Slutligen är att märka, att utredningen i denna fråga endast avser en uppdelning av det klientel, som för vård intagits å länslasarettet. Det torde emellertid dessutom finnas ett latent behov av vård på konvalescenthem även för många sådana patienter, som under nuvarande förhållanden icke anmälts till vård å lasarettet, och som för den skull icke kunnat tagas med i beräkningen. Hur stort deras antal är undandraget sig mitt bedömande.

Lasarettsläkaren T. Nordmark, Karlshamn:

Frågan »om behovet av sådana anstaltsplatser», är givetvis svårt att exakt besvara. Efter genomgång av materialet för de under de fem senaste åren å lasarettet vårdade torde jag dock våga göra det uttalandet att cirka 30 å 40 dylika anstaltsplatser skulle för Karlshamns lasarettens upptagningsområde vara av oskattbart värde och fylla en mycket stor uppgift.

Sjukvårdsberedningen i *Kristianstads* län lämnar på frågan följande svar:

Behov av anstaltsplatser av omförmålt slag föreligger, ehuru antalet torde vara svårt att ange. Direktionen för centrallasarettet i Kristianstad har för lasarettets vidkommande uppskattat behövt antal platser å efterbehandlingssjukhus till 34 och å konvalescenthem till 10—15. För lasarett i Ängelholm och Hässleholm skulle gemensamt konvalescenthem kunna anordnas, lämpligen beläget i Hässleholm.

För länets sanatorium innebure anordnandet av dylika platser en välbehövt avlastning, då därigenom väntetiden för de många exspektanterna komme att nedbringas.

Direktionen för centrallasarettet i Kristianstad anför:

Reumatikervårdssakkunniga skilja på efterbehandlingssjukhus och konvalescenthem och framhålla svårigheten att särskilja de fall, som höra hemma på det ena och det andra stället.

Det är givetvis förenat med mycket stora svårigheter att bedöma hur stort behovet kan vara av platser å dylika anstalter.



Lasarettsläkarna vid Centrallasarettets sjukvårdsavdelningar ha med ledning av det klientel, som är innerliggande, sökt bilda sig en uppfattning om, hur många av innerliggande pat., som i medeltal lämpligen kunna vårdas å ett efterbehandlings-sjukhus av angiven art.

Antalet blir följande:

Medic. avd. ....	14 st.
Kir. avd. ....	8 »
Öron-, näs- och halsavd. ....	5 »
Ögonavd. ....	5 »
Barnavd. ....	2 »

Dessa siffror kunna emellertid ej anses ge ett fullt korrekt uttryck för behovet inom Centrallasarettets upptagningsområde av platser å efterbehandlingssjukhus. Å ena sidan föreligger en kronisk platsbrist å medic. avdelningen, vilket är läkarna i länet väl bekant och måste föranleda en viss återhållsamhet i inremitteringen, så att en del sjuka, vars vårdbehov är mindre trängande ej inremitteras. Sannolikt skulle en del av dessa sjuka kunna vårdas å ett efterbehandlingssjukhus. Liknande gäller för ögonavdelningen. Å andra sidan stå, som framgår av årsberättelserna på öron-, näs- och halsavdelningen ett växlande antal platser obelagda. Beläggningen på övriga avdelningar varierar givetvis även som naturligt är men mellan en mer eller mindre betydande överbeläggning och underskott. Särskilt på barnavdelningar är säsongvis starkt växlande behov av vårdplatser regel. Riktigast torde vara, att låta de anförda siffrorna tjäna till ledning tills erfarenhet vunnits.

I de reumatikersakkunnigas skrivelse står, att konvalescenthemmen avses för sådana sjuka, vars sjukdomar är att betrakta som avlupen, men vars allmäntillstånd kräver av läkare ledd fortsatt vård å anstalt eller eljest. Behovet av dylika platser är det ännu svårt att uppskatta. Vad man kommer fram till beror delvis på, hur strängt man fattar reumatikersakkunnigas krav på, att behov skall föreligga för av läkare ledd vård. Många av de sjuka, som till följd av nedsatt allmäntillstånd efter en sjukdom, skulle behöva vård på ett konvalescenthem äro i ringa behov av läkarvård, även om ett dylikt konvalescenthem givetvis bör ha läkare, som leder dess verksamhet och kan meddela nödig läkarvård. Riktigast torde vara att anta, att reumatikervårdssakkunniga ej avsett lägga betydande vikt vid vårdbehovet av läkare. För sådana pat., som vårdats å Centrallasarettet, uppskattas behovet av platser å ett dylikt konvalescenthem till omkring 10—15. Otvivelaktigt föreligger dessutom behov av vård för en del sjuka inom upptagningsområdet, som ej vårdats å sjukhus.

#### Lasarettsdirektionen i Ängelholm uppger:

Direktionen anser, att för tillfället några tillgängliga anstaltsplatser för efterbehandling resp. konvalescentvård finnas ej att tillgå vare sig i staden eller dess närmaste omgivning, men att givetvis behovet av sådana föreligger. Om sjukhuset inom närmaste framtiden skulle utvidgas, anser direktionen, att man bör ha i åtanke anskaffande av ett efterbehandlingssjukhus.

#### Direktionen för länslasarettet i Hässleholm avger följande svar:

Lasarettets beläggning och vårdtidens längd talar för behov av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård. En anstalt för dylik behandling och vård måste emellertid för att medföra det förbilligande av sjukvården, som skulle vara anstaltens huvudändamål, göras väsentligt större än det antal platser, som skulle motsvara enbart Hässleholms lasarettets behov.

### Direktionen för Broby sanatorium yttrar:

Behov av anstaltsplatser för efterbehandling finnes, bl. a. därför att därigenom åtskilliga sjukvårdsplatser vid sanatoriet skulle kunna bli lediga för de många, som vänta på intagning.

Behovet torde lämpligen böra tillgodoses på det sätt, som föreslagits i utredningen angående förbättrad tuberkuloseftervård, verkställd av Nationalföreningen mot tbc 1939, nämligen genom inrättandet av eftervårdshem. Över denna utredning har styrelsen för svenska sanatorieläkareföreningen i skrivelse till Konungen yttrat sig och därvid framhållit: »För att bereda vissa grupper av smittsamt tuberkulösa tillfälle till produktivt arbete föreslås i utredningen inrättande av tvenne nya anstaltstyper, verkstadshem och eftervårdshem. En utbyggnad av anstaltsvården för de tuberkulösa i den åsyftade riktningen torde för ernående av en god eftervård vara behövlig, men härvidlag synes man böra gå fram med en viss försiktighet. Erfarenheter från andra land äro ej i allo uppmuntrande. Man måste nog räkna med att de föreslagna verkstadshemmen komma att bliva dyra i driften. Försök med denna anstaltstyp bör dock göras med beaktande av i vårt land rådande förhållanden och under relativt fria former, så att gjorda erfarenheter må kunna utnyttjas till vidtagande av nödiga ändringar och utbyggnader i de planerade anstalternas driftsförhållanden.»

Hälsa- och sjukvårdsberedningen i *Malmöhus* län upptager i sin sammanställning av de yttranden, som direktionerna för de landstinget underlydande lasaretten avgivit rörande denna fråga, följande:

### Lasarettsdirektionen i Lund:

Under förutsättning att *efterbehandlingssjukhuset* förlägges såsom en del av sjukhuskomplexet i omedelbar anslutning till detsamma samt att därstädes blott skola vårdas så lättskötta fall, att de kunna gå till vederbörande avdelning eller poliklinik för eftersyn och behandling, föreslås följande antal platser:

för medicinska avdelningen .....	25 platser
kirurgiska » .....	25 »
ortopediska » .....	20 »
reumatologiska » .....	30 »
ögon » .....	10 »
öron » .....	15 »
radiologiska » .....	15 »
barn » .....	25-30 » , vilka
	dock bör vara helt avskilda från de övriga.

*Summa 140 platser för vuxna samt 25-30 för barn.*

Avdelningen för gynekologi med B. B. har ej ansett sig behöva några platser av dylik karaktär. Platser har i detta hänseende ej heller beräknats för avdelningen för tuberkulos, avd. för veneriska sjukdomar samt för psykiatriska avdelningen.

Hänsyn har även tagits till möjligheten att i viss utsträckning använda detta efterbehandlingssjukhus som *poliklinikhem*.

Behovet av vårdplatser å på längre avstånd från sjukvårdsinrättningarna belägna fristående *konvalescenthem* är betydligt svårare att beräkna. Cirka 50-60 platser torde måhända vara tillräckligt, åtminstone i första utbyggandet och innan effekten av inrättandet av efterbehandlingssjukhuset kan avläsas. Över huvud torde dock denna vårdform först i andra hand böra komma till utbyggande, då behovet av



platser å efterbehandlingssjukhus är betydligt mer trängande och av större betydelse för att åstadkomma en avlastning av A-platserna.

I den händelse obligatorisk sjukförsäkring komme att genomföras i landet, torde det även kunna tänkas såsom en möjlig utväg, att utbyggandet av vårdplatserna å fristående konvalescenthem överlättes till sjukkassorna, en utveckling som redan påbörjats i vissa landsändar.

#### Lasarettsdirektionen i Landskrona:

Beträffande behovet av konvalescentplatser vid härvarande sjukhus skulle direktionen vilja framhålla, att det vore lämpligt att i anslutning till sjukhuset bygga ett B-sjukhus med plats för såväl kroniskt sjuka som konvalescenter. Den nuvarande starka överbeläggningen gör det synnerligen önskvärt, att någon form av avlastning kunde erhållas, och dessutom skulle härigenom dyrbara lasarettplatser kunna sparas. Ett sådant blandat sjukhus vore också att föredraga framför ett hem för enbart kroniskt sjuka, då den hopplösa stämning, som ofta präglar ett hem för kroniskt sjuka, i hög grad skulle lättas, om klientelet uppblandades med konvalescenter av olika slag, vilka icke kräva ständig läkaretillsyn men ändå i likhet med de kroniskt sjuka skulle ha glädje och nytta av att vårdas i närheten av ett modernt sjukhus med tillgång till dess läkare och utrustning som t. ex. röntgenavdelning och olika former av fysikalisk terapi.

#### Lasarettsdirektionen i Trelleborg:

Självfallet vore det en stor fördel att hava tillgång till ett speciellt efterbehandlingssjukhus, som i viss mån vore anknutet till lasarettet.

De konvalescenthem, som f. n. anlitas, bli dels ålderdomshemmen, dels sjukkasornas vilohem och dels en del privata konvalescenthem. Vad de förstnämnda, ålderdomshemmen, beträffar, åro ju dessa främst avsedda för de till hög ålder komna sjuka. De åro emellertid så gott som alltid fullbelagda med »långliggare» och därför hör det nästan till sällsyntheterna, att man från lasarettet kan få någon konvalescent där intagen — åtminstone inom rimlig tid. Yngre och medelålders sjuka, som kräva konvalescentvård, emottagas nästan undantagslöst aldrig å dessa.

Sjukkassornas vilohem år endast avsett för sjukkassornas medlemmar och år ju således dettas intagningsmöjlighet begränsad till dessa.

De privata konvalescenthemmen åro oftast anlitate av de bättre bemedlade, då ju vårdkostnaderna här uppgå till icke ringa belopp.

Kvar står således som ett oavvisligt faktum att de mindre bemedlade konvalescenterna, som tillhöra den yngre eller medelålders kategorien och som ej åro medlemmar av sjukkassa, f. n. inte kunna beredas någon konvalescentvård utom på lasarettet, där de måste vårdas under så lång tid, att de bliva fullkomligt friska. Behovet av ett efterbehandlingssjukhus eventuellt konvalescenthem synes därför vara mera än väl motiverat.

#### Lasarettsdirektionerna i Ystad och Hörby:

Något behov av anstaltsplatser för efterbehandling eller konvalescentvård föreligger icke för lasarettens vidkommande.

#### Sjukvårdsberedningen i Hallands län avger följande svar på frågan:

Beträffande frågan om behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård får sjukvårdsberedningen under hänvisning till de yttranden, som avgivits av direktionerna, anmäla att behovet av en efterbehandlingsavdelning för Halmstads lasarett vidkommande, enkannerligen för lasarettets medicinska avdelning, blivit av erfarenheten under de senare åren väl dokumenterat. Emedan den



medicinska avdelningen nu är väl liten och sálunda platsbristen stándigt gör sig pámint, framtráder där behovet av efterbehandlingsplatser särskilt tydligt. Árets landsting (1942) har fördenskull beviljat medel för inrättande av en efterbehandlingsavdelning för klientel från Halmstads lasarettets medicinska avdelning att anordnas vid epidemisjukhuset i staden, vilket är beláget i lasarettets omedelbara närhet och därför skulle möjliggöra att lasarettets läkare ävensom dess undersöknings- och behandlingmöjligheter kunde anlitas. Framställning om rätt att för nämnt ändamål utnyttja viss del av epidemisjukhuset kommer snarast att ingivas till Medicinalstyrelsen.

För de andra sjukvårdsanstalternas räkning liksom för den kirurgiska avdelningens vidkommande vid lasarettet i Halmstad är platsbristen f. n. icke så besvärande, till följd varav behovet av särskilda platser för efterbehandling och konvalescentvård icke gör sig i samma mån pámint.

Lasarettsläkaren Måns Arborelius, medicinska avdelningen, lasarettet i Halmstad har i sitt yttrande, vari direktionen instämt, framhållit:

Beträffande behovet av anstaltsplatser för efterbehandling resp. konvalescentvård torde detta tillsammans böra beräknas motsvara en vårdavdelning om 25—30 platser, gemensam för manliga och kvinnliga patienter. Hårtill bör dessutom beräknas 10—15 platser för efterbehandling av tumörfall. Denna avdelning bör förläggas i lasarettets närhet och givas karaktären av efterbehandlingssjukhus.

Det bör emellertid påpekas, att detta platsbehov är mycket svårt att f. n. bedöma, då det kommer att influeras av flera faktorer, som ännu icke äro bestämda. Främst bör framhållas, att anspråken på medicinska avdelningen ökas för varje år, dels genom att befolkningen i norra länsdelen allt mer söker sig till avdelningen och dels genom att de högre åldersklasserna med större relativ sjuklighet bli allt större. Behovet av efterbehandlings- och konvalescentplatser ökas även därigenom. Verksamheten vid medicinska avdelningen kommer i fortsättningen att i väsentlig grad påverkas, när den planerade medicinska avdelningen i Varberg kan komma till stånd. Likaså är det för närvarande svårt bedöma, hur utökningen av medicinska avdelningen i Halmstad skall ändra behovet av efterbehandlingsplatser. Ytterligare är av betydelse, om den kroniska sjukvården blir tillfredsställande ordnad. I nuvarande läge med brist på sådana platser komma en del konvalescentplatser att beläggas av kroniska vårdfall, som annars belasta de dyrbara lasarettplatserna.

Den ovan beräknade avdelningen är därför beräknad efter utbyggnad av medicinska avdelningen i Halmstad och med en planerad medicinsk avdelning i Varberg men utan nya kroniska vårdplatser.

#### Direktionen för lasarettet i Varberg meddelar:

Under normala förhållanden skulle lasarettets kapacitet bättre kunna utnyttjas om en anstalt för efterbehandling och konvalescentvård på c:a 30 platser stode till förfogande. Under de förhållanden som nu råda föreligger knappast behov av en dylik anstalt beroende på *dels* genom militärinkallelserna minskad beläggning av sjukhuset, *dels* ock att lasarettets klientel (huvudsakligen från landsbygden) i allmänhet torde hava relativt goda och rymliga bostäder.

#### Direktionen för Kungsbacka sjukstuga yttrar:

Dylika platser finnas för närvarande ej, behovet därav är svårt att angiva exakt och dessutom varierande med årstiden. Ungefär 5 å 8 sängar torde vara erforderliga, det lägre antalet om enbart reumatiska fall avses, det högre om alla klientelgrupper skola erhålla utrymme.



Förvaltningsutskottet i *Göteborgs och Bohus* län uppger, att från flertalet sjukhus framhållits, att behov av platser å enklare anstalter, helst i anslutning till något lasarett, förefunnes.

*Älvsborgs* läns landstings sjukvårdsberedning meddelar angående behovet av nya anstaltsplatser, att beredningen för närvarande icke kan göra något bestämt uttalande. Beredningen framhåller, att behovet är beroende av principerna för patienternas fördelning å de två anstaltstyperna.

Direktionen för sjukstugan i Bäckefors anför:

Behovet av platser för vård av konvalescenter och ej fullt färdigbehandlade sjuka å anstalter av enklare karaktär än lasarett och sjukstugor ligger i sådan öppen dag, att den knappast behöver särskilt vitsordas. Särskilt inom sådana landsdelar, där bebyggelsen är relativt gles och det är långt till lasarettspolikliniker och läkarstationer, framstår detta tydligt. Med nuvarande brist på möjligheter av detta slag följer antingen att de dyrbarare lasarettplatserna tagas i anspråk för sådana efterbehandlingsfall, som egentligen ej kräva dessa större resurser, eller att de sjuka få undvara en för hälsans återställande och arbetsförmågans höjande värdefull behandling. Vilketdera fallet än blir, måste det innebära dålig samhällsekonomi.

För Dalsland erfordras enligt direktionens mening ett 25-tal konvalescentplatser. Då mindre anstalter ej böra komma i fråga, bör endast en dylik upprättas inom landskapet och bör den då förläggas i anslutning till endera av dess båda sjukstugor, varvid den mest centralt belägna, i Bäckefors, i första hand bör komma i åtanke.

Direktionen för Maria Alberts Stiftelses Sjukhus, Trollhättan, yttrar:

Behov av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård förefinnes, spec. för olycksfalls- och andra patienter, som skulle behöva fortsatt behandling med sjukgymnastik, massage, diatermi, kortvåg, värme- och ljusbehandling eller event. annan behandling, men som av ekonomiska eller andra skäl ej kunna fortsätta behandlingen, tills full effekt blivit nådd. I sådana fall blir f. n. antingen behandlingen avbruten utan fullgod läkning eller nödgas man av ömmande skäl behålla dessa kvar på sjukhus, dit de rätteligen ej höra, därmed i onödan upptagande sjukvårdsplatser ävensom fördyrande sjukvården för resp. landsting. Allt detta skulle undvikas, om sådana anstaltsplatser kunde anordnas.

