STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1944: 68
KOMMUNIKATIONSDEPARTEMENTET

1940 ÅRS CIVILA BYGGNADSUTREDNING

BETÄNKANDE II

FÖRSLAG TILL FÖRESKRIFTER RÖRANDE

PLANLÄGGNING OCH UTFÖRANDE AV BYGGNAD FÖR LASARETT, SANATORIUM, EPIDEMISJUKHUS M. FL.

AVGIVET DEN 15 DECEMBER 1944.

STOCKHOLM
1944

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. **Fi.**
4. Promemoria med förslag till lag med bestämmelser om allmänna behörighetsvillkor för vissa kommunala uppdrag m. m. Hæggström. 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. **Fi.**
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. vij, 191 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. **Fi.**
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. **Fi.**
14. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering 4. Marcus. 153 s. **Fi.**
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. Hæggström. 165 s. **E.**
18. Betänkande med förslag till vägtrafikstadga m. m. Beckman. 84 s. **K.**
19. Om inrättande av ett samhällsvetenskapligt forskningsråd. Hæggström. 23 s. **E.**
20. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 1. Skolan i samhällets tjänst. Frågeställningar och problemläge. Idun. 138 s. **E.**
21. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 2. Sambandet mellan folkskola och högre skola. Idun. (2), 354 s. **E.**
22. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 3. Utredning och förslag angående vidgade möjligheter till högre undervisning för landsbygdens ungdom. Idun. 104 s. **E.**
23. 1940 års skolutrednings 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 statstjänst och annat allmänt uppdrag. Norstedt. 65 s. **Ju.**
25. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 5. Promemoria angående yrkesutbildning för arbetslösa m. m. Hæggström. 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.**
29. Socialutbildningssakkunniga. 1. Utredning och förslag rörande den högre socialpolitiska och kommunala utbildningen. Hæggström. 192 s. **E.**
30. Ungdomsvårdskommitténs betänkande 1 med utredning och förslag angående psykisk barna- och ungdomsvård. Norstedt. 277 s. **Ju.**
31. Ungdomsvårdskommitténs betänkande 2 med utredning och förslag angående stöd åt ungdomens föreningsliv. Norstedt. 197 s. **Ju.**
32. Slututlåtande avgivet av besparingsberedningens järnvägssakkunniga. Marcus. 169 s. **Fi.**
33. Socialvårdens omfattning och kostnader efter 1930. Beckman. 69 s. **S.**
34. Socialvårdskommitténs betänkande. 9. Utredning och förslag angående revision av lagstiftningen om barnavårdsanstalter och fosterbarnsvård. Beckman. 296 s. **S.**
35. Betänkande med förslag till lag om skyldighet för innehavare av järnväg eller spårväg att hålla stängsel. Norstedt. 76 s. **Ju.**
36. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 6. Marcus. 130 s. **Fi.**
37. Kommunindelningskommittén. 1. Den lantkommunala författningsregleringens historia. Av E. Schalling. Marcus. 108 s. **S.**
38. Betänkande angående ordnandet av civilanställning för avgående fast anställt manskap vid försvaret. Beckman. 160 s. **Fö.**
39. Betänkande med förslag i anledning av utredning rörande tillstånd för juridiska personer att utöva yrkesmässig automobiltrafik. Idun. 122 s. **K.**
40. Promemoria angående socialvården under krig. Idun. 115 s. **S.**
41. Förslag till handledning i sexualundervisning för lärare i folkskolor. Hæggström. 70 s. 4 pl. **E.**
42. 1943 års riksteaterutrednings betänkande och förslag angående riksteaterns omorganisation m. m. Blom. 117 s. **E.**
43. Betänkande med förslag till inrättande av ett forskningsråd på jordbrukets område. Hæggström. 108 s. **Jo.**
44. Betänkande med förslag rörande utnyttjandet av ingenjörtekniskt utbildad personal inom försvarsväsendet och därmed sammanhängande frågor. Idun. 169 s. **Fö.**
45. Betänkande med förslag till åtgärder för den jordbrukstekniska forskningens och upplysningsverksamhetens ordnande. Idun. 75 s. **Jo.**
46. Betänkande med förslag till lag om ändring i vissa delar av lagen den 18 juni 1926 om delning av jord å landet samt lag om sammanläggning av fastigheter å landet, m. m. Norstedt. 294 s. **Ju.**
47. Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande 1. Utredning och förslag rörande den förvaltningsekonomiska statistiken vid kroppssjukhusen. Beckman. 95 s. **S.**
48. Betänkande med förslag till allmän ordningsstadga m. m. Beckman. 184 s. **S.**
49. Betänkande angående organisationen av garnisonssjukvården i Stockholm. Beckman. 92 s. **Fö.**
50. Strafflagberedningens betänkande angående verkställigheten av frihetsstraff m. m. Marcus. 388 s. **Ju.**
51. Betänkande i abortfrågan. Beckman. 351 s. **S.**
52. Folkbokföringskommitténs betänkande med förslag till omorganisation av folkbokföringen. Marcus. iv, 413 s. **Fi.**
53. Betänkande med förslag till förstatligande av polisväsendet i riket och åklagarväsendet i rikets städer. Del 1. Allmänna grunder. Norstedt. 407 s. **S.**
54. Betänkande med förslag till förstatligande av polisväsendet i riket och åklagarväsendet i rikets städer. Del 2. Organisationens utformning, avlöningsfrågor m. m. Norstedt. 248 s. **S.**
55. Betänkande rörande organisatoriska åtgärder för den medicinska forskningens främjande. Hæggström. 214 s. **E.**
56. Betänkande med förslag angående den statsunderstödda torrläggningsverksamheten. Hæggström. 307 s. 3 bil. **Jo.**
57. Utredningar angående ekonomisk efterkrigsplanering. 7. Framställningar och utlåtanden från kommissionen för ekonomisk efterkrigsplanering. 1. Marcus. 159 s. **Fi.**

(Forts. å omslagets 3:dje sida.)

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1944: 68
KOMMUNIKATIONSDEPARTEMENTET

1940 ÅRS CIVILA BYGGNADSUTREDNING

BETÄNKANDE II

FÖRSLAG TILL FÖRESKRIFTER RÖRANDE

PLANLÄGGNING OCH UTFÖRANDE AV BYGGNAD FÖR LASARETT, SANATORIUM, EPIDEMISJUKHUS M. FL.

AVGIVET DEN 15 DECEMBER 1944.

STOCKHOLM 1945
K. L. BECKMANS BOKTRYCKERI
[1537 44]

INNEHÅLL.

Till

Herr Statsrådet och chefen för kommunikationsdepartementet.

Arbetet inom 1940 års civila byggnadsutredning har efter avlämnandet den 15 februari 1943 av utredningens betänkande I med förslag till ändringar i Kungl. Maj:ts byggnadsstadga samt till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för vissa vårdanstalter och folktandpolikliniker bedrivits efter samma riktlinjer som tidigare. Sålunda har den fortlöpande granskningen av särskilda byggnadsföretag, dels statliga dels ock kommunala och enskilda, för vilka bidrag av statsmedel eller upplåningstillstånd ifrågasatts, haft en ganska betydande omfattning. Utredningen har vidare med skrivelse den 19 november 1943 avgivit förslag till allmänna normer för planläggning och utförande av ämbetsbyggnader. Slutligen har utredningen fullföljt uppgiften att söka åstadkomma enhetliga principer för en förenkling och standardisering av den offentliga byggnadsverksamheten på kroppssjukvårdens område.

Med stöd av Kungl. Maj:ts den 1 augusti 1940 givna bemyndigande har chefen för kommunikationsdepartementet den 14 maj 1943 uppdragit åt t. f. förste revisorn i statskontoret S. E. Holmqvist att från och med den 1 maj 1943 vara biträdande sekreterare hos utredningen.

Av de i utredningens skrivelse den 15 februari 1943 angivna personer, vilka genom beslut av departementschefen den 24 april 1942 tillkallats att såsom experter biträda vid undersökningarna beträffande samtliga i beslutet omförmälda grupper av byggnader, hava efter därom gjorda ansökningar arkitekten E. Dahlberg och laboratorn G. Nordgren den 9 mars och den 24 november 1943 entledigats.

Vid fullföljandet av granskningen rörande byggnadsverksamheten på kroppssjukvårdens område har utredningen biträtts av följande, av departementschefen med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 24 april 1942 tillkallade experter, nämligen medicinalrådet E. Edén, lasarettsläkarna G. Bohmansson, M. Odin och G. Vidfelt, landstingsdirektören A. V. Lindh samt arkitekten G. M. Birch-Lindgren, ävensom i fråga om obstetrisk-gynekologiska avdelningar professorn A. Westman, i fråga om barnavdelningar professorn A. Lichtenstein, i fråga om röntgenavdelningar professorn Å. O. Åkerlund, i fråga om byggnader för tuberkulosanstalter sekreteraren i svenska national-

föreningen mot tuberkulos J. Lundquist samt i fråga om epidemisjukhusbyggnader överläkaren R. Bergman. Vid planläggningen av kökslokaler vid nu förevarande sjukvårdsanstalter har utredningen biträtts av sysslomannen N. S. Sjunnesson.

Genom beslut den 30 maj 1944 bemyndigades utredningen att uppdraga åt arkitekten G. Birch-Lindgren att med tillämpning av de av utredningen förordade normerna utarbeta sammanställningsritningar avseende en lasarettsbyggnad.

Sedan utredningen numera avslutat sina undersökningar rörande förefintliga normerande bestämmelser och anvisningar i fråga om anläggningar inom kroppssjukvårdens område och beträffande den byggnadstekniska beskaffenheten av nämnda anläggningar, får utredningen härmed vördsamt till Herr Statsrådet överlämna betänkande med förslag till föreskrifter angående planläggning och utförande av byggnader för lasarett, sanatorium, annexsjukhus i anslutning till lasarett eller sanatorium samt epidemisjukhus. Av arkitekten Birch-Lindgren utarbetade sammanställningsritningar hava såsom bilaga fogats vid betänkandet.

Särskilt yttrande av undertecknad Lindh bilägges.

Stockholm den 15 december 1944.

WILHELM BJÖRCK

ERNST LINDH SVEN MARKELIUS

BIRGER JONSON ANDERS DIÖS

Sten Lindegren. S. E. Holmqvist

Allmänna synpunkter.

I det betänkande, vari civila byggnadsutredningen tidigare framlagt förslag till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för vissa vårdanstalter och folktandpolikliniker, erinrade utredningen inledningsvis därom, att hittills meddelade normer eller anvisningar beträffande lokaler inom området för sjukvård och undervisningsväsen utformats efter *minimiprincipen*. Ett överskridande av de föreskrivna minimikraven har ansetts vara vederbörande huvudmans ensak och normalt icke föranlett erinran från tillsynsmyndigheten.

Med hänsyn till föreliggande erfarenheter från utredningens granskningsverksamhet och mot bakgrunden av det mycket ansträngda samhällsekonomiska läget, fann sig utredningen böra föreslå en principiell modifikation i utformningen av de sålunda meddelade normerna på det område, som i betänkandet närmare avhandlades. Normerna i fråga borde nämligen enligt utredningens mening utformas *icke* såsom minimikrav utan såsom medgivande till vidtagande av åtgärder intill en angiven gräns. Endast med tillämpande av en sådan metod kunde enligt utredningens mening garantier vinnas för en bestående återhållsamhet vid planläggningen av olika byggnadsföretag, för vilkas utförande det allmänna hade att svara.

Vid anlitande av nu angivna utväg, varigenom de olika elementen i de ifrågavarande vårdanstalterna skulle maximeras, uppnåddes, att standard och anläggningskostnader skulle hållas inom den lägsta möjliga ram, som kunde godtagas utan att ändamålsenligheten åsidosattes. Samtidigt måste emellertid uppmärksammas, att planläggningen av byggnaderna skedde på sådant sätt, att driftkostnaderna vid anstalterna kunde begränsas i görligaste mån. Dessa synpunkter hava tillgodosetts såväl vid utformningen av olika lokaliteter och detaljer som särskilt genom sättet för enheternas sammanfogande inom byggnadskomplexet, och har utredningen till närmare belysning härav framlagt vissa typexempel å anläggningar av den karaktär, varom i betänkandet vore fråga.

En viktig omständighet är, att anstaltsenheten från begynnelsen planlägges så, att den icke ställer sig onödigt dyrbar i drift. Härutinnan hava i fråga om vissa av de i betänkandet behandlade anstalterna, ålderdomshem och hem för kroniskt sjuka, mött svårigheter närmast sammanhängande med dessa anstalters rent humanitära uppgifter. Hänsyn till dessa förhållanden nödgade till ett eftergivande i viss mån av de ekonomiska kraven. Men såtillvida vunno dock även dessa sistnämnda krav beaktande, att bestämda föreskrifter angående visst minsta antal vårdplatser befunnits genomförbara, varigenom

åtminstone de mest oekonomiska anstaltsenheterna i framtiden skulle kunna undgås.

Då utredningen haft att med utgångspunkt från de i statsrådsprotokollet över kommunikationsärenden den 1 augusti 1940 meddelade direktiven fullfölja arbetet med att föreslå enhetliga riktlinjer för en förenkling och standardisering av den offentliga byggnadsverksamheten beträffande anläggningar inom kroppssjukvårdens område, har utredningen funnit sig böra fasthålla vid de nu i korthet berörda grundsatser, som varit vägledande vid utformandet av de tidigare framlagda förslagen. Utredningen har sålunda eftersträvat att jämväl i fråga om dessa anläggningar uppnå uttryckliga föreskrifter beträffande storleken av vissa ur kostnadssynpunkt grundläggande element, t. ex. sjuksalar, korridorutrymmen, bilokaler samt vissa speciella delar av sjukhusanläggningen, såsom operationslokaler och kökslokaler, ävensom beträffande den huvudsakliga standarden i fråga om material och utförande. I sistnämnda avseende har jämväl i detta sammanhang beaktats, att föreskrifternas avfattning icke får lägga hinder i vägen för erforderlig anpassning efter den tekniska utvecklingen. Vidare har det framstått såsom angeläget att söka vinna garantier för driftekonomiskt tillfredsställande enheter såväl vad angår storleken som anordningar i övrigt.

Då det gäller bedömandet av driftekonomiska förhållanden, vill emellertid utredningen framhålla, att betydande svårigheter mött såtillvida, att exakta hållpunkter härutinnan ännu saknas. De omfattande och tidsödande detaljstudier över sjukhusarbetets teknik och ekonomi, som bort ligga till grund för övervägandena, har utredningen icke haft möjligheter att bedriva redan med hänsyn till nödvändigheten att utan tidsutdräkt kunna framlägga förslag i ämnet. Den mångsidiga experterfarenhet, som stått till utredningens förfogande, har emellertid även i detta avseende anlitats, och utredningen håller med hänsyn härtill före, att hithörande synpunkter belysts och beaktats i all den utsträckning som under nuvarande förhållanden över huvud varit för arbetet praktiskt möjlig. Planläggningen har sålunda genomgående inriktats på att tillgodose de önskemål eller krav, som med arbetsekonomisk motivering framkommit såväl i vad angår lokalernas utformning och inredning som deras inbördes gruppering.

Sedan numera med stöd av Kungl. Maj:ts bemyndigande den 13 maj 1943 chefen för socialdepartementet tillkallat särskilda sakkunniga för omprövning av hithörande förhållanden, lära jämkningar kunna vidtagas i de av utredningen framlagda förslagen, i den mån sådana på grund av utredningsresultatet kunna visa sig av behovet påkallade.

I enlighet med den ståndpunkt, som nu och — med större utförlighet — i det tidigare avgivna betänkandet utvecklats, vill utredningen förorda, att i fråga om olika sjukvårdsanstalter, för vilka staten, landsting eller primärkommun har att fullgöra byggnadsskyldigheten, Kungl. Maj:t bör meddela uttryckliga bestämmelser, innefattande den högsta standard i fråga om planläggning, byggnadselement, material och utförande, som synes böra

medgivas. Vederbörande granskningsoch eller tillsynsmyndighet bör det åligga att på grundvalen av föreskrifterna och med noggrant beaktande av sparsamhetskravet tillhandahålla detaljerade anvisningar beträffande anordning och utrustning. Sådana föreskrifter böra meddelas i första hand för byggnader inom sjukvårdsområden, där statsbidrag utgår (tuberkulos- och förlossningsanstalter, barnavdelningar samt epidemisjukhus). Då det emellertid av olika skäl icke lärer kunna ifrågakomma att begränsa tillämpningen av bestämmelserna till dessa områden och de restriktiva åtgärderna från Kungl. Maj:ts sida hittills vidtagits i anslutning till erforderligt upplåningstillstånd, förordar utredningen, att bestämmelserna erhålla allmängiltig innebörd beträffande planläggningen av alla byggnader inom sjukvårdsområdet, till vilka statsbidrag utgår eller för vilka tillstånd till upplåning påkallas.

Utredningen är emellertid samtidigt angelägen betona, att ett normerande ingripande från Kungl. Maj:ts sida beträffande de mera kvalificerade sjukvårdsanstalterna är förbundet med större vanskligheter än i fråga om de enklare vårdanstalter, vilka tidigare varit föremål för utredningens övervägande.

I första hand måste härvid uppmärksammas, att nu förevarande anläggningar utmärkas av en vida längre driven specialisering med åtföljande ökad variation i lokalanspråken. Särskilt gäller detta arbetsavdelningarna (poliklinik-, operations-, laboratorie-, röntgenlokaler m. fl.), beträffande vilka växlingar i verksamhetens omfattning och vid densamma anlitade metoder utöva ett mycket stort inflytande. Därtill kommer, att det sorgfälligt måste tillses, att den fortgående utvecklingen inom sjukvården icke försvåras eller motarbetas. Och slutligen är en rationell planläggning av nybyggnadsverksamheten starkt beroende av den icke fullt klarlagda målsättningen för sjukhusväsendets organisatoriska utveckling.

Förstnämnda synpunkt kräver för sitt behöriga beaktande, att sjukvårdsanstalter med skilda uppgifter hållas i sär och bliva föremål för övervägande var för sig. Därjämte måste som ett betydelsefullt önskemål fasthållas, att normeringen i görligaste mån undviker detaljer och sålunda får en mera summarisk karaktär. Den tekniska utvecklingens speciella krav böra enligt utredningens mening tillgodoses dels därigenom, att från normeringen undantagas sådana delar av sjukhusanläggningen, beträffande vilka dessa krav kunna förutses med särskild styrka göra sig gällande, dels därigenom, att planläggningen sker med beaktande av att möjligheter för utvidgning städse hållas öppna. De nu föreslagna normerna förutsättas ock bliva föremål för sådan jämkning i ena eller andra avseendet, som med ledning av gjorda erfarenheter kan befinnas oundgänglig.

Vad slutligen angår den organisatoriska målsättningen, är denna av beskaffenhet att starkt påverka planläggningen av i varje fall nybyggnadsverksamheten på sjukhusområdet. Detta förhållande har nödvändiggjort, att utredningen vid de expertkonferenser, som varit grundläggande för arbetet och ställningstagandet, ägnat uppmärksamhet åt hithörande problem, i den mån desamma funnits äga ekonomisk innebörd.

Till belysning av senast berörda spörsmål må till en början framhållas, att erfarenheten ådagalagt, att helt nya lasarett eller sanatorier i senare tid endast undantagsvis tillkommit. Under det senaste årtiondet hava sålunda nya lasarett anordnats allenast i Hässleholm, Ljusdal och Karlskoga samt sanatorier i Uppsala och Jämtlands län. I ett eller annat fall har därjämte en större sjukstuga ombildats till lasarett, och tidigare bestående lasarett helt ombyggts. Slutligen må erinras, att två mycket kostnadskrävande nyanläggningar kommit till stånd, karolinska sjukhuset i Solna och södersjukhuset i Stockholm.

I övrigt har den livliga byggnadsverksamheten å området karaktär av till- och ombyggnad i förening med utvidgning av förut bestående sjukhus i syfte att uppnå en ökad specialisering genom uppdelning av tidigare odelade lasarett eller inrättande av nya sjukavdelningar vid delade lasarett.

Med avseende på den framtida utvecklingen torde, enligt vad vid expertöverläggningarna framgått, den hittills skönjbara linjen kunna förutses fullföljd. På grund av de förbättrade kommunikationerna kan vid i huvudsak oförändrad befolkningsfördelning i stort sett endast mera undantagsvis lasarettsvård behöva tillhandahållas å nya orter. Och hänsyn av ekonomisk art såväl som den medicinska vetenskapens utveckling tala med synnerlig styrka *mot* en ökad splittring inom sjukhusväsendet och *för* en centralisering till större enheter. Det kan icke heller vara tvivel underkastat, att, därest de rena lokalintressena kunna effektivt neutraliseras, en ur såväl sjukvårds- som ekonomisk synpunkt vida mera rationell sjukhusorganisation skulle ligga inom räckhåll. Då emellertid bestämmanderätten härutinnan obegränsat tillkommer landstingen såsom huvudmän för kroppssjukvården, är man hänvisad att helt förlita sig på att inför de allt större svårigheterna att ekonomisera driften insikten om omöjligheten att tillhandahålla en kvalificerad sjukvård vid en splittrad organisation skall växa sig starkare. Ett betydelsefullt stöd för strävanden i denna riktning skulle emellertid vinnas, om från statsmakternas sida uppställdes krav på att en plan för sjukhusorganisationen inom respektive län skulle utarbetas och av medicinalstyrelsen fastställas för exempelvis en tioårsperiod. Såmedelst borde utsikt finnas att undgå de sakligt mindre väl grundade anspråk på kostnadskrävande åtgärder för inrättande av nya eller utvidgning av tidigare förefintliga sjukhus, som alltemellanåt framkomma och genom tillfälligheter kunna vinna beaktande. Föreskrift av nu angiven innebörd bör enligt utredningens mening meddelas i sjukhuslagen.

Vad angår utvecklingen inom den sålunda fixerade ramen, hava under överläggningarna två problem med särskild styrka trätt i förgrunden. Det ena hänför sig till de s. k. odelade lasaretten, det andra bottnar i de växande kraven på en differentiering av sjukhusklientelet å dyrare och billigare vårdplatser. Båda dessa problem äro att anse såsom grundläggande vid byggnadsverksamhetens planläggning och hava fördenskull icke vid utredningsarbetet kunnat lämnas å sido.

Spörsmålet om de odelade lasarettens ställning har sedan länge varit föremål för diskussion. I detta avseende har *statens sjukvårdskommitté* i sitt 1934 avgivna betänkande (SOU 1934: 22) erinrat, att den meningen gjorts gällande, att dessa sjukhus ställde sig jämförelsevis dyrbara i drift, att kraven på deras byggnadssätt, utrustning och inredning närmade sig fordringarna på de s. k. centrallasaretten, ehuru specialistkompetens, som krävdes för svårare och mera komplicerade falls diagnos och bedömande, icke kunde där stå till förfogande, samt att den erfarenhet, som verksamheten på de odelade lasaretten skänkte läkaren, ej vore tillräcklig för att tillförsäkra dylika fall en tillfredsställande behandling. Man förmenade alltså, att det odelade lasarettet vore en för dyrbar sjukhustyp i förhållande till dess effektivitet samt att en vidare utveckling av denna typ skulle på grund av de stora avlönings- och driftkostnaderna komma att bliva en parallellanordning till de specialiserade lasaretten, oaktat de ur sjukvårdssynpunkt alltjämt bleve dessa ej oväsentligt underlägsna. De skulle bidraga till att binda utvecklingen av centrallasaretten dels på grund av de höga kostnader, de åsamkade det allmänna, dels genom att de avsåge samma slags patienter som de specialiserade lasaretten.

Enligt vad sjukvårdskommittén i betänkandet uttalar, kunde den framförda kritiken icke frånkännas fog i det hänseendet, att de odelade lasaretten vanligen i avsaknad av de viktiga diagnostiska hjälpmedel, som stode de delade lasaretten till buds, och framförallt av tillfällen till konsultationer med läkarrepresentanter för olika grenar inom läkekonsten, erbjöde mindre möjligheter att undersöka fall, som ligga på gränsområden mellan olika discipliner, ävensom invecklade sjukdomsfall, för vilkas tolkning fordrades omfattande kunskaper och erfarenhet på områden utanför kirurgien. Kommittén tänkte härvid på den stora betydelse en sakkunnig röntgendiagnostik äger för diagnos och indikationsställning, och på vikten av att även övriga tekniska hjälpmedel samt laboratorieundersökningar ligga i väl förfarna händer. Kommittén fann det ligga i sakens natur, att de odelade lasaretten i dessa hänseenden hade sin begränsning. I ekonomiskt avseende ansåg sig emellertid kommittén berättigad att draga den slutsatsen, att den genomsnittliga driftkostnaden ställde sig något lägre för de odelade än för de delade lasaretten.

Kommittén framhåller slutligen, att med den utveckling läkekonsten fått, de odelade lasaretten icke kunde på ett tillfredsställande sätt tillgodose nutida krav på specialvård. Kommittén ville därför betona vikten av att de odelade lasaretten icke gjordes större än som krävdes för att tillgodose den del av ortens vårdbehov, de på grund av sin organisation och utrustning vore mäktiga fylla. Överskredes denna gräns, försvårades utvecklingen av det eller de lasarett i området, som vore avsedda att lämna en specialiserad vård.

Vid expertöverläggningarna har den uppfattningen från läkarhåll med styrka gjorts gällande, att de odelade lasaretten numera egentligen vore att betrakta som fristående kirurgiska avdelningar och såsom sådana väl fyllde

sitt ändamål. Det anses emellertid ligga utanför de praktiska möjligheternas område att av en överläkare kräva nödig kompetens inom både kirurgi och invärtes medicin. I konsekvens med detta betraktelsesätt har man ansett, att de odelade lasaretten generellt borde ombildas till s. k. normallasarett, uppdelade på en kirurgisk och en medicinsk avdelning och med självständig röntgenolog. Det har jämväl erinrats därom, att det senast tillkomna odelade lasarettet, i Karlskoga, uttryckligen rubricerats som en kirurgisk avdelning av länets centrallasarett och att detsamma framdeles planenligt avsetts skola utvidgas med en medicinsk och en röntgenavdelning. Å andra sidan kan icke förbises, att åtskilliga av vårt lands odelade lasarett erhållit en sådan förläggning, att en omorganisation till normallasarett under en överskådlig tid måste anses alldeles utesluten på grund av lasarettsområdets alltför snäva begränsning.

För utredningens överväganden har den föreliggande frågan såtillvida betydelse, att det otvivelaktigt måste anses välbetänkt, om anordnandet av lasarett av den typ, som företrädes av de hittillsvarande odelade lasaretten, för framtiden inskränktes till sådana fall, då särskilda betingelser föreligga. Vid intagande av denna ståndpunkt har utredningen beaktat främst anläggningskostnaderna. Då vidare skillnaden i driftkostnader är obetydlig, synes icke heller ur denna synpunkt motiv kunna anföras för ett fasthållande vid denna sjukhustyp.