Sjukstuguläkaren Rolf Samuelsson, Ulricehamn, har i ett utlåtande, vilket av direktionen överlämnats såsom eget yttrande, anför:

Inrättandet av några få konvalescent- eller efterbehandlingsplatser för sjukstugan skulle vara synnerligen välbetänkt för att i någon mån spara de dyrbara sjukstuguplatserna. På grund av att den kringliggande landsbygden delvis har nära nog ödebygdskaraktär med svåra transportförhållanden händer ej så sällan, att patienter få kvarligga av rent humanitära skäl.

Förvaltningsutskottet i *Skaraborgs* län säger sig beträffande behovet och lämpligheten av inrättandet av efterbehandlingssjukhus och konvalescenthem för egen del sakna erfarenhet samt icke heller hava i de från lasarettens avgivna utlåtandena erhållit tillräckligt stöd för att kunna bilda sig en uppfattning härom.

Direktionen för Lidköpings lasarett anför:



Direktionen anser det vara uppenbart, att ett stort behov av sådana platser föreligger, dels emedan en avlastning av de oftast överbelagda avdelningarna kunde förväntas, och dels för att de dyrbara vårdplatserna å lasarettet icke måtte upptagas längre än som är oundgängligen nödvändigt för den högre kvalificerade sjukhusvården.

För konvalescenthem föreligger även behov, men efter hörande av överläkaren för medicinska avdelningen finner direktionen, att inrättandet av ett sådant är mindre påkallat än av ett efterbehandlingssjukhus.

#### Sjukvårdsberedningen i Värmlands län meddelar:

Det är beredningens uppfattning, att ett klart uttalat behov av vårdplatser av ifrågavarande slag förefinnes. Det förefaller emellertid beredningen som gränserna mellan eftervård och konvalescentvård alltid kommer att bli flytande och att behovet i stort sett kommer att tillgodoses genom tillkomsten av nu planerade hem. Någon erfarenhet av hur stort behovet är förefinnes icke, men denna erfarenhet torde så småningom vinnas.

Centrallasarettets i Karlstad styresman John Svensson har för direktionen avgivit följande utlåtande:

Behovet av konvalescentplatser torde vara fyllt i och med Alsterhemmets tillkomst, i varje fall för den närmaste tiden. Att det föreligger ett behov även av platser för efterbehandling, anser jag otvivelaktigt. Svårare är att yttra sig om hur många platser, som kunna vara behövliga.

Doktor Örström anser, att c:a 5 platser för vardera manliga och kvinnliga kirurgpatienter skulle vara tillräckligt.

För medicinska avdelningen skulle jag uppskatta behovet till resp. 15 och 20. Barnavdelningen är ännu ej öppnad, varför det är vanskligt att yttra sig om, vad som för denna avdelning kan vara erforderligt.

Direktionen för sjukvårdsinrättningarna i Torsby meddelar, att lasarettet nyligen utvidgats, varför platsantalet är tillräckligt och något behov av efterbehandlingssjukhus och konvalescenthem för närvarande ej föreligger.

#### Sjukvårdsberedningen i Örebro län anför:

Behovet av ifrågavarande anstaltsplatser uppskattas av vederbörande direktorier till för centrallasarettet Örebro 60, för sjukstugan i Lindesberg 0, för Ramsbergs sjukstuga 10 och för Hällefors sjukstuga 5. Från Karlskoga lasarett och sjukstugorna i Kopparberg, Nora och Askersund har siffermässig uppskattning av behovet icke erhållits.

Lasarettsläkaren G. Bohmansson, Örebro, yttrar såsom styresman för lasarettet:

Behovet av sådana anstaltsplatser varierar under olika årstider, men är i allmänhet icke täckt med det antal (40 sängar) eller ungefär 10 % av antalet A-platser vid lasarettet, som finnas. Med den definition, som de sakkunniga givit av efterbehandling och konvalescentvård, anser jag att f. n. cirka 60 platser skulle kunna beläggas å konvalescentavdelningen. Detta sammanhänger emellertid med ekonomiska och sociala förhållanden för befolkningen och är i huvudsak beroende på, huruvida sådan vård med hänsyn till avstånd från läkare kan ordnas i hemorten. Framförallt då sjuka, som äro bosatta långt från lasarettet, äro i behov av röntgenbehandling, diatermibehandling, massage eller annan fysikalisk behandling eller som i hemmet icke kunna få lämplig diet, äro sådana platser av betydelse.



Lasarettsläkaren Erik Bergner meddelar, att för förlossningsfall behov av dylika anstalter knappast torde föreligga. Bergner tillägger:

Beträffande gynekologiska fall föreligger ett visst behov av konvalescentplatser, ehuru det för närvarande kan anses ringa.

Lasarettsläkaren T. Larsén anför såsom representant för den radiologiska delen av sjukvården vid lasarettet:

Beträffande konvalescentvård i den mening, som framgår av definitionen i reumatikersakkunnigas skrivelse, vill jag framhålla att något större behov av dylik ej kan anses föreligga. Som regel kunna de patienter, som efter genomgången radioterapeutisk åtgärd skola avvakta resultatet av denna, utan olägenhet vistas i sina hem. Även om undantag härifrån otvivelaktligen finnas, kan man dock inte tala om att ett verkligt behov av platser för konvalescentvård föreligger för dessa patienter.

Direktionen för Karlskoga lasarett meddelar:

Behovet av omfrågade anstaltsplatser kan med säkerhet förutses bliva mycket stort. Dels komma lasarettets vårdplatser att i onödig utsträckning belastas med fall av efterbehandlingsnatur, dels kommer denna vård därigenom att i många fall på ett icke önskvärt sätt avkortas. Samhället är f. n. mycket trångbott med bostadsbrist, vilket kommer att ytterligare skärpa svårigheterna i avsaknaden av konvalescentplatser.

En siffermässig fixering av behovet av dessa platser, anser sig Direktionen f. n. ej kunna göra.

Direktionen för Lindesbergs sjukstuga lämnar följande svar:

Angående behovet av sådana anstaltsplatser vill direktionen erinra om, att den 1931 lät utföra ritningar till en flygelbyggnad medelst en gång förenad med nuvarande sjukhusbyggnadens nordvästra hörn. Dessa ritningar, som sommaren 1931 blevo av byggnads- och medicinalstyrelsen granskade och godkända, inrymde en del personalrum samt i bottenvåningen BB-avdelning på 8 platser, i våningen 1 trappa hem för kroniskt sjuka på 16 platser, i våningen 2 trappor konvalescenthem eller efterbehandlingssjukhus, som det med nuvarande terminologi måhända skulle benämnas, med 12 platser (6 manliga och 6 kvinnliga).

Dessa ritningar kommo aldrig till utförande, delvis emedan det samtidigt inrättades ett hem för kroniskt sjuka i anslutning till Linde sockens åldersdomshem i Ö. Bohr och har sedan den egentliga sjukstugans platsantal genom ombyggnaden 1931—1932 ökats från 24 till 34 platser och 1938 en BB-avdelning på 8 platser tillkommit på vinden f. n. mistat sin aktualitet, men böra has i minne för att upptagas till alternativt bedömande vid eventuella framtida tillbyggnadsprojekt.

För närvarande täcker sjukhusets platsantal ortens behov och avlastning på efterbehandlingssjukhus resp. konvalescenthem är tills vidare icke erforderlig.

Sjukstugan i Ramsberg (sjukstuguläkaren H. Fagerlind) förklarar, att behov av ifrågavarande anstaltsplatser givetvis föreligger och torde kunna uppskattas till ett 10-tal.

Direktionen för Hällefors sjukstuga anser, att 5 platser torde vara sjukstugans behov för efterbehandling och konvalescentvård.

Förvaltningsutskottet i *Västmanlands* län framhåller, att den landstinget tillhörande konvalescentavdelningen icke utnyttjas helt, vilket möjligen är



beroende på dess läge i förhållande till sjukvårdsanstalter i staden och inom länet i övrigt.

Överläkaren A. Bjure anför i frågan:

Antalet vårdbehövande vid centrallasarettet har ökat för varje år och därmed har behovet av utvidgning blivit alltmer trängande. En avlastning måste därför ske på ett eller annat sätt, om man, som rimligt är, vill undvika att tillgodose detta behov enbart genom utökandet av antalet vårdplatser. En konvalescentavdelning vore för detta ändamål synnerligen önskvärd dock endast under förutsättning, att den inrättas i anslutning till Centrallasarettet, då därigenom ett smidigare samarbete mellan densamma och lasarettets olika avdelningar kunde etableras än vad under nuvarande förhållanden kunnat ske.

Det är emellertid ej endast behovet av konvalescentplatser, som behöver tillgodoses. Fråga är, om det inte i första hand är nödvändigt att utöka antalet vårdplatser i länet för de kroniskt sjuka. Ätminstone vad beträffar den medicinska avdelningen är det i främsta rummet de kroniskt sjuka (som ej kunna få plats på sjukhemmet), och ej konvalescenterna, som lägga hinder i vägen för avdelningens utnyttjande i önskvärd grad för de akut sjuka.

Givetvis skulle det vara tacknämligt, om särskilda s. k. efterbehandlingssjukhus kunde inrättas för de patienter, vilkas sjukdom ännu icke är avlupen utan därför kräver fortsatt behandling, ledd av läkare. Enligt vad som synes framgå av skrivelsen skulle dessa efterbehandlingssjukhus och de s. k. konvalescenthemmen kunna vara från varandra helt skilda anstalter, de förra förlagda så nära sjukhusen som möjligt, de senare ev. mera avlägset belägna. Det förefaller mig emellertid vara lämpligast, att även konvalescenthemmen förläggas till sjukhus och helst kombineras med efterbehandlingssjukhusen, då det torde vara svårt att alltid kunna skilja mellan de båda kategorierna patienter. (Reumatikervårdssakkunniga anmärka ju också i sin skrivelse att »gränserna mellan efterbehandling och konvalescentvård bliva i praktiken flytande»). Erfarenheten från Västmanlands län ger, som nämnts, dessutom vid handen, att det är olämpligt att placera konvalescentavdelningar även på rel. kort avstånd från sjukhus. Jag vill i detta sammanhang även påminna om vad Statens sjukvårdskommitté i sitt betänkande av år 1934 skriver å sid. 315: Slutet konvalescentvård bör främst anordnas ..... i omedelbar anslutning till lasarett.

I Västerås föreligga nu planer på att flytta Epidemisjukhuset, som för närvarande ligger mitt i staden, ut till Centrallasarettet. Fördelen härav synes vara tvåfaldig. Dels vinner man på så sätt en bättre kontakt mellan de olika specialavdelningarna på lasarettet och Epidemisjukhuset, dels kan man då få möjlighet att i icke epidemitider belägga epidemisjukhuset delvis med konvalescenter.

Kombinationen hem för kroniskt sjuka — konvalescenthem i anslutning till epidemisjukhus å Centrallasarettets område förefaller mig vara en lämplig form för ordnandet av eftervården av patienter, som utskrivits från Centrallasarettets medicinska resp. kirurgiska m. fl. avdelningar. Betr. de kroniskt sjuka, som vårdas å Centrallasarettet, är jag angelägen att framhålla, att det enligt min mening nog vore lämpligare, att en del vårdplatser för kroniskt sjuka stode till lasarettets eget förfogande inom lasarettetsområdet än att dessa sjuka, som hittills transporteras till sjukhemmet i staden.

Från de av *Kopparbergs* läns landstings hälso- och sjukvårdsberedning överlämnade yttrandena inhämtas följande:

Styresmannen vid Falu läns lasarett M. Zethelius meddelar, att något behov av platser för eftervård och konvalescentvård för närvarande icke före-



ligger, även om det kunde vara värdefullt att disponera över ett mindre antal.

**Styresmannen vid Mora lasarett Nils Tolagen har besvarat frågan sålunda:**

Antalet behövliga vårdplatser av här avsedd typ är svårt att fixera. Att ett stort latent behov finnes är påtagligt, och att detta behov inom Mora lasarettens upptagningsområde med sina stora avstånd och sin glesa bebyggelse är relativt större än inom andra områden av landet synes mig självklart.

Den i skrivelsen skisserade formen av konvalescentvård med särskilda hem närmar sig vad man skulle kunna kalla stalligt eller kommunalt drivna vilohem. I samma mån som dylika anstalter tillkomma, skulle behovet av platser växa och gränsen torde i huvudsak bli bestämd enbart av hur mycket det allmänna har råd att offra på denna form av socialvård.

Genom tillkomsten av billiga efterbehandlingssjukhem skulle lasarettens vårdplatser i någon mån avlastas, men de flesta platserna på dessa hem skulle fyllas av sjuka, som nu av nödtvång måste skötas i öppen sjukvård.

Som ett förslag till antalet platser vid dessa sjukhus eller hem att börja med skulle jag vilja framkasta siffran högst 25 % av lasarettens ordinarie platser.

#### **Lasarettsdirektionen i Ludvika meddelar:**

Lasarettets styresman med doktor H. Wahren hade i en skrivelse till direktionen bl. a. uttalat att han icke ansåg något sådant vårdbehov föreligga inom lasarettens upptagningsområde på grund av att där finnas flera därtill lämpliga sjukstugor, varjämte plats för patienter som fordra längre vårdtid kan beredas i det vid lasarettet belägna f. d. bygdesanatoriet.

#### **I nämnda skrivelse anför doktor Wahren:**

Det synes vara en beaktansvärd tanke att genom inrättande av billiga anstalter av enklare typ skaffa ökad platstillgång på lasarett och andra högre differentierade sjukhus. Jag måste dock framhålla, att jag under min verksamhet vid Ludvika lasarett ej märkt något egentligt behov av en dylik anstalt. Detta torde i första hand bero på, att lasarettets platsantal nyligen utökats genom att det invid lasarettet belägna bygdesanatoriet tagits i anspråk. Plats kan här beredas för patienter, som fordra längre vårdtid. Vidare finnes inom lasarettens upptagningsområde flera sjukstugor, där ävenledes efterbehandling och konvalescentvård kan lämnas.

Jag har satt mig i förbindelse med stadsläkaren samt provinsialläkare i grannskapet, likaså med ordförande i fattigvårdsstyrelser och pensionsstyrelser. Ej heller dessa personer ha i sin verksamhet funnit, att något mera utpräglat behov av en anstalt för efterbehandling och konvalescentvård föreligger inom Västerbergslagen. Däremot framhålles från alla håll behovet av ökat antal platser för kroniska sjukdomsfall.

Såsom egen uppfattning skulle jag vilja framhålla, att i dessa bygder där befolkningen genomgående befinner sig i jämförelsevis goda ekonomiska förhållanden, konvalescentvården bäst skötes i hemmen under ledning av vederbörande tjänsteläkare.

#### **Lasarettsläkaren Axel Freidenfelt, Avesta, yttrar:**

Önskligt vore att en sådan anstalt av enklare typ funnes, dit särdeles vid överbeläggning av sjukhuset en del lättare sjukdomsfall i konvalescensstadium samt en del lättare och mindre svåra olycksfall i pågående läkning kunde överföras. Under nuvarande förhållande måste många av dessa behållas å lasarettet tills de äro fullt



läkta, dels beroende på att de äro avlägset boende och dels på att de äro i behov av en eller annan form av daglig vård och tillsyn, massage och sårbehandling el. dyl., som icke kan beredas dem i hemtrakten. Förslagsvis skulle jag vilja uppskatta behovet av dylika platser på en anstalt till 15 à 20.

**Direktionen för Långshyttans sjukstuga svarar:**

När den sjuke icke har några möjligheter till vård i hemmet, bör denne överföras till hem för kroniskt sjuka eller konvalescenthem, men då även i dessa fall platsantalet är alltför ringa, är en utökning i detta fall även att rekommendera.

**Direktionen för Älvdalens sjukstugor har i frågan uttalat sig sålunda:**

Älvdalens sjukstuga är i flera avseenden omodern och otidsenlig, men förslag om ombyggnad är framlagt. Något behov av inrättande av omnämnda anstaltsplatser finnes för närvarande ej ehuru det är möjligt att framdeles ett begränsat antal dylika platser kunna bli önskvärda.

**Sjukstuguläkaren Ragnar Caspersson, Gagnef, anför:**

Några platser motsvarande efterbehandlingssjukhus resp. konvalescenthem finnas ej här, ej heller synes det behöfligt att inrätta dylika, enär klientelet är så fåtaligt. Däremot förefaller det vara synnerligen önskvärt om sådana platser inrättades centralt i länet.

**Direktionen för Grangärde sjukstuga meddelar, att enligt den ordinarie läkarens uppfattning behov föreligger av fem anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård vid sjukstugan.**

**Direktionen för Leksands sjukstuga anmäler att behov av ifrågavarande anstaltsplatser föreligger.**

**Läkaren vid Lima sjukstuga Vidar Montell anser, att några platser för efterbehandling och konvalescentvård ej torde behövas vid sjukstugan.**

**Direktionen för Smedjebackens lasarett anser ej, att något egentligt behov av efterbehandlings- och konvalescenthem föreligger, enär avstånden från den sjukes hemort till lasarettet i allmänhet äro mindre än tre mil, och därför sådan vård ganska lätt kan ordnas i ambulatorisk behandling. Däremot vill direktionen understryka det ofta trängande behovet av ökat antal vårdplatser för kroniskt sjuka.**

**Direktionen för Domnarvets sjukstugor uppger, att behov av särskilt efterbehandlingssjukhus ej för närvarande torde föreligga, varemot ett antal vårdplatser för konvalescenter anses önskvärda.**

Ur de av *Gävleborgs* läns landsting infortrade yttrandena inhämtas följande rörande frågan om behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård:

**Direktionen för länslasarettet i Bollnäs meddelar, att behovet av sådana anstaltsplatser hitintills icke påtagligt överstigit platsmöjligheterna, varför nödig vård städe med god vilja kunnat beredas.**

**Lasarettsdirektionen i Ljusdal anser, att behovet är svårt att exakt beräkna.**



Direktionen för lasarettet i Söderhamn svarar, att något behov av sådana anstaltsplatser icke torde förefinnas i Söderhamn.

Förvaltningsutskottet i *Västernorrlands* län har icke gjort någon uppskattning av behovet av platser för efterbehandling och konvalescentvård.

Förvaltningsutskottet i *Jämtlands* län åberopar innehållet i utlåtanden i ämnet av överläkaren Axel Odelberg, såvitt avser kirurgiska avdelningen vid centrallasarettet i Östersund, överläkaren I. Lundholm, såvitt avser medicinska avdelningen vid samma lasarett, samt av direktionerna för Ströms sjukvårdsinrättningar respektive Gäddede sjukstuga, såvitt avser sistnämnda anstalter.

Vad angår förhållandena vid länslasarettet i Sveg anser förvaltningsutskottet, att behov av särskild anstalt för efterbehandling och konvalescentvård icke förefinnes där, enär lasarettet under senare år som regel icke varit fullbelagt.

#### Lasarettsläkaren Odelbergs utlåtande lyder:

Behovet av efterbehandlingsplatser resp. konvalescentplatser är svårt att uppskatta.

De kirurgiska patientgrupper, som närmast komma i fråga, äro de med benbrott, magsår, prostatalidanden och gallvägssjukdomar representerade av 217, 44, 112 och 93 patienter med en medelvårdtid av resp. 47, 17, 32 och 20 dagar år 1941.

Vad benbroten beträffar, har en del av dem, sedan de erhållit gips, kunnat vårdas i hemmen och ånyo intagits endast för kortare tid för t. ex. röntgenkontroll och omgipsning e. dyl. eller ock för mer eller mindre långvarig fysikalisk behandling, sedan skadan läkts. Andra fall åter ha behandlats med sådana metoder, som erfordra sjukhusvård samt efter behandlingens slut och i direkt anslutning till densamma erhållit fysikalisk behandling. Med den blandning av medicinska, försäkringstekniska och sociala hänsyn, som här uppstår, är det, utan att i detalj gå igenom varje enstaka fall, omöjligt att direkt ange i vad mån efterbehandlingssjukhus kunnat komma till användning. Sannolikheten talar emellertid för att 30 dagar av vårdtiden kunnat tillbringas å sådant, samt att en förlängd vistelse för intensivare fysikalisk behandling med 14 dagar för halva klientelet varit önskvärd. Detta motsvarar 8 029 vårddagar eller 27 platser.

Magsårspatienternas efterbehandlingsbehov uppskattas till 2 veckor, d. v. s. 490 dagar eller 1,6 sängplatser.

För prostatafallen är beräkningssvårigheterna mycket stora. Jag utgår ifrån en undersöknings- och förbehandlingsperiod av 7 dagar och en operationsperiod om 14 dagar eller 21 dagar och drager av detta från medelvårdtiden. Då återstå 11 dagar, som skulle kunna ha tillbragts på efterbehandlingssjukhus. Härav följer 1 232 vårddagar eller 4,1 platser.

Gallvägsfallen äro ofta i behov av vila efter ingreppen, och detsamma kan väl också sägas om strumaklientelet (61 st.). Med ett genomsnitt av 10 dagar per patient skulle detta motsvara 1 450 vårddagar eller 5 sängplatser.

Vidare bör beaktas att oavsett åkommans natur en kategori alltid är i särskilt behov av vila i anslutning till en sjukhusvistelse, nämligen s. k. utsläpade hustrur. Uppskattning av behovet är härvidlag helt omöjlig. Av något mindre svårbedömd natur är gruppen väntande mödrar. Då 500—600 kvinnor från landsorten söka sig till B. B.-avdelningen i Östersund, torde man kunna utgå från, att minst hälften av



dem skulle önska möjlighet att en vecka före förlossningen vistas i avdelningens närhet, en verksamhet som lämpligen kan hopkopplas med övrig vård av enklare beskaffenhet. Behov 7 platser. Till sist återstår att nämna, att den långa väntetiden för intagning på kustsanatorium medför en årlig belastning för lasarettet av 1 050 vård dagar, eller 3,5 platser, efter avdrag av tid för utredning och diagnos.

Ovanstående resonemang för fram till ett beräknat behov av 48 platser på efterbehandlingssjukhus och konvalescenthem. Fördelningen av klientelet på dessa olika kategorier är flytande. Benbrott och prostatafall höra dock otvivelaktigt till den förstnämnda kategorin, huvuddelen av övriga till den senare. Magsårspatienternas hänförande till den ena eller andra gruppen är närmast en fråga om möjligheterna för dietmatlagning.

Lasarettsläkaren Lundholms utlåtande är av följande lydelse:

Till utgångspunkt kan tagas det faktum, att medicinska avdelningen arbetar med konstant fullbeläggning och långa tider överbeläggning, samt att efterfrågan på platser för nyinsjuknade är så stort, att en ständig väntelista för sådana finnes. Utskrivningen av vårdade patienter måste sålunda i vissa fall ske tidigare än vad som egentligen ur behandlingssynpunkt är lämpligt, för att plats skall kunna beredas åt nya väntande. Frågan blir då, hur stort behovet är för fortsatt vård av dem, som utskrivas. Därvidlag gäller ju inte enbart medicinska synpunkter utan i mycket stor utsträckning även sociala. Frågan kan vara, om patienten överhuvudtaget har någonstans att taga vägen, när han utskrives, om han kan skötas i hemmet, om hans ekonomi tillåter sådan skötsel, om hans arbetsförhållanden o. dyl. Härvidlag vill jag i detta sammanhang såsom min på flera års erfarenhet grundade uppfattning framhålla, att behovet av en social kurator, när det gäller invärtes sjuka, är synnerligen stort bl. a. för att på ett ändamålsenligt sätt organisera pat:s eftervård och anpassning till arbetet.

För att vinna en åtminstone ungefärlig uppfattning om behovet av ifrågasatta eftervårdsplatser har jag tagit hänsyn till följande större grupper av sjuka, där enligt min erfarenhet sjukhusvistelsen i åtskilliga fall måste anses ha nödvunget avkortats på grund av platsbrist, och där i många fall den sociala situationen varit sådan, att behovet av eftervårdsplatser framstått i särskilt tydlig dager. De sjukdomar, som det är fråga om, äro följande: Ulcussjukdom, lumbago-ischias, arthrosis och spondylosis deformans med myalgier, poliarthritis chron. samt inkompenenserade hjärtan med myocardit, myodogeneratio, cardioscleros eller hypertoni som grundorsak. Tillvägagångssättet har varit att beräkna medelvårdtiden för var och en av dessa kategorier samt det antal fall av sjukdomen i fråga, som vårdades under år 1941 på lasarettet. Härefter har jag efter en allmän erfarenhet om lämplig vårdtid sökt att uppskatta, vad som för varje sjukdomsgrupp fattats i fråga härom och sålunda fått en siffra för det antal vård dagar patienterna böra tänkas beredas plats på efterbehandlingssjukhus eller konvalescenthem. Det ligger i sakens natur, att denna uppskattning måste vara mycket grov, och skäl kunna naturligtvis anföras såväl för en kortare som för en längre efterbehandling både ur medicinsk synpunkt och ur social synpunkt. Den senare synpunkten är därvidlag ännu mera svårgräpbar än den förra. Den uppfattning, som nedan kommer till uttryck kan ju heller icke bevisas vara den riktiga, utan den är endast grundad på den personliga uppfattning, som jag själv kommit till på grund av de senaste årens erfarenheter om den medicinska avdelningens arbete.

Vad först behovet av platser på s. k. efterbehandlingssjukhus beträffar skulle jag hit vilja hänföra följande grupper:

Lumbago-ischiasgruppen, representerad av 72 patienter med en medelvårdtid på



24 dagar. Dessa patienter ha i många fall fått utskrivnas strax efter uppstigningen. Det är ju känt, att i fråga om så gott som alla dylika fall en tids anpassning till uppevistelse under ambulatorisk behandling är mycket önskvärd. Om 2 veckors sådan behandling beräknas, får man ett antal vårddagar av 1 008 för denna grupp.

Arthrosis- och spondylosis deformans-klientelet har utgjorts av 31 patienter, som haft medelvårdtiden 22 dagar. Ofta är det här fråga om utarbetade, slitna människor, som föra ett mycket hårt och strävsamt liv. Ytterligare 2 veckors vistelse på efterbehandlingssjukhus är mycket lämplig, och härav skulle framgå ett antal vårddagar av 434 per år.

För gruppen polyarthrits chron. gäller, att 54 patienter haft en medelvårdtid av 40 dagar. Här har dock vårdtiden växlat oerhört med hänsyn till vårdens natur och behandlingsmöjlighet. De, som blivit föremål för injektionsterapi med metallsalter ha givetvis vårdats längre än de övriga. Här gäller det ett klientel, som ofta ligger ovanför den ålder, då Pensionsstyrelsen bereder vård, och som egentligen skulle höra hemma på ett hem för kroniskt sjuka. Vårdplatserna för dylika äro emellertid för närvarande alltför få inom Jämtlands län, för att detta klientels vårdbehov kan tillgodoses. Jag hade då tänkt mig, att genom att man åtminstone räknade med att bereda dessa sjuka möjlighet till en injektionskur under samtidig fysikalisk behandling först på lasarettet och därefter på efterbehandlingssjukhus, skulle man kunna åtminstone något så när sörja för de »överåriga» reumatiskt sjuka. Om man räknar en sådan kur till 75 dagar såsom minimum, skulle där behövas utöver de 40, som patienterna redan få på lasarettet, ytterligare 35, som kunna förläggas till efterbehandlingssjukhus. Härav följer ett antal vårddagar = 1 890.

Gruppen inkompenierade hjärtan omfattar för 1941 59 fall med medelvårdtiden 32 dagar. 38 av dessa fall ha varit fullt kompenierade vid utskrivningen. Till dem återkommer jag. Beträffande 21 fall har inkompenationen icke varit fullt hävd, och där måste man räkna med ytterligare 14 dagars vård på efterbehandlingssjukhus, vilket gör 294 vårddagar.

Summeras antalet vårddagar för dessa fyra sjukdomsgrupper få vi 3 626, vilket skulle innebära ett behov av *10 vårdplatser på s. k. efterbehandlingssjukhus*.

Härtill bör dock anmärkas, att lasarettet för närvarande belastas med ett klientel av lungtuberkulos, som på grund av bristande platsmöjligheter på centralsanatoriet måste behållas på lasarettet under en tid av i genomsnitt 30 dagar för 56 fall. Om det kan beräknas, att vårdmöjligheterna för tuberkulossjuka inom länet utökas därtill, att lasarettet endast behöver hålla tuberkulossjuka för nödvändig utredning och diagnosställning, låt oss säga c:a 10 dagar, så skulle man från ovan nämnda dagantal — 3 626 — kunna draga 1 127 dagar och alltså komma ner till ett platsbehov av 7 på det tilltänkta efterbehandlingssjukhuset för invärtas sjuka.

Följande grupper kunna tänkas vara fullt ut betjänta med en öppen vård på anstalt av enklare typ, s. k. konvalescenthem. Det gäller dels fallen av ulcussjukdom. Vad denna grupp beträffar är medelvårdtiden 22 dagar. Patienterna ha således i många fall måst utskrivnas redan efter halv dietkur och endast 1 å 2 dagar efter uppstigningen. Givetvis ha inga utskrivits, utan att vissa möjligheter till dietföring i hemmet ha förelegat, men möjligheterna ha, det kan icke fränkommas, ofta måst pressas. Ytterligare 2 veckors behandling av dessa patienter under kontroll på konvalescenthem anser jag önskvärd, och med hänsyn till totalantalet fall, 57 för ett år, skulle antalet behövliga vårddagar för denna kategori bli 798.

En annan grupp, som lämpligen bör beredas konvalescentvård, är psykoneuroserna, en synnerligen heterogen grupp, där medicinska avdelningen ju ofta blir en genomgångsstation för diagnos och remiss till Pensionsstyrelsens anstalt, Frösö sjukhus eller utskrivande av pensionsintyg. En ganska stor grupp ur detta klientel utgöres



emellertid av människor, där tillfälligt skadliga miljömoment och icke minst överanstängning genom kroppsligt eller andligt slitage varit den tillfälligt nedbrytande faktorn, och där helt enkelt c:a 3 veckors vila med lämplig fysikalisk behandling skulle vara behövlig för återställelse. Här har beräknats ett vårdbehov av 500 dagar för denna grupp.

Jag återkommer till gruppen inkompenierade hjärtan. Med nuvarande krav på platser är det nästan ogörligt att behålla dessa sjuka längre än till kompensation nåtts. Sällan blir tid över för en tillvänjnings- eller träningsperiod under badbehandling, övningsterapi o. s. v., utan patienterna måste ofta utskrivas, innan någon sådan form av behandling ägt rum. Om för våra 59 fall av inkompenierade hjärtan beräknas en dylik efterbehandlingsperiod av 30 dagar, vilken bör kunna äga rum på ett närbeläget konvalescenthem, skulle ytterligare 1770 vård dagar behövas på ett sådant hem.

Slutligen återstår en grupp på medicinska avdelningen inskrivna patienter, vilka för närvarande upptaga onödigt dyra vårdplatser, nämligen kategorien ammande mödrar, som äro intagna endast för amning av sina sjuka barn, som ligga på spädbarnsavdelningen. Dessa mödrar ha under år 1941 upptagit ett antal vård dagar av 354 och måste ju mer än någon annan grupp av vårdbehövande vara lämpade för ifrågasatta konvalescenthem.

Hopräknas de ovannämnda grupperna av vårdbehövande å konvalescenthem, får man ett antal vård dagar av 3422 och kommer sålunda fram till resultatet, att detta hem bör innefatta 10 platser för de på medicinska avdelningen vårdade.

Direktionen för Ströms sjukvårdsinrättningar anser icke något behov av att upprätta efterbehandlings- och konvalescenthem för det lokala behovet föreligga, utan bör detta kunna lösas genom central organisation för länet i sin helhet.

Direktionen för Gäddede sjukstuga anser, att något behov av anstaltsplatser för efterbehandling ej föreligger.

Västerbottens läns landstings sjukvårdsberedning meddelar, att ett stort behov av efterbehandlingssjukhus eller konvalescenthem förefinnes inom länet. Sjukvårdsberedningen hänvisar till och åberopar de från några av sjukvårdsanstalterna i länet avgivna yttrandena.

Direktionen för centrallasarettet i Umeå avger följande yttrande:

Efterbehandlingssjukhuset bör förläggas intill lasarettet med kulvertförbindelse till detta för att kunna utnyttja lasarettets utrustning.

Platsbehovet beräknat för de olika lasarettavdelningarna föreslås till följande antal:

Kirurgiska avd. 40 (därav 25 manliga, 15 kvinnliga)				
Medicinska » 40 » 20 » 20 »				
Ögon- » 5 » 3 » 2 »				
Öron- » 5 » 2 » 3 »				
Röntgen- » 5 » 3 » 2 »				
B.B.- » 7 » — 7 »				
Barn- » 15 » 2 » 3 » samt 10 för spädbarn				

Summa platser 117, därav 55 manliga, 52 kvinnliga  
(varav 2 barn) (varav 3 barn)  
samt 10 för spädbarn.



De 7 B. B.-platserna böra kunna få utnyttjas även för blivande barnaföderskor, vilka bo avlägset från B. B.-avdelningen och behöva observeras av läkare.

Av de 40 platserna för medicinska avdelningen avses 20 för reumatiskt sjuka, 10 manliga och 10 kvinnliga.

*Konvalescenthem* bör med hänsyn till att dess uppgift närmast blir att vara en övergång från sjukhus till hem förläggas utom sjukhusmiljön men så nära läkarestation att läkarhjälp vid behov lätt kan erhållas och utan alltför stora resekostnader. Med hänsyn till de långa avstånden inom länet böra flera sådana hem inrättas, förslagsvis ett större i kustlandet och två mindre inom lappmarken. Platsbehovet är svårt att bedöma ur medicinsk synpunkt. Intagning på ett sådant hem torde nämligen komma att ske i stor utsträckning efter sociala indikationer. Med hänsyn till bristen på rekreationshem i Västerbotten bör platsbehovet beräknas ej endast för fattigvårdsklientelet och mindre bemedlade utan även för bättre ekonomiskt situerade men för vilka en resa till sydligare kurorter skulle innebära en alltför stor ekonomisk belastning. Vid beräkning av platsantalet måste även den ekonomiska synpunkten beaktas, så att driftkostnaderna ej bli oproportionerligt stora. Platsantalet bör således ej tilltagas alltför lågt. Ev. kan även tänkas kombination med platser för annat ändamål med social prägel och tidvis t. ex. för semesterbehövande.

Förslagsvis uppgives följande platsantal:

Kustlandet:	1 konvalescenthem med	30 konvalescentplatser	
Lappmarken:	2 » »	15 »	i varje.
<hr/>			
Summa inom Umeå lasarets upptagningsområde: 60 konvalescentplatser.			

Avses ett konvalescenthem att utnyttjas även för annat ändamål bör det utökas med lämpligt antal ytterligare platser.

#### Styrelsen för Stensele sjukstuga anför:

Behovet av anstaltsplatser är svårt att exakt ange. Styrelsen uppskattar emellertid det just nu för Stensele provinsialläkardistrikt aktuella behovet av platser på efterbehandlingssjukhus till 4 å 5 st. och på konvalescenthem till en eller annan plats.

#### Sjukstuguläkaren Ossian Ohlén, Tärna, lämnar följande svar:

Ett behov av dylika platser förefinnes.