Det kan sålunda näppeligen vara ägnat att främja ett förbilligande av sjukhusanläggningarna att tillskapa ett odelat lasarett med ett relativt stort antal vårdplatser. Annorlunda gestaltar sig förhållandet vid en organisation enligt karlskogatypen, då de gemensamma lokalerna, i första hand ekonomilokaler, från början utmätas med tanke på en snar utvidgning. Visserligen kommer vårdplatskostnaden i första etappen att ställa sig hög, men å andra sidan erhållas i andra etappen erforderliga platser för en måttlig kostnad. Och alldeles särskilt måste uppmärksammas, att en om- och tillbyggnad av gemensamma lokaler, kök, värmecentral o. d., i samband med en framtida utbyggnad alltid måste bliva särskilt kostnadskrävande, därest en sådan icke från början planlagts.

Vad därefter angår spörsmålet om en differentiering av vårdplatserna ur kvalitativ synpunkt, har under överläggningarna hävdats den meningen, att tillgång till enklare vårdplatser för patienter, som kunna taga hand om sig själva men som alltjämt behöva anlita ett sjukhus resurser och sakkunskap, skulle kunna i väsentlig mån nedbringa den genomsnittliga vårdtiden å de dyrbarare sjukhusen. Därest tillgång till dylika enklare vårdplatser, tidigare ofta betecknade såsom B-platser, bereddes, skulle de mera kostnadskrävande vårdplatserna kunna i motsvarande mån begränsas. En framdeles nödvändig utbyggnad av förefintliga lasarett skulle således i många fall undvikas, om i anslutning till det otillräckligt befunna sjukhuset anordnas en annexavdelning för efterbehandling.

Utredningen finner också uppenbart, att, om kraven å här åsyftade vårdplatser kunna reduceras på sätt vid överläggningarna från fackmannahåll ansetts möjligt, den nämnda utvägen otvivelaktigt skulle vara ägnad att förbilliga byggnadskostnaderna, åtminstone i de fall, då en dylik annexavdelning kan erhålla ett ekonomiskt tillfredsställande vårdplatsantal. Likaledes synas driftkostnaderna med hänsyn till vårdens enklare beskaffenhet kunna väsentligt begränsas i förhållande till de egentliga lasarettens, något som erfarenheterna av en dylik anordning i Örebro ådagalagt. Under dessa omständigheter har det för utredningen framstått såsom betydelsefullt att söka närmare överväga och utforma normer för dylika annexsjukhus, i anslutning till såväl lasarett som sanatorier. Härvid har det med hänsyn till vårduppgifterna och klientelets beskaffenhet funnits naturligt att i huvudsak anknyta till de grundsatser, som varit bestämmande för planläggningen av de enklare vårdhemmen för kroniskt sjuka och för lättskötta sinnessjuka.

I det följande går utredningen att närmare överväga, i vilken utsträckning allmängiltiga normer kunna tänkas meddelade för sjukhusanläggningar av olika slag.

LASARETT, SJUKSTUGOR OCH SANATORIER.

I. Meddelade anvisningar och deras tillämpning.

1. Råd och anvisningar för planläggning av lasarett.

Genom brev den 10 oktober 1924 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen och byggnadsstyrelsen att gemensamt utreda frågan om möjligheterna att nedbringa kostnaderna för de allmänna sjukvårdsanstalterna. Enligt beslut av Kungl. Maj:t den 22 oktober 1926 förordnades arkitekten G. Birch-Lindgren, f. d. förste aktuarien S. Odén och kaptenen G. Wersäll att såsom särskilda sakkunniga biträda vid utredningen. Dessa personer jämte medicinalrådet E. Edén, sjuksköterskeinspektrisen K. Nordendahl och intendenten i byggnadsstyrelsen O. Hökerberg utgjorde den kommitté, som inom styrelserna närmast verkställde utredningen. Kommittén överlämnade den 6 september 1929 till styrelserna såsom ett första resultat av sitt arbete »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett». Utredningen har offentliggjorts i »Meddelanden från svenska landstingsförbundets byrå» (nr 3 år 1929).

Ifrågavarande råd och anvisningar, vilka avsågo att i stora drag klargöra de huvudfordringar, som borde ställas på ett lasarett i fråga om planläggning och inredning och som tillika angåvo de minimikrav, som av de granskande myndigheterna för det dåvarande ställdes på ett byggnadsföretag för att det skulle kunna vinna godkännande, innebära i grundläggande utrymmes- och standardavseenden följande.

Rörande *lasarettens storlek* anföres, att en-läkarlasarett (utan underläkare) böra undvikas. För de minsta sjukhusen, där specialavdelningar icke förutsättas, är en typ med 60 sängar eller mindre oekonomisk. Ett patientantal å 75—80 torde vara en lämplig undre gräns för ett två-läkarlasarett (underläkare finnes). Vårdplatssiffran för ett dylikt lasarett bör icke få uppgå till 100.

Beträffande de **mindre lasarettens** *planläggning* uttalas med avseende å *de allmänna vårdavdelningarna,* att koncentration av anläggningen bäst vinnes genom mittkorridorsystemet. Mittkorridorens ändar böra förses med fönster, varjämte särskilda ljusintag — dagrum, vaktrum m. m. — och sekundära fönster böra anordnas. Korridorens bredd må icke understiga 2,25 m. Härvid förutsättes, att dörrarna äro breda och öppnas mot sjukrummen samt att dörrsmygarna åt korridorsidan äro sneddade.

Sängantalet å en vårdavdelning bör vara högst 30. Detta antal bör dock ifrågakomma endast om en större sjuksal ingår i avdelningen. Ett vårdplatsantal av 25 får anses såsom normerande. Skäl att gå under detta antal synes beträffande avdelningar för vuxna föreligga endast för de enskilda avdelningarna, beträffande vilka maximisiffran kan angivas till 12.

Sjukrummens storlek bestämmes av luftkuben per patient och erinras, att vid senare års nybyggnader detta mått reducerats till 25 m^3 och därunder. Kring

varje säng bör finnas så mycket fri golvyta, att patienten kan skötas med minsta möjliga arbete från personalens sida. Rumshöjden bör tillmätas så stor, att tillräckligt höga fönster erhållas. I flerpatientrum måste för de väggar, mot vilka sängarna ställas, räknas med en vägglängd av cirka 2 m per säng. I rum med flera patienter äro i allmänhet en golvyta av 7 m^2 per patient och en rumshöjd av 3 m tillräckliga; dessa mått giva en minimiluftkub av i runt tal 21 m^3. I sjukrum för 1—3 patienter bör golvytan tilltagas något större. Ett isoleringsrum bör, för att sängen skall kunna stå fritt och vara åtkomlig från båda sidor, mäta omkring 11 m^2. Ett enskilt rum bör vara större, då det fordrar något rikligare möblering. Flertalet enskilda rum göras lämpligen minst 14—15 m^2 för att i mån av behov kunna användas även som halvenskilda rum.

Ett sjukrum bör innehålla högst 16 sängplatser. Å varje avdelning bör dessutom förekomma mindre rum och isoleringsrum. Kravet på sådana rum växer i den mån avdelningen innesluter ett stort sjukrum.

I alla sjukrum böra sängarna kunna ställas rakt ut från väggen och helst stå parallellt med fönsterväggen. Dörrarna böra placeras med tanke på att sängarna skola kunna obehindrat rullas ut och in.

Isoleringsrummens läge är av mindre betydelse. Åt ett eller två av dem kan givas nordligt läge. Fördelaktigt är, om ett av isoleringsrummen förses med wc och sköljanordning för bäcken.

Det är önskligt, att möjlighet kan beredas patienterna att under den varma årstiden ligga ute på verandor eller terrasser. Platta tak kunna i detta avseende vara till nytta. Bäst och bekvämast är en till varje vårdavdelning direkt ansluten övertäckt veranda.

Dagrummens betydelse anses hava avsevärt minskats, sedan det blivit allt vanligare, att patienter utskrivas från sjukhusen, så gott som omedelbart efter det de fått lämna sängen. Dagrummet i en avdelning behöver icke vara stort och kan förläggas mot norr.

Beträffande de s. k. bilokalerna upptagas av sådana: wc och toalettrum, sköljrum, serveringsrum, behandlingsrum, förrådsrum samt vaktrum. För sköljrum och behandlingsrum torde i allmänhet en bredd av 3,5 m vara fullt tillfredsställande. Sköljrummet bör ligga centralt inom avdelningen. Det är önskvärt, att tvättställ anordnas i eller i omedelbar närhet av detsamma. Om särskilda störttrummor för smutsigt linne från avdelningarna till källarna icke finnas, bör plats och upphängningsanordning för smutsklädersäckar beredas i sköljrummen. I övrigt skola finnas utslagsback för bäcken och sköljlåda ävensom hyllor och skåp m. m. Behandlingsrummet placeras bäst intill sköljrummet med en dörr mot detta. Därigenom bliva en del för båda dessa rum behövliga anordningar och utensilier (porslins- och instrumentkokare, gaskök, elektriska kokplattor) lätt tillgängliga utan att behöva dubbleras. Behandlingsrummet bör under alla förhållanden förses med tvättställ. Inom en avdelning med uteslutande helenskilda rum är behandlingsrum knappast nödvändigt.

Det till en sjukavdelning hörande serveringsrummet behöver i allmänhet icke hava större bredd än 3,5 m. Om patienternas måltider köras i vagnar direkt från köket, i vilket fall servis kan medfölja från köksavdelningen och diskning ske centralt, kan golvytan vara mindre. Serveringsrummet bör under alla omständigheter utrustas med diskbänk med dubbel disklåda och slasktratt ävensom med gaskök eller elektrisk kokplatta, is- eller kylskåp, skåp för porslin och glas, brickhylla, handdukshängare m. m. I vissa fall kan ett varmbord vara motiverat. Det kan vara en fördel, om serveringsrummet ligger centralt. Hänsyn till patienterna kan dock föranleda, att rummet erhåller annan placering.

Avdelningens vaktrum bör ligga så centralt som möjligt, särskilt i förhållande till de rum, där de svårast sjuka vårdas, d. v. s. isoleringsrummen och de mindre

sjukrummen. Om avdelningssköterskans bostadsrum ligger intill avdelningen, behöver vaktrummet anordnas endast såsom en utvidgning av korridoren.

Förrådsrummet bör vara så stort, att det kan inredas med hyllor på de båda långväggarna. En hylla närmast golvet bör göras så bred, 80—90 cm, och så lång, att avdelningens reservmadrasser kunna läggas på densamma.

På en allmän avdelning av normal storlek böra finnas två à tre tvättställ och minst två wc för patienter. Toalettrum bör helst skiljas från wc. Jämte tvättställ bör i tvättrummet finnas dricksfontän för tandborstning. Varje wc-avbalkning bör hava ett djup av minst 1,2 och en bredd av minst 0,9 m. Helt skilda wc och tvättrum medföra givetvis större trevnad än ett gemensamt rum, men även sistnämnda anordning har kommit till användning utan att anmärkningar förekommit från vare sig patienter eller personal.

För personalen bör inom varje avdelning finnas ett wc med tvättställ och särskild ingång från korridoren eller sköljrummet.

Till varje vårdavdelning hör en piskbalkong så förlagd, att patienterna ej störas av arbetet på densamma. Åtminstone en del av balkongen skall vara övertäckt.

Trappor och hissar böra läggas i från varandra skilda schakt. De böra vara avskilda från avdelningarna genom dörrpartier. Mellan hiss och avdelning bör helst finnas en vänthall. Finnes rymlig huvudtrappa, kunna övriga trappor göras enkla och billiga, om blott iakttages, att de icke göras smalare än att en bår i nödfall kan transporteras genom desamma.

Vid planlösningen bör hållas i minnet nödvändigheten av att de rum, i vilka fordras ett komplicerat rörsystem, erhålla lämpligt läge i förhållande till varandra i såväl vertikal som horisontal led.

Fog torde finnas för att inrätta en särskild avdelning för enskilda och halvenskilda rum. Till en sådan avdelning skola höra sedvanliga bilokaler. För varje patient avses dessutom en garderob.

Inrättas särskild barnsal, bör denna väl ljudisoleras och uppdelas med skärmar. Flera än 6—8 barn böra icke vårdas i samma rum. För isoleringsmöjligheter bör vara väl sörjt.

En mindre barnbördsavdelning låter sig väl inrymma även i små lasarett. Den kan kombineras med en enskild-halvenskild vårdavdelning. Vissa bilokaler — vaktrum och serveringsrum, eventuellt även förråd, m. fl. — kunna därigenom göras gemensamma. För barnbördsavdelningen böra därutöver inrättas spädbarnsrum, sköljrum och toalett samt eventuellt förlossningsrum. Förlossningsrummet borde med hänsyn till arbetet förläggas inom operationsavdelningen. I många fall är det emellertid ur ljudisoleringssynpunkt nödvändigt att giva detsamma ett annat läge. Särskilt bör undvikas en placering över eller i närheten av väntrum för allmänheten eller huvudingång för densamma. Det bör förses med ett mindre förrum, vilket tjänstgör såsom ljudsluss. Till storleken bör förlossningsrummet ungefär motsvara ett halvenskilt rum. Det bör utrustas med instrumentkokare och tvättställ samt hava tillgång till ett slaskrum.

Att inrätta en särskild isoleringsavdelning anses obehövligt, om vårdavdelningarna förses med tillräckligt antal isoleringsrum. Behovet av isoleringsavdelning minskas än ytterligare i den mån epidemisjukvårdens omorganisation genomföres och sjuktransportväsendet utvecklas.

Beträffande *polikliniken* uttalas, att för dess belägenhet väderstrecken spela mindre roll. Den bör hava god förbindelse med vårdavdelningarna och badavdelningen. Till polikliniken höra väntrum, mottagningsrum, undersökningsrum, mörkrum, laboratorium, omläggnings- och operationsrum, förråds- och vaktrum, städrum, vilorum samt eventuellt underläkarexpedition.

Väntrummet skall förses med kapprum och toalett och vara direkt förbundet

med mottagningsrummet. Det senare bör i en riktning mäta minst 5 m. Till mottagningsrummet böra anslutas ett par av- och påklädningsrum, vilka icke behöva mäta mer än $1^1/_2$ m², samt toalett.

Intill nämnda lokaliteter förläggas undersökningsrum och mörkrum. Dessa behöva icke vara stora. I det sistnämnda skall dock en sängliggande patient kunna införas. I mottagnings- eller undersökningsrummet skall finnas tvättställ.

Fördelaktigt är, om laboratoriet har god, helst direkt förbindelse med undersökningsrummet. Det bör därjämte vara lätt tillgängligt från vårdavdelningarna. Laboratoriet bör hava väl belysta arbetsplatser. Bästa formen är ett avlångt rum med långsida mot yttermuren. En golvyta av 12—15 m² är i de flesta fall tillräcklig.

Apoteket kan vara ett mindre rum, som utan större olägenhet kan förläggas till exempelvis en torr källarlokal.

Omläggnings- och operationsrummet bör vara av ungefär samma mått och i stort sett på samma sätt utrustat som operationssalen i operationsavdelningen. Särskilt steriliseringsrum erfordras icke, utan kunna steriliseringsanordningarna placeras i operationsrummet, om åtgärder vidtagas för effektiv evakuering av vid kokningen bildad ånga.

Förrådet bör vara rymligt och helst direkt belyst. Anordnat på lämpligt sätt kan det även tjäna som vaktrum för polikliniksköterskan. I annat fall inrättas ett särskilt mindre vaktrum.

Städrummet bör ligga i närheten av operationsrummet.

För patienter, som efter operation eller annan behandling behöva vila utan att dock intagas på sjukhuset, bör finnas möjlighet härtill i ett vilorum.

Underläkarens expeditionsrum bör om möjligt förläggas till polikliniken och givas ett ordinärt rums storlek.

För såväl intagna patienter som poliklinikpatienter skall finnas en *röntgenavdelning.* Denna förlägges bäst inom poliklinikavdelningen men närmast intill det övriga sjukhuset. Möjligheter böra finnas till avdelningens utvidgning, i synnerhet om dess omfång till en början måst begränsas. Där särskild röntgenläkare ej anställts, behöver avdelningen inrättas endast för diagnostik. För sådant ändamål krävas åtminstone ett diagnostikrum med maskinrum, ett skyddsrum, ett mörkrum och bilokaler.

Diagnostikrummet bör hava en golvyta av 30—35 m² och hava dörr till såväl korridoren som skyddsrummet. En rumshöjd av 3,1 m eller mer är behövlig. Intill diagnostikrummet måste plats finnas för patienternas av- och påklädning.

Skyddsrum, 2 à 3 m², och mörkrum, 10 à 15 m², kunna med fördel läggas intill varandra. Till mörkrummet skall finnas passage, tjänstgörande som ljussluss.

Maskinrummet kan lämpligen förläggas till annan våning — även källare eller vind — rakt över eller rakt under diagnostikrummet. Dess höjd bör vara minst 2,5 m och golvytan minst 10 m².

Såsom bilokaler behövas ett plåtgransknings- och expeditionsrum, cirka 15 m², ett sköljrum, 2 à 3 m², ett bariumkök, cirka 8 m², inrett såsom ett litet tekök och lämpligen använt såsom vaktrum för personalen, ett wc nära diagnostikrummet och ett litet förrådsrum. Om röntgenavdelningen är förlagd omedelbart intill polikliniken, kan emellertid läkarens mottagningsrum inrättas för plåtgransknin samt övriga bilokaler göras helt eller delvis gemensamma med poliklinikens.

Operationsavdelningens läge bör vara sådant, att arbetet kan bedrivas så ostört som möjligt och utan att störa andra. Operationssalen skall orienteras i nordligt eller, i nödfall, östligt väderstreck. Avdelningen skall vara lätt tillgänglig från vårdavdelningarna.

Till en fullständig operationsavdelning höra operationssal, steriliseringsrum, förrådsrum, tvättrum, endoskopirum, omklädningsrum för läkare, förbandsrum

och städrum. Icke alltför långt från avdelningen bör operationssköterskans bostad vara belägen.

Vid de mindre lasaretten, där i regel endast en av läkarna utövar självständig operativ verksamhet, är *en* operationssal tillräcklig.

Operationssalens golvyta bör vara omkring 25 m² och formen närmast kvadratisk. Endast ett fönster bör finnas; tidigare oeftergivligt krav på takfönster anses numera ej behöva upprätthållas. Väggarna och även taket hade på sina håll beklätts med kakel för att underlätta rengöring och underhåll. Förstklassig oljemålning hade emellertid flerstädes visat sig så varaktig, att ingen nödvändighet föreligger att tillgripa dyrbarare material.

Steriliseringsrummet skall ligga omedelbart intill operationssalen. Vid planeringen tillses, att god belysning erhålles och lämplig placering av apparaterna möjliggöres. Ungefärligt golvmått är 14—18 m².

Tvättrummet bör även ligga intill operationssalen. Det kan utgöras av en utvidgning av korridoren, om tvättställen — minst 3 till antalet — placeras så, att de ej äro i vägen vid in- och uttransporten av patienter.

Endoskopirummet, vilket användes för vissa inre undersökningar, som pläga utföras i mörkt rum, kan även nyttjas för gipsning av frakturer m. m. Golvytan bör vara cirka 20 m².

För läkare anordnas ett omklädningsrum försett med toalett och dusch. Önskvärt är, att i närheten av operationsavdelningen finnes ett litet toalettrum för personalen.

Förbandsrummet bör ligga intill steriliseringsrummet och hava en golvyta av 15—20 m².

Badavdelningen omfattar bad för nyintagna, för patienter och för personal.

Intagningsbadet och patientbadet böra utgöra en enda avdelning. Beträffande personalbaden kan starkt ifrågasättas, om ej dessa böra förläggas till personalens bostadsavdelningar. Detta förutsätter dock, att dessa sammanföras till större enheter.

Badavdelningen för nyintagna och patienter bör vara lätt tillgänglig från såväl polikliniken som vårdavdelningarna.

Intagningsbadet behöver icke hava mer än ett kar. Patientbadet bör hava 3 kar. I dessa kar kunna även kolsyrebad och andra terapeutiska bad givas.

Vid intagningsbadet böra skåp anordnas för förvaring av de sjukhuskläder, patienterna där skola påtaga. Vidare skall finnas förrådsrum för rent linne och badartiklar, torkrum för vått linne, uppsamlingsplats för smutsigt linne, vaktrum för baderskan, väntrum för patienter med plats även för sängar, toalettrum och städrum.

Till patientbadet kan lämpligen förläggas en rymlig och ljus lokal för de apparater, som fordras för vissa fysikaliska behandlingsmetoder, såsom kvartsljus eller bågljus.

Till varje badkar skall höra en avklädningshytt. Karen skola helst stå fria från väggarna. Till karet för intagningsbad och till åtminstone ett eller två av karen i patientbadet skall en sängliggande patient kunna införas.

I fråga om *köksavdelningen* uttalas, att densamma under vissa förutsättningar kan förläggas inom den egentliga sjukhusbyggnaden i stället för, som vanligt vore, i en flygel till densamma. Härigenom kan besparing i anläggningskostnaderna ernås. Kraftig ventilation måste emellertid i sådant fall anordnas. Själva kökslokalen bör ej göras för stor. Goda kommunikationer med vårdavdelningar, matsalar och källare fordras. Möjlighet till framtida utvidgningar av köksavdelningen bör finnas.

I ett lasarett erfordras *matsalar* för sjuksköterskor och annan överordnad kvinnlig personal, för biträden och därmed jämställda ävensom matplats för

maskinist, eldare och därmed jämförlig manlig personal. Bäst är, om matsalarna förläggas till samma våning som köksavdelningen. De båda matrummen för kvinnlig personal böra, om de ligga i samma våning, hava gemensamt serveringsutrymme. God förbindelse bör finnas med den plats, varest diskningen utföres. Till den manliga personalens matplats bör finnas särskild ingång direkt utifrån genom tambur med tvättställ.

Till sjukhus hörande *centralförråd* för förvaring av sängutrustning, porslin, rengöringsmedel m. m. kan inrymmas i källare eller å vind. Lokalerna skola vara torra och uppvärmda.

I sjukhuset skall finnas *arkiv* och *filmarkiv*. Det förra bör förläggas till källaren och såvitt möjligt vara tillgängligt från kontoret. Filmarkivet anordnas helst å vinden eller i fristående arkivbyggnad. I förra fallet erfordras med hänsyn till brandrisken vissa särskilda byggnadsåtgärder.

För *förvaring av patienternas egna kläder* bör finnas ett särskilt rum. Detta kan med fördel placeras intill badavdelningen men också utan större olägenhet på annat ställe. Det bör vara väl ventilerat. I mån av utrymme kunna två små omklädningsrum för utgående patienter anordnas.

Sjukhusets *tvättavdelning* placeras lämpligast intill maskinavdelningen. Den bör om möjligt läggas i ett enda våningsplan.

Beträffande *maskinavdelningen* framhålles, att densamma bör hava ett sådant läge, *att* bullret och värmen ej störa patienter och personal, *att* bränslets intagande och slaggens bortförande kan ske utan att åstadkomma störningar och obehag *och att* direkt ingång finnes för införande eller utbyte av pannor och maskiner. Avdelningen bör icke komma för långt bort från avdelningar, som förbruka ånga, särskilt tvätt och kök.

Maskinavdelningen bör bestå av pannrum med bränsleförråd, apparatrum och verkstadsrum. Härtill kommer för personalens del wc med tvättställ och eventuellt dusch.

I fråga om *sanitära installationer* uttalas, att sparsamhet bör iakttagas med antalet tvättställ och wc m. m. samt att typerna å armatur böra väljas bland i handeln förekommande standardmodeller.

Med avseende å de **större lasarettens** *planläggning* framhålles, att principerna bliva desamma som för mindre lasarett. Det för sistnämnda lasarett angivna lokalprogrammet anses fördenskull med relativt små avvikelser kunna läggas till grund för alla lasarett av denna typ. Vissa särskilda anvisningar lämnas emellertid.

Så påpekas, att det torde vara ekonomiskt fördelaktigt att sammanföra *kirurgiska och medicinska m. fl. avdelningar* till en byggnadskropp. Därvid måste dock genomgångstrafik noga undvikas.

Ett anordnande av *barnbördsavdelningarna* i sammanhang med sjukhuset i övrigt är i allmänhet en billigare lösning än avdelningarnas förläggning till en fristående byggnad eller en särskild flygel. Tillfredsställande ljudisolering måste emellertid ordnas.

Om sängantalet för kirurgiska fall närmar sig eller överskjuter hundratalet — i vilken händelse i allmänhet en underläkare med kompetens för mer självständig operativ verksamhet måste anställas — är det numera behövligt med två operationssalar. En dubblering av steriliseringsutrymmet torde emellertid blott undantagsvis vara erforderlig. Därest endast ett steriliseringsrum inredes, förläggas operationssalarna på ömse sidor om detta.

Då i ett delat sjukhus en medicinsk avdelning förekommer, medför detta i fråga om *badavdelningen* vissa ökade krav på avdelningen för fysikalisk terapi, beträffande vilken närmare anvisningar icke ansetts kunna givas.

Om svårigheter skulle uppstå att placera *matsalarna* i samma våning som köket, kunna såväl sjuksköterskornas som biträdenas matsalar förläggas till annan våning. De förses därvid lämpligen med gemensamt serveringsrum, vilket samtidigt bör tänkas använt som diskrum.

Det kan i vissa fall ifrågakomma att med *centralförrådet* förena köksförrådet eller åtminstone huvuddelen av detsamma för att ställa dem under gemensam ledning.

Därest stor patienttillströmning väntas till *polikliniken,* kan det vara ändamålsenligt att utöka lokalerna med ett eller flera undersökningsrum intill operationssalen.

I fråga om de delade lasarettens poliklinik- och röntgenavdelningar inträder en viss olikhet jämfört med de odelades. Då sålunda flera polikliniker — främst en kirurgisk och en medicinsk, därnäst specialkliniker för exempelvis röntgen samt för öron-, näs-, hals-, ögon- m. fl. sjukdomar — förekomma, kan det för möjliggörandet av gemensam entré direkt utifrån samt för underlättandet av planläggningen och främjandet av samarbetet mellan poliklinikerna vara värt att sammanföra dem till en grupp.

När poliklinikerna förläggas intill varandra, kan för åtminstone en del av dem gemensamt väntrum med fördel anordnas. I övrigt kommer den kirurgiska polikliniken att i allt väsentligt motsvara polikliniken i ett odelat lasarett. I samtliga specialkliniker böra ingå mottagnings-, undersöknings- och i regel mörkrum med avklädningshytter och toalett m. m. För den medicinska polikliniken tillkommer därjämte ett särskilt laboratorium. Detta, såväl som det till kirurgpolikliniken hörande, kan göras litet, om sjukhuset förses med ett särskilt, större centrallaboratorium.

Om särskild röntgenläkare finnes, måste *röntgenavdelningen* utökas.

Då av utrymmesskäl en större röntgenavdelning icke alltid kan förläggas till samma våning som poliklinikerna, är ofta en förläggning till omedelbart överliggande våning en lämplig lösning. Uppmärksamhet bör dock ägnas åt att maskinerna och apparaterna icke få störa under dem belägna lokaler.

En fullständig röntgenavdelning bör omfatta mottagnings-, diagnostik- och terapiavdelning.

Till mottagningsavdelningen höra väntrum, mottagningsrum och undersökningsrum, helst även ett litet mörkrum. Lämpliga anordningar för plåtgranskning böra finnas.

Diagnostikavdelningen bör bestå av ett stort eller hellre två mindre diagnostiklaboratorier, mörkrum, sköljrum, bariumkök och vaktrum, ett förrådsrum, särskilt plåtgransknings- och expeditionsrum samt toaletter för patienter och personal.

Laboratorieutrymmet är beroende av den beräknade patienttillströmningen. I allmänhet kan golvytan, vare sig laboratoriet omfattar ett eller två rum, angivas till 45 à 50 m². Till varje laboratorium hör ett skyddsrum — eventuellt ett gemensamt för båda — om minst 2 à 3 m², två eller tre avklädningshytter samt ett maskinrum. Det senare kan förläggas till samma men hellre till över- eller undervarande våning. Det bör hava en golvyta av minst 12 à 15 m².

Transporten av plåtar fram och tillbaka mellan laboratorium och mörkrum bör så mycket som möjligt underlättas genom en lämplig inbördes förläggning av rummen. Helst böra de gränsa intill varandra, men också en förläggning på ömse sidor om en korridor kan i nödfall godtagas.

Mörkrummen böra helst vara två eller tre mindre rum med en sammanlagd golvyta av 15 à 20 m².

Plåtgransknings- och expeditionsrummet skall ligga intill laboratoriet. Det bör hava en golvyta om minst 20 m².

Terapiavdelningen kräver från diagnostikavdelningen helt skilda lokaler. De båda avdelningarna böra dock ligga i omedelbar anslutning till varandra.

Inom terapiavdelningen skall finnas ett eller två behandlingsrum med manöverrum och maskinrum samt avklädningshytter. Lämpligast är att förlägga två behandlingsrum så, att gemensamt manöver- och maskinrum kan anordnas.

Vid planläggningen av röntgenavdelningarna bör beaktas, att väntplatser för patienter beredas, varvid de sängliggande helst böra kunna skiljas från de uppegående.

I de fall, då ljusterapibehandlingen anförtrotts åt röntgenläkaren, bör hänsyn härtill tagas vid lokaliteternas ordnande. Ljusbehandlingslokalerna kunna emellertid utan olägenhet förläggas till en souterrängvåning. Till desamma höra väntrum, manöver- och vaktrum för personalen, avklädningsrum och duschanordning. I närheten av avdelningen bör finnas toalett.

Beträffande *köksavdelningen* anföres, att denna vid stigande patientantal icke behöver ökas i samma proportion som patientantalet. I större lasarett är det ofta förenat med svårigheter att inreda köksavdelningen inom den egentliga sjukhusbyggnaden. Den måste därför ofta förläggas till en med huvudbyggnaden sammanhängande flygel. God förbindelse med vårdavdelningarna är dock nödvändig. I delade lasarett med medicinsk avdelning erhåller dietköket ökad betydelse. Huvuvida det bör anordnas såsom en särskild del inom det stora köket eller såsom en fristående avdelning med egna lokaler, sammanhänger med den vikt, som fästes vid att i dietköket hava särskild föreståndarinna och personal.

Betydande svårigheter möta att i större lasarett inrymma *maskincentralen* i huvudbyggnaden. Närmast till hands ligger att sammanföra densamma med tvätt- och eventuellt även köksavdelningen till en särskild byggnad. I maskincentralen bör utrymme tillkomma för kontor åt maskinmästaren och för omklädningsrum åt personalen.

Uppvärmning, luftväxling och ljudisolering inom sjukhusbyggnader. Till fullföljande av det medicinalstyrelsen och byggnadsstyrelsen genom Kungl. Maj:ts förutberörda beslut den 10 oktober 1924 lämnade uppdraget att utreda frågan om möjligheterna att nedbringa kostnaderna för de allmänna sjukvårdsanstalterna utförde styrelserna vissa undersökningar beträffande uppvärmning och luftväxling samt ljudisolering inom sjukhusbyggnader. Styrelserna biträddes härvid av professorerna H. Kreüger och C. A. Næslund samt civilingenjören H. Theorell. På grundval av undersökningarna sammanställdes inom styrelserna förslag till råd och anvisningar, vilka ingåvos till Kungl. Maj:t den 7 maj 1942. Genom Kungl. Maj:ts beslut den 30 juni 1942 överlämnades handlingarna i ärendet till utredningen för att tagas i övervägande vid fullgörandet av dess uppdrag.

Ifrågavarande råd och anvisningar innebära i korthet följande.

Beträffande *uppvärmning* av sjukhuslokaler framhålles, att sådan lämpligast sker med varmvattensystem. Vid mindre anläggningar kan man nöja sig med naturlig cirkulation av varmvattnet. För större anläggningar är det i regel fördelaktigt att anordna cirkulationspump. Vattenvärmningen kan ske i direkteldade pannor eller medelst ånga i vattenvärmare. Värmeelementen böra vara placerade under fönstren eller, om dessa skulle gå ned till golvet, åtminstone invid ytterväggen. Över radiatorerna utspringande fönsterbänkar undvikas. Elementen böra hava sådan form, att strålningseffekten blir stor, samtidigt som

konvektionen blir tillräcklig att hindra nedfallande luftströmmar från fönstret. Lokaler, som kräva högre temperatur än normalt (operationsrum m. fl.), förses med uppvärmningsanordningar, som i behövlig utsträckning kunna drivas och regleras oberoende av värmeledningen i övrigt.

Med avseende å *ventilationen* uttalas, att evakueringskanaler för bortledande av luft fordras i väggarna till såväl sjukrum som bilokaler i regel med, eventuellt utan fläktar. Bilokalernas fläktar böra kunna lämna högre tryck än sjukrummens. Evakueringskanalerna böra, även om fläkt finnes, dimensioneras rikligt, så att propellerfläktar med lågt varvtal och lågt tryck kunna användas.

Intagningen av frisk luft kan ordnas lokalt eller centralt. Lokal tillförsel av icke förvärmd friskluft kan ske genom springventiler under fönstren och springformade öppningar i fönsterbågens överkant. Om samtidigt normal fönstervädring äger rum, äro nämnda anordningar nöjaktiga i vanliga sjukrum med ett friskluftsbehov av högst 20 à 30 m^3 per patient och timme. Förvärmd friskluft införes lokalt medelst ett luftintag i väggen förenat med en luftvärmare med eller utan fläkt. För central friskluftsintagning användes lämpligen ett varmluftsbatteri jämte fläkt och, om så erfordras, filter samt helst även automatisk anordning för reglering av luftens temperatur. Trummor, varmkammare och friskluftsintag böra hava släta ytor.

Tillförandet av temperaturreglerad, ren friskluft utgör den bästa ventilationen. Särskilt i vissa sjukrum med ett i renlighetsavseende svårskött klientel, som kräver en luftmängd å 40—60 m^3 per patient och timme, är denna ventilationsmetod den enda möjliga.

Varje större operationssal och varje annat rum, där operationer under längre tid försiggå, böra förses med luftkonditionering, d. v. s. anordning, som möjliggör automatiskt reglerad temperatur och fuktighet.

Med avseende å *ljudisoleringen* framhålles, att för massiva väggar utan luftmellanrum eller sprickor isolationsförmågan förbättras i mån som väggens vikt per m^2 växer. Vid väggar av dubbla plattor, åtskilda av ett mellanrum, eller väggar sammansatta av skivor av olika material ökar isoleringen med väggens vikt och med mellanrummets bredd. Det är lämpligt att utfylla luftrummet mellan plattorna med något högporöst material. Av betydelse är även, att väggarna äro sprickfria samt tätt anslutna till angränsande väggar, golv och tak.

Fönster med tunna, enkla glas hava dålig ljudisoleringsförmåga, och obetydlig förbättring ernås vid ökning av glastjockleken. Gynnsammare ställa sig förhållandena vid dubbla glas, särskilt om avståndet mellan dessa väljes stort. God isolation erhålles dock först vid fönster med tre glasskivor. Vid olika tjocklek hos glasskivorna ernås bättre resultat än vid lika tjocklek. Spröjsarna böra vara i möjligaste mån styva och ej gemensamma.

I fråga om dörrar gäller i allmänhet, att en uppdelning av dörrsektionen i tunnare från varandra skilda lameller, eventuellt med utfyllnad av luftrummen medelst poröst mellanlägg, medför något förbättrad ljudisolering. Ett stort avstånd mellan lamellerna ger förmånligare resultat än ett mindre avstånd. Dörrar av dubbla järnplåtar med mellanrum utfyllt av poröst material äro avsevärt bättre än vanliga fyllningsdörrar. Luftspringor och nyckelhål böra igensättas. Om god ljudisolering fordras, är det ur ekonomisk synpunkt i regel bäst att använda dubbeldörrar.

I bjälklag med massiva plattor ökar isoleringsförmågan med bjälklagets vikt per m^2. Uppdelning i undre bärande konstruktion och ovanpå denna anbragt beläggning med mellanfyllning av poröst material är fördelaktig. Särskilt lämpligt är, om undertak utan samband med det bärande bjälklaget anordnas. För ernående av god isolation mot stötljud, vilka uppkomma vid gång, flyttning av möbler m. m. ovanpå bjälklaget, fordras, om bjälklaget är hårt och massivt, en mjuk beläggning. Är i dylikt fall golvet täckt med linoleum- eller gummimatta,

bör mellan denna och den bärande bjälklagsplattan ett mjukt mellanskikt anordnas.

I ventilationskanaler skola skarpa krökar undvikas. Lufthastigheten bör icke vara större än cirka 3 m per sekund. Ljudöverföringen från vanliga ventilationskanaler med tegelväggar kan lämnas utan avseende. Tunnväggiga trummor av plåt eller dylikt böra däremot särskilt isoleras. För reduktion av ljud, som genom kanaler kunna ledas från en våning eller lokal till en annan, är invändig beklädnad med ljudabsorberande material till viss längd (3—5 m) lämplig.

Evakueringsfläktar böra monteras på lämpliga isolatorer. Fläktskåpet isoleras från såväl fundamentet som kanalerna.

För minskande av ljud, som alstras vid spolning och fyllning av wc, badkar och tvättfat, kan kringklädnad av rören med isolerande material utföras. Rörledningar för vatten böra icke hava skarpa krökar och kraftiga sektionsändringar. Det kan vara lämpligt att i ledningarna inbygga korta rörstycken av annat material, att insätta tryckreduktionsventiler samt att infoga elastiska mellanlägg för rörfästen och vid rörgenomföringar. Rörledningar, vilka orsaka störande ljud, böra icke fästas vid tunna mellanväggar utan helst vid tjocka väggar, lämpligen av tegel, eller ock förläggas i särskilda inklädda schakt.

I särskilda tabeller hava uppgifter lämnats angående styrkan av vissa ljud, den tillåtna ljudstyrkan i olika slag av lokaler och isoleringsförmågan hos olika material och anordningar m. m.

2. Tillämpningen av meddelade anvisningar.

Lasarett.

För att åskådliggöra i vad mån de meddelade anvisningarna vunnit tillämpning inom sjukhusbyggnadsområdet har utredningen på grundval av från centrala sjukvårdsberedningen inhämtade uppgifter velat lämna en sammanställning beträffande storleken av avdelningar och andra utrymmen vid vissa sjukvårdsanstalter. Materialet för undersökningen omfattar *dels* lasarettsavdelningar, vilka nybyggts under tiden från och med år 1937, *dels ock* karolinska sjukhuset och södersjukhuset. Jämsides härmed hava motsvarande undersökningar utförts beträffande obstetriska och barnavdelningar samt sanatorier, i fråga om vilka särskilda anvisningar icke föreligga.

Tabell 1. De undersökta avdelningarnas tillkomstår och platsantal.

Anstalt	Tid för avdelningens tillkomst	Avdelningens vårdplatsantal
A. Kalmar lasarett a)	1937	30
» » b)	»	43
» » c)	»	45
Hässleholms »	1938	31
Kristianstads »	»	31
Ljusdals »	1939	30
Växjö »	»	30
Södertälje »	1941	32
Sundsvalls »	»	25
Karlskoga »	1942	34
B. Karolinska sjukhuset a)	1936	25
» » b)	1940	25
Södersjukhuset	1943	32

I fråga om de **allmänna vårdavdelningarna** hava i tabellerna 2—4 sammanställts uppgifter om *utrymmenas storlek* m. m. Av de i tabellerna redovisade sjukhusen har lasarettet i Kalmar nyutförda allmänna vårdavdelningar av tre typer, betecknade såsom a), b) och c). Även vid karolinska sjukhuset finnas avdelningar av skiftande utformning betecknade a) (=radiumhemmet) och b). Vid envar av övriga av statistiken omfattade sjukvårdsinrättningar äro de nybyggda allmänna vårdavdelningarna inbördes lika.

Av de lämnade uppgifterna om vårdplatsantal synes kunna utläsas, att utvecklingen inom de vanliga lasaretten i stort sett visar en bestämd tendens mot en stegring av vårdplatsantalet å avdelningen i förhållande till det i »Råd och anvisningar» angivna.

Tabell 2. Sjukrummens storlek i m² inom allmän vårdavdelning.

Anstalt	6-patientsal	4-patientsal	3-patientrum	2-patientrum	1-patientrum	Sjukrummens totala nettoyta
A. Kalmar lasarett a)	40·8	—	21·0	—	9·6	214·2
» » b)						305·4
» » c)						316·8
Hässleholms »	44·0	—	21·4	15·7	11·3	235·7
Kristianstads »	43·2	—	21·0	18·0	11·5	234·8
Ljusdals »	—	29·0	—	17·0	11·6	241·2
Växjö »	42·0	—	24·0	—	14·0	234·0
Södertälje »	—	29·3	—	16·3	9·6	253·0
Sundsvalls »	42·3	—	21·4	22·4	—	183·1
Karlskoga »	39·2	—	21·2	17·0	11·0 14·2	258·2
B. Karolinska sjukhuset a)	42·0	—	24·0	—	14·8	188·8
» » b)	42·0	—	24·0	—	13·9 12·6	201·7
Södersjukhuset	—	30·0	—	—	11·2	263·4

Tabellen giver vid handen, att rummen variera, 6-patientsalarna mellan 39,2 och 44 m² (maximiytan 12 % större än minimiytan), 4-patientsalarna mellan 29 och 30 m² (differens 3 %) och 3-patientrummen mellan 21 och 24 m² (differens 14 %). De största skillnaderna förete 2- och 1-patientrummen. Sålunda växla ytorna i förstnämnda rum mellan 15,7 och 22,4 m² (maximisiffran 43 % högre än minimisiffran) och i de sistnämnda rummen mellan 9,6 och 14,8 m² (differens 54 %). Dessa olikheter torde väsentligen bero på variationer i rumsdjupet, sammanhängande med avdelningarnas allmänna disposition och rummens förläggning inom avdelningarna. Härtill kommer, att de i tabellen redovisade 1-patientrummen innesluta två typer av rum, nämligen enskilda sjukrum och isoleringsrum. På grund av ofullständigheter i undersökningsmaterialet har en uppdelning av 1-patientrummen på angivna två typer icke kunnat genomföras. Den totala nettoytan av sjukrummen inom en avdelning växlar, såsom ävenledes av tabellen framgår, mellan 183,1 och 316,8 m² inom de till grupp A hörande sjukhusen och mellan 188,8 och 263,4 m² inom B-gruppen. Ett bedömande av innebörden av dessa siffror förutsätter, att desamma sättas i relation till vårdplatsantalet. Härtill återkommer utredningen i det följande.

Storleken av bilokaler och trafikytor framgår av tabell 3.

Tabell 3. Bilokalernas och trafikytornas storlek i m² inom allmän vårdavdelning.

Anstalt	Dagrum	Sköljrum	Serveringskök	Undersökningsoch behandlingsrum	Vaktrum, personalgarderober	Toalettrum, wc, lavemangsrum	Avdelningsförråd	Vädringsbalkonger (inbyggda)	Övriga rum		Total yta av bilokaler	Trafikytor (korridorer, passager)
A. Kalmar lasarett a)	13·5	10·0	10·0	12·0	8·0	19·2	15·5	8·8	—	—	97·0	88·5
» » b)	13·5	10·0	10·0	12·0	8·0	21·2	[1] 14·0	8·8	—	—	97·5	117·4
» » c)	13·5	[2] 20·0	10·0	12·0	8·0	20·2	22·0	8·8	—	—	114·5	117·4
Hässleholms »	8·7	10·4	10·4	12·8	8·4	14·3	8·4	—	—	—	73·4	75·8
Kristianstads »	16·1	14·1	13·2	19·7	10·4	20·1	10·8	—	—	—	104·4	86·8
Ljusdals »	25·0	[3] 21·6	10·0	14·4	5·9	15·6	[4] 35·3	10·0	samtalsrum telefon	7·6 1·5	146·9	141·2
Växjö »	37·8	11·7	16·0	12·8	—	16·4	11·4	9·0	bad telefon	8·8 1·1	125·0	90·4
Södertälje »	19·7	[5] 22·6	13·5	[6] 20·6	16·7	32·6	12·8	7·8	telefon garderober	1·1 1·2	148·6	128·3
Sundsvalls »	33·7	[7] 19·0	10·3	14·4	5·8	8·1	10·1	—	bad	5·0	106·4	76·0
Karlskoga »	17·0	9·6	12·4	[8] 16·0	—	21·8	[9] 18·8	4·0	—	—	99·6	119·1
B. Karolinska sjukhuset a)	26·4	15·4	15·4	24·0	11·0	14·4	15·6	—	omläggningsrum	25·5	147·7	88·3
» » b)	23·6	[10] 22·0	15·0	16·8	13·8	13·9	18·7	10·7	vakt- o. serv.-rum	5·8	140·3	102·1
Södersjukhuset	18·5	[11] 27·8	10·5	14·8	20·4	32·8	[12] 24·0	11·1	bad rökrum samtalsrum steriliseringsrum telefon m. m.	17·0 10·2 7·8 9·4 2·9	207·2	164·4

[1] 2 förråd à 8·0 och 6·0 m². — [2] 2 sköljrum à 10·0 m². — [3] 2 sköljrum à 10·8 m². — [4] Därav för vagnar 10·5 m². — [5] 2 sköljrum à 11·1 och 11·5 m². — [6] Behandlingsrum 7·5, undersökningsrum 13·1 m². — [7] 2 sköljrum à 9·5 m². — [8] Även vaktrum. — [9] 2 förråd à 8·8 och 10·0 m². — [10] 2 sköljrum à 14·2 och 7·8 m². — [11] 2 sköljrum à 10·0 och 10·2 m² samt ett städ- och blomrum à 7·6 m². — [12] Därav för vagnar 12.4 m².

Minsta totalytan för bilokaler inom grupp A — 73,4 m² — har lasarettet i Hässleholm (byggnadsår 1938). Lasaretten i Ljusdal (1939) och Södertälje (1941) uppvisa dubbelt så stor yta, 146,9 resp. 148,6 m². Inom grupp B har karolinska sjukhuset (1936) de lägsta siffrorna, 140,3—147,7 m², medan bilokalerna i södersjukhuset (1943) stigit till 207,2 m²; maximiytan är 47 % större än minimiytan. Uppmärksammas bör, att Ljusdals och Södertälje lasarett samt södersjukhuset hava 2-sängsdjup, övriga här redovisade sjukhus 3-sängsdjup. Beträffande trafikytorna framgår, att avdelningen vid lasarettet i Hässleholm (1938) har 75,8 m², men lasaretten i Ljusdal och Södertälje 141,2 resp. 128,3 m². Karolinska sjukhusets trafikytor å de allmänna vårdavdelningarna uppgå till 88,3—102,1 m² och södersjukhusets till 164,4 m². Ett bedömande av siffrornas innebörd förutsätter, att desamma sättas i relation till vårdplatsantalet.

Hur nettoytorna inom de allmänna vårdavdelningarna — bortsett från eventuella bostadsrum — fördela sig per vårdplats, utvisar tabell 4.

Tabell 4. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats inom allmän vårdavdelning.

Anstalt	Sjukrumsyta per vårdplats	Bilokalsyta per vårdplats	Trafikyta per vårdplats	Totalyta per vårdplats
A. Kalmar lasarett a)	7·1	3·2	3·0	13·3
» » b)	7·1	2·3	2·7	12·1
» » c)	7·0	2·5	2·7	12·2
Hässleholms »	7·6	2·4	2·4	12·4
Kristianstads »	7·6	3·4	2·8	13·8
Ljusdals »	8·0	4·9	4·7	17·6
Växjö »	7·8	4·2	3·0	15·0
Södertälje »	7·9	4·7	4·0	16·6
Sundsvalls »	7·3	4·3	3·0	14·6
Karlskoga »	7·6	2·9	3·5	14·0
B. Karolinska sjukhuset a)	7·6	5·9	3·5	17·0
» » b)	8·1	5·6	4·1	17·8
Södersjukhuset	8·2	[1] 6·5	5·1	[1] 19·8

[1] Därtill 1·9 m² solarium.

Av tabellen inhämtas följande. För sjukrumsytan inom sjukhus, tillhörande grupp A, äro de två lägsta siffrorna 7,0 och 7,1 m² samt de två högsta 7,9 och 8,0 m², motsvarande 11—14 % differens. Vid karolinska sjukhuset och södersjukhuset är ytan något större, lägst 7,6 och högst 8,2 m²; maximisiffran är cirka 8 % högre än minimisiffran. Minimisiffrorna hänföra sig inom grupp A till Kalmarlasarettets vårdavdelningar och inom grupp B till radiumhemmet vid karolinska sjukhuset. Maximisiffrorna inom grupp A hänföra sig till Södertälje och Ljusdals lasarett samt inom grupp B till södersjukhuset. I fråga om bilokaler och trafikytor äro differenserna avsevärda. Bilokalerna inom A-gruppen upptaga en golvyta, som vid lasaretten i Kalmar och Hässleholm varierar mellan 2,3 och 3,2 m² men vid Södertälje- och Ljusdalslasaretten utgör 4,7 resp. 4,9 m² eller det dubbla av ytan vid Kalmar b). Inom

grupp B ligger karolinska sjukhuset med 5,6—5,9 m² lägre än södersjukhuset med 6,5 m²; maximisiffran är 16 % högre än minimisiffran. De största ytorna hänföra sig alltså även i fråga om bilokaler till de senaste årens sjukhusbyggen och avspegla en tendens till höjd utrymmesstandard. Sålunda hava vid södersjukhuset tillhandahållits särskilda lavemangsrum, samtalsrum, steriliseringsrum samt städ- och blomrum. Stegringen måste emellertid därjämte, såsom framhållits vid tabell 3, sättas i samband med ändringar beträffande de allmänna dispositionsplanerna. Vid södersjukhuset har en dubblering av vissa lokaler, t. ex. sköljrum, genomförts. I fråga om trafikytorna giva observationerna liknande resultat. Den största återhållsamheten har visats vid byggena i Kalmar och Hässleholm, 2,4—3,0 m², medan i Södertälje 4,0 och i Ljusdal 4,7 m² tagits i anspråk; differensen beräknad på minsta ytan utgör 96 %. Inom grupp B äro motsvarande ytsiffror 3,5 (radiumhemmet vid karolinska sjukhuset), 4,1 (den andra avdelningen vid karolinska sjukhuset) och 5,1 (södersjukhuset); differensen uppgår till 46 %. Bilokalerna och trafikytorna äro, såsom framgår av vad redan anförts, avgörande för den relativa storleken av de totala nettoytorna. Lasaretten i Kalmar och Hässleholm hava en total nettoyta per vårdplats av 12,1—13,3 m², Södertäljelasarettet 16,6 m², Ljusdalslasarettet 17,6 m², karolinska sjukhuset 17,0—17,8 m² och södersjukhuset 19,8 m².

Vårdrumsytorna förete sålunda mera måttliga variationer, vilket torde kunna hänföras till den ytnorm av 7 m² per vårdplats, som länge varit praxis vid sjukhusbyggandet. Däremot återspegla de högst varierande siffrorna för bilokaler och trafikytor frånvaron av fixerade normer för dessa utrymmen.

Ett studium av ytorna vid *alla* allmänna avdelningar, som om-, till- eller nybyggts från och med år 1937, giver härutöver vid handen, att *de mindre avdelningarna i regel kräva större totalyta per vårdplats än de större avdelningarna.* Detta förhållande sammanhänger därmed, att bilokalsytan per vårdplats minskar i den mån avdelningarnas vårdplatsantal ökar.

Fördelningen av ytorna inom **mottagningsavdelningar,** som nybyggts under senare år, framgår av tabell 5. Tabellen avser mottagningsavdelningar vid odelade lasarett samt kirurgiska och medicinska mottagningsavdelningar vid delade lasarett. Den angiver nettoytorna i absoluta tal. En fördelning per vårdplats är i detta sammanhang utan intresse, enär dimensioneringen av mottagningsavdelningarna är väsentligen beroende av den polikliniska verksamhetens omfattning.

Mottagningsavdelningarnas ytor uppvisa betydande variationer. Av de odelade lasaretten har Ljusdalslasarettet en yta av 217,4 m², medan Hässleholm och Karlskoga ligga nästan en fjärdedel högre med 267,5 resp. 267,6 m². Väntrum, bilokaler och trafikytor hava en väsentlig andel i denna ökning. Hässleholms- och Karlskogalasaretten hava vidare särskilda rum för olycksfall. Vad angår de kirurgiska avdelningarna, äro dessa i Södertälje och Kalmar av ungefär samma storleksordning, 292,6 resp. 300,2 m². Växjöavdelningen åter är drygt 30 % större. Läkarrum, bilokaler och trafikytor svara

Tabell 5. Nettoytorna i m² vid nybyggda mottagningsavdelningar.