*Platsantalet* kan beräknas till c:a 20 platser pr år, därav c:a 10 platser å efterbehandlingssjukhus och övriga å konvalescenthem.

Å efterbehandlingssjukhus skulle inläggas en del av dem, som lidit av ischias, muskelreumatism, ledgångsreumatism (såvitt de icke kunnat överföras till någon av Pensionsstyrelsens anstalter), en del fall av blodbrist (en icke alltför ovanlig åkomma bland medelålders kvinnor i detta distrikt), lättare nervösa rubbningar m. fl. åkommor.

Å konvalescenthem inläggas vårdfall efter avlupna mera svårartade akuta sjukdomar (lunginflammation, magtarm-sjukdomar, ev. blodsjukdomar, hjärtsjukdomar etc.) samt sjukdomstillstånd eller nedsatta krafttillstånd efter kirurgiska åkommor.

Givetvis bli gränserna och indikationerna flytande.

---

Visserligen har sjukstugan i viss mån möjlighet att utöver det akuta sjukdomstillståndet bereda patienterna plats ännu någon tid för efterbehandling och konvalescens. Men då  *dessa vårdbehövande*, så vitt jag kan förstå, torde  *tarva dels lämplig sysselsättning; dels en mera fri vårdform*, torde de i allmänhet mindre passa på



sjukstuga. Jag åsyftar härmed bl. a. *arbetsterapi* (trädgårdsarbete, olika former av handarbeten såsom syning, vävnad och dylikt), *lämpliga dagrum, tillfällen till promenader och förströelser* (å sjukstugan äro de intagna iförda sjukstugans kläder, för tillfällig vistelse utanför denna skulle de ha behov av sina egna kläder, en anordning som ur organisatorisk och disciplinär synpunkt svårliigen kan genomföras å sjukstuga).

Västerbottens läns norra lasarets direktion, Skellefteå, gör följande uttalande:

Behovet av efterbehandlingssjukhus och konvalescenthem är uppenbart. Det är emellertid givet, att det möter svårigheter att ange det platsbehov, som kan förefinnas. Under åren 1933—1934 hade emellertid lasarettet möjlighet att använda en av epidemiavdelningarna såsom efterbehandlingssjukhus. Man disponerade c:a 25 platser och voro dessa ständigt upptagna. Sedan dess har lasarettet tillväxt och tillströmningen av patienter har också ökat, varför direktionen skulle anse ett ungefärligt platsantal av 50 vara önskvärt.

Dessa platser skulle då till största delen beläggas med efterbehandlingspatienter från hela lasarettets upptagningsområde. Därutöver skulle lasarettet ha behov av konvalescentplatser för den del av lasarettets klientel, som bor i Skellefteå stad och landsförsamling. Konvalescenter från övriga delar av norra Västerbotten skulle med fördel kunna vårdas så nära hemorten som möjligt, d. v. s. på sjukstugorna, om dessa utökades till att omfatta även en del konvalescentplatser. För lasarettets del vill Direktionen ifrågasätta om det skulle vara praktiskt ha skilda byggnader av olika kvalitet, en mera gedignare således av karaktär efterbehandlingssjukhus och en enklare av konvalescenthemstyp. Mest ändamålsenligt torde vara att inreda samtliga platser som efterbehandlingssjukhus.

Bureå sjukstuga (Almar Granlund) meddelar, att behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård för sjukstugans vidkommande beräknas till 5.

Förvaltningsutskottet i *Norrbottnens län* meddelar som svar på frågan följande:

Ett stort behov föreligger för åstadkommande av dylik vård — en förening existerar också inom länet, som i upprepade framställningar framfört kravet på att denna fråga fortast och på ett tillfredsställande sätt skall lösas. Särskilt bör vid denna frågas bedömning kunna framhållas, att konvalescenterna inom länet till icke ringa antal utgöras av arbetare med tungt arbete — exempelvis skogsarbetare — vilka efter en genomgången sjukdom antingen måste omskolas för att övergå till något lättare arbete eller åtminstone under viss övergångstid sysselsättas med något sådant arbete. Med avseende på antalet behövliga platser av detta slag uppskattar förvaltningsutskottet detsamma till minst ett 50-tal, detta antal föreslås under den uttalade förhoppningen, att staten startar minst en större anstalt för hela landet av detta slag.

I det av *Stockholms stads sjukhusdirektion* överlämnade tjänsteutlåtandet anför sjukhusdirektören Hansson:

a) *Efterbehandlingssjukhus*: I syfte att minska belastningen på akutsjukhusen har staden låtit uppföra ett efterbehandlingssjukhus i anslutning till S:t Görans sjukhus samt planerar att uppföra efterbehandlingssjukhus vid Sabbatsbergs sjukhus och Södersjukhuset. I dessa båda senare fall är något beslut dock ännu icke fattat.



b) *Konvalescenthem*: Nuvarande antalet platser på konvalescenthemmen torde vara tillräckligt för den närmaste framtiden.

Från en av *Göteborgs sjukhusdirektion* ingiven promemoria antecknas följande rörande frågan om behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård:

Överläkaren Martin Odin, Sahlgrenska sjukhusets medicinska avdelning II anför:

Det råder emellertid ingen tvekan om, att ett ökat behov av konvalescenthem föreligger. Till frågan om hur stort detta behov är, vågar jag ej taga någon bestämd ståndpunkt. Rationellast synes mig vara, att till en början ej ställa kravet högre än 100 platser, med möjlighet för senare utbyggande av denna vårdform.

Överläkaren vid Renströmska sjukhuset G. Vallentin yttrar:

En eller ett par anstalter av denna typ torde vara behövliga för Göteborgs del. Härvid vore det säkerligen mest rationellt att i första hand söka åstadkomma en anstalt av typen verkstadshem. Då saken är oprövad inom vårt land, vore väl lämpligast att till en början planera en mindre anstalt av denna typ såsom försöksanstalt.

Överläkaren vid Romanäs sanatorium Allan Beskow anför:

Frågan om de lungtuberkulösas eftervård utgör i vårt land ett mycket viktigt och i väsentliga delar ännu olöst problem. Denna fråga har på uppdrag av Styrelsen för Svenska Nationalföreningen mot Tuberkulos blivit föremål för särskild utredning. Utredningsmännens betänkande är dagtecknat den 17 maj 1939 och föreligger i tryck. Bland de olika åtgärder av social och medicinsk art, som föreslås i detta betänkande, förekommer även upprättandet av »eftervårdshem» för konvalscenter samt smittoförande och även smittfria arbetsdugliga kroniska tuberkulösa, jämte »verkstadshem» för tillvaratagande av den partiella arbetskraften hos arbetsföra tuberkulösa.

Det förefaller mig mycket sannolikt att behov av dylika anstaltstyper även förefinnes i Göteborg, även om jag icke har möjlighet att lämna några siffermässiga belägg härför. Skulle frågan om uppförande av någon dylik anstalt bli aktuell för Göteborgs vidkommande, bör densamma förläggas till själva staden och icke i anslutning till Romanäs sanatorium.

**Sjukhusdirektörens eget yttrande:**

Behovet av anstaltsplatser för efterbehandling och konvalescentvård med avseende å kroppssjukvården är för Göteborgs stads vidkommande synnerligen stort. Det är mig för närvarande icke möjligt att närmare angiva detta behov. De infortrade yttrandena från vederbörande överläkare lämna icke erforderligt material för en sådan sammanfattande uppgift, och med hänsyn till ärendets försening torde tiden icke medgiva, att särskild utredning på denna punkt verkställas, innan sjukhusdirektionen avgiver yttrande till de sakkunniga.

*Direktionen över Allmänna sjukhuset i Malmö* lämnar å frågan ett så lydande svar:

Behovet av anstalt för efterbehandling, närmast med tanke på önskvärdheten att kunna avlasta sjukhusklinikerna, är stort. Sjukhusläkareföreningen i Malmö har uppskattat behovet av sådana vårdplatser till omkr. 70. Behovet av anstalter för konvalescentvård har ej framträtt på långt när så starkt men dock tydligt nog. Storleken av detta behov kan f. n. ej uppskattas.



*Direktionen för Norrköpings lasarett* har gjort följande utredning om behovet av efterbehandlings- och konvalescentplatser:

Angående behovet av ifrågavarande efterbehandlings- och konvalescentplatser må framhållas, att anordningen med 25 platser å Trozellisjukhuset, som byggts och avsetts för tuberkulosvård men genom dennas nedgång för ögonblicket i sin helhet icke är behöfligt för stadens tuberkulosvård, ej kan anses vara riktig utan får endast betraktas såsom ett provisorium. Att behovet av sådana efterbehandlingsplatser finns är dock klart. Av vad ovan anförts framgår, att, om man undantager barnplatser, för vilka ifrågavarande behov för närvarande kan anses fyllt, 50 platser inom stadens sjukvårdsområde stå till disposition. Men detta platsantal är för litet.

I bilaga 2: a<sup>1</sup> är uppsatt en tablå över Trozellisjukhusets konvalescentavdelnings patientantal, vård dagar, medeltal vårdade per dag och medellängd av sjukhusvistelsen.

I bilaga 2: b<sup>1</sup> finnas samma uppgifter fördelade på de 3 lasarettssavdelningarna, med., kir. och B. B.-gyn., varifrån patienterna närmast kommit.

För 1941 är antalet *vård dagar* å nämnda avdelning 25 konvalescentsängar 6 789, varav för pat. från med. 78 %, kir. 16 % och B. B.-gyn. 6 %. För hela 1942 blir antalet vård dagar beräknat på siffrorna 16/9 1942: 5 979 (den 16/9: 4 242), varav för pat. från med. 71 %, kir. 22 % och B. B.-gyn. 7 %. Hopsummeras 1941 och 1942 fås 12 768 vård dagar, varav för pat. från med. 75 %, kir. 19 % och B. B.-gyn. 6 %.

För 1941 är antalet intagna *konvalescentpatienter* 146, varav från med. 67 %, kir. 19 % och B. B.-gyn. 14 %. För hela 1942 blir antalet intagna beräknat på siffrorna 16/9 1942 162 (den 16/9: 115), varav från med. 62 %, kir. 28 % och B. B.-gyn. 10 %. Hopsummeras 1941 och 1942 fås 308 patienter, varav från med. 64 %, kir. 24 % och B. B.-gyn. 12 %.

*Medellängden av sjukhusvistelsen* är 1941 för alla 46,5, för pat. från med. 54,6, kir. 39,4 och B. B.-gyn. 18,4 dagar. För hela 1942 är den beräknade medellängden för alla 36,9, för pat. från med. 42,5, kir. 28,8 och B. B.-gyn. 25,6 dagar. Beräknas medellängden för 1941 och 1942 blir den för alla 41,5, för pat. från med. 48,5, kir. 32,9 och B. B.-gyn. 21,6 dagar.

Vid beräkandet av behovet av konvalescentplatser för de olika avdelningarna kan man utgå från dessa %- och medellängdsiffror. Öronavdelningen har icke kunnat använda någon av dessa konvalescentplatser under 1941 och 1942. Vid tider för »förkylningssjukdomar» (oktober—maj) är behovet av öronpatient-platser större och beräknas då under nuvarande förhållanden ett 15-tal platser vara aktuellt. Blir öronavdelning utbyggd, minskas konvalescentbehovet.

Av tabellen 2: a<sup>1</sup> ses att under 1941—1942 antalet vård dagar för med., kir.- och B. B.-gyn.-konvalescenter varit 12 768 d. v. s. 6 384 per år och fördelade å med., kir. och B. B.-gyn. i proportionen 75—19—6 d. v. s. i runda tal för med. 5 000, kir. 1 300 och B. B.-gyn. 500.

Öronavdelningen anser sig behöva en medellängd av konvalescentvistelsen på 15 dagar. Sålunda mindre än någon av de övriga avdelningarna och  $\frac{1}{2}$  av kir. avd.:s. Vidare anses behovet konvalescentplatser endast vara aktuellt under  $\frac{2}{3}$  år, d. v. s. en beläggningssiffra på c:a 66 % för helt år räknat.

Å Trozellisjukhuset har belägningsprocenten 1941—1942 varit 70 %. Då denna stämmer i stort sett med öronavdelningens behov, kan man med en ökning av c:a 20 % av medicinska avd.:s konvalescentvård dagar och 50 % av kir. avd.:s och B. B.-gyn. avd.:s konvalescentvård dagar samt en medellängd av sjukhusvistelsen för de olika avdelningarna enligt Trozellisjukhusets siffror få fram följande behovskalkyl.

<sup>1</sup> Överlämnade till Socialdepartementet.



Jag har då vidare tagit hänsyn till svårigheten att nu på grund av med. avd.:s höga beläggning å Trozellisjukhuset få in konvalescentpatienter från de övriga avdelningarna:

Medellängd av vistelsen		Medeltal vårdade per dag i % = medelbelägg. %	Vård dagar	Antal pat. per år	Sängbehov
Med.	50 dagar .....	70 %	6 000	120	24
Kir.	35 » .....	70 %	2 000	58	8
B.B.-gyn.	25 » .....	70 %	750	30	3
Öron	15 » .....	70 %	1 500	100	6
33,3		70 %	S:a 10 250	308	41

Vi få sålunda fram ett konvalescentsängbehov på 41 sängar, vartill bör läggas ovannämnda 5 sängar å Sandbyhov, summa 46 sängar.

Trozellisjukhuset kan nu (enligt tabell bilaga 2: a) på 25 platser och med en medellängd på nuvarande 41,5 dagar och 70 % medelbeläggning taga emot 12768 vård dagar och ett patientantal av 308 d. v. s. på ett år 154 pat.

Trozellisjukhusets beläggningsmöjlighet på 50 sängar, 33,3 dagars medelliggetid och 70 % beläggning är 12775 vård dagar, varför ett reservutrymme finnes på 20 %.

För *ögon*-fall föreligger nu intet ytterligare behov.

Ovanstående i tabellen efter 20 % ökning för med. avd. beräknade vård dagsbehov på 6 000 sammanhänger med, om nedan av samma avdelningsöverläkare anförda behov av platser för kroniskt sjuka blir fyllt. Skulle så icke vara fallet måste c:a 30 % ökning beräknas, varigenom vård dagsbehovet för med. avd. konvalescenter ökas till c:a 7 000 vård dagar. D. v. s. sängbehovet blir då 28 sängar för denna avd. och totala sängbehovet ökas då till 50.

Totalbehovet av en sådan efterbehandlings- och konvalescentanstalt för Norrköpings del torde sålunda för närvarande kunna beräknas till *högst 50 platser*.

Ett sådant efterbehandlings- och konvalescentsjukhus kanske lämpligare bör läggas intill nuvarande lasarett. Dock kan nuvarande Trozellisjukhuset med sina 50 platser få övertaga funktionen av sådan konvalescent- och efterbehandlingsavdelning, om dess tuberkulosvårdplatser förläggas *dels* till outnyttjat utrymme å stadens platsdel å Kolmårdssanatoriet, *dels* till en nyinrättad lungavdelning (möjligen i samband med dispensärvårdscentralen) i anslutning till lasarettet och å dess tomt. Då staden har behov av ett nytt epidemisjukhus, förlagt i anslutning och i samdrift med lasarettet, kan även detta under icke epidemitider delvis användas som sjukhus i här avsett syfte.

T. f. förste stadsläkaren i *Hälsingborg* Ernst Olsson meddelar, att stort behov föreligger i Hälsingborg av platser å anstalt för efterbehandling respektive konvalescentvård, häri inbegripet jämväl eftervårdshem för tuberkulösa.

*Lasarettsdirektionens i Gävle* yttrande, vilket biträtts av sjukvårdsberedningen för lasarettet, lyder:

Vid år 1938 företagen räkning av ineliggande patienter å lasarettet, som utan men kunde utskrivas för eftervård å konvalescenthem, visade det sig, att platsbehovet för dessa patienter utgör minst 15 å 20.

I Besvarelse af Forespørgsel af 4. Januar d. A. om Rekonvalescenthjem i Danmark skal man meddele, at Efterbehandlingsafdelinger ikke findes her i Landet. Det her i Landet herskende System er et andet end det fra svensk Side paatænkte, hvorfor de med nævnte Skrivelse følgende Skemaer ikke vel kan udfyldes. Om de rejste Spørgsmaal kan imidlertid oplyses følgende forsaavidt angaar Sygekassemedlemmer:

De fleste offentlige Sygehuse Landet over giver formentlig Sygekassemedlemmer Adgang til *ambulant Behandling*, baade som Efterkur efter Indlæggelse paa Sygehuset og uden forudgaaende Indlæggelse. Ifølge Folkeforsikringslovens § 18, Stk. 1, No. 2, skal de anerkendte Sygekasser da ogsaa betale for saadanne ambulante Behandlinger efter tilsvarende Regler som de for Sygehusophold gældende, hvorhos der efter samme Lovs § 16, Stk. 1, gives dem en lignende Nedsættelse i Taksterne for Behandlingen som for Sygehusophold. De fleste Sygekasser har derhos paataget sig at betale for ambulante Behandlinger, ydet paa private Sygehuse, Kliniker o. l. i samme Omfang som for Behandlinger paa de offentlige Sygehuse. De ambulante Behandlinger paa Sygehusene omfatter formentlig i væsentlig Grad fysikalisk Behandling. Saadan ydes dog ogsaa i ikke ringe Omfang paa de, oftest smaa Kur- og Badeanstalter, som er godkendt dertil af Direktoratet — efter Forhandling med Sundhedsstyrelsen — og paa de dertil indrettede Kliniker, som drives af nogle Kasser eller deres Samvirksomhed. Massagebehandling, ambulant, ydes iøvrigt efter Overenskomst med autoriserede Massøser.

Nærmere Oplysninger om Omfanget af den ambulante Sygehusbehandling savnes, men om Sygekassernes Udgifter dertil kan dog oplyses, at af Kassernes samlede Udgifter i 1941 og 1942 til Behandling paa Distriktssygehusene, ialt Kr. 12.5 Mill. og Kr. 14.4 Mill., var henholdsvis Kr. 1.6 Mill. og Kr. 1.9 Mill. anvendt til ambulant Behandling.