Lasarett	Antal vårdplatser	Väntrum	Rum för läkare och undersökning	Omläggnings- och behandlingsrum	Operationsrum	Rum för olycksfall	Bilokaler	Trafikytor	Total nettoyta
Odelade lasarett:									
Ljusdal	67	34·4	57·2	15·4	22·5	—	37·2	50·7	217·4
Karlskoga	83	55·5	42·8	22·5	20·0	13·0	44·0	69·8	267·6
Hässleholm	100	48·4	41·1	13·8	28·6	10·7	47·2	77·7	267·5
Delade lasarett									
kirurgisk avdelning:									
Kalmar	133	54·0	67·3	27·8	27·8	16·8	24·8	81·7	300·2
Södertälje	135	90·4	58·8	32·1	—	—	62·6	48·7	292·6
Växjö	137	53·9	87·8	21·3	27·1	16·2	93·9	102·1	402·3
medicinsk avdelning:									
Södertälje	80	42·0	94·6	16·2	—	—	34·4	74·4	261·6
Kalmar	104	32·4	60·6	19·8	—	—	27·0	50·8	190·6
Växjö	110	33·7	84·0	17·4	—	—	141·2	117·0	393·3

huvudsakligen för denna ökning. Av än större mått äro skillnaderna mellan de medicinska mottagningsavdelningarna. Vid Kalmarlasarettet utgör golvytan 190,6 m², lasarettet i Södertälje har 261,6 m²; i Växjö är ytan 393,3 m², d. v. s. 106 % större än i Kalmar. Det är framför allt bilokalerna, som vid Växjölasarettet erhållit vidlyftigare dimensioner än vid de två övriga av här angivna sjukhus. Även trafikytorna äro emellertid betydligt större.

För storleken av de under senare år nybyggda **operationsavdelningarna** vid odelade och delade lasarett lämnas redogörelse i tabell 6. I tabellen har därjämte medtagits en tidigare tillkommen operationsavdelning av högre storleksordning, nämligen sahlgrenska sjukhusets. Avdelningarnas rum hava sammanförts i följande grupper:

a) operationsrum (aseptiska och septiska operationsrum),

b) biutrymmen (steriliserings-, tvätt-, endoskoperings-, gipsnings-, skölj-, förbands-, autoklav-, vakt- och förrum m. fl.),

Tabell 6. Nettoytorna i m² vid nybyggda operationsavdelningar.

Lasarett	Lasarettets resp. kirurgiska avdelningens vårdplatsantal	Operationsrum	Biutrymmen	Personalutrymmen	Trafikytor	Total nettoyta	Nettoyta pr vårdplats
Odelade lasarett:							
Ljusdal	67	32·4	115·5	14·7	22·3	184·9	2·76
Karlskoga	83	30·0	161·5	12·0	25·7	229·2	2·76
Hässleholm	100	29·7	86·2	9·6	35·3	160·8	1·61
Delade lasarett:							
Kalmar	133	65·0	204·7	24·0	55·8	349·5	2·63
Södertälje	135	49·2	109·1	5·8	54·4	218·5	1·62
Växjö	137	56·7	155·5	22·1	69·5	303·8	2·22
Sahlgrenska sjukhuset	303	187·9	438·2	107·4	162·8	896·3	2·96

c) personalutrymmen (läkarrum, omklädningsrum m. m.),
d) trafikytor (korridorer, passager),
e) total nettoyta (alla nettoytor inom avdelningen utom bostadsrum).

Antalet operationsrum vid de i tabellen upptagna lasaretten utgör, vid de odelade lasaretten ett, vid sahlgrenska sjukhuset tre och vid övriga delade lasarett två.

Det här redovisade materialet giver vid handen, att operationsavdelningarnas utrymmesstandard tillmätts mycket växlande. Av de odelade lasaretten har Hässleholmslasarettet den minsta ytan 160,8 m², Ljusdalslasarettet ligger 15 % och Karlskogalasarettet — uppfört 1942 — 42 % högre. Ökningen beror på förstoring av biutrymmena. Bland operationsavdelningarna vid delade lasarett med två operationssalar är Växjöavdelningen (303,8 m²) nästan 40 % och Kalmaravdelningen (349,5 m²) omkring 60 % större än Södertäljeavdelningen (218,5 m²). Ökningen faller till stor del på biutrymmena; även personalutrymmen och operationsrum förete emellertid en betydande ansvällning. Nettoytan per vårdplats varierar inom gruppen odelade lasarett mellan 1,61 m² (Hässleholm) och 2,76 m² (Ljusdal, Karlskoga) d. v. s. med 71 %, räknat på den mindre ytan, samt bland de delade lasaretten med 2 operationssalar mellan 1,62 m² (Södertälje) och 2,63 m² (Kalmar) eller med 62 %. Operationsavdelningen å sahlgrenska sjukhuset har en nettoyta per vårdplats av 2,96 m².

Storleken av under senare år nybyggda **röntgenavdelningar** vid odelade och delade lasarett angives i tabell 7. Avdelningarna vid odelade lasarett hava indelats i följande lokalgrupper:

a) mottagningsutrymmen (väntrum, mottagningsrum),
b) röntgenutrymmen (avklädningshytter, röntgenrum, maskinrum, framkallnings- och fixeringsrum, skyddsrum),
c) biutrymmen (läkarrum, filmgranskningsrum, sköljrum, förråd m. m.),
d) trafikytor (korridorer, passager),
e) total nettoyta (alla nettoytor inom avdelningen utom bostadsrum).

Tabell 7. Nettoytorna i m² vid nybyggda röntgenavdelningar.

Lasarett	Antal vårdplatser	Mottagningsutrymmen	Röntgen		Biutrymmen		Trafikytor	Total nettoyta	Nettoyta pr vårdplats
			Terapi	Diagnostik	Totalt	Därav läkarrum			
Odelade lasarett:									
Ljusdal	67	—	—	54·2	41·4	—	20·4	116·0	1·73
Karlskoga	83	—	—	60·8	13·0	—	20·5	94·3	1·14
Hässleholm	100	10·8	—	52·5	21·2	—	27·3	111·8	1·12
Delade lasarett:									
Södertälje	240	41·8	70·0	146·6	77·8	17·6	94·1	430·3	1·79
Växjö	265	—	82·9	119·3	106·6	19·3	98·3	407·1	1·54
Kalmar.....	290	40·3	58·5	125·4	61·1	9·0	80·4	365·7	1·26
Umeå	452	62·3	56·8	116·8	61·2	15·2	130·6	427·7	0·95

Vid delade lasarett är gruppindelningen följande:

a) mottagningsutrymmen (= odelade lasarett),

b) terapiutrymmen (avklädningshytter, behandlingsrum, maskinrum, skyddsrum),

c) diagnostikutrymmen (avklädningshytter, undersökningsrum, maskinrum, framkallnings- och fixeringsrum, skyddsrum),

d) biutrymmen (läkarrum, filmgranskningsrum, sköljrum, förråd, omläggningsrum, bariumkök, vaktrum m. m.),

e) trafikytor (= odelade lasarett),

f) total nettoyta (= odelade lasarett).

Av tabellen framgår, att de odelade lasarettens röntgenavdelningar ligga varandra ganska nära i fråga om total nettoyta (lägst 94,3 högst 116 m²; 23 % differens). Liknande överensstämmelse uppvisa de delade lasaretten (yta 365,7—430,3 m²; 17 % differens). Nettoytan per vårdplats torde i detta fall giva ett mindre adekvat uttryck för avdelningarnas storlek, då nämligen röntgenpatienterna i stor utsträckning äro poliklinikpatienter. Den minsta ytan per vårdplats redovisas för det största av de i tabellen upptagna sjukhusen, Umeå lasarett.

Barnbördsavdelningar. Anstaltsvård av förlossningsfall var tidigare huvudsakligen begränsad till storstäderna. De speciella barnbördsavdelningar (obstetriska avdelningar), som numera finnas inrättade vid ett stort antal lasarett och sjukstugor, torde väsentligen hava tillkommit i senaste tid. Efter 1937, då bestämmelser utfärdades om statsbidrag till anläggande och drivande av anstalter för barnbördsvård, hava åtskilliga sådana avdelningar inrättats. Normerande byggnadsföreskrifter hava emellertid icke meddelats i vidare mån än som framgår av den förut lämnade redogörelsen. Utredningen har inhämtat uppgifter rörande storleken av de obstetriska avdelningar vid lasarett, vilka färdigställts eller påbörjats under åren 1937—1943 samt första halvåret 1944.

Barnbördsavdelningarna äro av två slag, typ I och typ II. Avdelning av typ I har egen specialutbildad läkare och bör vara kombinerad med avdelning för kvinnosjukdomar (gynekologisk avdelning). Vid typ II handhaves vården, å odelat lasarett av lasarettsläkaren och å delat lasarett av läkaren å den kirurgiska avdelningen. De båda typerna skilja sig organisatoriskt också därutinnan, att avdelning av typ I i regel uppdelas på dels vårdavdelningar, dels ock förlossningsavdelningar för såväl aseptisk som septisk förlossning. Vid typ II har en sådan uppdelning i regeln icke genomförts.

Beträffande *avdelningar av typ I* har det statistiska materialet sammanställts i tabellerna 8—12, av vilka tabellerna 8—11 avse vårdavdelningar och tabell 12 vissa förlossnings- och arbetsavdelningar. De två storstadsanstalterna karolinska sjukhuset och södersjukhuset hava i tabellerna redovisats för sig.

Tabell 8. De undersökta avdelningarnas av typ I tillkomstår och platsantal.

	Anstalt	Tillkomstår	Vårdplats-antal
	Allmänna vårdavdelningar.		
A.	Borås lasarett	Ombyggnad 1937	26
	Norrköpings lasarett	Nybyggnad 1940	28
	Sahlgrenska sjukhuset a)	» »	28
	» » b)	» »	26
	» » c)	» »	27
	Sundsvalls lasarett	» 1941	29
	Karlstads »	» 1943	27
	Akademiska sjukhuset i Uppsala a)	» »	27
	» » » » b)	» »	24
	Malmö allmänna sjukhus a)	» »	24
	» » » b)	» »	24
B.	Karolinska sjukhuset	» 1940	25
	Södersjukhuset	» 1944	26
	Septiska, isolerings- och observationsavdelningar.		
	Norrköpings lasarett, isol.-avd.	Nybyggnad 1940	6
	Sahlgrenska sjukhuset, sept. avd.	» »	22
	Karlstads lasarett, sept. isol.-avd.	» 1943	10
	Akademiska sjukhuset i Uppsala, sept. vårdavd.	» »	15
	» » » » , observ.-avd.	» »	12

Tabellen utvisar, att platsantalet vid de allmänna vårdavdelningarna växlar mellan 24 och 29. Specialavdelningarna förete stora växlingar. Isoleringsavdelningen vid Norrköpings lasarett har sålunda endast 6 platser, medan den septiska avdelningen vid sahlgrenska sjukhuset kan mottaga 22 patienter. Att variationerna här äro så betydande, torde sammanhänga med upptagningsområdets större eller mindre storlek.

I fråga om de allmänna vårdavdelningarna framgår av tabell 9 följande. Minsta ytan av en 6-patientsal uppvisar akademiska sjukhuset i Uppsala b), 41,3 m², medan sahlgrenska sjukhuset c) uppvisar den största ytan, 49,8 m²; skillnaden utgör 20 %. Om man bortser från nämnda avdelning vid sahlgrenska sjukhuset och från den genom tillbyggnad inrättade bb-avdelningen vid Borås lasarett, vilken ävenledes förfogar över tämligen rymliga 6-patientsalar, äro siffrorna ganska ensartade, 41,3—44,2 m² (differens 7 %). Vid karolinska sjukhuset utgör ytan 43,4 m². Med avseende å 4-patientsalarna, vilka förekomma vid endast fyra anstalter, uppgår minimum (Karlstad) till 27 m² och maximum (Norrköping) till 32,8 m², innebärande en skillnad av 21 %. För södersjukhuset är golvytan 28,5 m². Storleken av 3-patientrummen inom grupp A växlar mellan 21,3 m² (sahlgrenska sjukhuset b)) och 23,4 m² (Sundsvall); differensen ej fullt 10 %. Karolinska sjukhusets 3-patientrum mäta 25,4 m² och äro alltså större än motsvarande rum vid övriga sjukhus. Variationerna beträffande 2-patientrummen äro avsevärda. Lägsta siffran, 15,1 m², har Karlstads lasarett, högsta siffran, 22,4 m², hänför sig till Norrköpings lasarett; differensen utgör 48 %. Karolinska sjukhuset och

Tabell 9. Sjukrummens storlek i m² inom vårdavdelning av typ I.

Anstalt	6-patient-sal	4-patient-sal	3-patient-rum	2-patient-rum	1-patient-rum	Sjukrummens totala nettoyta
Allmänna vårdavdelningar.						
A. Borås lasarett	46·2	—	22·5	—	14·9	197·3
Norrköpings lasarett	—	32·8	—	20·1; 21·6; 22·4	15·7	259·5
Sahlgrenska sjukhuset a)	43·6	—	21·4	21·4	14·6	221·2
» » b)	42·7	—	21·3	—	14·6	200·2
» » c)	49·8	28·3	—	18·0	13·9	213·0
Sundsvalls lasarett	42·3	—	23·4	19·2; 20·7	15·3; 15·8	240·2
Karlstads »	—	27·0	—	15·1	13·3	211·5
Akad. sjukhuset i Uppsala a)	44·2	—	22·9	—	13·5	218·8
» » » » b)	41·3; 41·8	—	22·0	21·2	16·7	226·2
Malmö allmänna sjukhus a)	42·0	—	22·2	—	14·7; 14·8	192·5
» » » b)	42·0	—	22·2	—	14·7; 14·8	192·5
B. Karolinska sjukhuset	43·4	—	25·4	17·1	14·2	208·5
Södersjukhuset	—	28·5	—	16·7	10·0; 11·2; 13·8	207·9
Septiska, isolerings- och observations-avdelningar.						
Norrköpings lasarett, isol.-avd.	—	—	—	17·8	—	53·0
Sahlgrenska sjukhuset, sept. avd.	49·4	26·6	—	16·8; 17.9	14·4	215·8
Karlstads lasarett, sept. isol.-avd.	—	—	—	15·7	14·1	91·0
Akademiska sjukhuset i Uppsala, sept. vårdavd.	44·2	—	21·6	—	14·0; 16·3; 16·5	134·1
Akademiska sjukhuset i Uppsala, observ.-avd.	44·7	—	22·8	21·8	14·1	103·4

södersjukhuset hava ytor å 17,1 resp. 16,7 m². Vad slutligen angår 1-patientrummen, varierar ytan inom grupp A mellan 13,3 m² (Karlstad) och 16,7 m² (akademiska sjukhuset i Uppsala b)); differensen utgör 26 %. Vid de två stockholmssjukhusen redovisas ytor å lägst 10 m² (södersjukhuset) och högst 14,2 m² (karolinska sjukhuset).

Beträffande specialavdelningarna giver tabell 9 vid handen, att rumsytorna växla, 6-patientsalarna från 44,2 m² (septiska vårdavdelningen vid akademiska sjukhuset) till 49,4 m² (sahlgrenska sjukhuset), 3-patientrummen, vilka förekomma endast vid akademiska sjukhuset, från 21,6 m² (septiska vårdavdelningen) till 22,8 m² (observationsavdelningen), 2-patientrummen från 15,7 m² (Karlstad) till 21,8 m² (observationsavdelningen å akademiska sjukhuset) samt 1-patientrummen från 14 m² (septiska vårdavdelningen å akademiska sjukhuset) till 16,5 m² (samma avdelning), d. v. s. med resp. 11, 6, 39 och 18 %. 4-patientsalar förekomma endast vid septiska avdelningen å sahlgrenska sjukhuset och mäta 26,6 m².

Storleken av bilokaler, skötrum och barnsalar samt trafikytor framgår av tabell 10.

Anstalt	Bilokaler: Dagrum	Sköljrum	Serveringskök	Undersökningsoch behandlingsrum	Vaktrum o. personalgarderober	Toalettrum, wc, bad	Avdelningsförråd	Vädringsbalkonger (inbyggda)	Övriga rum	Totalyta av bilokalerna	Skötrum och barnrum: Skötrum eller barnbad	Barnrum	Total yta av skötrum och barnrum	Trafikytor (korridorer, passager m. m.)
Allmänna vårdavdelningar.														
A. Borås lasarett	—	10·7	10·9	—	9·5	4·8	7·2	7·8	— —	50·9	4·5	23·2	27·7	75·6
Norrköpings lasarett	—	13·0	13·6	12·1	—	13·9	13·9	—	Blomrum 6·5 Doprum o. exp. 27·0	100·0	12·4	18·6	31·0	127·5
Sahlgrenska sjukhuset a)	19·3	11·6	10·6	13·0	8·0	12·8	10·4	4·4	Samtalsrum 5·5	95·6	43·5		43·5	103·9
d:o b)	21·6	11·6	10·4	12·8	7·6	10·8	10·4	5·4	» 5·2	95·8	41·6		41·6	86·2
d:o c)	[1] 41·1	14·6	15·2	16·8	9·0	13·8	15·6	6·6	» 8·4	141·1	69·0		69·0	105·3
Sundsvalls lasarett..	15·4	14·8	15·0	—	12·4	8·1	12·2	—	Sängvagn 1·7 Städ. 1·4	81·0	13·5	27·5	41·0	84·0
Karlstads » ..	[2] 28·4	10·8	12·8	14·4	[3] 17·9	11·7	11·2	5·2	Städ. 8·2	120·6	12·0	[4] 36·5	48·5	109·4
Akademiska sjukhuset i Uppsala a)	21·6	12·9	14·8	16·9	8·9	9·4	10·4	10·5	Exp. 11·3, tel. 0·9, lav. 11·0, skrubb 1·0, städ. 6·6, sängkl. 12·6	148·8	12·1	[5] 47·2	59·3	108·3
d:o b)	—	12·8	13·2	11·9	[6] 12·6	12·6	—	—	—	63·1	20·3	22·0	42·3	61·9
Malmö allmänna sjukhus a)	—	11·9	15·0	13·8	14·3	[7] 7·3	12·1	10·1	Tel. 0·8, omklädn. 6·8, blomr. 4·5, torkr. 2·6	99·2	15·2	30·4	45·6	123·2
d:o b)	—	11·9	14·6	15·7	14·3	[7] 7·3	[8] 15·6	10·1	Tel. 0·8, omklädn. 6·8, blomr. 4·5, torkr. 2·6	104·2	15·2	30·4	45·6	123·2
B. Karolinska sjukhuset	13·6	13·3	14·6	16·8	11·2	13·8	[9] 15·9	7·5	Gard. o. omklädn. 4·0	110·7	12·0	18·7	30·7	97·4
Södersjukhuset	17·2	[10] 20·2	13·2	14·4	[11] 30·2	[12] 38·0	[11]	9·8	Samt. rum 8·0, solarium 18·5, tel. 1·6, sterilr. 10·0, blomr. 6·9, vagnr. 11·4	199·4	13·5	[13] 43·7	57·2	152·8
Septiska, isolerings- och observationsavdelningar.														
Norrköpings lasarett, isol. avd.	—	8·4	—	—	—	—	6·5	—	—	14·9	—	—	—	26·2
Sahlgrenska sjukhuset, sept. avd.	20·2	14·8	13·2	21·7	9·0	13·8	13·8	11·1	—	117·6	28·3		28·3	94·0
Karlstads lasarett, sept. isol. avd.	—	12·5	12·3	16·6	1·7	15·8	2·4	—	Kokrum 4·8, städ. 1·1	67·2	5·8	9·9	15·7	53·1
Akademiska sjukhuset i Uppsala, sept. vårdavd.	16·6	13·5	12·2	—	11·1	—	4·3	—	—	57·7	8·3	13·3	21·6	50·4
D:o observ. avd.	—	13·5	13·7	15·1	8·6	2·6	3·6	11·4	Expedition 8·2	76·7	9·6	10·6	20·2	65·1

[1] 2 dagrum à 12·5 och 28·6 m². — [2] 2 dagrum à 14·0 och 14·4 m². — [3] Vaktrum 10·0, personalgarderob 7·9 m². — [4] 2 barnrum 11·8 och 24·7 m². — [5] 1 rum för friska barn à 27·0 m², 1 rum för sjuka barn à 20·2 m². — [6] Tillika förråd. — [7] 2 à 6·0 och 1·3 m². — [8] 2 à 12·1 och 3·5 m². — [9] 2 förråd à 3·0 och 12·9 m². — [10] 2 à 10·0 och 10·2 m². — [11] Vaktrum och förråd ej avskilda = 22·8 m², personalgard. 7·4. — [12] 2 lavemangsrum à 6·3 och 3·5, 3 wc 1·2, 1·4 och 1·5, 2 toal. och omklädningsrum 6·1 och 6·0 samt 1 badrum à 12·0 m². — [13] För 26 barn 28·9 m², isoleringsrum för 6 barn 14·8 m².

Såsom av tabellen framgår, har Boråsavdelningen den minsta bilokalsytan, 50,9 m². En av avdelningarna (b) vid akademiska sjukhuset har en yta av endast 63,1 m², och den andra avdelningstypen (a) har den största ytan inom gruppen, 148,8 m². I sistnämnda siffra — vilken är nära 3 gånger minimisiffran — ingå »övriga bilokaler» med en större siffra — 43,4 m² — än vid övriga sjukhus inom gruppen. Avdelningen har dessutom vissa utrymmen — dagrum, förråd och inbyggda balkonger — vilka saknas i sjukhusets avdelning b) och delvis också i Borås. Vid karolinska sjukhuset och södersjukhuset utgöra ytorna resp. 110,7 och 199,4 m². Södersjukhusets »övriga bilokaler», bland annat solarium, omfatta ej mindre än 56,4 m². Därjämte äro sköljrum, vaktrum och personalgarderober samt toalett- och badrum delvis dubblerade och större än vid någon annan i tabellen upptagen anstalt. De till gruppen A hörande anstalterna förfoga för skötrum och barnrum över ytor å lägst 27,7 m² (Borås) och högst 69 m² (sahlgrenska sjukhuset c)), motsvarande en skillnad å 149 %. Inom grupp B har södersjukhuset tilltagits mest spatiöst, 57,2 m², medan för karolinska sjukhuset något mer än halva ytan, 30,7 m², befunnits tillräcklig. Trafikytorna växla ävenledes inom vida gränser. Lasarettet i Borås har 75,6, akademiska sjukhuset b) 61,9, Norr-

Tabell 11. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats inom vårdavdelning av typ I.

Anstalt	Vårdplatsantal	Sjukrumsyta per vårdplats	Barnrumsyta per vårdplats	Bilokalsyta per vårdplats	Trafikyta per vårdplats	Total yta per vårdplats
Allmänna vårdavdelningar.						
A. Borås lasarett	26	7·6	1·1	1·9	2·9	13·5
Norrköpings lasarett	28	9·3	1·1	3·6	4·5	18·5
Sahlgrenska sjukhuset a)	28	7·9	1·6	3·4	3·7	16·6
» » b)	26	7·7	1·6	3·7	3·3	16·3
» » c)	27	7·9	2·6	5·2	3·9	19·6
Sundsvalls lasarett	29	8·3	1·4	2·8	2·9	15·4
Karlstads »	27	7·8	1·8	4·5	4·0	18·1
Akademiska sjukhuset i Uppsala a)	27	8·1	2·2	5·5	4·0	19·8
» » » b)	24	9·4	1·8	2·6	2·6	16·4
Malmö allmänna sjukhus a)	24	8·0	1·9	4·2	5·1	19·2
» » » b)	24	8·0	1·9	4·4	5·1	19·4
B. Karolinska sjukhuset	25	8·4	1·2	4·4	3·9	17·9
Södersjukhuset	26	8·0	2·2	[1] 7·7	5·9	[1] 23·8
Septiska, isolerings- och observationsavdelningar.						
Norrköpings lasarett, isol.-avd.	6	8·8	—	2·5	4·4	15·7
Sahlgrenska sjukhuset, sept. avd.	22	9·8	1·3	5·3	4·3	20·7
Karlstads lasarett, sept. isol.-avd.	10	9·1	1·6	6·7	5·3	22·7
Akademiska sjukhuset i Uppsala, sept. vårdavd.	15	9·0	1·4	3·8	3·4	17·6
Akademiska sjukhuset i Uppsala, isol.-avd.	12	8·6	1·7	6·4	5·4	22·1

[1] Därav solarium-arbetsterapi 0·7 m²/vp.

köping 127,5, karolinska sjukhuset 97,4 och södersjukhuset 152,8 m². Vid sistnämnda sjukhus är således ytan cirka 2,5 gånger minimiytan.

Vid specialavdelningarna måste på grund av de stora olikheterna i vårdplatsantal även bilokalerna vara av växlande storleksordning. Ytan av desamma varierar mellan 14,9 m² (Norrköping) och 117,6 m² (sahlgrenska sjukhuset). Motsvarande tal för skötrum och barnrum äro 15,7 m² (Karlstad) resp. 28,3 m² (sahlgrenska sjukhuset) samt för trafikytorna 26,2 m² (Norrköping) resp. 94 m² (sahlgrenska sjukhuset).

Hur nettoytorna inom vårdavdelningarna fördela sig per vårdplats utvisar tabell 11.

Av tabellen inhämtas, att inom de allmänna vårdavdelningarna av grupp A den minsta nettoytan hänför sig till lasarettet i Borås, 13,5 m², och den största till akademiska sjukhuset a), 19,8 m², liggande 47 % högre. Karolinska sjukhuset och södersjukhuset uppvisa siffrorna 17,9 och 23,8 m², den senare 33 % högre än den förra. Boråslasarettets låga siffror sammanhänga med att detta lasarett har minsta nettoytan å sjukrum, barnrum och bilokaler samt näst minsta trafikytan. Södersjukhuset företer de största bilokals- och trafikytorna samt den näst största barnrumsytan. Ett studium av siffrorna för delytorna vid samtliga allmänna vårdavdelningar giver vid handen, att de största fluktuationerna förekomma i fråga om bilokaler och trafikutrymmen. Det är fördenskull dessa och särskilt bilokalerna, som starkast hava påverkat totalytornas variationer. Då det gäller att söka förklaringen till de stora växlingarna av bilokalsytan vid olika sjukhus, kunde det ligga nära till hands att ställa dessa växlingar i samband med vårdplatsantalet. Emellertid är ett sådant samband i här berörda fall knappast möjligt att påvisa. Vid lasarettet i Borås och södersjukhuset är vårdplatsernas antal per avdelning detsamma (26). Inom grupp A har visserligen lasarettet i Sundsvall den näst lägsta nettoytsiffran och tillika det högsta vårdplatsantalet (29), men i övrigt synes en fast relation mellan nettoyta och vårdplatsantal icke vara för handen. Nettoytans variationer måste därför kunna återföras på andra moment i planläggningen. Särskilt skulle då rumsdjupet kunna tänkas komma i fråga. Av de i tabellen redovisade sjukhusen hava lasaretten i Norrköping och Karlstad samt södersjukhuset 2-sängsdjup. Detta rumsdjup förekommer även i viss utsträckning vid sahlgrenska sjukhuset. Det torde med stöd av de meddelade siffrorna kunna göras gällande, att avdelningar med tvåsängsdjup i allmänhet hava stor nettoyta per vårdplats; till södersjukhuset hänför sig den största nettoytan.