Til Massage- og Badebehandling udenfor Sygehuse har Sygekasserne i 1941 og 1942 anvendt henholdsvis c. 700.000 Kr. og c. 860.000 Kr.

I Henhold til Folkeforsikringslovens § 22, Stk. 1, No. 1, kan Sygekasserne yde Medlemmer Hjælp til Ophold paa de af Socialministeriet godkendte *Rekonvalescenthjem* til en ligeledes af Ministeriet fastsat Takst. Størstedelen af Landets c. 1600 Sygekasser har paataget sig denne Ydelse, dog saaledes, at der i Almindelighed kun ydes 4 Ugers Ophold paa Hjemmene, og kun, naar Opholdet er nødvendigt *som afsluttende Led* i Kur paa egentligt Sygehus eller Lægebehandling i Hjemmet.

For tiden virker 23 Rekonvalescenthjem, som er godkendt af Socialministeriet til Brug for Sygekassepatienter, med ialt c. 900 Sengepladser.



3 af Hjemmene tilhører Københavns Kommune, 1 tilhører Frederiksbergs Kommune, hvilke Kommuner selv ejer og driver Sygehuse, 8 tilhører enkelte Sygekasser eller en S sammenslutning af Sygekasser, medens Resten tilhører Foreninger eller private Personer.

9 af Hjemmene optager alene kvindelige Patienter, 3 alene mandlige Patienter, 1 alene Børn, medens Resten af Hjemmene optager Patienter af begge Køn.

Hjemmene staar under Tilsyn af Direktøren for Sygekassevæsenet, der udøver dette Tilsyn gennem en af Socialministeriet efter Indstilling herfra udpeget Tjenestemand i nærværende Direktorat. For Tilsynet gælder en Instruks, af hvilken et Par Eksemplarer vedlægges.<sup>1</sup> Lægeligt foretager paa gældende Embedsløge periodisk Tilsyn med Hjemmene.

Alle Hjemmene har fast, gennemgaaende ugentligt Lægetilsyn. Lægen tilser Patienterne og fører Journal over disse, forordner den fornødne Efterkur, bl. a. med Hensyn til Hvile, Forplejning, Spasereture, Brug af Liggehal (forsaavidt saadan forefindes) m. v. for hver enkelt Patient, kontrollerer Medicinforbruget og udskriver Rekonvalescenter, for hvem Ophold ikke længere er fornødent. Desuden vejleder Lægen Personalet vedrørende Patienternes Behandling og kontrollerer Hjemmets Forplejning og Kostbog. Tvende Eksemplarer af det Udkast til Overenskomst, der almindeligvis anvendes ved Ansættelse af tilsynsførende Læger, følger hoslagt.<sup>1</sup> For Tilsynet yder Hjemmene Lægen et Honorar, afpasset efter Hjemmets Størrelse, i et Par Tilfælde dog beregnet pr. Rekonvalescent.

Paa de større Hjem er tilige ansat en fuldt uddannet Sygeplejerske.

Lønning af Hjemmenes Personaler fastsættes ved mundtlig eller skriftlig Overenskomst mellem paagældende Bestyrelse eller Ejer af det enkelte Hjem og dettes Personale.

Bortset fra de kommunale Hjem, der yder Ophold til samme Takst som for Ophold paa Hospital, udgør Betalingen for Ophold paa Hjemmene 3 a 4 Kr. pr. Dag for Fællesværelse, dog for Tiden med et Tillæg paa c. 30 % paa Grund af den herskende Dyrtid.

Om Hjemmenes Beliggenhed, Drift, Belægningsforholdene og Udgifterne henvises til vedlagte Oversigter vedrørende Aarene 1941 og 1942, der omfatter de fleste Hjem.<sup>1</sup>

Der findes flere Sygehuse i hvert af Landets 23 Amter; men det vil bemærkes af Oversigterne, at der findes 8 Amter, hvori der ikke forefindes noget godkendt Rekonvalescenthjem.

Sygekassernes Udgifter til omhandlede Rekonvalescentophold har i 1941 udgjort c  $\frac{1}{2}$  Mill. Kr. og i 1942 c. 600.000 Kr.

Ved ingen af Rekonvalescenthjemmene er ansat nogen Kurator af den

<sup>1</sup> Överlämnade till Socialdepartementet.

i den svenske Kommissions Skrivelse af 4. Januar d. A. i Slutningen omtalte art.

Oplysninger om Efterbehandlinger af krigsramte foreligger ikke.

I særskilt Forsendelse følger Betænkning fra et her i Landet nedsat Udvalg angaaende Arbejdssterapi for kirurgiske Patienter.<sup>1</sup>

P. D. V.

A. V. Nielsen.

---

<sup>1</sup> Överlämnad till Socialdepartementet.



## Efterbehandlingsafdelinger.

Saadanne Afdelinger knyttet til Statens eller kommunernes Hospitaler findes, saa vidt vides, ikke i Danmark.

En Undtagelse udgør dog *Samfundet og Hjemmet for Vanføre*, som er knyttet til *Ortopædisk Hospital*.

En selvstændig Institution overvejende beregnet til Viderebehandling af tidligere hospitalsbehandlede Patienter med Gigtssygdom, Nervesygdom eller anden medicinsk Sygdom er *Dansk røde Kors' Folkekuranstalt ved Hald* (i Jylland), som raader over 300, om Sommeren 500, Pladser, overvejende paa Flersengsstuer. Der er her eget Lægepersonale og eget Sygeplejerskepersonale. Der er Indretninger til almindelig medicinsk Undersøgelse og Behandling, specielt til fysisk Terapi; Bade, Varme, Lys, elektrisk Behandling, Massage, Sygegymnastik.

Folkekuranstaltens Bygninger er, saa vidt vides, overvejende træbarakker.

Prisen er 5,50 Kr. pr. Dag. De statsanerkendte Sygekasser betaler Halvdelen for deres Medlemmers Vedkommende.

Desuden findes rundt om i Danmark en række Kuranstalter, som nok er indrettede paa at modtage medicinske Patienter under selve Sygdommen, men som dog hovedsagelig anvendes til Efterbehandling og Rekonvalescens. Af saadanne kan nævnes: *Dianalund Nervesanatorium* (80 Pladser), *Dr. Lind's Klinik* for sindslidende ved Vordingborg (ca. 15 Pladser), *Frydenstrand Kuranstalt* ved Frederikshavn, *Hareskov Kuranstalt* ved Bagsværd, *Juelsminde Kuranstalt* i Jylland, *Montebello* ved Helsingør, *Gammel Skovridergaard* ved Silkeborg i Jylland, *Silkeborg Bad*, *Skodsborg Badesanatorium*. Tilsammen raader disse Kuranstalter over et betydeligt antal Pladser med Adgang til Rekreation, medicinsk og specielt fysiurgisk Terapi. Men det drejer sig i alle disse tilfælde om privatkapitalistiske Foretagende med eget Personale, Læger, Sygeplejersker o. s. v., overvejende om Eneværelser eller 2-Sengsstuer samt Priser, som ligger over størstedelen af Befolkningens Kræfter. Der er ved disse Kuranstalter en del Legatydelser og Fripladser, men intet Tilskud fra Stat eller Kommuner.

En Institution af hel anden Art, mere hospitalslignende er *Andelsforeningernes Gigtsanatorium ved Skelskør*. Denne Institution er reserveret for Patienter med Gigtssygdomme. Den har egne Læger, Plejepersonale o. s. v. Den drives af de danske Andelsforeninger, faar ikke Tilskud af Stat eller Kommuner. Prisen er alt efter værelser 8,50—10,00—18,00 Kr. pr. Dag. Saa vidt vides giver Sygekasserne ikke deres Patienter Tilskud. Dette Sanatorium har Plads til 128 Patienter.

I Bevidsthed om, at der vilde kunne naas meget og spares meget for Sam-

fundet, baade for den enkelte Patient og for de Institutioner, som bekoster Dreiften af Hospitalerne, om man naaede frem til en effektiv Efterbehandling af Hospitalspatienterne, har man i det ganske smaa begyndt et arbejde i tre retninger:

- a) *almindelig Bevægelsesterapi* for samtlige Patienter, som drives paa Hospitalernes Afdelinger,
- b) *særlig Beskæftigelsesterapi* ved Beskæftigelsesterapeut, der er ansat paa en del Afdelinger paa Københavns Kommunes Hospitaler,
- c) *Københavns Kommunes Arbejdsskole*, hvortil Patienter henvises fra Kommunens Hospitalsafdelinger.

Disse Ting er endnu i deres Begyndelse, men synes at love godt. Det er muligt, at man ad denne Vej vil kunne naa ret langt frem. Men hertil kræves, at samtlige Hospitalslæger interesserer sig for Sagen, og at de bevilligende Myndigheder yder deres Hjælp. Der er Ting, der taler for, at man ad disse Veje kan blive i Stand til at yde Rekonvalescenter og efter Sygdommen delvis invaliderede den bedste Hjælp med de ringeste Udgifter for Samfundet.

### Rekonvalescenthjem o. v. .

Om Rekonvalescenthjem knytte til den danske Stats Hospitaler er det mig ikke muligt at give Oplysninger. De forskellige Kommuner har en del Rekonvalescenthjem, som drives for Kommunens midler. For Københavns Kommunes Vedkommende haves følgende Rekonvalescenthjem:

<i>Skjoldborg</i> ved Frederiksværk, Plads for 26 Kvinder				
<i>Hegels Minde</i> — Fredensborg,	»	»	37	»
<i>Næsseslottet</i> — Holte,	»	»	62 Mænd	
<i>Gypelholm</i> — Frederiksdal,	»	»	28	» (tbc)
<i>Rydholt</i> — Holte,	»	»	27 Kvinder	(tbc)
<i>Stenslettegaard</i> — Nødebo,	»	»	57 Mænd	(tbc)
<i>Faarupgaard</i> — Jellinge,	»	»	38	» (a.c.)

Disse Hjem er større Landejendomme ombygget til Bruken.

Københavns Kommune har 2 Hospitalsafdelinger til Anbringelse af kroniske patienter,

*Nørre Hospital og Københavns Plejehjem og De Gamles By.*

Disse Avdelinger sorterer ikke under Hospitalsvæsenet men under Kommunens Forsorgsafdeling.

For *Nørre Hospital og Københavns Plejehjems* Vedkommende, som rummer henholdsvis 300 og 355 Pladser har Meningen været, at der her skulde anbringes de kroniske Patienter, hvis sociale Forhold gjorde offentlig Forsorg indiceret. Der var m. a. o. Meningen, at der hertil fra de almindelige



Hospitalsavdelinger skulde kunne overflyttes saadanne Patienter, hvis helbredstilstand skönnedes uophjælpelig. Forskellige forhold har imidlertid medført, att Karakteren af Nørre Hospital har ændret sig saaledes, at Afdelingen her de senere Aar har arbejdet mere som en almindelig medicinsk Afdeling. Resultatet heraf er, at mange gamle eller kronisk syge Patienter optager Hospitalspladserne for mere trængende syge.

Der findes en del *private Sygehjem* rundt om i landet, specielt i København. Saadanne findes paa

*Skt. Josefs Hospital,*  
*Københavns Sygehjem* i Ordrup,  
*Mara Sygehjem* tilknyttet *Diakonissestiftelsen,*  
*Salem* » » » » ,  
*Samvirkende Menighedsplejers Sygehjem* i Gentofte.

Om alle disse Sygehjem maa det siges, at Omkostningerne ligger mellem ca. 1500 og 3500 Kroner aarlig.

*Hans Heckscher.*

---

Chefen för utrikesbyrån i finska arméns sjukvård, sanitetsmajor, professor *Gösta Becker*, som själv är förhindrad att närvara vid sammanträdet, har bemyndigat mig att göra följande uttalande:

På grund av aktuella omständigheter äro vi tyvärr ur stånd att i detta skede presentera ett utförligt material om de förhållanden i Finland som i detta sammanhang kunde vara av intresse. De uppgifter jag här har äran meddela, hänföra sig dessutom endast till arméns sjukvård.

I Finland har man i allmänhet strävat till att hålla patienterna så länge på avdelningarna, att de som konvalescenter kunnat vistas hemma. Poliklinisk vård förekommer dock allmänt i stor utsträckning varvid denna sker på de egentliga sjukhusen.

Särskilda konvalescentsjukhus (efterbehandlingssjukhus) finnas icke i Finland. Däremot finnes 2 s. k. protessmedjor, den ena förenad med Vanförestalten, den andra med Invalidsjukhuset, båda i Helsingfors. Därjämte finnes en avdelning för hjärn- och nervskadade i samband med Röda Korsets sjukhus i Helsingfors.

Ett antal konvalescenthem finnas. De skötas dels i arméns, dels i privat regi. Särskilda läkare äro icke attacherade till dessa sjukhus.

De finska krigsskadade som vårdats i Sverige ha delvis vårdats på konvalescenthem i Stockholms närhet. Ett särskilt intresse har ägnats arbetsterapien. I en paviljong på Beredskapssjukhusets område har en slöjdverkstad och ett bokbinderi varit upprättade, där undervisningen skötts av yrkeslärare. På avdelningarna i Stockholm och Göteborg har arbetsterapi varit anordnad, ävensom på konvalescenthemmen. De erfarenheter som här vunnits torde böra tillmätas ett visst intresse även för svensk civil sjukvård.

*N. G. Ehrnrooth.*

---



Egentlige etterbehandlingsavdelinger i den forstand som omtalt i det motatte spørreskjema, kan ikke sies å foreligge i Norge. Enkelte av våre sykehus, først og fremst Ullevåls sykehus ved Oslo, har egne pleieavdelinger for kronisk syke, og det hender nokk at en viss etterbehandling av oppegående pasienter kan finne sted på disse avdelinger. Videre har man på Ullevål og ved enkelte andre større sykehus (Bergen, Trondheim, Stavanger) til sine liden benyttet en del av epidemiavdelingens senger til avlastning av de medisinske og kirurgiske avdelinger. Dette har imidlertid vært en temporär forholdsregel, og noe fast antall plasser har iallfall ikke for lengere tid stått til disposisjon.

Hva rekonvalesenthjem angår i betydningen av anstalter til behandling av rekonvalesenter, organisatorisk adskilt fra sykehusene, med ansvarlig lege, finnes en hel rekke slike, dels i større byers omgivelser, dels i landdistriktene. Antall plasser har det ikke i den her tilgjengelige statistikk vært meg mulig å bringe på det rene. Flertallet av disse rekonvalesenthjem eies av private organisasjoner eller av religiöse organisasjoner, Frelserarméen, Sanitetsforeninger, Jernbanen o. s. v. Enkelte er beregnet på nervöse eller pasienter med ikke smittefarlig tuberkulose. De lokaler trygdekasser eller Rikstrygdeverket har undertiden plasert lån i hjemmene.

Avgiften belöper seg i alminnelighet til 4 til 7 kroner. Trygdekassen betaler som oftest denne avgiften fullt ut.

For Oslo by med ca. 275 000 innbyggere og vel 5 000 sykehusplasser kan en antaklig regne med at mellom 100—200 plasser på rekonvalesenthjem, dels i nærheten av byen, dels lengere borte, står til disposisjon.

Ved de fleste rekonvalesenthjem er det legetilsyn 1 gang i uken.

Stockholm, den 10. januar 1944.