Vid specialavdelningarna är nettoytan lägst 15,7 m² (Norrköping) och högst 22,7 m² (Karlstad). Några allmänna slutsatser torde icke kunna dragas av det föreliggande materialet.

Såsom förut antytts råder ett nära samband mellan förlossnings- och gynekologavdelningarna, särskilt i fråga om operationslokaler. I viss utsträckning äro ock lokaliteterna vid dessa avdelningar gemensamma. En uppdelning av de gemensamma utrymmena låter sig svårligen genomföra och måste

Tabell 12. Nettoytorna i m² per vårdplats vid avdelningar för aseptisk förlossning, gynekologisk operation, septisk förlossning samt mottagningsavdelningar vid vissa kvinnosjukhus.

Anstalt	Antal vårdplatser	Nettoytan per vårdplats av							Total nettoyta per vårdplats
		väntrum, kapprum, toaletter	undersökning, expedition	aseptiska förlossningsrum	septiska förlossningsrum	operationsrum	biutrymmen	trafikytor	
Norrköpings lasarett	57	1·1	0·9	1·4	—	0·8	3·2	2·4	9·8
Karlstads lasarett ..	75	0·7	0·7	1·3	0·3	0·7	3·9	2·2	9·8
Akademiska sjukhuset i Uppsala	191	0·4	0·5	0·7	0·6	0·4	2·5	1·2	6·3
Södersjukhuset	178	0·8	1·0	1·4	0·3	1·0	5·3	3·0	12·8
Malmö allmänna sjukhus	134	0·7	1·7	1·0	0·3	0·6	3·6	2·3	10·2

i varje fall bliva tämligen godtycklig. Det har därför synts riktigast att i tabell 12, som närmast avser att belysa storleken av förlossningsavdelningarna, sammanföra dessa med avdelningarna för gynekologisk operation och mottagning. Statistiken har begränsats till nettoytorna per vårdplats och omfattar endast vissa av de i vårdavdelningstabellerna angivna anstalterna.

Enligt vad tabellen giver vid handen har Norrköpings lasarett det lägsta vårdplatsantalet, 57, medan akademiska sjukhuset har högsta antalet, 191. Delytorna äro inbördes av mycket olika storlek och röra sig inom följande gränser: väntrum etc. 0,4—1,1, undersökningsrum och expedition 0,5—1,7, aseptiska förlossningsrum 0,7—1,4, septiska förlossningsrum 0,3—0,6, operationsrum 0,4—1,0, biutrymmen 2,5—5,3 samt trafikytor 1,2—3,0 m². Uträknade på minsta ytan i varje särskilt fall utgöra variationerna 100 % eller därutöver. Den totala nettoytan per vårdplats växlar mellan 6,3 m² (akademiska sjukhuset) och 12,8 m² (södersjukhuset) och är alltså minst vid den avdelning, som disponerar det högsta vårdplatsantalet. I övrigt kan något samband med vårdplatsantalet icke påvisas. Rumsdjupets inverkan kan möjligen spåras däri, att södersjukhuset, som — jämte lasaretten i Karlstad och Norrköping — har 2-sängsdjup, uppvisar de minst gynnsamma siffrorna.

I det föregående har utredningen ägnat uppmärksamhet åt utrymmesstandarden vid obstetrisk-gynekologiska avdelningar (typ I). Vad angår *barnbördsavdelningar av typ II* (utan specialutbildade läkare), vilka under de senaste åren inrättats i avsevärt antal, äro dessa av mycket växlande storlek. Jämsides med avdelningar å omkring 30 vårdplatser (Eskilstuna 33 platser) finnas sådana med 6—7 platser (Köping, Kisa, Ljusdal). En stor grupp avser ett platsantal varierande mellan 10 och 15 platser. Flertalet av ifrågavarande avdelningar har tillkommit genom om- eller tillbyggnad. Det har för utredningen framstått såsom varande av mera underordnat intresse att redovisa resultatet av de verkställda undersökningarna rörande de totala netto-

ytornas fördelning å skilda utrymmen vid dessa avdelningar. Däremot är det för övervägandena av skäliga utrymmesnormer av vikt att äga närmare kännedom om nettoytorna och deras fördelning per vårdplats vid nybyggda avdelningar.

Utrymmena hava fördelats på följande grupper.

a) sjukrum (alla sjukrum inom avdelningen),
b) förlossningsrum,
c) barn- och skötrum,
d) bilokaler,
e) trafikytor (korridorer, passager),
f) total nettoyta (alla utrymmen inom avdelningen utom bostadsrum).

Tabell 13. Nettoytorna i m² vid nybyggda bb-avdelningar av typ II.

Lasarett	Antal vård-platser	Sjukrum	Förloss-ningsrum	Barn- och skötrum	Bi-lokaler	Trafik-ytor	Total nettoyta
Odelade lasarett:							
Ljusdal	7	75·5	20·2	19·6	53·8	55·9	225·0
Hässleholm	10	74·0	28·0	19·6	97·2	44·6	263·4
Karlskoga	15	113·0	27·4	19·2	72·6	63·9	296·1
Delade lasarett:							
Växjö	18	157·9	43·4	26·2	87·5	96·6	411·6
Umeå	21	161·2	44·0	37·5	52·3	118·1	413·1
Östersund	22	182·5	59·5	33·6	166·8	175·5	617·9
Kalmar	24	192·2	59·0	28·6	82·0	141·6	503·4
Södertälje	25	196·7	42·8	23·9	78·6	109·3	451·3

Av tabell 14 inhämtas, att vårdrumsytan per vårdplats vid nybyggda avdelningar uppgår till lägst 7,4 m² (Hässleholm) och högst 10,8 m² (Ljusdal); maximisiffran är 46 % högre än minimisiffran. För övriga utrymmen gälla

Tabell 14. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats inom nybyggda bb-avdelningar av typ II.

Lasarett	Vård-plats-antal	Ytan per vårdplats av					Total nettoyta per vårdplats
		sjukrum	förloss-ningsrum	barn- och skötrum	bilokaler	trafikytor	
Odelade lasarett:							
Ljusdal	7	10·8	2·9	2·8	7·7	7·9	32·1
Hässleholm	10	7·4	2·8	2·0	9·7	4·4	26·3
Karlskoga	15	7·5	1·8	1·3	4·8	4·3	19·7
Delade lasarett:							
Växjö	18	8·8	2·4	1·4	4·9	5·4	22·9
Umeå	21	7·7	2·1	1·8	2·5	5·6	19·7
Östersund	22	8·3	2·7	1·5	7·6	8·0	28·1
Kalmar	24	8·0	2·5	1·2	3·4	5·9	21·0
Södertälje	25	7·8	1·7	1·0	3·1	4·4	18·0

följande siffror såsom minima och maxima: förlossningsrum 1,7 (Södertälje) och 2,9 m² (Ljusdal), barn- och skötrum 1,0 (Södertälje) och 2,8 m² (Ljusdal), bilokaler 2,5 (Umeå) och 9,7 m² (Hässleholm) samt trafikytor 4,3 (Karlskoga) och 8,0 m² (Östersund). Relationen mellan minimi- och maximisiffrorna framgår av följande procenttal, vilka angiva differensen beräknad på minimisiffran: förlossningsrum 71 %, barn- och skötrum 180 %, bilokaler 288 % samt trafikytor 86 %. Ur tabellen torde kunna utläsas en tendens hos vissa utrymmen, särskilt bilokalerna, att minska proportionsvis mindre än vårdplatsantalet, då detta sjunker. Därjämte lär det få anses obestridligt, att planläggningen präglas av större eller mindre beaktande av ekonomiska synpunkter. Den totala nettoytan är lägst vid Södertälje lasarett, 18,0 m², samt högst vid lasarettet i Ljusdal, 32,1 m². Differensen uppgår till 78 %. Totalytans variationer bestämmas i hög grad av bilokalerna, vilka växla mest av de olika delytorna och därjämte absolut sett äro ganska stora, följande närmast efter vårdrummen.

Barnavdelningar och barnsjukhus. Endast i de största städerna hava tidigare speciella barnkliniker varit anordnade. Särskilda barnavdelningar förekomma alltjämt endast vid ett fåtal lasarett och äro alla av tämligen sent datum. Normerande byggnadsföreskrifter hava icke meddelats. Utredningen har inhämtat uppgifter rörande storleken av såväl under åren 1938—43 färdigställda eller påbörjade avdelningar som ock avdelningar, vilka föreligga i ritning eller skiss. Då definitivt godkännande av ritningarna och skisserna ännu icke i något fall lämnats, är det emellertid icke uteslutet, att planläggningen kan komma att undergå modifikationer.

De undersökta avdelningarnas tillkomstår och platsantal angivas i tabell 15. I fråga om ritad eller skisserad avdelning avses med tillkomstår tiden för ritningens eller skissens färdigställande.

Tabellen utvisar, att — bortsett från karantänsavdelningarna — vårdplatsantalet växlar mellan 17 (spädbarnsavdelningen i Örebro) och 34 (den blandade avdelningen i Kristianstad). De färdigbyggda spädbarnsavdelningarnas platsantal håller sig mellan 25 och 31, avdelningarnas för äldre barn mellan 19 och 25, de blandade avdelningarnas mellan 24 och 34.

Storleken av vårdsalar och vårdrum framgår av tabellerna 16—19.

Enligt vad sammanställningen giver vid handen är spädbarnsavdelningarnas utformning tämligen skiftande. Örebroavdelningen innehåller endast rum för moder jämte barn samt boxsalar med 4 boxar. I Jönköping sammansättes avdelningen av 3- och 1-patientrum samt 6-boxsalar. Karlstadslasarettet och garnisonssjukhuset i Boden innehålla 4-patientsalar, 2- och 1-patientrum, rum för moder jämte barn samt rum för debila barn (4 öppna boxar, resp. 4 vanliga sängplatser). Hälsingborgsavdelningen innehåller salar och rum för 6 resp. 3 och 1 patient, rum för moder jämte barn samt rum för debila barn med 4 slutna boxar. Ingen av rumstyperna förekommer vid samtliga ifråga-

Tabell 15. De undersökta barnavdelningarnas tillkomstår och platsantal.

Anstalt	Tillkomstår	Vårdplatsantal
Spädbarnsavdelningar (även småbarn).		
Hälsingborgs barnsjukhus	nybyggnad 1943	25
Karlstads lasarett	» »	31
Jönköpings »	» 1944	30
Garnisonssjukhuset i Boden	skiss 1943	23
Örebro barnsjukhus	» »	17
Blandade avdelningar (spädbarn, småbarn och äldre barn).		
Umeå lasarett	ombyggnad 1938	24
Kristianstads »	» 1940	34
Halmstads »	huvudritning 1943	32
Avdelningar för äldre barn.		
Hälsingborgs barnsjukhus	nybyggnad 1943	25
Karlstads lasarett	» »	19
Jönköpings »	» 1944	24
Garnisonssjukhuset i Boden	skiss 1943	21
Örebro barnsjukhus	» »	30
Karantänsavdelningar.		
Karlstads lasarett	nybyggnad 1943	6
Örebro barnsjukhus	skiss 1943	13

varande sjukhus. Jämförelsen mellan vårdenheter av samma slag vid olika anstalter kan fördenskull endast ofullständigt genomföras. I de fall, då jämförelse är möjlig att anställa, visar sig, att variationerna beträffade rumsytan äro avsevärda. Minsta skillnaden föreligger i fråga om 3-patientrummen. Jönköpingsavdelningen har sådana rum å 17,5 m², medan Hälsingborgs-

Tabell 16. Storleken av sjukrum i m² inom spädbarnsavdelning.

Anstalt	Rumsdjup m.	Ytan av									
		6-patient-sal	4-patient-sal	3-patient-rum	2-patient-rum	1-patient-rum	rum för moder och barn	boxsalar		rum för debila barn	avdelningens samtliga salar och sjukrum
								6 boxar	4 boxar		
Hälsingborg	5·4	33·3	—	19·7	—	13·0	19·2 o. 19·4	—	—	[1] 33·3	196·8
Karlstad....	4·0	—	26·6	—	[2] 11·7, 12·1 o. 13·1	[3] 10·2, 12·2 o. 12·5	11·8	—	—	[4] 12·8	206·9
Jönköping..	4·5	—	—	17·5 o. 18·3	—	8·7	—	37·5	—	—	180·8
Boden.....	4·8	—	21·6	—	[5] 10·3 o. 13·4	6·0 o. 7·3	9·8	—	—	[6] 13·9	134·6
Örebro	4·1	—	—	—	—	—	10·2	—	22·1	—	98·6

[1] 4 slutna boxar.
[2] 11·7 m² avser rum för 2 spädbarn, inkl. förrum. 12·1 och 13·1 m² avser rum för 2 småbarn.
[3] 10·2 m² » » utan bilokal. 12·2 och 12·5 m² avser rum med gemensamt bad.
[4] 4 öppna boxar.
[5] 10·3 m² avser rum för 2 spädbarn. 13·4 m² avser rum för 2 småbarn.
[6] Utan boxar.

Tabell 17. Storleken av sjukrum i m² inom blandad barnavdelning.

Anstalt	Rumsdjup m.	Ytan av: 4-patientsal	3-patientrum	2-patientrum	1-patientrum	rum för moder och barn	boxsalar: 8 boxar	7 boxar	4 boxar	3 boxar	enkelbox	rum för debila barn	avdelningen samtliga salar och sjukrum
Umeå	[1]	23·4 o. 24·0	—	—	—	—	149·0	—	—	—	9·7	—	239·8
Kristianstad	5·2 o. 6·2	—	13·3	14·1	—	—	—	33·6 o. 43·5	—	21·4	—	—	223·2
Halmstad ..	4·5	14·6 (spädb.)	—	14·7, 14·9 o. 15·1	10·4 o. 12·1	13·3	—	—	29·2	—	—	[2] 17·6	210·6

[1] Rumsdjupet växlande (2-sängsdjup).
[2] Öppna boxar jämte förrum.

avdelningens mäta 19,7 m² och alltså äro cirka 13 % större. För 4-patientsalarna och 2-patientrummen uppgår skillnaden till mellan 23 och 30 %. De övriga rumstyperna förete än större inbördes variationer. I Hälsingborg hava både 1-patientrummen och rummen för moder jämte barn en yta, som är omkring den dubbla av ytan hos motsvarande rum vid Bodensjukhuset. För debila barn tillhandahåller Hälsingborgsanstalten rum med 4 slutna boxar och en yta om 33,3 m². I Karlstad har man för samma antal patienter, placerade i öppna boxar, kunnat nöja sig med 12,8 m², d. v. s. mindre än ²/₅ av förstnämnda yta. De stora skiljaktigheter, som sålunda förekomma, sammanhänga delvis med rumsdjupet. Hälsingborgsavdelningen, som genomgående har de största rumsytorna, är planlagd med 3-sängsdjup, medan övriga avdelningar hava 2-sängsdjup. Det större rumsdjupet i Hälsingborgsanstalten torde i sin tur kunna sättas i samband med sjukhusbyggnadens allmänna planläggning. Anstalten, vilken uteslutande tjänstgör såsom barnsjukhus med plats för 50 patienter, är inrymd i en byggnad med poliklinik och mottagning å nedre botten samt vårdavdelningar i de övre våningarna. Vårdavdelningarnas rumsdjup har därför blivit bestämt av poliklinik- och mottagningslokalernas utrymmesbehov. I Örebroanstalten, vilken likaledes är ett rent barnsjukhus men avsett för ett något större patientantal (60), hava poliklinik och mottagningsavdelning jämte personalbostäder m. m. förlagts till en flygelbyggnad. Av betydelse kunde vidare den omständigheten tänkas vara, att vårdrummen i vissa fall inretts med boxar. Emellertid giver den föreliggande statistiken icke något entydigt utslag i denna riktning.

Såsom tabell 17 utvisar, äro de blandade avdelningarna i likhet med spädbarnsavdelningarna tämligen heterogent sammansatta. Rumstypernas storlek

varierar inom mycket vida gränser. Halmstadslasarettet har 4-patientsalar med 14,6 m² golvyta, under det att i Umeålasarettet för samma patientantal krävts en yta å 23,4—24 m² (differens 64 %). Härvid är dock att märka, att 4-patientsalarna i Halmstad äro avsedda endast för spädbarn. Däremot ligga 2-patientrummens ytor varandra ganska nära (14,1 i Kristianstad, 14,7—15,1 i Halmstad) med en differens, uträknad å minsta ytan, på 7 %. Med avseende å boxsalarna framträder såsom anmärkningsvärt, att 8-boxsalen i Umeå (slutna boxar) har en yta å icke mindre än 149 m². Kristianstadslasarettets 7-boxsalar mäta endast 33,6—43,5 m². Då barnavdelningen i Umeå tillkommit genom påbyggnad av en äldre allmän vårdavdelning, kan emellertid storleken av de däri ingående rumstyperna icke anses utslagsgivande för vad som ur vårdsynpunkt är behövligt.

Tabell 18. Storleken av sjukrum i m² inom avdelning för äldre barn.

Anstalt	Rumsdjup m.	Ytan av vårdsalar och vårdrum							
		6-patientsal	5-patientsal	4-patientsal	3-patientrum	2-patientrum	1-patientrum	rum för moder och barn	avdelningens samtliga salar och sjukrum
Hälsingborg ..	5·4	33·3	—	—	19·7	15·3	13·0	15·4	173·4
Karlstad	4·7	—	27·8	—	—	15·1	13·5	—	138·5
Jönköping	4·5	—	—	23·0	—	14·7 o. 15·4	12·4 o. 13·8	—	163·0
Boden	4·8	—	—	25·0	—	14·4	11·0 o. 11·4	14·0	170·2
Örebro	4·1	—	—	23·0	—	11·9	10·2	10·2	192·3

I tabell 18, avseende avdelningar för äldre barn, återkomma samma anstalter, som redovisats i tabell 16. Ytdifferenserna äro dock mindre anmärkningvärda än beträffande spädbarnsavdelningarna. För 4-patientsalarna äro måtten 23 m² (Jönköping och Örebro) samt 25 m² (Boden), motsvarande en skillnad å 9 %. Av 2-patientrummen förekomma de minsta i Örebro (11,9 m²) och de största i Jönköping (15,4 m²). Ökningen från 11,9 till 15,4 m² utgör ej fullt 30 %. Örebrosjukhuset har likaledes de minsta enheterna i fråga om 1-patientrum och rum för moder jämte barn (10,2 m²). Största golvytan i

Tabell 19. Storleken av sjukrum i m² inom karantänsavdelning för barn.

Anstalt	Rumsdjup m.	Ytan av		
		2-patientrum	1-patientrum	avdelningens samtliga rum
Karlstad	4·7	—	13·1 o. 13·2	78·9
Örebro [1]	4·1	9·9 o. 12·0	9·9, 10·0 o. 12·0	99·8

[1] Skissritningar endast i skala 1 : 200.

Tabell 20. Bilokalernas och trafikytornas storlek i m² inom barnavdelning.

Anstalt	Dag- eller lekrum	Skölj-rum	Serve-rings-kök	Under-sök-nings- och behand-lingsrum	Vakt-rum, personal-garde-rober	Toalett-rum, wc, bad	Avdel-nings-förråd	Väd-rings-bal-konger (in-byggda)	Övriga rum		Total-yta av bi-lokaler	Trafik-ytor (korri-dorer, passager)	Korri-dorbredd i m.
Spädbarnsavdelningar.													
Hälsingborg	—	[1] 22·1	11·2	11·2	7·9	[2] 1·7	[3] 19·1	—	Städrum Skåp	3·8 1·5	78·5	65·7	2·13
Karlstad	[4] 27·7	10·8	12·8	14·4	[5] 17·9	11·6	11·2	5·2	Städrum	8·2	119·8	103·7	2·5
Jönköping	—	10·5	8·1	13·5	[6] 23·9	[2] 1·9	7·0	—	—	—	64·9	71·3	2·4
Boden	—	8·8	9·1	13·6	9·1	12·3	9·1	—	Kapprum för besökande Tvättrum	4·2 1·5	67·7	56·0	1·75
Örebro	—	8·8	8·8	[7] 14·0	—	—	8·1	—	—	—	39·7	43·5	2·0
Blandade avdelningar.													
Umeå	15·6	13·8	9·5	24·0	5·8	6·0	5·8	—	—	—	80·5	89·3	—
Kristianstad	35·3	14·4	14·4	19·7	8·6	14·1	10·9	—	Telefon	1·0	118·4	98·3	2·3
Halmstad	—	10·0	9·3	13·1	10·0	[8] 20·5	11·2	7·4	Skötrum	14·9	96·4	105·4	2·35
Avdelningar för äldre barn.													
Hälsingborg	19·7	[9] 21·6	11·2	11·2	7·9	[10] 17·7	19·1	—	Städrum Skåp	3·8 3·7	115·9	72·0	2·13
Karlstad	14·4	10·8	12·8	14·4	[11] 18·3	10·4	11·2	5·2	—	—	97·5	65·3	2·35
Jönköping	14·6	10·0	10·9	13·3	[12] 22·6	24·0	7·9	—	—	—	103·3	80·7	2·4
Boden	19·2	8·8	9·1	13·6	9·1	12·3	9·1	—	Kapprum för besökande Städrum	4·2 0·5	85·9	67·1	1·75
Örebro	18·5	8·4	8·4	10·5	7·4	30·6	7·0	—	—	—	90·8	88·9	2·0
Karantänsavdelningar.													
Karlstad	—	10·8	12·0	—	21·9	10·1	4·1	—	—	—	58·9	42·7	2·5
Örebro	—	8·8	8·8	[13] 11·6	—	—	4·9	—	—	—	34·1	45·9	2·0

[1] 2 st. 10·1 och 12·0. — [2] Endast för personalen. — [3] 2 st. 10·4 och 8·7. — [4] 2 st. 14·0 och 13·7. — [5] Vaktrum 10·0, personalgarderob 7·9. — [6] Även förråd, 6·9 m² av ytan, separat personalgarderob. — [7] Tillika vaktrum. — [8] Bad 8·6; 3 toaletter resp. 8·2, 2·4 och 1·3. — [9] 2 st. 12·0 och 9·6. — [10] 2 bad 5·0 och 8·0, wc 4·7. — [11] Vaktrum 10·0, personalgarderob 8·3. — [12] Även förråd, personalgarderob 5·8. — [13] Tillika vaktrum.

1-patientrum finnes vid Jönköpingslasarettet (13,8 m²) och i rum för moder jämte barn i Hälsingborgssjukhuset (15,4 m²). Differenserna motsvara 35 resp. 50 %. Det planerade barnsjukhuset i Örebro har alltså genomfört den största ekonomiseringen i fråga om utrymmen.

Beträffande de två karantänsavdelningarna, vilka upptagits i tabell 19, är endast att framhålla, att de minsta vårdrumsenheterna höra till Örebrosjukhuset, vars 2- och 1-patientrum mäta 9,9—12 m² mot Karlstadslasarettets 13,1—13,2 m² för 1-patientrum.

I tabell 20 hava uppgifter sammanställts rörande bilokaler och trafikytor vid samtliga berörda barnavdelningar. Tolkningen av de här meddelade siffrorna förutsätter, att desamma sättas i relation till vårdavdelningarnas storlek. I detta avseende hänvisas till tabell 21.

Tabell 21. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats inom barnavdelning.

Anstalt	Vårdplatsantal	Vårdsalar och vårdrum		Bilokaler		Trafikytor		Totalyta per vårdplats
		Yta per vårdplats	% av totala ytan	Yta per vårdplats	% av totala ytan	Yta per vårdplats	% av totala ytan	
Spädbarnsavdelningar.								
Hälsingborg	25	7·9	58	3·1	23	2·6	19	13·6
Karlstad	31	6·7	48	3·9	28	3·3	24	13·9
Jönköping	30	6·0	57	2·2	21	2·4	22	10·6
Boden	23	5·9	52	2·9	26	2·4	22	11·2
Örebro	17	5·8	55	2·3	21	2·6	24	10·7
Blandade avdelningar.								
Umeå	24	10·0	58	3·4	20	3·7	22	17·1
Kristianstad	34	6·5	51	3·5	27	2·9	22	12·9
Halmstad	32	6·6	51	3·0	23	3·3	26	12·9
Avdelningar för äldre barn.								
Hälsingborg	25	6·9	48	4·6	32	2·9	20	14·4
Karlstad	19	7·3	46	5·1	32	3·5	22	15·9
Jönköping	24	6·8	47	4·3	30	3·3	23	14·4
Boden	21	8·1	53	4·1	26	3·2	21	15·4
Örebro	30	6·4	52	3·0	24	3·0	24	12·4
Karantänsavdelningar.								
Karlstad	6	13·2	44	9·8	33	7·1	23	30·1
Örebro	13	7·7	56	2·6	19	3·5	25	13·8

Av tabell 21 framgår, att inom spädbarnsavdelningarna den minsta totala nettoytan per vårdplats, 10,6 m², hänför sig till sjukhuset i Jönköping. Örebrosjukhuset följer tätt efter med 10,7 m². Den ogynnsammaste siffran uppvisas av Karlstadssjukhuset, som med 13,9 m² yta ligger cirka 30 % över sjukhuset i Jönköping. De anförda måtten utvisa, att 3-sängsdjupet medfört oförmånligare resultat än 2-sängsdjupet. Däremot stå ytorna icke i något bestämt förhållande till avdelningarnas vårdplatsantal. Att någon inverkan i

detta hänseende icke kan spåras beträffande spädbarnsavdelningarna, kan bero därpå, att dispositionen av desamma bundits genom planläggningen av över- eller underliggande våningar. Ej heller giva siffrorna vid handen, att det ökade skötutrymmet i ett större vårdrum möjliggör besparing i fråga om bilokaler. Den procentuella fördelningen av totalytan per vårdplats på vårdrum, bilokaler och trafikytor visar tvärtom ganska stor överensstämmelse vid de skilda anstalterna.

Av de blandade avdelningarna ha Kristianstads- och Halmstadsavdelningarna de minsta ytorna per vårdplats, 12,9 m². Umeålasarettet ligger högst med 17,1 m². Skillnaden, beräknad på den mindre ytan, uppgår till 33 %. Av tabellen lärer framgå, att avdelningar med mindre vårdplatsantal fordra större yta per patient än avdelningar med större platsantal. Till det ogynnsamma resultatet vid Umeålasarettet torde därjämte, såsom förut nämnts, hava bidragit, att den allmänna planläggningen varit bunden av en äldre byggnad. Vårdrumsytan vid sagda avdelning är, både absolut och relativt sett, avsevärt större än vid motsvarande avdelningar i Kristianstad och Halmstad, medan däremot variationerna ifråga om bilokaler och trafikytor äro mindre utpräglade.

Totalytan per patient vid avdelningarna för äldre barn är lägst i Örebro, 12,4 m², och högst i Karlstad, 15,9 m², en differens å 28 %. Måtten visa sig genomgående stå i omvänd proportion till vårdavdelningarnas storlek. Av delytorna förete bilokalerna de största variationerna (70 %), medan vårdrums- och trafikytorna ligga varandra närmare (skillnad 27 resp. 21 %).

Beträffande karantänsavdelningarna inhämtas av tabellen, att Karlstadslasarettet med 6 vårdplatser har en nettoyta å 30,1 m². Motsvarande siffra för Örebrosjukhuset med dess 13 vårdplatser är 13,8 m² eller mindre än hälften. Av delytorna hava särskilt bilokalerna haft avgörande betydelse för totalytans storlek. Bilokalsytorna vid Karlstadslasarettet överstiga avsevärt — både absolut och relativt — motsvarande ytor vid Örebrosjukhuset.

Sjukstugor.

Utredningen har på grundval av centrala sjukvårdsberedningens uppgifter undersökt storleken av vårdavdelningar och mottagningsavdelningar vid sjukstugor, som ny- eller tillbyggts år 1937 eller senare.

I fråga om **vårdavdelningarna** lämnas i tabellerna 22—24 uppgifter om utrymmenas storlek. De i statistiken ingående sjukstugorna hava därvid fördelats på två grupper: A) sjukstugor, där vårdplatsantalet på avdelningen understiger 20, B) sjukstugor, där vårdplatsantalet utgör 20 eller därutöver. Vid vissa sjukstugor äro vårdplatserna fördelade på två vårdavdelningar, vilket ävenledes framgår av tabellerna.

Av tabell 22 inhämtas, att sjukstugorna i allmänhet planerats med 2-sängsdjup. Allenast i två fall förekomma 6-patientsalar; ytorna av dessa salar uppgå till 38,4 och 39,2 m². Två sjukstugor innesluta 5-patientsalar, varvid

Tabell 22. Sjukrummens storlek i m² inom vårdavdelning.

Sjukstuga	Antal vårdplatser	6-patientsal	5-patientsal	4-patientsal	3-patientrum	2-patientrum	1-patientrum	Sjukrummens totala nettoyta
A. Antal vårdplatser under 20:								
Stensele .. (Nyb. 1937)	14	—	—	33·0	—	21·0	13·6, 13·2	134·8
Skara .... (» »)	17	—	—	—	22·2	18·1, 14·8	12·2	123·9
Gislaved .. (» 1939)	16	38·4	—	—	—	15·0	—	106·8
Gäddede a) (» »)	11	—	—	—	22·5, 20·3	14·8, 14·7	10 7	83·0
» b)	5	—	—	—	—	14·4, 13·6	13·0	41·0
Pajala a) .. (Nyb. 1939)	13	—	—	—	21·4	—	9·9	95·5
» b)	13	—	—	—	21·0	—	10·5	94·5
Byske .... (Tillb. 1939)	11	—	—	29·0, 26·4	—	13·2	13·9	82·5
Åsele..... (Nyb. 1940)	16	—	—	—	20·0	17·0	13·0, 7·8	117·8
Älvdalen .. (Tillb. »)	14	—	—	24·0, 21·8	—	—	14·7, 12·2	120·7
B. Antal vårdplatser 20 eller flera:								
Ulricehamn (Tillb. 1937)	20	—	34·8	33·5	22·6	14·7	14·7, 11·1	165·5
Nordmaling (Nyb. 1939)	21	—	32·5	27·4	21·2	13·2	9·8	146·5
Åmål..... (Tillb. »)	25	—	—	30·0, 29·5	—	15·0	13·5, 12·5, 10·8	209·4
Kungsbacka (Nyb. 1940)	20	—	—	28·2	—	16·5	13·0, 12·4, 9·3	166·4
Robertsfors (» 1941)	20	—	—	28·5	25·1	—	15·6	154·7
Askersund (» 1943)	30	39·2	—	—	21·8	—	10·0	217·4

ytorna äro 32,5 resp. 34,8 m². Ytorna av 4-patientsalarna variera mellan 21,8 och 33,5 m² (maximisiffran 54 % högre än minimisiffran) och av 2-patientrummen mellan 13,2 och 21,0 m² (differens 59 %). Flertalet sjukstugor innesluta även 3-patientrum med ytor växlande mellan 20,0 och 25,1 m² (differens 25 %). Vad slutligen angår 1-patientrum variera dessa mellan 7,8 och 15,6 m² (differens 100 %). Anledningen till den stora variationen torde vara densamma som i fråga om lasaretten, nämligen att vissa av dessa rum äro avsedda som enskilda vårdrum.

Storleken av bilokaler och trafikytor redovisas i tabell 23.

Av tabellen framgår, att såväl bilokals- som trafikytorna visa en mycket stor variation. Detta kan hänföras — förutom till avdelningarnas växlande vårdplatsantal — till den omständigheten, att vissa bilokaler uteslutits vid ett antal sjukstugor. I särskilt hög grad gäller detta grupp A, där toalettrummen äro de enda bilokaler, som förekomma i samtliga fall, under det att någon eller några av följande lokaler, nämligen dagrum, sköljrum, serveringskök, vaktrum, badrum eller avdelningsförråd saknas. I flera fall hava utöver egentliga bilokaler vissa utrymmen, oftast behandlingsrum och steriliseringsrum, tillkommit. Den oregelbundna förekomsten av badrum och behandlingsrum torde sammanhänga med vårdlokalernas förläggning till ett eller flera plan.

Den totala ytan av bilokalerna varierar i grupp A mellan 27,4 och 67,4 m² och i grupp B mellan 34,0 och 91,1 m², under det att trafikytorna växla, i grupp A mellan 19,8 och 66,7 m² och i grupp B mellan 43,5 och 74,5 m².

Tabell 23. Bilokalernas och trafikytornas storlek i m² inom vårdavdelning.

Sjukstuga	Antal vårdplatser	Dagrum	Skölj-rum	Serverings-kök	Vakt-rum	Toalett-rum	Bad-rum, avklädn.	Avdelnings-förråd	Övriga rum		Total yta av bilokaler	Trafikytor (korridorer, passager)
A. Antal vårdplatser under 20												
Stensele ..... (Nyb. 1937)	14	15·3	6·1	9·0	—	[1] 3·0	6·1	[2] 4·2	—	—	43·7	43·1
Skara ..... (» »)	17	15·0	12·0	12·0	—	[1] 3·8	11·5	10·0	torkrum + gard.	3·1	67·4	55·9
Gislaved..... (» 1939)	16	6·7	9·6	7·7	—	[3] 9·6	8·0	6·4	behandlingsrum garderober	6·2 3·0	57·2	45·1
Gäddede a) .. (» »)	11	11·2	7·6	—	9·0	1·1	8·0	—	—	—	36·9	19·8
» b) .. (» »)	5	—	9·0	11·0	—	[1] 2·6	—	[4] 22·3	—	—	44·9	22·5
Pajala a) .... (» »)	13	21·4	3·0	5·7	—	[1] 2·0	5·8	1·8	—	—	39·7	30·6
» b) .... (» »)	13	34·4	3·4	5·3	—	[1] 2·2	6·6	[5] 4·6	—	—	56·5	35·9
Byske ..... (Tillb. »)	11	8·8	7·2	7·6	—	[1] 2·0	7·6	—	omläggningsrum ster.-rum kök	9·1 3·8 10·5	56·6	24·5
Åsele ..... (Nyb. 1940)	16	7·8	6·2	4·6	—	[6] 2·9	6·2	5·6	garderober	1·5	34·8	39·0
Älvdalen .... (Tillb. »)	14	—	—	8·4	—	6·9	—	3·0	behandlingsrum ster.-rum	6·9 2·2	27·4	66·7
B. Antal vårdplatser 20 eller flera:												
Ulricehamn .. (Tillb. 1937)	20	12·0	8·8	[7] 15·2	7·0	[8] 10·9	—	37·2	—	—	91·1	50·0
Nordmaling .. (Nyb. 1939)	21	[9] 18·6	9·9	9·0	—	3·2	10·0	9·8	jourrum	9·8	70·3	43·5
Åmål ..... (Tillb. »)	25	24·6	9·9	10·8	9·5	9·5	—	5·8	behandlingsrum garderober	10·8 4·8	85·7	71·4
Kungsbacka .. (Nyb. 1940)	20	9·3	7·5	—	—	11·3	—	[8] 5·9	—	—	34·0	56·1
Robertsfors .. (» 1941)	20	14·0	9·0	13·9	—	[1] 2·8	10·5	5·4	städrum	0·8	56·4	54·3
Askersund.... (» 1943)	30	11·2	9·2	7·1	7·9	[3] 14·6	—	[10] 14·0	—	—	64·0	74·5

[1] 2 wc. — [2] 2 förråd 2·5 och 1·7. — [3] 2 toal. — [4] 3 förråd 9·9, 6·4 och 6·0. — [5] 2 förråd 2·6 och 2·0. — [6] 3 wc. — [7] 2 serv.-kök 8·9 och 6·3. — [8] 3 wc och toal. — [9] 2 dagrum 9·8 och 8·8 — [10] 3 förråd 11·7, 1·8 och 0·5.

Fördelningen av nettoytorna per vårdplats belyses av tabell 24.

Tabellen ger vid handen, att nettoytan per patient av sjukrummen varierar, inom grupp A med 43 % mellan 6,7 och 9,6 m² och inom grupp B med 20 % mellan 7,0 och 8,4 m². Bilokalsytan företer här såväl som i tabell 11 högst avsevärda differenser, i det att maximisiffran inom grupp A, 5,2 m², är 160 % högre än minimisiffran, 2,0 m². Härvid har bortsetts från den vårdavdelning med allenast 5 vårdplatser i sjukstugan i Gäddede, som på grund av det exceptionellt låga vårdplatsantalet förrycker statistiken; samma korrektion har vidtagits även i den följande analysen. Motsvarande siffror inom grupp B äro 4,5 och 1,7 m² och differensen 164 %. För trafikytan är variationen i grupp A 166 % med 1,8 m² som minimum och 4,8 m² som maximum men i

Tabell 24. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats inom vårdavdelning.

Sjukstuga	Antal vårdplatser	Sjukrumsyta per vårdplats	Bilokalsyta per vårdplats	Trafikyta per vårdplats	Totalyta per vårdplats
A. Antal vårdplatser under 20:					
Stensele ..... (Nyb. 1937)	14	9·6	3·1	3·1	15·8
Skara ..... (» »)	17	7·3	4·0	3·3	14·6
Gislaved ..... (» 1939)	16	6·7	3·6	2·8	13·1
Gäddede a)..... (» »)	11	7·5	3·4	1·8	12·7
» b)..... (» »)	5	8·2	9·0	4·5	21·7
Pajala a)..... (» »)	13	7·4	3·1	2·4	12·9
» b)..... (» »)	13	7·3	4·4	2·8	14·5
Byske ..... (Tillb. »)	11	7·5	5·2	2·2	14·9
Åsele..... (Nyb. 1940)	16	7·4	2·2	2·4	12·0
Älvdalen ..... (Tillb. »)	14	8·6	2·0	4·8	15·4
B. Antal vårdplatser 20 eller flera:					
Ulricehamn .... (Tillb. 1937)	20	8·3	4·5	2·5	15·3
Nordmaling .... (Nyb. 1939)	21	7·0	3·3	2·1	12·4
Åmål..... (Tillb. »)	25	8·4	3·4	2·9	14·7
Kungsbacka .... (Nyb. 1940)	20	8·3	1·7	2·8	12·8
Robertsfors..... (» 1941)	20	7·8	2·8	2·7	13·3
Askersund ..... (» 1943)	30	7·3	2·1	2·5	11·9

grupp B endast 38 %, varvid 2,1 m² utgör minimum och 2,9 m² maximum. Trots den vida ramen för dessa variationer växlar den totala nettoytan per patient inom mer måttliga gränser, inom grupp A mellan 12,0 och 15,8 m² med 32 % och inom grupp B mellan 11,9 och 15,3 m² med 29 %.

En jämförelse mellan grupperna A och B visar, att de mindre sjukstugorna icke krävt mer påfallande ökningar av nettoytan per vårdplats. De absoluta maximisiffrorna återfinnas visserligen genomgående inom grupp A och äro för sjukrumsytan 14 %, för bilokalsytan 16 % och för trafikytan 66 % högre än motsvarande maximiytor inom grupp B. Beträffande sjukrumsytor och trafikytor återfinnas emellertid jämväl minimiytorna inom A-gruppen; de ligga i det förra fallet 4 % och i det senare 14 % under minimiytorna inom B-gruppen. Vad slutligen den totala nettoytan angår, har minimisiffran i grupp B, 11,9 m², ökats med allenast 1 % till 12,0 m² i grupp A och maximi-

Tabell 25. Nettoytorna i m² vid ny- eller tillbyggda mottagningsavdelningar.

Sjukstuga	Antal vårdplatser (vårdavd. + bb)	Väntrum	Rum för läkare och undersökn.	Omläggningsrum	Röntgenrum	Operationsrum	Biutrymmen	Trafikytor	Total nettoyta
A. Antal vårdplatser under 20:									
Gislaved	16	26·6	14·7	—	10·0	24·8	28·5	19·8	124·4
Gäddede	16	12·0	16·1	—	21·2	22·4	8·9	14·4	95·0
Byske	16	26·8	17·0	18·2	—	22·9	20·7	13·1	118·7
Tärnaby	17	16·5	15·5	10·3	11·7	21·6	17·5	22·0	115·1
B. Antal vårdplatser 20 eller flera:									
Ulricehamn	20	19·9	20·0	22·8	17·5	24·2	48·1	41·4	193·9
Hofors	22	28·4	13·6	23·1	13·3	18·7	37·7	21·1	155·9
Nordmaling	28	24·5	21·5	24·5	14·8	21·1	22·7	25·6	154·7
Robertsfors	28	29·0	18·8	21·7	13·0	20·7	24·5	30·2	157·9
Kungsbacka	29	26·5	23·5	16·7	—	35·6	22·1	22·7	147·1
Stensele	30	28·2	19·8	11·0	14·4	24·8	26·5	28·0	152·7
Åmål	31	25·7	20·5	19·0	17·3	19·0	56·8	44·4	202·7
Pajala	31	12·8	14·7	—	18·0	22·0	17·7	16·0	101·2
Åsele	36	22·0	16·7	23·4	15·8	19·8	30·7	45·3	173·7
Askersund	38	22·9	25·3	11·6	16·0	25·4	52·9	42·0	196·1

siffran, 15,3 m², med 3 % till 15,8 m². Den för 5 vårdplatser avsedda vårdavdelningen i Gäddede sjukstuga har då alltjämt icke medräknats.

Tabell 25 framställer nettoytorna av **mottagningsavdelningar** vid sjukstugor. Materialet har även här uppdelats i två grupper, A) sjukstugor med högst 19 vårdplatser och B) sjukstugor med 20 vårdplatser eller därutöver. Dessa grupper sammanfalla emellertid icke med gruppindelningen i det föregående, då i analogi med förfaringssättet beträffande mottagningsavdelningarna vid lasarett även bb-platserna inräknats i vårdplatsantalet och eventuellt dubblerade avdelningar sammanslagits.

Av tabellen framgår, att de minsta mottagningsavdelningarna återfinnas inom grupp A, där totalytan växlar mellan 95,0 och 124,4 m² eller med 31 %. Inom grupp B äro variationerna större, maximisiffran, 202,7 m², är dubbelt så stor som minimisiffran, 101,2 m². Mottagningsavdelningarna i grupp B sakna i vissa fall omläggnings- eller röntgenrum i likhet med flera avdelningar inom grupp A. Ökningen i de större avdelningarna hänför sig huvudsakligen till biutrymmen och trafikytor, men i vissa fall visa även väntrum och läkarmottagning större dimensioner. Variationerna torde i allmänhet betingas av den polikliniska verksamhetens starkt växlande omfattning.

Sanatorier.

Utredningen har även utfört en undersökning rörande storleken av vårdavdelningar samt behandlings- och undersökningsavdelningar vid *sanatorier*. Undersökningen avser sanatorierna i Sandträsk, Östersund (Solliden) och Uppsala. Av dessa hava Uppsala- och Östersundsanläggningarna centraldispen-

särer, Uppsalasanatoriet är tillika undervisningssjukhus. Landets övriga sanatorier äro tämligen föråldrade och torde därför sakna större intresse i sammanhanget.

Resultatet av undersökningen beträffande **vårdavdelningarna** framgår av tabellerna 26—28.

Tabell 26. Sjukrummens storlek i m² inom vårdavdelning.

Sanatorium	Antal vårdplatser	6-patientsal	4-patientsal	3-patientrum	2-patientrum	1-patientrum	Sjukrummens totala nettoyta
Sandträsk	43	43·5, 42·7	—	21·0	17·6	11·1	317·9
Östersund (Solliden)	38	41·5	27·3	20·5	14·1	11·6, 10·2	270·2
Uppsala	39	44·5	—	21·4	—	12·0, 11·6	299·2

Tabell 26 utvisar, att samtliga sanatorier planlagts med 3-sängsdjup. För 6-patientsalarna varierar ytan mellan 41,5 och 44,5 m² (maximisiffran 7 % högre än minimisiffran), för 3-patientrummen mellan 20,5 och 21,4 m² (differens 4 %), för 2-patientrummen mellan 14,1 och 17,6 m² (differens 25 %) och för 1-patientrummen mellan 10,2 och 12,0 m² (differens 18 %). I Östersundssanatoriet har därjämte en 4-patientsal om 27,3 m² anordnats inom avdelningen.

I tabell 27 redovisas storleken av bilokaler och trafikytor.

Tabell 27. Bilokalernas och trafikytornas storlek i m² inom vårdavdelning.

Sanatorium	Antal vårdplatser	Dagrum	Sköljrum	Serveringskök	Vaktrum	Toalettrum	Avdelningsförråd	Övriga rum	Total yta av bilokaler	Trafikytor (korridorer, passager, kapprum)
Sandträsk	43	15·4	9·8	9·6	6·8	28·1	6·7	— —	76·4	133·7
Östersund (Solliden)	38	16·2	11·8	11·2	9·3	24·0	8·8	smutskläder och sputum 4·5, disponibelt 3·7	89·5	149·0
Uppsala	39	31·2	10·8	10·2	8·2	25·5	9·2	undersökningsrum 12·8	107·9	152·3

Av tabellen framgår, att de olika bilokalerna variera inom tämligen snäva gränser. Ett undantag utgör dagrummet, där skillnaden uppgår till 102 %. Vid centralsanatorierna hava utöver de vanliga bilokalerna även mer speciella sådana anordnats, såsom särskilt rum för sputum och smutskläder samt undersökningsrum. Den totala ytan av bilokalerna varierar mellan 76,4 och 107,9 m² och av trafikytorna mellan 133,7 och 152,3 m².

Av tabell 28 framgår nettoytornas fördelning per vårdplats.

Tabell 28. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats inom vårdavdelning.

Sanatorium	Antal vårdplatser	Sjukrumsyta per vårdplats	Bilokalsyta per vårdplats	Trafikyta per vårdplats	Totalyta per vårdplats
Sandträsk	43	7·4	1·8	3·1	12·3
Östersund (Solliden)	38	7·1	2·4	3·9	13·4
Uppsala	39	7·7	2·8	3·9	14·4

Enligt tabellen äro sjukrumsytorna per vårdplats i det närmaste lika, med en lägsta siffra av 7,1 och en högsta av 7,7 m², motsvarande 8 % differens. Bilokalsytan visar däremot större växlingar, från 1,8 till 2,8 m²; differensen är 56 %. Trafikytan är underkastad en mindre betydande variation, från 3,1 till 3,9 m², d. v. s. med 26 %. Vad slutligen angår totalytan, rör sig denna mellan 12,3 och 14,4 m²; maximisiffran ligger 17 % över minimisiffran.

Fördelningen av ytorna inom **undersöknings- och behandlingsavdelningar** framgår av tabell 29.

Tabell 29. Nettoytorna i m² vid undersöknings- och behandlingsavdelningar.

Sanatorium	Väntrum	Rum för läkare och undersökning	Operationsrum för kvävgas	[1] Röntgenutrymmen	Laboratorium	Biutrymmen	Trafikytor	Total nettoyta
Sandträsk	33·8	131·8	—	62·6	32·5	10·4	67·0	338·1
Östersund (Solliden)	39·5	114·8	15·6	55·9	19·6	20·8	63·4	329·6
Uppsala	51·9	110·5	18·6	55·0	140·9	8·2	94·1	479·2

[1] Avklädningshytter, röntgenlaboratorium, maskinrum, framkallnings- och fixeringsrum, skyddsrum.

Tabellen utvisar, att behandlingsavdelningarna i Sandträsk och Östersund äro i det närmaste lika stora, 338,1 resp. 329,6 m². Ytans fördelning på olika rumskategorier är emellertid ganska växlande. I Sandträsk saknas operationsrum för kvävgas; väntrum och biutrymmen upptaga mindre yta än i Östersund, under det att läkarrum, röntgenutrymmen, laboratorium och trafikytor gjorts mer spatiösa. Behandlingsavdelningen i Uppsalasanatoriet, vilket som tidigare nämnts fungerar som undervisningssjukhus, är avsevärt mycket större, 479,2 m², en ökning på drygt 45 % i förhållande till centraldispensärsanatoriet i Östersund. Ökningen hänför sig framför allt till laboratoriet, som i Uppsala är sju gånger så stort som i Östersund, och till de av detta förhållande influerade trafikytorna.

3. Utredningen.

Den lämnade översiktliga redogörelsen för de av medicinal- och byggnadsstyrelserna utarbetade råd och anvisningar för planläggning av lasarett torde ådagalägga, att desamma ganska genomgående präglas av ekonomisk förtänksamhet och en omisskännlig strävan efter måttfullhet i fråga om såväl utrymmes- som materialstandard. Därest och i den mån dessa genom svenska landstingsförbundets försorg offentliggjorda normer fått utöva inflytande på sjukhusbyggandet under den period, de varit tillgängliga, hava otvivelaktigt åtskilliga onödiga kostnader kunnat undvikas. Under dessa omständigheter har utredningen att konstatera, att ut från de förutsättningar, som bildat grundvalen för normeringen, några mera betydande besparingsmöjligheter knappast kunna anvisas. I fråga om vissa arbetslokaler torde det rent av kunna sägas, att utvecklingen föranlett ökade krav, som icke kunna avvisas utan eftersättande av befogade anspråk på rationell sjukhusdrift.

De överväganden, som inom utredningen ägt rum, under ingående samråd med olika experter, hava emellertid givit vid handen, att i fråga om vissa av de grundläggande förutsättningarna modifikationer äro genomförbara, som synas ägnade att leda till minskade byggnadskostnader.

Främst vill utredningen i detta avseende framhålla spörsmålet om vårdavdelningens storlek. Anvisningarna intaga härutinnan den ståndpunkten, att vårdavdelning vid lasarett bör omfatta normalt 25, högst 30 platser, vilket sistnämnda antal dock ansetts böra få ifrågakomma, endast om en större sjuksal ingår. Ur synpunkten av såväl en rationell drift som byggnadskostnadernas begränsning har det vid överläggningarna betonats, att en ökning av vårdavdelningens numerär vid odelade lasarett samt medicinska, kirurgiska och obstetrisk-gynekologiska sjukavdelningar är genomförbar. Det i anvisningarna förordade maximiantalet kan sålunda beträffande sagda avdelningar ökas och ett förhöjt minimiantal fastställas.

Vad därefter angår sjukrummens och -salarnas storlek, har utgångspunkten vid anvisningarnas utarbetande varit *icke* den faktiskt erforderliga golvytan utan kravet på en luftkub, som icke i något fall ansetts kunna få understiga 21 m³. De undersökningar, som numera föreligga, och beträffande vilka utredningen får hänvisa till en av dåvarande laboratorn G. Nordgren utarbetad redogörelse, ådagalägga emellertid, att en luftvolym av omkring 12 m³ är att anse såsom i och för sig tillfyllest. Under dessa omständigheter föreligger möjlighet att låta golvytan bliva bestämmande för lokalernas dimensionering. En viss mindre begränsning av utrymmesstandarden i förhållande till de meddelade anvisningarna kan därigenom vinnas.

Ytterligare gäller enligt utredningens mening, att en rationell planläggning av bilokalerna öppnar möjlighet till någon reduktion av de i anvisningarna angivna breddmåtten.

I fråga om de kirurgiska operationslokalerna har granskningen lett till att

de i anvisningarna upptagna totalutrymmena kunna betecknas såsom i stort sett skäliga och väl avvägda, ehuru vissa jämkningar i dispositionen framstå såsom önskvärda.

Vad däremot angår laboratoriets planläggning, ställer den tekniska utvecklingen numera väsentligt större krav än som vid tidpunkten för normernas utarbetande var fallet. Utredningen har av vad som vid expertöverläggningarna framkommit blivit övertygad därom, att en rationell sjukhusdrift oundgängligen förutsätter tillgång till icke alltför knappt tilltagna laboratoriemöjligheter och kommer att i det följande närmare överväga det härutinnan erforderliga utrymmet.

Vidkommande anspråken på personalmatsalsutrymmen är utredningen benägen beteckna den grundförutsättning, från vilken anvisningarna utgå, såsom under nuvarande förhållanden mindre tillfredsställande och ekonomiskt föga rationell. Utredningen anser sig i anslutning till den ordning, som i senare tid vunnit tillämpning vid åtskilliga sjukhusanläggningar, böra räkna med att utspisningen av all personal (läkare, sköterskor och ekonomipersonal) anordnas gemensam för de skilda kategorierna med anlitande av självservering. Såmedelst vinnes, att vid åtminstone icke alltför stora sjukhusanläggningar endast en matsal behöver tillhandahållas, bortsett från ett mindre matrum, avsett för personal i yttre tjänst.

Slutligen torde böra framhållas, att vid lasaretten — med visst undantag för barnavdelningar — en avsevärd begränsning av balkonger, verandor och takterrasser synts kunna genomföras utan men för sjukvården.

I det föregående har utredningen beaktat allenast de i tryck tillgängliga råd och anvisningar, vilka offentliggjorts 1929. Såsom förut erinrats, hava emellertid till utredningen för övervägande överlämnats de sedermera i enahanda ordning utarbetade råd och anvisningar rörande ventilation och ljudisolering, vilka föreligga i förslag från styrelsernas sida. Beträffande innebörden av dessa anvisningar torde ur de synpunkter, utredningen har att särskilt beakta, följande böra framhållas.