*Hans Jacob Ustvedt.*

---

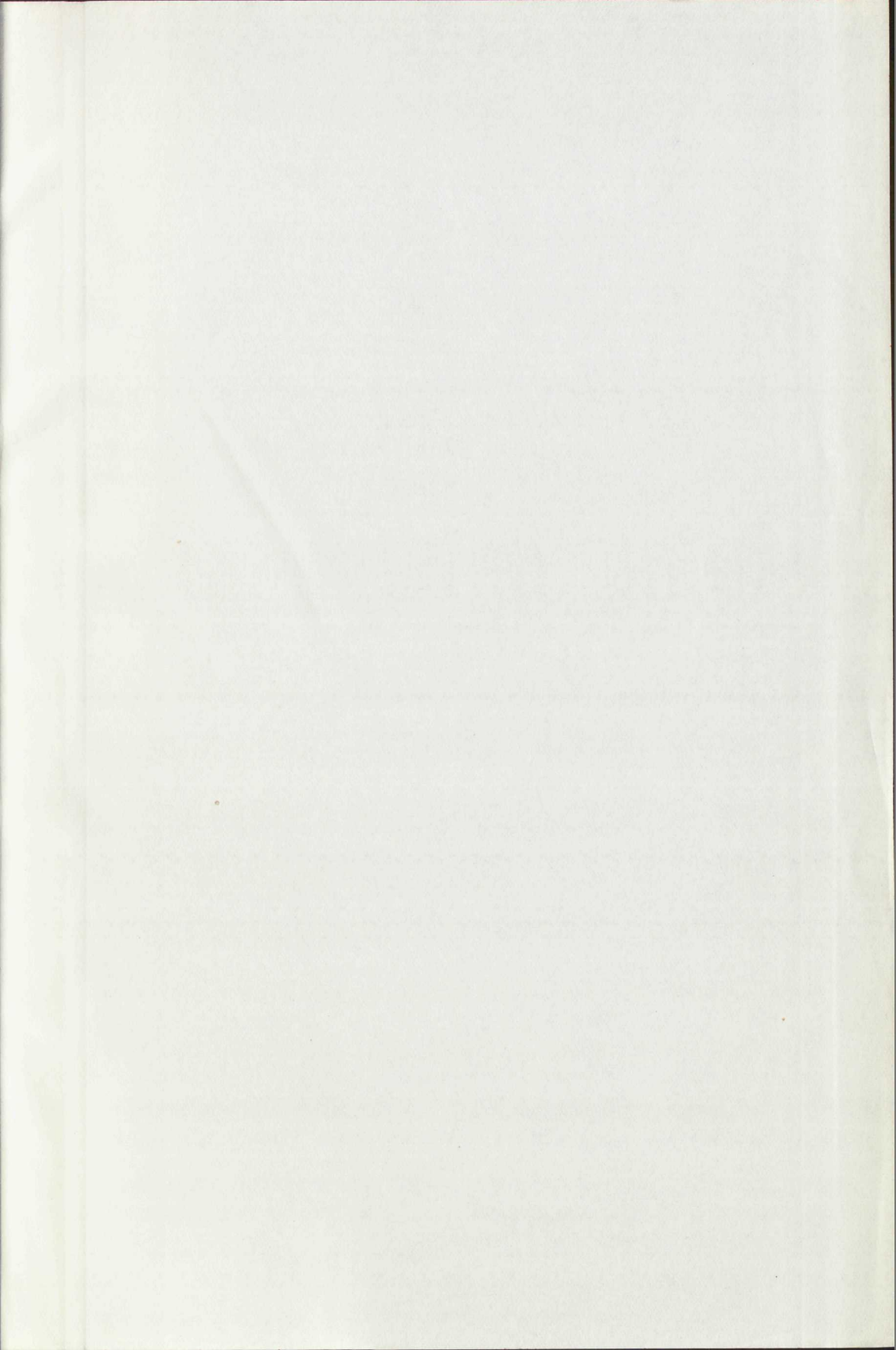
## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

	Sid.
Skrivelse till Herr Statsrådet och chefen för Kungl. Socialdepartementet	3
Kap. I. Översikt av föregående utredningar .....	7
Kap. II. Översikt av nuvarande förhållanden rörande efterbehandling och konvalescentvård i Sverige och övriga nordiska länder ...	14
Kap. III. Motivering för anordnande av eftervårdsplatser .....	17
Kap. IV. Uppskattning av behovet av eftervårdsplatser .....	33
Kap. V. Förslag till efterbehandlingsavdelningar .....	41
Kap. VI. Finansiering av eftervården .....	53
Kap. VII. Sammanfattning och förslag .....	60
Bilagor och ritningar .....	62

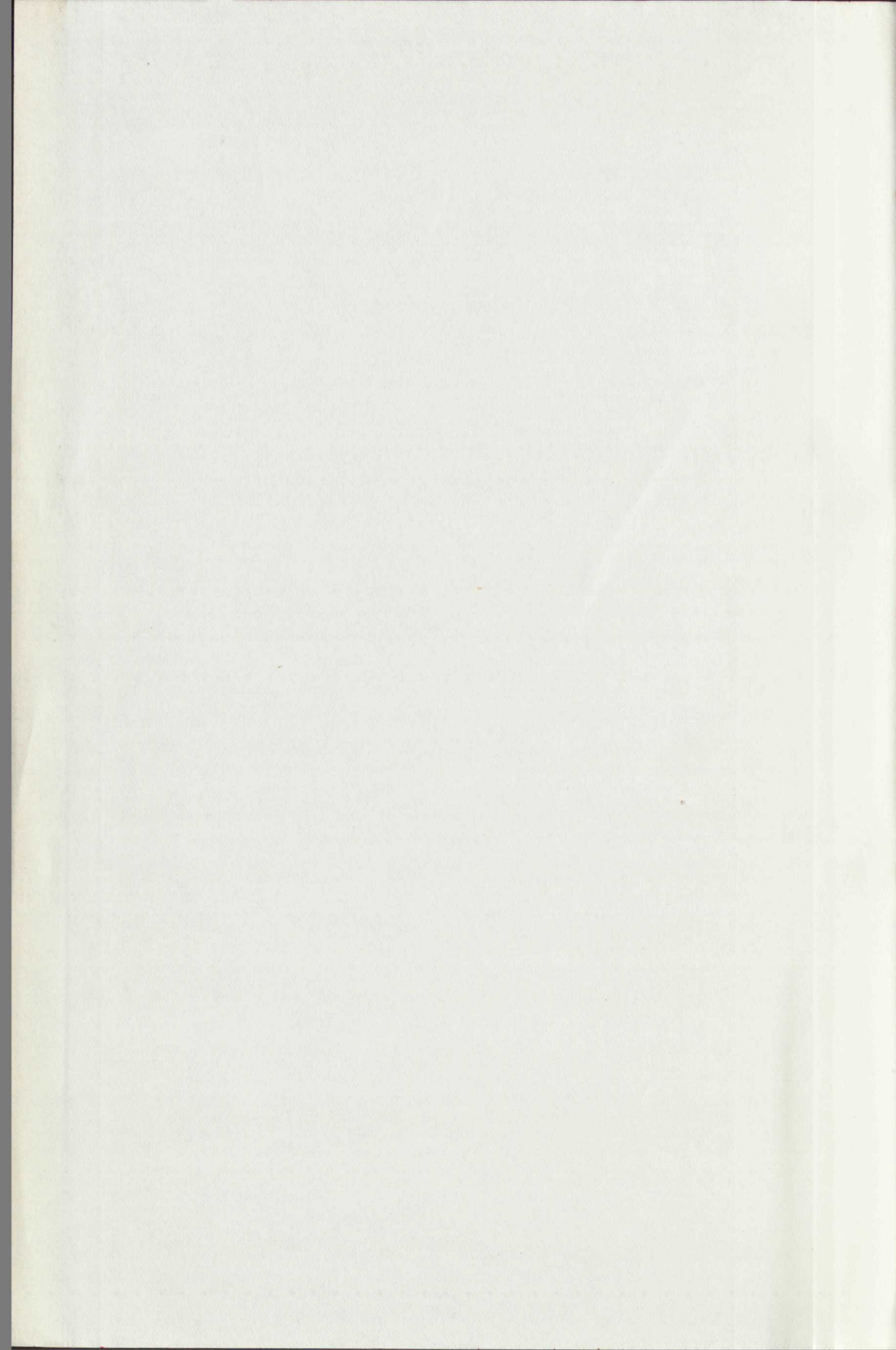


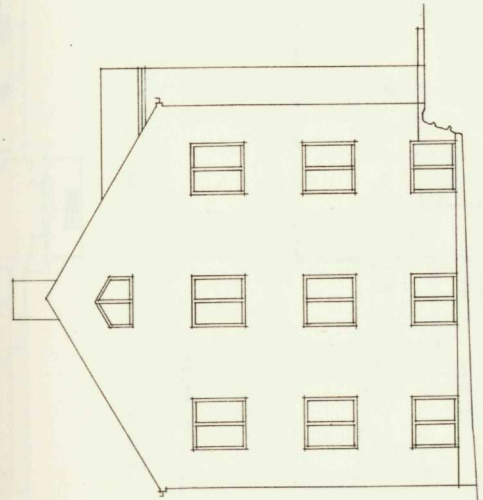
# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

60	Bilagor och ritningar
60	Kap. VII. Sammanfattning och lösnis
53	Kap. VI. Behandling af svårheten
41	Kap. V. Första till tillståndens behandling
33	Kap. IV. Uppskattning af behovet af efterbehandlingen
17	Kap. III. Medicin för anordnande af efterbehandlingen
11	och konstatering af i Sverige och öfriga nordiska länder
7	Kap. II. Översikt af nuvarande förhållanden rörande efterbehandlingen
3	Kap. I. Översikt af föregående utredningar
3	Strövels till Herr Skutumpah och öfriga för Kund, Socialdepartementet

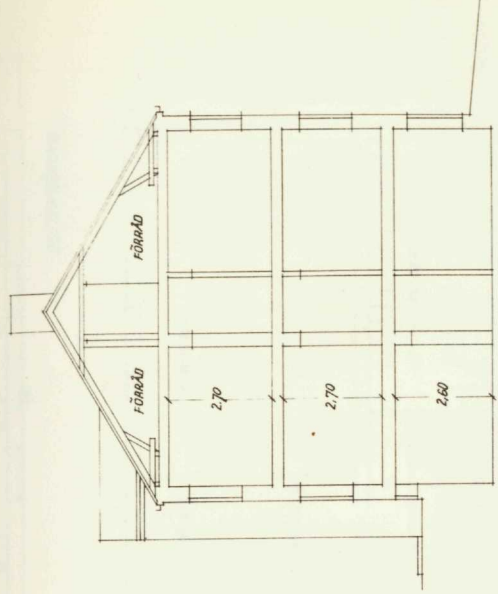




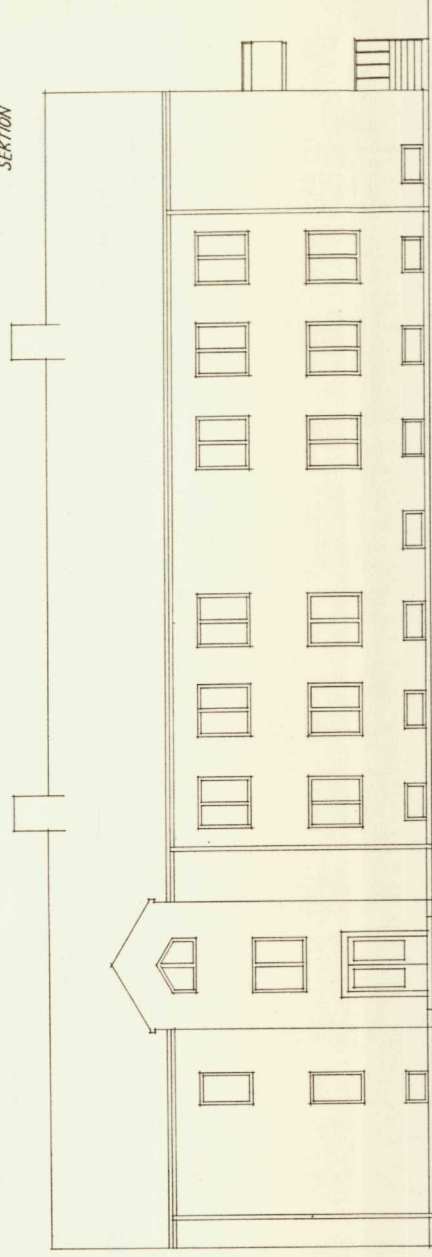




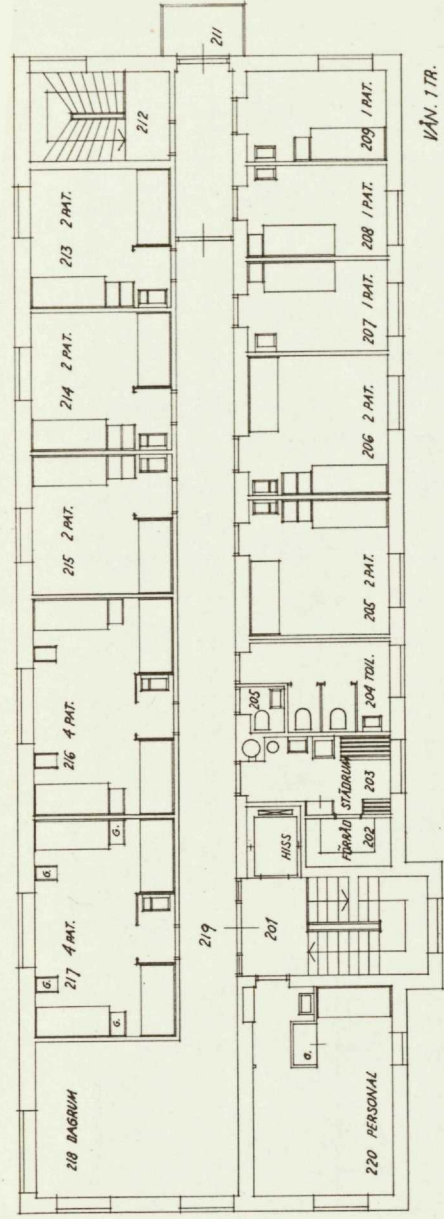
GAVELFASAD



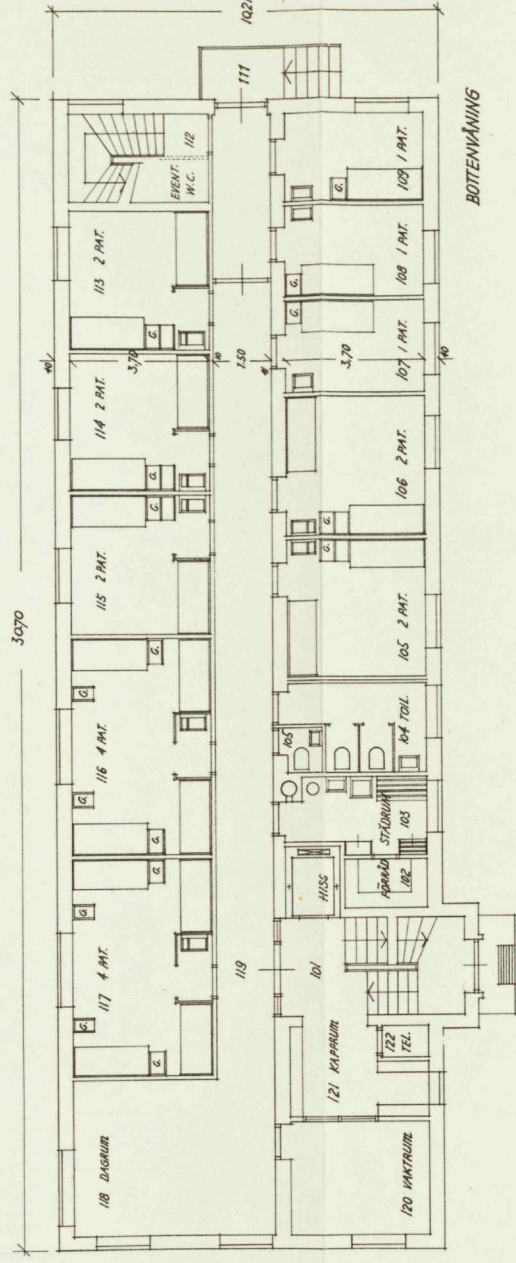
SEKTION



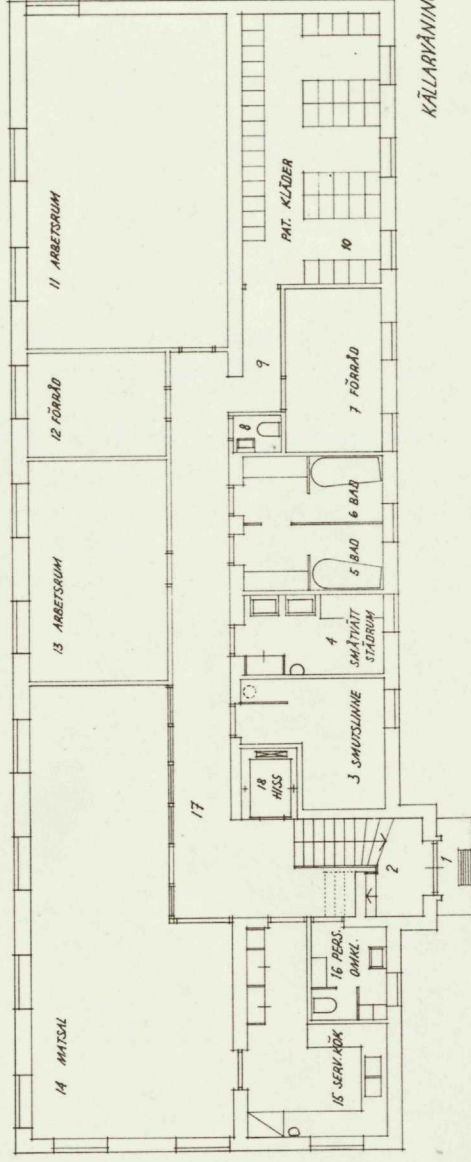
FASAD



VÅN. 1 TR.



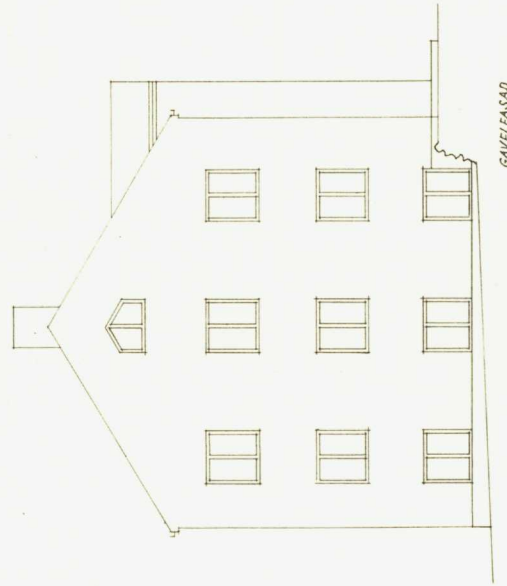
BOTENVÅNING



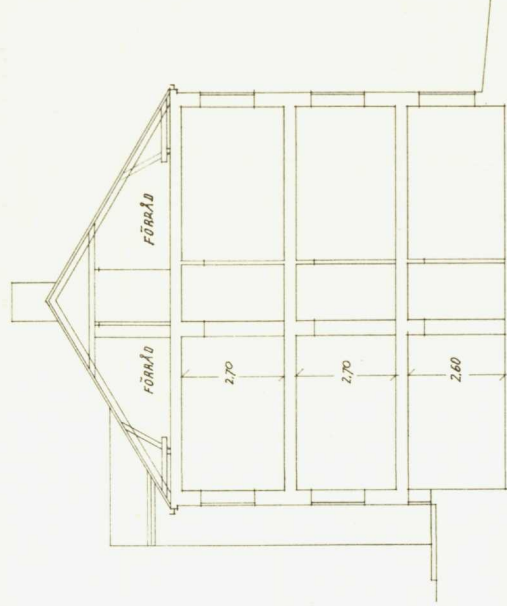
KÄLLARVÅNING

E-ÅNDELNING  
VID LASARETT  
FÖRSLAG A.