Vad angår sättet för ventilationens anordnande, håller utredningen före, att de i anvisningarna upptagna önskemålen i allmänhet äro befogade. Uppenbart är sålunda, att operations- och röntgenlokaler, liksom också av vårdavdelningarnas bilokaler sköljrum, tvagningsrum och toaletter kräva anordningar för mekanisk ventilation. Däremot nödgas utredningen beteckna de framkomna anspråken på luftkonditionering med hänsyn till fuktighetshalten såsom överdrivna och för närvarande alltför kostnadskrävande för att komma under övervägande.

Beträffande åtgärder för ljudisolering synas anvisningarna i stort sett anknyta till allmänt vedertagna principer, mot vilka befogade erinringar icke kunna göras. I fråga om vissa av de förordade tekniska anordningarna av mera komplicerad och kostnadskrävande natur, gäller emellertid, att de allenast för de fall, då större anspråk skäligen kunna ställas, äro att anse som försvarliga och sålunda icke böra komma till *allmän* användning. Särskilt

vill utredningen betona, att invändig beklädnad med ljudabsorberande material genom val av lämpliga konstruktioner kan och bör begränsas med hänsyn till de därmed förbundna förhållandevis betydande kostnaderna.

Vad nu yttrats har avseende å de meddelade råden och anvisningarna beträffande lasarettsbyggnader. För att skaffa hållpunkter för ett bedömande av det inflytande desamma utövat å lasarettsbyggnadernas planläggning och utförande har utredningen, såsom i det föregående angivits, ansett sig böra på grundval av uppgifter från centrala sjukvårdsberedningen, undersöka storleken av vissa huvudsakliga element i dels för odelade och delade lasarett avsedda byggnader, som nyuppförts under tiden 1937—1943 av landsting, dels karolinska sjukhuset, dels ock södersjukhuset i Stockholm. De därvid framkomna resultaten hava i det föregående mera detaljerat redovisats. I nu förevarande sammanhang kan utredningen fördenskull begränsa sig till den allmänna anmärkningen, att de krav, som i råd och anvisningar kommit till uttryck, beträffande det stora flertalet nyuppförda lasarettsbyggnader i väsentliga avseenden överskridits. Till frågan om obstetriska och barnavdelningar, för vilka särskilda anvisningar icke tidigare förelegat, återkommer utredningen i det följande.

I fråga om vårdavdelningarnas storlek kan visserligen konstateras en tendens till ökning av vårdplatsantalet i förhållande till det i råd och anvisningar förordade till 30 eller däröver — starkast accentuerad i Karlskoga och Kalmar med 34 resp. 43—45 vårdplatser. Men å andra sidan har sjukrumsytan per vårdplats, vilken vid lasarettet i Kalmar belöper sig till 7,0—7,1 m² visat bestämt ökande tendens, kulminerande i 8,2 m² vid södersjukhuset. Än mera påtaglig är stegringen av bilokals- och trafikytor. De relativt måttliga totalytorna i Kalmar (1937) 12,1—13,3 m², och Hässleholm (1938), 12,4 m² per vårdplats, hava sålunda ökats till 17,6 m² i Ljusdal (1939) och 19,8 m² i södersjukhuset (1943). Även karolinska sjukhuset visar siffror av liknande storleksordning, 17,0 resp. 17,8 m². Såsom redan antytts torde denna stegring delvis kunna betraktas som en följd av 2-sängsdjupets tillämpning. Samtidigt bör erinras, att den anordning med större sjuksalar, som i råd och anvisningar uttryckligen betecknats såsom fullt tillfredsställande, numera helt övergivits. Intet av de här redovisade lasaretten innesluter salar med större sängantal än 6. Det råder sålunda icke något tvivel, att beträffande vårdavdelningarnas allmänna planläggning fordringarna på lokalutrymmen väsentligen stegrats utöver de i normerna angivna. Den skönjbara strävan att öka avdelningarnas platsnumerär har icke förmått kompensera kraven på relativ utrymmesökning, än mindre mäktat begränsa utrymmena under de för mindre avdelningar tidigare tillämpade.

En stegring i kraven på mottagningsavdelningarnas storlek låter sig också utläsa ur det föreliggande materialet. Vid odelade lasarett möter man för de nybyggda sjukhusen i Ljusdal den redan i och för sig ganska höga siffran 217 m², medan i Hässleholm och Karlskoga ännu större golvyta tagits

i anspråk, 268 m², eller omkring 25 % högre. Kalmarlasarettets medicinska avdelning innehåller mottagningslokaler upptagande en yta av endast 191 m², medan motsvarande avdelning vid lasarettet i Södertälje har 262 m² och lasarettet i Växjö ej mindre än 393 m² eller sålunda mer än dubbelt mot vad som förekommer i Kalmar. De nämnda lasaretten äro i fråga om sängantalet av i stort sett samma storleksordning och hava planlagts ungefärligen samtidigt. I fråga om kirurgiska mottagningslokaler möter likaledes en betydande variation, även om den icke når samma mått som nyss nämnts. Siffrorna för lasaretten i Kalmar och Södertälje äro härvidlag jämförliga, 300 resp. 293 m², medan för lasarettet i Växjö siffran något överstiger 400 m².

Liknande variationer framträda i fråga om de kirurgiska operationsavdelningarnas golvytor. Vid en jämförelse mellan de tre nyuppförda lasaretten i Hässleholm, Ljusdal och Karlskoga finner man, att den totala nettoytan vid det förstnämnda utgör 161 m² men i Karlskoga nära 230 m² eller mer än 40 % större. Medan vid lasarettet i Kalmar operationsavdelningen omfattar 350 m², upptaga motsvarande lokaler vid lasarettet i Södertälje ett utrymme av ej fullt 220 m².

Mindre påtagliga äro differenserna beträffande röntgenavdelningarna. Vid de förutnämnda tre odelade lasaretten variera sålunda ytorna av hithörande lokaler mellan 94 och 116 m², vid de delade lasaretten i Kalmar, Växjö och Södertälje mellan 366 och 430 m².

Vad slutligen angår nyuppförda barnbördsavdelningar vid lasarett utan specialutbildad läkare, nödgas man konstatera mycket avsevärda differenser, därvid i vissa avseenden ett överskridande av skäliga anspråk torde få anses obestridligt. Sålunda uppvisa de odelade lasaretten i Ljusdal och Hässleholm nettogolvytor om 225 och 263 m², eller, om ytan sättes i relation till vårdplatsantalet, resp. 32,1 och 26,3 m² per vårdplats. Vid de fem i statistiken ingående delade lasarett, där förlossningsavdelningar anordnats — med ett platsantal varierande mellan 18 och 25 — växlar totalytan mellan 412 och 618 m², utgörande lägst 18, högst 28,1 m² per vårdplats.

I fråga om självständiga *barnbördsavdelningar, gynekologiska avdelningar* och *barnavdelningar* hava särskilda anvisningar icke meddelats. Den lämnade redogörelsen giver oförtydbart vid handen, att jämväl de under senare år anordnade specialavdelningarna av dessa kategorier uppvisa avsevärda växlingar i utrymmesstandarden. Enahanda är förhållandet beträffande *sjukstugor,* där emellertid med något undantag växlingarna företrädesvis hänföra sig till mottagningslokalerna.

Ej heller för planläggning av *sanatorier* hava, såsom redan erinrats, några särskilda råd och anvisningar meddelats. Den verkställda undersökningen rörande de i senare tid uppförda — dock förhållandevis fåtaliga — sjukvårdsanstalterna av denna grupp utvisar emellertid, att man härvid synes hava iakttagit en större måttfullhet i kraven, än som kommit till uttryck vid flera av de nyare lasarettsbyggnaderna.

De förhållanden, som utredningen nu i korthet berört, torde giva stöd för den uppfattningen, att den väg, som hittills anlitats i syfte att uppnå en rimlig begränsning av byggnadskostnaderna inom sjukhusväsendet, icke kan betecknas som praktiskt framkomlig. Förefintligheten av normerande anvisningar, innefattande i regel väl avvägda och skäliga krav, har icke kunnat förhindra en överdriven expansion i fråga om utrymmesanspråken. Och jämväl materialstandarden har otvivelaktigt vid de nyare sjukhusen drivits i höjden på ett sätt, som icke låter sig förlika med anvisningarnas återhållande ståndpunkt. Utredningen saknar anledning att närmare uttala sig om orsakerna till detta förhållande. Uppenbart är emellertid, att individuella önskemål och synpunkter fått göra sig starkt gällande vid planernas utarbetande, med undanskjutande av de auktoritativa vägledande anvisningarna. Vid expertöverläggningarna hava icke framkommit några omständigheter, som äro ägnade att giva stöd åt antagandet, att sjukvårdens beskaffenhet skulle röna inverkan av de konstaterbara växlingarna i utrymmesstandarden vid nu avhandlade sjukvårdsinrättningar.

Inför erfarenheter av nu antydd art, vilka för övrigt helt överensstämma med de i fråga om andra områden av offentlig byggnadsverksamhet gjorda, står det för utredningen klart, att, om en effektiv ekonomisering av sjukhusbyggnadsväsendet skall kunna uppnås, andra utvägar måste sökas än de tidigare anlitade. Den principiella innebörden av sådana åtgärder har utredningen redan angivit. I det följande går utredningen att närmare utveckla sina synpunkter på detta ämne.

II. Förutsättningar och riktlinjer för normeringsarbetet.

I sin strävan att uppnå ekonomiska normer för sjukhusbyggnadsverksamheten i fråga om såväl utrymme som utförande- och materialstandard har utredningen varit hänvisad att till grund för bedömandet i huvudsak lägga de upplysningar rörande de speciella förhållandena på området, som de tillkallade läkarexperterna lämnat eller av utredningen kunnat inhämtas under besök å olika sjukhus, ävensom den erfarenhet, utredningen vunnit vid granskning av ett flertal byggnadsprojekt och därmed förenade studier av dithörande förhållanden. Alldeles särskilt gäller det förstnämnda i fråga om den optimala storleken av ett sjukhus eller en vårdavdelning samt det ur planläggningssynpunkt mycket betydelsefulla spörsmålet, om och i vilken utsträckning sjukvårdslokalernas storlek skall göras beroende av förutsättningen huruvida överbeläggning skall medgivas eller icke.

Lasarett.

Storleken av lasarett. Jämlikt 2 § sjukhuslagen benämnes sjukhus, som ej är inrättat uteslutande för vård av tuberkulossjuka, lasarett, om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och eljest sjukstuga. Sjukhus, som är inrättat uteslutande för vård av tuberkulossjuka (tuberkulossjukvårdsanstalt), benämnes sanatorium, om det är avsett för sådana sjuka oberoende av vårdens art, och eljest tuberkulossjukstuga. Sjukstuga må enligt 7 § samma lag inrymma högst 30 vårdplatser, dock att med medicinalstyrelsens medgivande ytterligare intill 20 vårdplatser må inrättas. Tuberkulossjukstuga må ej hava flera än 40 vårdplatser. Tillika föreskrives, att sjukhus, som har mer än 24 vårdplatser, skall för vård av sådana personer, som må å sjukhuset mottagas och på grund av smittosam sjukdom eller av annan anledning icke utan olägenhet kunna vårdas å allmän sal, vara försett med nödigt antal för sjuka å sådan sal avsedda särskilda rum.

Beträffande grunderna för uppdelning av lasarett å två eller flera sjukavdelningar med särskilda för sjukvården ansvariga läkare finnas bestämmelser icke meddelade, ehuru närmare direktiv härutinnan otvivelaktigt synas önskvärda. Antalet vårdplatser vid de s. k. odelade lasaretten växlar också inom ganska vida gränser. De största avse över 150 vårdplatser, huvuddelen, överstigande ett 30-tal, mindre än 100 platser.

Statens sjukvårdskommitté har närmare övervägt spörsmålet om och förutsättningarna för uppdelning av odelade lasarett och därvid såsom sin mening uttalat, att lasarett med mindre än 100 vårdplatser vore för små för tvenne läkare med lasarettsläkares tjänsteställning. Samma generella uttalande säger

sig kommittén vara benägen att göra beträffande lasarett, vilkas platsantal variera mellan 100 och 124. Även mot delning av lasarett med ett platsantal av 125—149 kunde enligt kommittén betänkligheter anföras. Först vid ett platsantal av 150 synes kommittén sålunda finna bestämda förutsättningar för en uppdelning vara för handen.

Vid sammanställning av gällande stadganden och sjukvårdskommitténs nu anförda uttalanden kan alltså angivas, att ett odelat lasarett bör avse minst 51 och högst 125—150 vårdplatser. Vid expertöverläggningarna har, såsom redan erinrats, den åsikten omfattats av samtliga fackmän, att de odelade lasaretten i möjligaste mån böra utvecklas till normallasarett, omfattande medicinsk och kirurgisk sjukavdelning jämte röntgenavdelning. Den meningen har tillika kommit till uttryck, att sjukvårdskommitténs gränsdragning numera icke vore hållbar. En utveckling till normallasarett har ansetts fullt motiverad redan vid ett platsantal av 120—140, vartill komme erforderligt antal bb-platser. Lämpligen borde härvid kirurgi och medicin tilldelas samma antal vårdplatser och barnbördsplatserna anknytas till förstnämnda avdelning.

Med avseende på det ur driftekonomisk synpunkt lämpliga maximiantalet vid ett och samma sjukhus har framhållits, att detta icke borde sättas högre än till 700 à 800 sängar.

Till grund för sina överväganden har utredningen ansett sig böra lägga de av experterna sålunda angivna synpunkterna.

Vårdavdelningens storlek. Närmare hållpunkter för bestämmande av det odelade lasarettets och normallasarettets lämpliga omfattning torde böra sökas i vårdavdelningens storlek. Även i detta avseende uppvisa bestående förhållanden icke obetydliga växlingar. Vårdavdelningen torde sålunda stundom avse 20, stundom 40 platser eller däröver. Vanligen torde antalet röra sig mellan 20 och 30.

Vid fixerandet av den lämpliga siffran för lasarettens del måste ställning först tagas till det vid all sjukhusvård aktuella spörsmålet om överbeläggning skall förekomma eller icke. Under expertkonferenserna hava härutinnan delade meningar framträtt. Å ena sidan har av flertalet experter hävdats, att en rationell personalorganisation förutsätter, att platsantalet växlar inom mycket snäva gränser och att följaktligen överbeläggning endast tillfälligt och i mycket begränsad utsträckning må kunna tolereras. Tillika har upplysts, att medicinalstyrelsen vid fastställandet av sjukhusplaner intoge den ståndpunkten, att konstant överbeläggning skulle undvikas. Från ett håll har emellertid gjorts gällande, att överbeläggning med hänsyn till det temporärt växlande behovet av sjukhusvård icke kunde undvikas och att organisationen måste anpassas efter detta ofrånkomliga faktum.

Uppenbarligen erbjuder det för utredningen synnerliga vanskligheter, att i ett spörsmål, där delade meningar föreligga bland sjukhusvårdens sakkunniga målsmän, kunna bilda sig en säker uppfattning. Det vill emellertid förefalla, som om meningsmotsättningarna, i varje fall till en del, skulle härflyta ur de växlande förhållanden, som obestridligen äro för handen vid sjukhus

med olika belägenhet. Och säkerligen gör sig också behovet av överbeläggningsmöjligheter gällande med olika styrka beträffande skilda vårdområden. Så lärer t. ex. i fråga om förlossningsvården sagda behov framträda starkare än i fråga om kirurgiska eller medicinska avdelningar.

Enighet har emellertid rått så långt, att *viss* elasticitet i vårdavdelningen generellt ansetts oundgänglig, och övervägandena torde fördenskull kunna praktiskt begränsas till att avse dels graden av sådan elasticitet, dels sättet för uppnående av densamma.

Det vill förefalla utredningen som om ur driftsynpunkt starka skäl kunna anföras för att överbeläggning bör medgivas allenast tillfälligtvis och beträffande trängande akuta fall. Godtages denna uppfattning, begränsas frågan ur de synpunkter utredningen har att anlägga till spörsmålet, huru den nödvändiga elasticiteten skall kunna med minsta anläggningskostnad tryggas. Vid överläggningarna hava två principiellt skilda utvägar härutinnan varit under diskussion. Den ena innebär, att tänjbarheten tillgodoses på det sättet, att de isoleringsrum, som normalt böra ingå i varje vårdavdelning, erhålla ett utrymme, som vid behov medger anordnandet av två sängplatser. Genom anlitande av denna utväg skulle sålunda för tillfällig beläggning kunna hållas tillgängliga högst samma antal vårdplatser, som avdelningen innesluter isoleringsrum. Den andra utvägen förutsätter, att sjuksalarna erhålla ett sådant djup, att med eftergivande av det eljest önskvärda sängavståndet ytterligare en sängplats i varje 6-patientsal kan beredas. Uppenbarligen skulle enligt detta senare alternativ överbeläggningsmöjligheterna bliva vida större än enligt det förstnämnda och marginalen komma att uppgå till omkring 15 % av vårdavdelningens platsantal.

Frånsett den omständigheten att enligt utredningens mening de tillfälliga överbeläggningsmöjligheterna icke behöva eller böra erhålla den storleksordning, som i senast berörda alternativ skulle bliva fallet, lärer avgörandet, vilkendera utvägen bör väljas, få bliva beroende av kostnadssynpunkter. Till denna fråga återkommer utredningen i det följande. Utredningen har alltså funnit sig böra räkna med att nödvändig tänjbarhet regelmässigt uppnås genom lämplig dimensionering av sjukrum eller -salar, därvid utredningen för sin del funnit de starkaste skälen anförda för en begränsning av överbeläggningsmöjligheterna till att avse vårdavdelningens isoleringsrum. I fråga om speciellt förlossningsavdelningar synes någon ytterligare reservplats kunna vinnas därigenom, att behovet av förlossningsrum utmätes icke alltför knappt.

Utredningen övergår härefter att från nyss angivna utgångspunkt överväga den lämpliga storleken av en vårdavdelning vid de sjukhus, om vilka nu närmast är fråga, de odelade eller med två sjukavdelningar utrustade delade lasaretten (normallasaretten). I det föregående har i korthet redogjorts för de förhållanden, som för närvarande bestå i berörda avseende.

Erfarenheterna rörande såväl anläggnings- som driftkostnaderna vid sjukhusen tala bestämt för att vårdavdelningen bör omfatta så stort antal platser, som förhållandena över huvud kunna medgiva. Två faktorer äro härvid av

grundläggande betydelse. Å ena sidan kräver flertalet bilokaler för full användbarhet en viss minimistorlek, vilken inom vida gränser är oberoende av patientantalet, och å den andra sidan måste tillses, att en god vård med rimlig personaluppsättning må kunna tillhandahållas.

Vid överläggningarna har meningsskiljaktighet icke rått, därom, att ur förstnämnda synpunkt hinder för att inom en vårdavdelning inrymma 40 platser icke föreligga. Däremot hava ur vårdsynpunkt betänkligheter ansetts möta mot ett så högt platsantal. Möjligt är, att en kirurgisk eller övervägande kirurgisk avdelning tåler en något starkare beläggning än en medicinsk. Emellertid framstår det ur planlösningssynpunkt angeläget, att största möjliga enhetlighet i berörda avseende uppnås. Vid ett skäligt beaktande av nu berörda olika omständigheter har vid expertkonferenserna en allmän vårdavdelning vid kirurgisk eller medicinsk avdelning eller vid odelat lasarett ansetts kunna innesluta 36 platser. Tillika har framhållits, att vid nu angivna sjukvårdsanstalter lägre siffra än 28 platser över huvud icke borde ifrågakomma, frånsett enskilda, isolerings- och till kirurgavdelning anslutna barnbördsavdelningar. Ur synpunkten av en avdelnings ändamålsenliga konstruktion kunna emellertid starka skäl anföras för att sistnämnda siffra höjes till 30, och utredningen har fördenskull ansett sig böra föreslå att beträffande kirurgisk och medicinsk avdelning minimiantalet bestämmes till denna siffra. Jämväl barnbördsavdelningar med specialutbildad läkare och gynekologiska avdelningar hava funnits kunna i fråga om minimiantalet följa samma regel, ehuru beträffande förstnämnda sjukavdelning sagda siffra icke utan olägenhet torde kunna överskridas. Däremot lärer maximiantal vårdplatser inom avdelningen icke behöva i författningsväg angivas. Vid en vårdavdelning å 30—36 platser har ansetts, att minst 3 isoleringsrum borde stå till förfogande. Till frågan om vårdplatsernas fördelning i övrigt å salar och sjukrum återkommer utredningen i det följande.

Emellertid måste uppmärksammas, att den ifrågavarande normala avdelningen under vissa omständigheter bör bliva föremål för vissa modifikationer beträffande planläggningen. Sålunda bör vid en anordning med tre vårdavdelningar en av dessa kunna utnyttjas för såväl manliga som kvinnliga patienter och följaktligen i bilokalsavseende utrustas på sådant sätt att en dylik användning blir möjlig. Vidare böra särskilda åtgärder vidtagas för vården av barn intill 12-årsåldern. I angivna syfte har ett rum ansetts böra disponeras för spädbarn och en av sjuksalarna för större barn. Tillika har framhållits, att behovet av isoleringsmöjligheter för barnpatienterna är särskilt framträdande. Endast i mindre utsträckning kunde detta behov tillgodoses inom vårdavdelningen. I den mån särskild isoleringsavdelning anordnades inom sjukhuset, en fråga, till vilken utredningen återkommer i det följande, ökas givetvis dessa möjligheter. Emellertid har med styrka betonats vikten av att tillvarataga de vårdmöjligheter, som epidemisjukhusen — framförallt då de förlagts i anslutning till lasarett — inrymma för avlastning av lasarettens isoleringsfall, oavsett om dessa hänföra sig till de sjukdomar, som angivas i

epidemilagen eller icke. Det synes utredningen lika angeläget som välbetänkt, att generella åtgärder vidtagas för att tillgodose kravet i fråga. Utredningen återkommer till detta spörsmål vid behandlingen av epidemisjukhusens planläggning.

Med utgångspunkt från de siffror, som i det föregående angivits för dels självständig sjukavdelnings, dels vårdavdelnings lämpliga storlek, leda övervägandena sålunda till att en var av de medicinska och kirurgiska avdelningarna vid ett normallasarett fastställes till lägst (2 × 30) 60 vårdplatser. Till den kirurgiska avdelningens platssiffra bör läggas antalet av erforderliga barnbördsplatser.

Isoleringsavdelning och enskild avdelning. Ytterligare ett par spörsmål böra i nu förevarande sammanhang övervägas.

Utredningen har redan i förbigående berört ett av dessa, nämligen frågan om anordnande av särskild isoleringsavdelning. Till detta anknyter problemet om beredande av tillgång till enskilda och halvenskilda rum. Sistnämnda önskemål torde, vad de odelade lasaretten beträffar, böra tillgodoses med anlitande av de möjligheter, som isoleringsrummen inom vårdavdelningarna kunna erbjuda. Utredningen finner sålunda icke erforderligt och knappast heller möjligt, att vid dessa sjukhus, där enligt vad som upplysts behovet av dylika vårdmöjligheter är mycket växlande och starkt begränsat, särskilda åtgärder vidtagas. Annorlunda gestalta sig förhållandena i fråga om främst central- och storstadslasaretten men måhända även de större normallasaretten. Hinder synas principiellt icke böra resas mot anordnande vid dessa av enskild vårdavdelning, under förutsättning att merkostnaderna för densammas anläggning förräntas och amorteras genom i erforderlig mån förhöjda vårdavgifter. Härvid synas till en och samma enhet kunna sammanföras vårdplatser avsedda för lasarettets skilda sjukavdelningar, lämpligt uppdelade på dessa.

Vad särskild isoleringsavdelning angår, torde jämväl en sådan kunna övervägas redan vid normallasaretten. Vid större lasarett lär dylik avdelning kunna betecknas såsom nödvändig. Avdelningen bör vara gemensam för hela sjukhuset. Helt uteslutet är icke, att vid medelstora sjukhus en vårdenhet kan bildas genom lokalt sammanförande av en mindre isoleringsavdelning och ett antal enskilda eller halvenskilda rum. Att för dessa fall söka uppnå allmängiltiga regler erbjuder avsevärda svårigheter. Utredningen har därför, på grundval av vad som under expertöverläggningarna framkommit, velat inskränka sig till att framhålla de möjligheter, som synts vara för handen, att praktiskt tillgodose liknande önskemål inom ramen för den planläggning av byggnaden, som utredningen sökt uppnå.

Normalplan för medicinsk, kirurgisk och obstetrisk-gynekologisk vårdavdelning vid lasarett. I likhet med vad utredningen tidigare förordat i fråga om vissa vårdanstalter, lär det få anses välbetänkt att jämväl i fråga om sjukhusanläggningar fastställa normerande regler för vårdavdelningens allmänna

planläggning. Vid övervägandet av detta spörsmål måste beaktas såväl anläggningskostnader som driftkostnader. Ur sistnämnda synpunkt gäller som en allmän regel, att ju flera rum eller salar avdelningen innesluter vid en och samma numerär, desto längre måste transportvägarna och desto större också personalbehovet bliva. Å andra sidan kan vårdens beskaffenhet anses avhängig av att sjuksalarna icke göras för stora. Under dessa omständigheter är man hänvisad att låta ställningstagandet bliva beroende av en skälig avvägning mellan de skilda intressena. Medan under ett äldre skede en avdelnings patienter förlades till en eller ett par större salar, vilka belades med 12 till 20 patienter eller flera, har utvecklingen gått i den riktningen, att salarnas sängantal begränsats till 8 eller 6, i senaste tid understundom till 4. Under expertöverläggningarna har meningsskiljaktighet icke förelegat därutinnan, att så små sjuksalar som för 4 patienter icke kunna anses ur sjukvårdens synpunkt erforderliga. Då av utredningen verkställda undersökningar givit vid handen, att anläggningskostnaderna för dylika vårdenheter bliva högre än för större vårdenheter och det tillika bestämt vitsordats, att driftkostnaderna vid desamma ställa sig ogynnsammare, håller utredningen före, att sjuksalarna böra anordnas för lägst 6 sängar. Utredningen har tillika övervägt, att i planen för en vårdavdelning inlägga jämväl en större sal för omkring 12 patienter. Läkare, som förvärvat erfarenhet från sjukhus med dylika salar — serafimerlasarettet innesluter exempelvis alltjämt sådana — hava framhållit lämpligheten ur vårdsynpunkt av desamma, och även i senare tid hava sjukhus understundom uppförts enligt sådan plan. Den verkställda undersökningen har emellertid ådagalagt, att någon nämnvärd besparing i byggnadskostnader icke står att vinna genom en dylik åtgärd. Huruvida anordningen medgiver ett nedbringande av driftutgifterna undandrager sig utredningens säkra bedömande, men lärer dock få anses sannolikt.