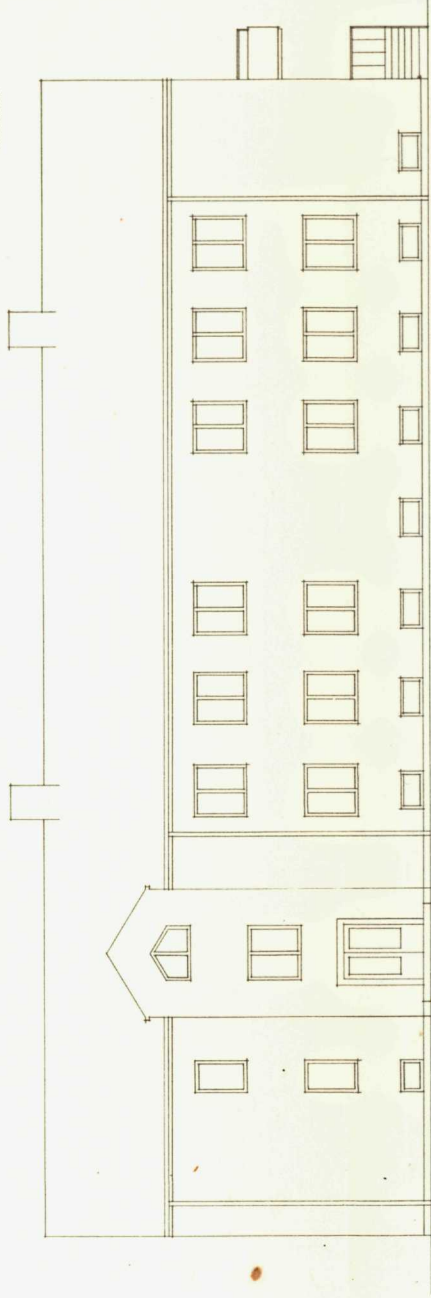




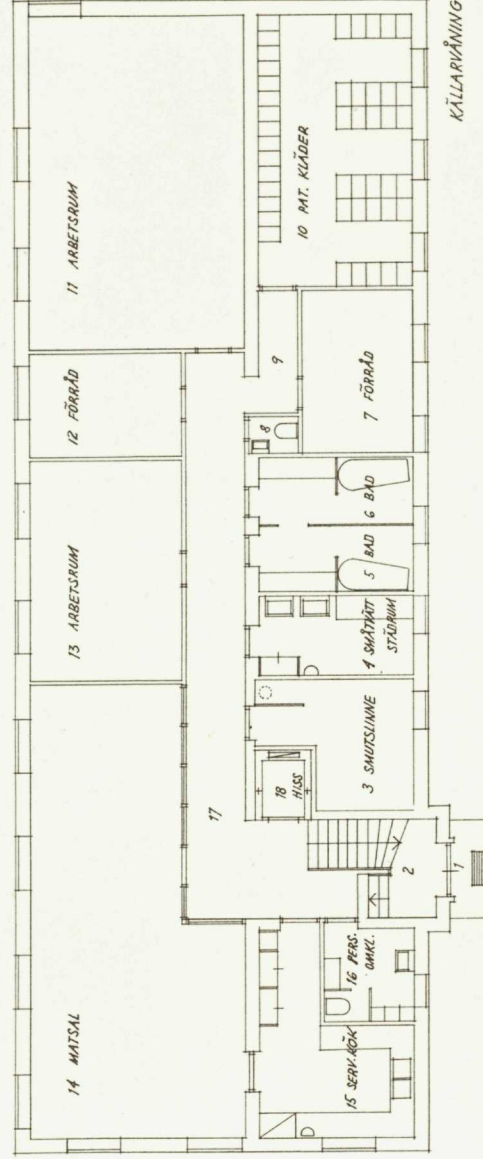
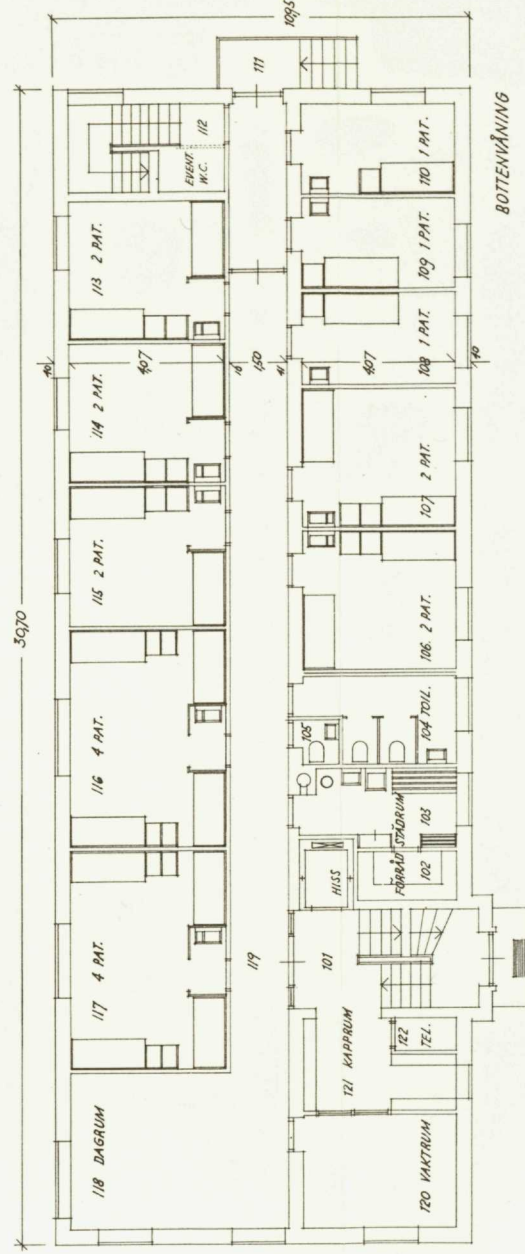
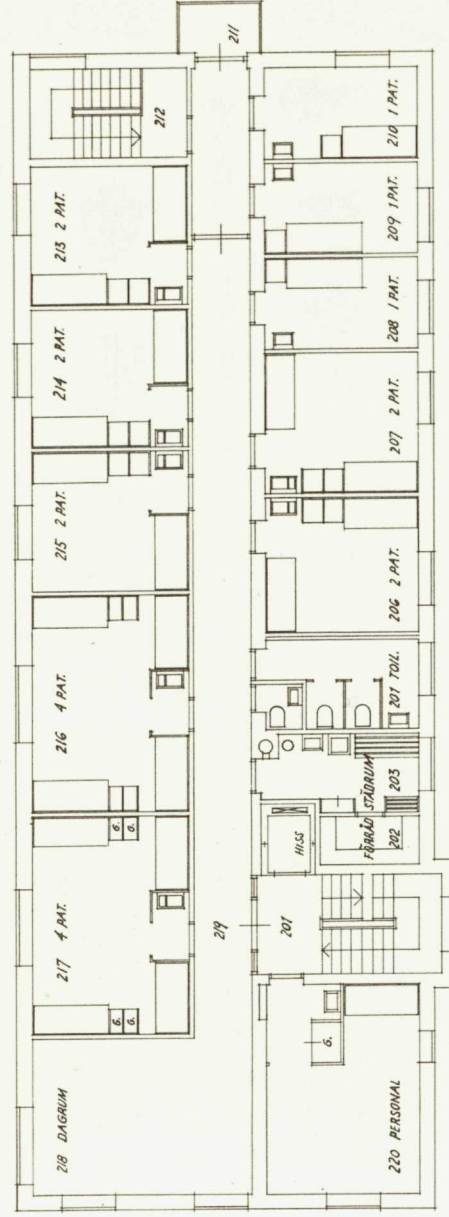
GAVELFASAD



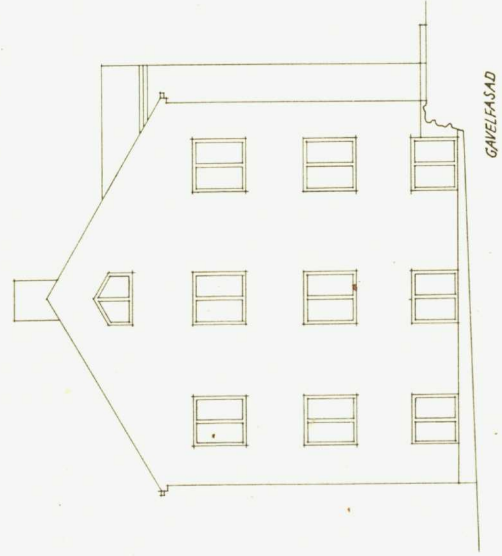
SEKTION



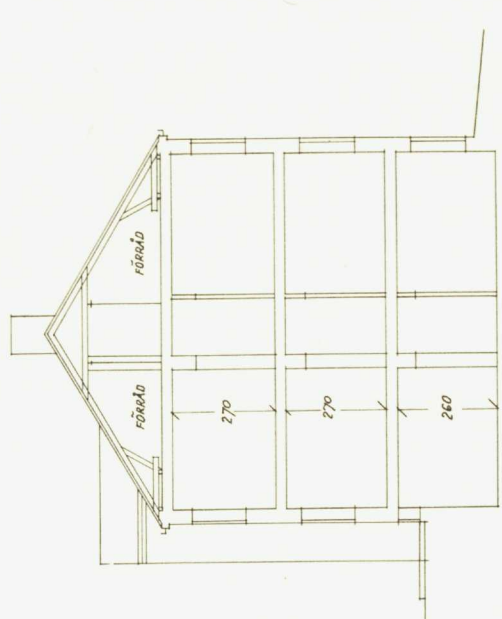
FASAD



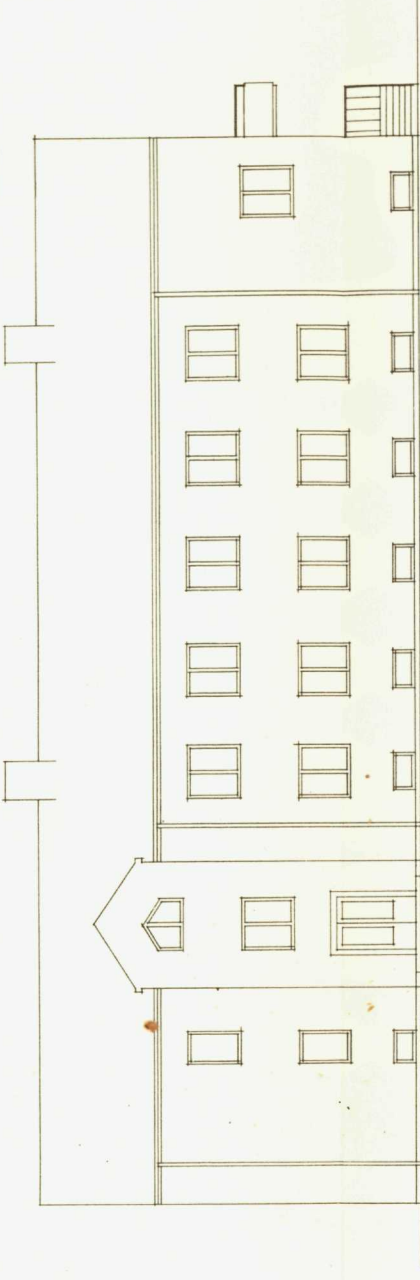
E-ANDELNING  
VID LASARETT  
FÖRSLAG B.



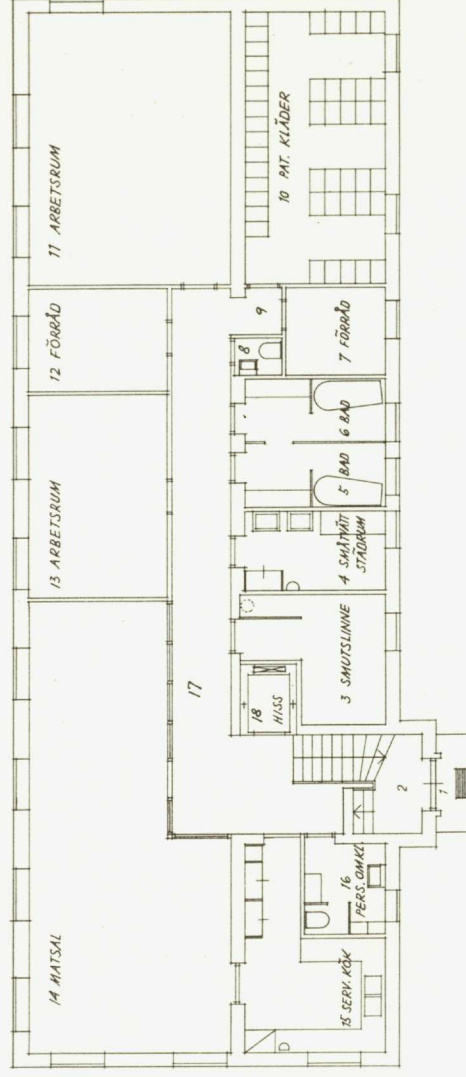
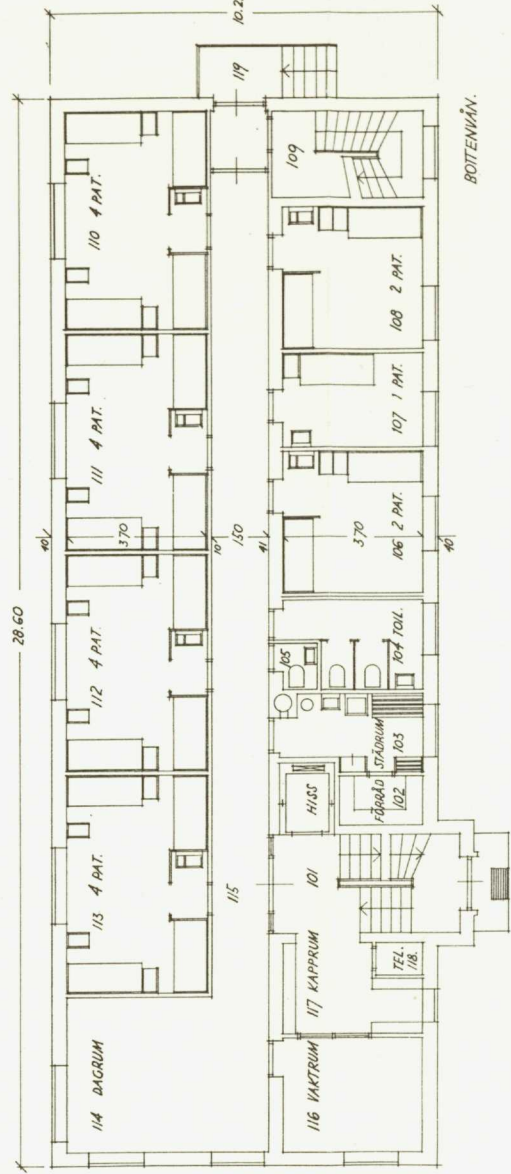
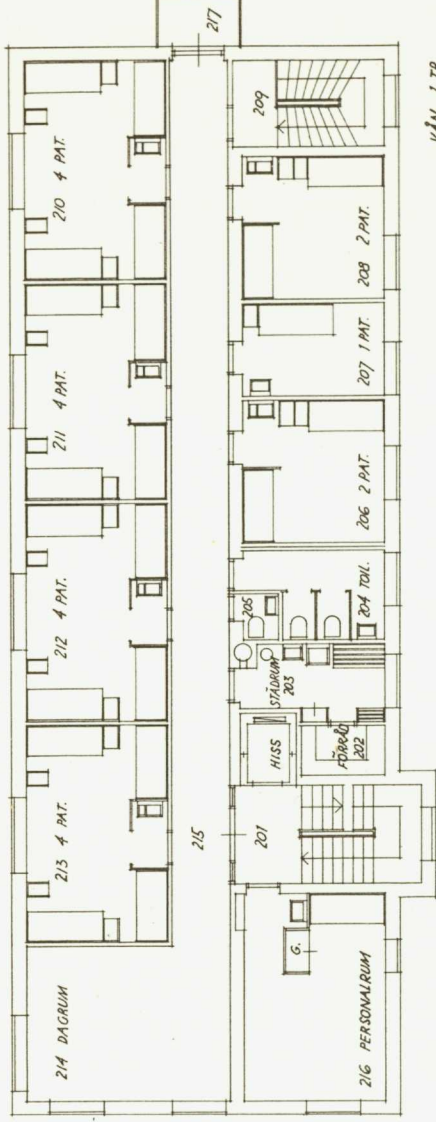
GAVELFASAD



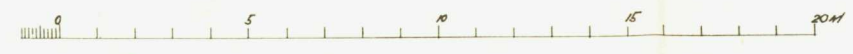
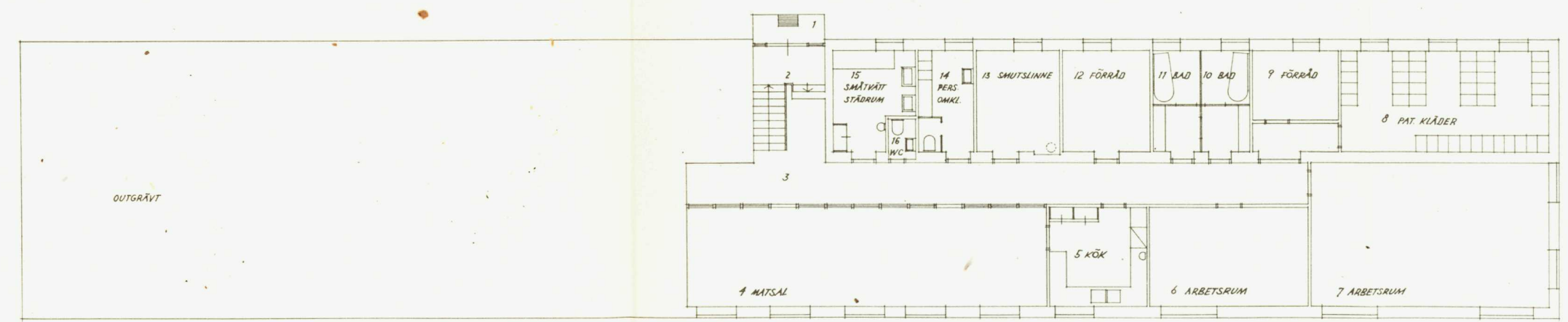
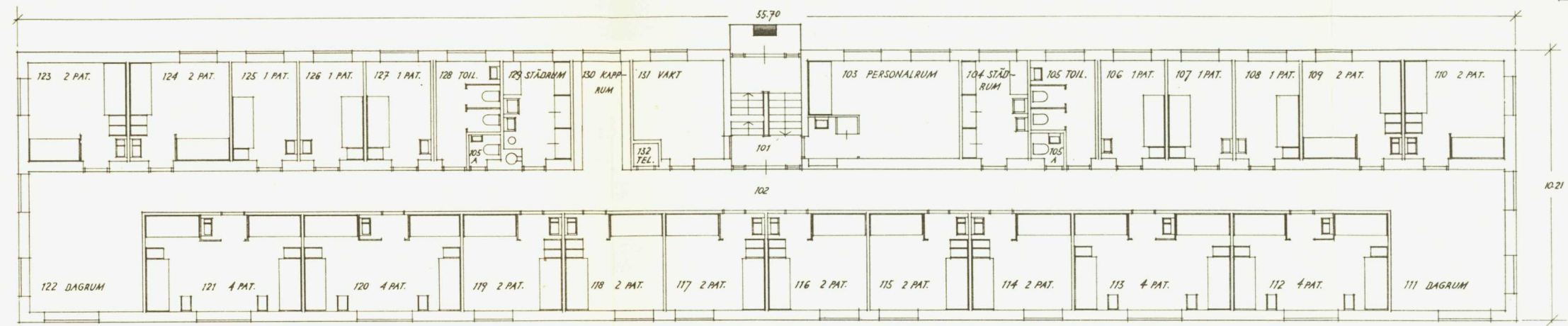
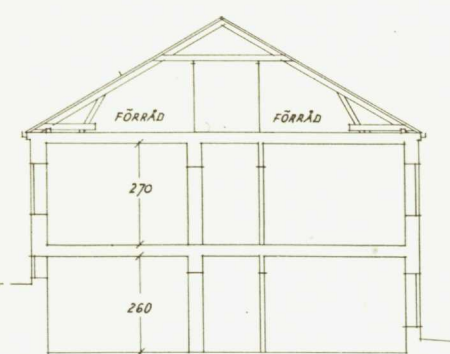
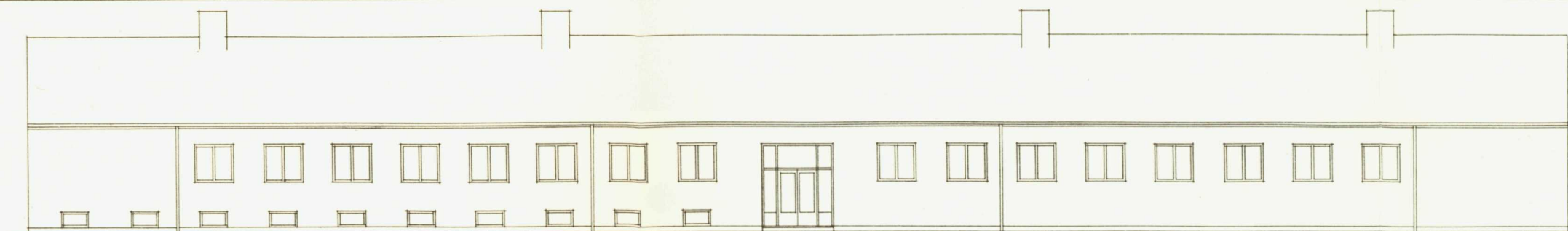
SEKTION



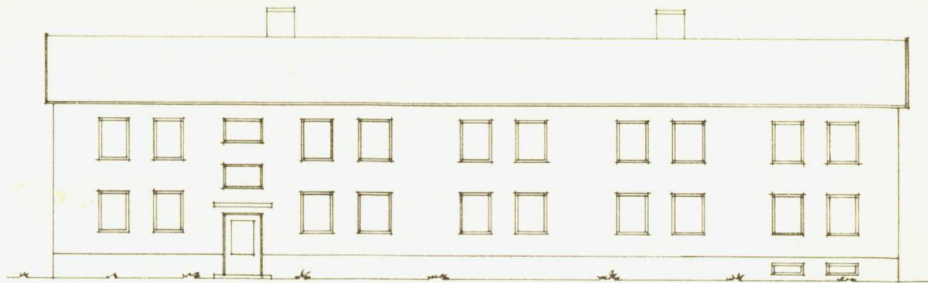
FASAD







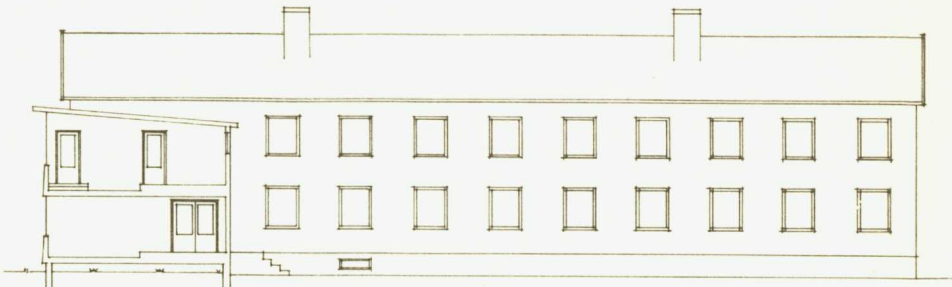
E-AVD. VID LASARETT.  
FÖRSLAG D.



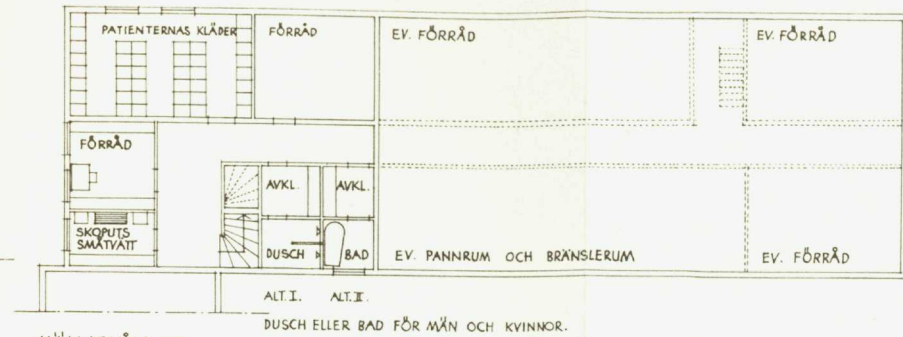
FASAD MOT VÄSTER



FASAD MOT SÖDER

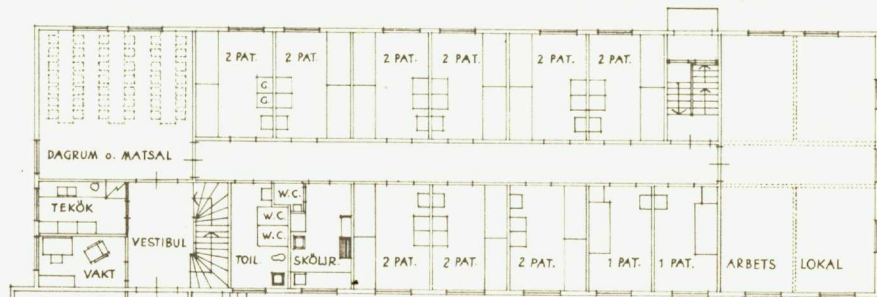


FASAD MOT ÖSTER

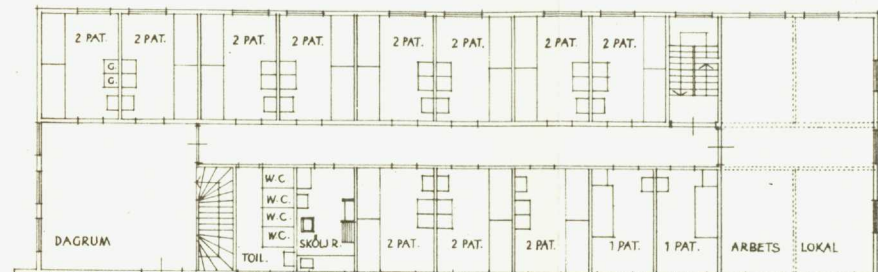


KÄLLARVÅNING

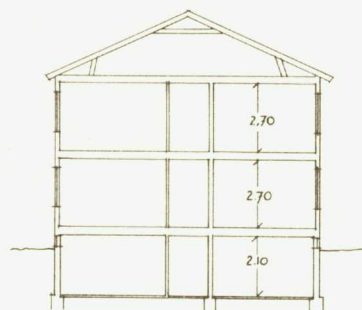
ALT. I. ALT. II.  
DUSCH ELLER BAD FÖR MÄN OCH KVINNOR.



BOTTENVÅNING



VÅNING 1 TR.



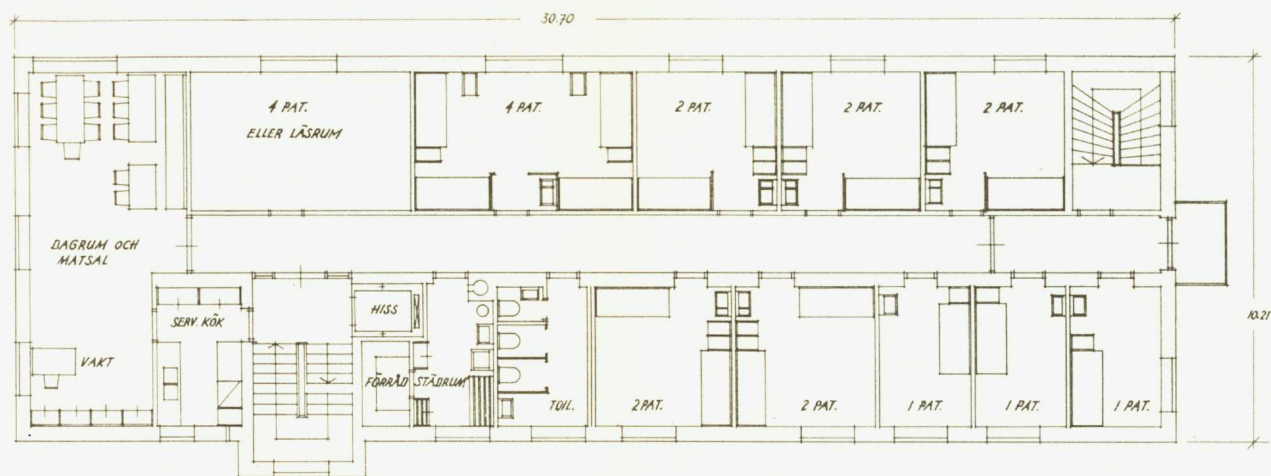
SEKTION

ANTAL SÄNGAR: BOTTENVÅNING 20 SÄNGAR  
VÅNING 1 TR. 24 " "  
SUMMA 44 SÄNGAR

TYPRITNING TILL B-PAVILJONG  
VID SANATORIUM  
PLANER / FASADER







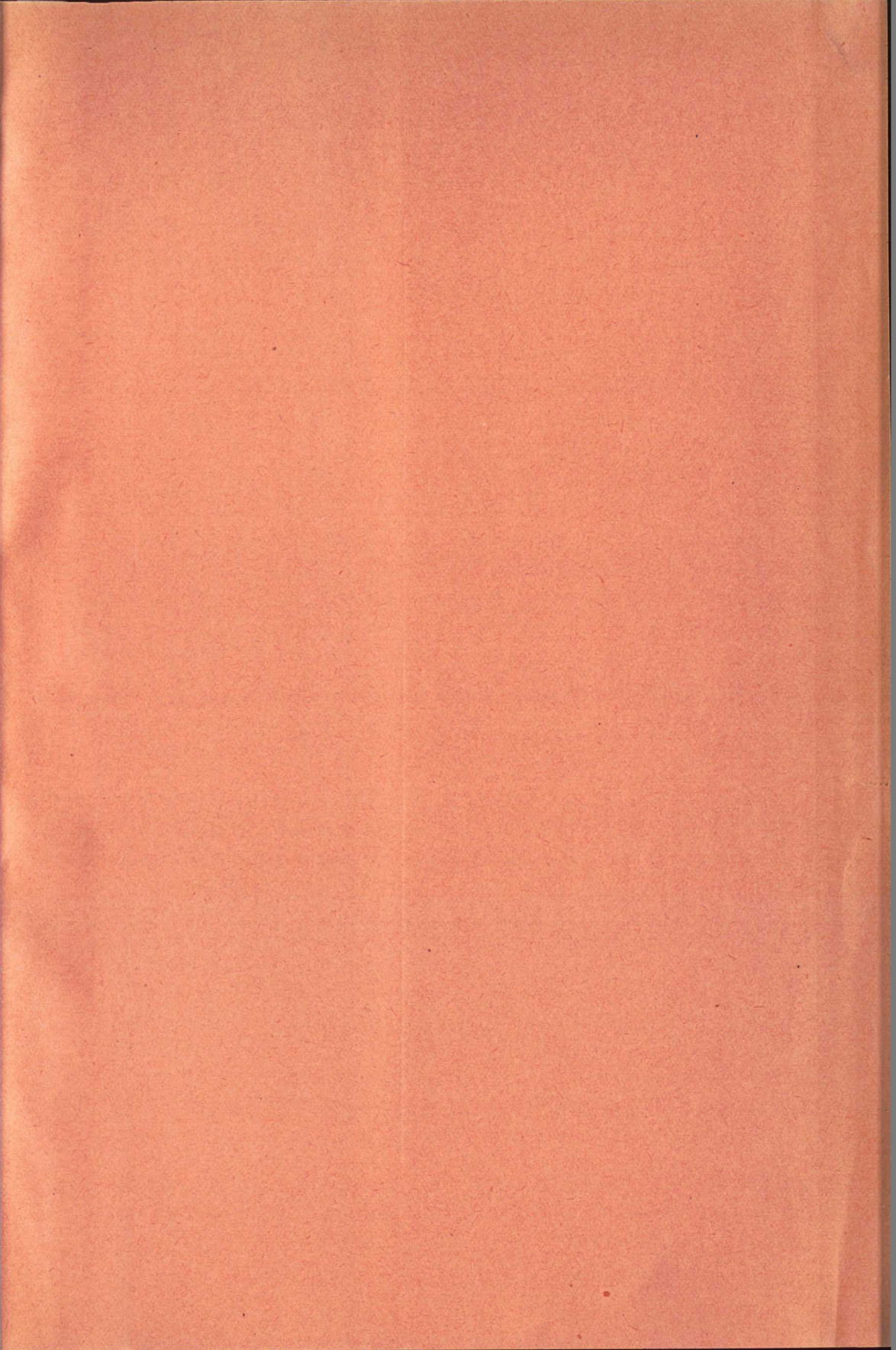
E-AVDELNING VID LASARETT  
BARNAVDELNING.



GUSTAF BIRCH-LINDGREN'S  
ARKITEKTKONTOR

STOCKHOLM DEN 20. 4. 1944.

RITNING 192-14.





# Statens offentliga utredningar 1944

## Systematisk förteckning

(Siffrorna inom klammer beteckna utredningarnas nummer i den kronologiska förteckningen.)

### Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Processlagberedningens förslag till lag om införande av nya rättegångsbalken m. m. 1. Lagtext. [9] 2. Motiv m. m. [10] Betänkande med förslag rörande revision av lagstiftningen om kvinnas behörighet att innehava statstjänst och annat allmänt uppdrag. [24]

### Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Betänkande med förslag ang. revision av riksdagens arbetsformer. [8]

### Kommunalförvaltning.

Promemoria med förslag till lag med bestämmelser om allmänna behörighetsvillkor för vissa kommunala uppdrag m. m. [4]

### Statens och kommunernas finansväsen.

### Politi.

Betänkande ang. nykterhetstillståndet under krigsåren. [8]

### Nationalekonomi och socialpolitik.

Utredningar ang. ekonomisk efterkrigsplanering. 1. [7] 2. [12] 3. [13] 4. [14] 5. [25] Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 4. Tiden juli 1942—juni 1943. [11] Socialvårdskommitténs betänkande. 7. Utredningar och förslag ang. lag om allmän sjukförsäkring. [15] 8. Kostnadsberäkningar ang. lag om allmän sjukförsäkring. [16] Befolkningspolitik i utlandet. [26]

### Hälsa- och sjukvård.

1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande. Del 2. Utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande inom landets sjukvårdsväsen av efterbehandling och konvalescentvård. [28]

### Allmänt näringsväsen.

Betänkande med utredning och förslag ang. rätten till vissa uppfinningar m. m. [27]

### Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Jordbruksbefolkningens levnadskostnader. [1] Betänkande med förslag till byordningar och instruktioner för ordningsmännen i lappbyarna. [6]

### Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

### Industri.

### Handel och sjöfart.

### Kommunikationsväsen.

Betänkande med förslag till vägtrafikstadga m. m. [18]

### Bank-, kredit- och penningväsen.

### Försäkringsväsen.

### Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Betänkande med förslag till åtgärder för främjandet av litteraturtjänsten inom de tekniska fackområdena. [17] Om inrättande av ett samhällsvetenskapligt forskningsråd. [19] 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 1. Skolan i samhällets tjänst. [20] 2. Sambandet mellan folkskola och högre skola. [21] 3. Utredning och förslag ang. vidgade möjligheter till högre undervisning för landsbygdens ungdom. [22] Bilaga 3. Förhandlingarna vid sammanträde den 15—den 17 juni 1943 med 1940 års skolutrednings rådgivande nämnd. [23]

### Försvarsväsen.

Betänkande med förslag ang. långtjänstunderbefäl m. m. [2] Betänkande med förslag till civilförsvarslag m. m. [5]

### Utrikes ärenden. Internationell rätt.