Under angivna omständigheter har utredningen i fråga om odelat lasarett samt kirurgisk, medicinsk eller obstetrisk-gynekologisk avdelning vid delat lasarett velat bereda möjligheter till anordnande av såväl större som mindre salar, därvid 6-patientsalen synts böra bliva grundläggande, samt sjukrum avsedda för 3, 2 och 1 patient. Vid ett vårdplatsantal av 30 kunna följande huvudalternativ tänkas:

I.	4	salar	för	6 patienter	24	
	1	rum	»	3 »	3	
	2	»	»	1 (2) »	2	
	1	»	»	1 patient	1	30
II.	1	sal	för	12 patienter	12	
	2	salar	»	6 »	12	
	1	rum	»	3 »	3	
	2	»	»	1 (2) »	2	
	1	»	»	1 patient	1	30

Därest avdelningen omfattar 36 platser, anordnas lämpligen ytterligare en sal för 6 patienter.

I nu angivna fall har räknats med en sådan bredd av isoleringsrummen, att i desamma vid behov kunna anordnas två vårdplatser. Tänkbart vore emellertid, att reservplatser även kunde beredas genom något ökat djup av salarna, varigenom ytterligare en patient skulle komma att placeras i var och en av de för 6 patienter avsedda salarna. I detta fall bör givetvis isoleringsrummens yta begränsas. Ur kostnadssynpunkt torde dessa båda utvägar kunna anses någorlunda likvärdiga, vadan avgörandet synes böra träffas ur andra synpunkter än de ekonomiska.

På grund av det nu anförda förordar utredningen, att vid odelat lasarett samt kirurgisk, medicinsk eller obstetrisk-gynekologisk avdelning vid delat lasarett vårdavdelning planlägges på sådant sätt, att minst 24 vårdplatser anordnas i salar med minst 6 platser, minst 3 högst 9 i sjukrum med 3 vårdplatser samt högst 3 vårdplatser i isoleringsrum; övriga vårdplatser anordnas alltefter vårdavdelningens storlek i salar med 6 vårdplatser eller rum med 3 sådana. Då emellertid något högsta antal vårdplatser icke skulle angivas, har regeln utformats på sådant sätt, att allmän vårdavdelning av nu åsyftad sjukavdelning skall avse minst 30 vårdplatser fördelade å salar, en var med minst 6 vårdplatser, samt rum med 1—3 vårdplatser, dock att i nämnda rum må anordnas högst tredjedelen av avdelningens vårdplatser. Genom en dylik avfattning av reglerna för planläggningen erhåller huvudmannen full frihet att välja större salar, därest så anses lämpligt. De föreslagna normerna medgiva tillika att något variera 3-sängsrummens antal vid ett överskridande av minimiantalet vårdplatser.

Särskild uppmärksamhet förtjänar frågan om planläggningen av bb-avdelning i anslutning till lasarett eller sjukstuga (typ II). Med hänsyn till det antal vårdplatser, som en barnmorska kan betjäna, dimensioneras en sådan avdelning lämpligen i multiplar av 6 eller 7. Enligt nu rådande ordning omfatta sagda avdelningar i allmänhet 6 à 7 eller 12 à 14 vårdplatser. I vissa fall ha 18 platser eller flera anordnats. Enligt vad vid expertöverläggningarna framkommit, äro emellertid avdelningar av sistnämnda storleksordning mindre önskvärda, då förlossningsvården bäst tillgodoses genom decentralisering av bb-anstalterna till mindre vårdenheter för okomplicerade fall samt centralisering till av specialläkare ledda avdelningar vid centrallasaretten för de komplicerade fallen (typ I). Utredningen har därför beträffande bb-avdelningar utan specialläkare begränsat sig till att behandla sådana med omkring 6 eller 12 vårdplatser. Det synes böra ankomma på medicinalstyrelsen att fastställa platsantalet och i de fall, då ett större antal vårdplatser än 12—14 visar sig erforderligt, meddela föreskrifter rörande därav betingad jämkning i av utredningen föreslagna normer för avdelningens storlek.

Av plantekniska skäl har utredningen ansett sig böra förorda, att såväl 2-sängs- som 3-sängsdjup godtages för avdelningar av typ II. Då båda dessa system enligt utredningens förslag skulle kunna tillämpas för sjukstugor, bör

givetvis fallet vara enahanda även beträffande de till dessa knutna förlossningsavdelningarna. Vid lasaretten böra å andra sidan möjligheter hållas öppna att förlägga bb-avdelningen till samma byggnadskropp som med 2-sängsdjup planerade avdelningar, såsom isolerings- och enskilda avdelningar.

Vid ett antal av 6 vårdplatser erhållas följande rumsfördelningsalternativ:

1 sal för 4 patienter	4		1 sal för 6 patienter	6	6
1 rum » 2 »	2	6			

Ökas vårdplatsantalet till 12 synes fördelningen böra bliva följande:

2 salar för 4 patienter	8		1 sal för 6 patienter	6	
1 rum » 2 »	2		2 rum » 3 »	6	12
2 » » 1 patient	2	12			

Därjämte kan i bägge fallen såsom reserv anordnas ett extra isoleringsrum, vilket tillika vid behov kan anlitas som reservförlossningsplats.

Vid de nu behandlade avdelningarna av typ II förläggas förlossnings- och vårdavdelningarna i omedelbar anslutning till varandra och bilda en vårdenhet med gemensamma bilokaler. Förutom de vanliga bilokalerna erfordras särskilda utrymmen för barnen; undersöknings- och behandlingsrum kan däremot undvaras. För 6 à 7 vårdplatser beräknas en förlossningsplats och för avdelning med 12—14 sängar två sådana. Därutöver bör för båda storleksordningarna en reservförlossningsplats tillhandahållas, antingen, såsom nyss antytts, i ett särskilt rum, exempelvis isoleringsrum, eller i förlossningsrum med en ordinarie plats.

Barnavdelningar och barnsjukhus. Den allmänna planläggningen av en barnavdelning möter såtillvida vanskligheter som i fråga om spädbarn — första levnadsåret — och barn över spädbarnsåldern de kvantitativa kraven på vårdmöjligheter avsevärt växla inom olika landstingsområden. Förefintliga vårdbehov kunna i vissa fall tillgodoses inom en vårdavdelning, därvid denna givetvis blir gemensam för spädbarn och äldre barn. Inom mera folkrika landstingsområden erfordras skilda vårdavdelningar, i vilket fall spädbarnen eventuellt även yngre småbarn lämpligen förläggas till den ena, de äldre barnen till den andra avdelningen.

I fråga om avdelningens ändamålsenliga storlek har utredningen av ekonomiska skäl eftersträvat samma minimiantal platser som förordats beträffande övriga lasarettsavdelningar, 30 vårdplatser. En dylik ordning har tett sig så mycket naturligare som vid flera i allra senaste tid upprättade eller planlagda avdelningar denna siffra överskridits. Så är, enligt vad redan framhållits, förhållandet vid Kristianstads (34 platser), Halmstads (32 platser) och Karlstads (spädbarnsavdelning 31 platser) lasarett. Av vederbörande expert har emellertid med synnerlig skärpa hävdats, att betydande svårigheter ur vårdsynpunkt skulle möta vid ett så högt platsantal.

Vid övervägandet av det lämpliga platsantalet å nu förevarande vårdavdelningar måste även en annan omständighet beaktas. Statsbidrag utgår

nämligen till anordnande av barnavdelning i viss relation till folkmängden inom vederbörande sjukvårdsområde — landsting eller stad utanför landsting. Gällande bestämmelser medgiva bidrag till 2 platser per 10 000 invånare. Det ligger fördenskull i sakens natur, att generellt bindande föreskrifter rörande vårdavdelnings storlek i vissa fall skulle kunna i praktiken medföra, antingen att statsbidraget icke skulle kunna till fullo utnyttjas eller ock att huvudmannen skulle kunna bliva nödsakad att utan statsbidrag anordna ett större eller mindre antal vårdplatser. Av folkmängdsuppgifterna den 31 december 1943 inhämtas, att allenast i två landsting — Gotlands och Kalmar läns norra — folkmängden icke medgiver ett statsbidragsberättigat antal vårdplatser av lägst 24, och att i ytterligare fyra landstingsområden — Uppsala, Kalmar läns södra, Blekinge och Jämtlands — detta antal understiger 30.

Nu anförda omständigheter tala för att eventuella föreskrifter icke böra göras på samma sätt bindande som i fråga om övriga allmänna vårdavdelningar. Å andra sidan kunna vägande skäl åberopas för att barnavdelningarnas organisation icke lämnas alldeles oreglerad. I flertalet fall skulle säkerligen svårigheter icke vållas av en normering, och för planläggningsåtgärderna torde det vara till bestämd fördel att hållpunkter för organisationen äro för handen. Vid det förhållandet, att inrättandet av varje barnavdelning på grund av statsbidragsbestämmelserna skall underställas Kungl. Maj:ts prövning föreligger möjlighet att få jämväl organisationen bedömd utan den omgång som en dispensansökan i sedvanlig ordning innebär. Utredningen vill i anslutning till det anförda föreslå, att minimistorleken av en vårdavdelning fastställes till 24 platser, där ej Kungl. Maj:t finner skäl medgiva ett lägre antal. Då emellertid den nämnda siffran allenast angiver det lägsta platsantal som normalt bör godtagas, föreligga självfallet möjligheter för den ökning av vårdavdelningen därutöver, som i olika fall kan finnas av förhållandena påkallad. Erinras må exempelvis, att i fyra landstingsområden platsantalet skulle överstiga 24 men understiga 30 och det lär svårligen kunna ifrågakomma att i dessa fall anordna mer än en avdelning. I fem landstingsområden ligga motsvarande siffror mellan 50 och 60, och torde man här böra räkna med allenast två vårdavdelningar.

Vidkommande därefter frågan om avdelningens anordning i övrigt må till en början framhållas, dels att på grund av sängarnas mindre mått salar och rum kunna erhålla mindre dimensioner än som gäller i fråga om de för huvudsakligen vuxna patienter avsedda vårdavdelningarna. Å andra sidan har under expertöverläggningarna starkt betonats, att den å nu förevarande vårdområde särskilt framträdande infektionsrisken nödvändiggör speciella försiktighetsmått. Sålunda är inredning med slutna boxar i viss utsträckning oundgänglig i fråga om spädbarnssjukvården. Vidare gäller, att behovet av isoleringsrum är större. Och slutligen är att märka, att särskilda lokaler för mjölkkök samt för bad icke kunna undvaras. Nödvändigt är jämväl, att möjligheter beredas för ammande mödrar att åtfölja barnen under sjukhusvistelsen.

Vid tillgodoseendet av nu antydda önskemål inom ekonomiskt rimliga gränser torde 2-sängsdjup erbjuda fördelar framför 3-sängsdjup, detta särskilt med hänsyn till de vittgående kraven på små rumsenheter. Utredningen kan emellertid icke förbise, att betydande svårigheter kunna möta att inom en sjukhusanläggning, där eljest 3-sängsdjup fått bliva bestämmande för byggnadsplanen, tillhandahålla en eller två vårdavdelningar med 2-sängsdjup. Sålunda kan det näppeligen allestädes ifrågakomma att inrymma en nyinrättad barnavdelning inom en egen byggnad. Nu berörda omständigheter, som uppenbarligen anvisa olika lösningar i skilda fall, hava ansetts motivera en förhållandevis stor elasticitet vid normernas utformande.

Vidare är att uppmärksamma, att salar och sjukrum för barn över 1 år kunna erhålla något varierande storlek med hänsyn till förefintlig åldersskillnad. Detta gäller i än högre grad om s. k. blandade avdelningar, vilka innesluta patienter från nyfödda till 14-årsåldern.

Vad angår vårdplatsernas fördelning vid 2-sängsdjup inom en spädbarnsavdelning synes denna lämpligen kunna ordnas på följande sätt:

3 salar för 4 patienter	12	
2 » vardera med 4 slutna boxar	8	
1 rum för 4 debila patienter	4	
1 isoleringsrum	1	25

Vid ett antal av 30 vårdplatser torde en sal eller ytterligare ett boxaggregat samt ett isoleringsrum böra tillkomma.

I fråga om avdelning för äldre barn synas vårdplatserna kunna fördelas på följande sätt:

4 salar för 4 patienter	16	
2 rum för 2 patienter	4	
4 isoleringsrum	4	24

Vid en ökning av avdelningen till 30 platser torde en sal och ett 2-patientrum böra tillkomma.

Inom en odifferentierad (blandad) avdelning torde fördelningen bliva följande:

2 salar för 4 patienter	8	
2 » vardera med 4 slutna boxar	8	
1 rum för 4 debila patienter	4	
1 rum för 2 patienter	2	
2 isoleringsrum	2	24

Ökas avdelningen till 30 patienter, synas en sal och ett 2-patientrum böra tillkomma.

För fördelningen av vårdplatserna å rum och salar torde samma regel kunna gälla som tidigare föreslagits beträffande allmän vårdavdelning, nämligen att

i rum med 1—3 platser må anordnas högst tredjedelen av avdelningens samtliga vårdplatser.

Beträffande bilokalerna gäller, att för spädbarnsavdelning dagrum icke är påkallat. Däremot måste för sådan avdelning tillhandahållas amningsrum samt rum för ammande mödrar; sistnämnda rum torde dock med fördel även kunna anordnas utom avdelningen. Erforderligt mjölkkök förlägges lämpligen till souterrängvåning. Vid avdelningsförrådets utformning är att uppmärksamma, att goda möjligheter för torkning av kläder och sängkläder beredas. Från vederbörande expert har därjämte krav framställts på särskilt samtalsrum för konferenser mellan läkaren och patienternas anhöriga, men har utredningen icke ansett sig böra beakta detta önskemål — vilket för övrigt icke heller synes hava tillgodosetts vid de under senare år uppförda barnavdelningarna — enär särskilt undersöknings- och behandlingsrum avsetts anordnat inom varje avdelning och läkarens mottagningslokaler för övrigt stå till förfogande för ändamålet.

Vad avdelning för äldre barn angår, är, i jämförelse med avdelningar för vuxna patienter, den avvikelsen påkallad, att vidgade möjligheter för torkning av kläder och sängkläder böra beredas, varjämte badrum bör anordnas. Givetvis äro, med hänsyn till att avdelningen avses för både gossar och flickor, även skilda toaletter för de olika könen erforderliga.

Vidkommande s. k. blandad avdelning gäller, att i bilokalerna å en sådan måste ingå såväl amningsrum som lek- och dagrum.

Slutligen torde böra framhållas, att till underlättande av övervakningen dörrar till korridor böra förses med glas samt innerväggarna mellan sjuksalar och rum delvis utrustas med fönster.

Övriga sjukavdelningar. Beträffande de övriga sjukavdelningar, som ingå i lasarettsorganisationen, t. ex. för ögon-, öron-, näs- och halssjukdomar, torde förhållandena vid skilda sjukhus erbjuda så avsevärda växlingar, att utredningen ansett särskilda normeringsåtgärder icke lämpligen kunna ifrågakomma.

Sjukstugor.

Såsom tidigare anförts må enligt gällande sjukhuslag sjukstuga inrymma högst 30 vårdplatser, dock att med medicinalstyrelsens medgivande ytterligare intill 20 vårdplatser må inrättas vid sådan.

En undersökning av nu rådande förhållanden å området utvisar, att landets sjukstugor växla ganska avsevärt med hänsyn såväl till uppgifter som storlek och standard. Inom utredningen har med hänsyn härtill viss tvekan rått rörande lämpligheten och möjligheten av att framlägga förslag till normerande bestämmelser för dylika sjukhus. I detta avseende må framhållas, att vissa sjukstugor, exempelvis de i Norrland och andra ödebygdsbetonade delar av landet, otvivelaktigt endast i mycket sällsynta undantagsfall kunna förutses utvecklade till lasarett. Däremot kan en sådan utveckling icke uteslutas

i fråga om sjukstugor i södra och mellersta Sverige. Beträffande inom större industricentra anordnade sjukstugor kan förhållandet vara ett annat. Den polikliniska och ambulatoriska verksamheten träder där oftast i förgrunden, medan behovet av vårdplatser framstår såsom mera begränsat. Då en entydig målsättning sålunda saknas, äro redan nu berörda omständigheter ägnade att försvåra ett generellt planerings- och normeringsarbete. Därtill kommer, att med nutida kommunikationsmöjligheter det otvivelaktigt ur ekonomiska synpunkter är mindre välbetänkt att anordna sjukhusenheter av så ringa storleksordning. Erfarenheten ådagalägger ock, att i senare tid endast relativt få nya sjukstugor inrättats.

Emellertid har under expertöverläggningarna meningsskiljaktighet icke förefunnits därutinnan, att frågan om sjukstugornas ändamålsenliga planläggning ändock vore av den betydelse, att vissa normer borde meddelas jämväl beträffande dessa sjukhus.

Med hänsyn till vad nyss anförts har det vid övervägandena varit nödvändigt att söka uppnå en preciserad målsättning för den typ av sjukstuga, som normerna borde avse. Utredningen har därvid på grundval av experternas uttalanden funnit sig kunna bortse från de undantagsfall, då en sjukstuga förutses framdeles utvecklad till lasarett, liksom också från den typ av befintliga sjukstugor inom industrisamhällen, där den polikliniska verksamheten överväger. Med en på detta sätt begränsad uppgift hava experternas flertal ansett en dylik »normal» sjukstuga böra lämpligen avse 24 allmänna vårdplatser jämte 6, högst 8 barnbördsplatser och sålunda inrymma 30, högst 32 vårdplatser.

I avseende å vårdavdelningens sammansättning måste beaktas, att vården kommer att omfatta både manliga och kvinnliga patienter, vilket påkallar särskild uppmärksamhet vid bilokalernas planering.

Anledning synes saknas att vid normeringen fixera ett bestämt rumsdjup. Vid en vårdavdelning av den begränsade storlek, varom nu är fråga, och med de anspråk på bilokaler, som förhållandena ställa, torde ekonomiska hänsyn knappast kunna åberopas för 3-sängsdjup. Utredningen har fördenskull ansett sig kunna godtaga såväl 2-sängs- som 3-sängsdjup. Vid 3-sängsdjup synes avdelningen böra anordnas med två 6-patientsalar, tre rum för 3 patienter, ett rum för 2 patienter och ett isoleringsrum samt inom bb-avdelningen en sal för 6 patienter och ett isoleringsrum. Vid 2-sängsdjup skulle fördelningen kunna angivas till fyra salar för 4 patienter, tre rum för 2 patienter och två isoleringsrum samt inom bb-avdelningen en sal för 4 patienter och ett rum för 2 patienter, vartill kunde komma ett isoleringsrum, vilket såsom reservförlossningsplats ej borde medräknas vid fastställandet av sjukstugans vårdplatsantal.

Frånsett barnbördsplatserna, vilka skulle följa de för fördelningen av sådana meddelade reglerna, skulle alltså högst halva antalet vårdplatser få anordnas i en-, två- eller tresängsrum och högst tredjedelen i en- eller tvåsängsrum.

Sanatorier.

I fråga om sanatorier kan med hänsyn till patientmaterialets beskaffenhet planläggningen ske med utgångspunkt från något större vårdavdelningar. Enligt vid expertkonferenserna gjorda uttalanden äro svårigheter ur vård- eller personalsynpunkt icke för handen vid ett antal av 40 vårdplatser, en numerär som i huvudsak tillämpats vid de under senare år uppförda sanatorierna. Under särskilda omständigheter — härvid åsyftas det fall att genomförd operativ verksamhet bedrives å sanatoriet eller aktiv behandling i mera betydande omfattning där äger rum — har detta antal ansetts böra kunna jämkas nedåt, dock icke skäligen längre än till 36 vårdplatser. Vid ett och samma sanatorium har det totala antalet vårdplatser icke synts böra överstiga 400.

Vidkommande normalplanen för vårdavdelning har denna funnits böra lämpligen angivas på följande sätt:

5 salar för 6 patienter	30	
1 rum » 3 »	3	
3 » » 1 patient	3	36

Ett vårdplatsantal av 40 kan vinnas genom anordnande av ytterligare ett rum för 1 och ett för 3 patienter.

I analogi med vad nyss förordats beträffande lasarett lärer alltså böra föreskrivas, att vårdavdelning skall avse minst 36 platser, fördelade å salar med minst 6 platser samt rum med 1—3 platser, dock att antalet platser i nämnda rum icke må överstiga fjärdedelen av avdelningens samtliga platser.

I avseende på lokalutrustningen i övrigt är att märka, att anspråken på dagrumsutrymmen göra sig starkare gällande än i fråga om lasaretten. Ytterligare kräves tillgång till ligghallar samt en större sal för patienternas fritidsverksamhet. Mottagningsavdelningens lokalbehov influeras starkt av förefintligheten av centraldispensär. Denna sistnämnda omständighet påkallar särskilt beaktande vid bestämmelsernas utformning.

Normeringsåtgärder i avseende å utrymmes- och byggnadsteknisk standard.

Utredningen övergår härefter att undersöka, i vilken utsträckning sjukhuslokaler kunna anses vara av beskaffenhet att medgiva normering i fråga om utrymmes- och utförandestandard av den allmänna innebörd, som i det föregående angivits.

Vad till en början angår *vårdavdelningarna,* synes tvekan icke kunna råda därom, att de tidigare tillämpade normeringsprinciperna låta sig använda. I det föregående har utredningen närmare berört frågan om normering av avdelningens sammansättning med avseende på salar och sjukrum. Också sjukrummens och salarnas storlek kan uppenbarligen normeras. Enahanda är förhållandet beträffande rumshöjd och bredd av korridor. I fråga om biloka-

lerna, dit även dagrummet torde kunna hänföras, hava övervägandena utmynnat däri, att — under förutsättning av ett någorlunda konstant antal platser inom vårdavdelningen — även dessas sammanlagda yta kan bliva föremål för normering. Emellertid bör till det nu sagda fogas den erinran, att förhållandena icke äro fullt likartade å lasarett av olika typ. En viss individualisering vid reglernas avfattande är sålunda nödvändig.

Jämväl storleken av *operationslokaler* kan på grundvalen av hållna överläggningar och verkställda utredningar göras till föremål för normering, därvid emellertid är att beakta, att en detaljerad fördelning å skilda lokaliteter bör undvikas och maximeringen sålunda avse ett summariskt angivande av erforderlig total golvyta. Uppenbarligen måste dock de större sjukhusen — flertalet centrallasarett och därmed jämförliga — lämnas å sido med hänsyn till de starkt skiftande förhållandena. Vidkommande *förlossningsavdelningar* med de särskilda krav på speciallokaler, som dessa ställa, har utredningen bibragts den uppfattningen, att en normering av desamma är genomförbar. Enahanda gäller i fråga om *laboratorielokaler* vid odelat lasarett och normallasarett, medan förhållandena vid centrallasaretten te sig så växlande, att svårigheter inställa sig för angivande av generellt giltiga storleksnormer. Vad åter *röntgenlokalerna* angår, har vid expertöverläggningarna den ståndpunkten hävdats, att avgörande svårigheter skulle möta för en normering. Det har nämligen upplysts, att behovet av röntgenundersökningar växlade starkt alltefter den polikliniska verksamhetens större eller mindre omfattning. Därmed komme ock lokalbehovet att variera inom vida gränser. Utredningen har bibragts den övertygelsen, att under dessa omständigheter en normering med behörigt hänsynstagande till de maximala kraven knappast kan vara ägnad att främja erforderlig återhållsamhet och fördenskull avstått från att föreslå en sådan. Det synes böra ankomma på de granskande myndigheterna att i denna del ingående pröva rimligheten av föreliggande planer.

Svårigheter möta ock, då det gäller *mottagnings- eller polikliniklokalernas* dimensionering vid lasarett. Förutsättningarna växla nämligen även i detta fall avsevärt, och en fast relation mellan lasarettets storlek och lokalbehovet låter sig icke angiva. Sålunda kan stundom vid ett förhållandevis litet lasarett den öppna verksamheten nå betydande mått, medan omvänt vid ett större lasarett samma vård kan hava en ganska blygsam omfattning. Uppenbart är vidare, att antalet tjänstgörande läkare måste utöva inflytande på mottagningslokalernas storlek. Emellertid hava de verkställda undersökningarna ådagalagt, att för de typiska fallen en normering är möjlig. I de fall, då särskilda omständigheter föreligga, exempelvis då lokalerna i fråga disponeras för mödra- eller barnavårdscentral eller för dispensärverksamhet, lärer det kunna överlämnas åt medicinalstyrelsen att godtaga större utrymmen än som normalt funnits erforderliga.

Det nu sagda äger i huvudsak tillämpning jämväl i avseende å sanatorierna.

Vad beträffar *badavdelningens* storlek, torde möjligheter föreligga att angiva den erforderliga golvytan.

Av övriga lokalkomplex återstå *köksavdelning, tvättavdelning* och *värmecentral,* vilka lokaler det ur tekniska och ekonomiska synpunkter torde få anses välbetänkt att i möjligaste mån sammanföra. I fråga om köksanläggningen och de ganska rikt differentierade lokaler, som ingå i densamma, har utredningen med biträde av särskild expertis ansett sig berättigad föreslå bestämda normer för lokalernas maximistorlek i förhållande till kosthållets storlek. Uppmärksammas måste emellertid härvid, att denna avdelning vid nybyggnad med fördel dimensioneras med avseende fäst vid sjukhusets planenliga utveckling. Det har sålunda synts utredningen vara god ekonomi, att kökslokalerna så planläggas, att dyrbara utvidgningsåtgärder i fråga om köket, på grund av förutsebar utbyggnad av sjukhuset, såvitt möjligt må kunna undgås. Vad däremot tvättlokalerna angår, har utredningen funnit sig förhindrad att föreslå bestämda normer med hänsyn till de i detta avseende starkt växlande förhållandena i olika fall. Vidkommande värmecentralen torde det likaledes erbjuda stora svårigheter att normera storleken eller utrustningen av densamma på grund av de olikartade förutsättningar med hänsyn till lokala förhållanden och anläggningens storlek, som i skilda fall äro för handen. Hithörande förhållanden äro dessutom föremål för ständigt fortgående utveckling. Jämväl beträffande tvättlokaler och värmecentral vill utredningen betona vikten av att planläggningen åtminstone vad gäller lokaliteterna utföres under beaktande av eventuella framtida utvidgningskrav.

Vad slutligen angår den *byggnadstekniska standarden,* har det synts utredningen betydelsefullt att härutinnan uppnå bestämda normer, då hithörande förhållanden utöva ett icke obetydligt inflytande på totalkostnaderna. Härvid har emellertid eftersträvats att vid utformningen omsorgsfullt beakta, att nödvändiga anpassningsmöjligheter efter den tekniska utvecklingen förefinnas. Likaledes måste uppmärksammas, att beträffande inredningen större krav med fog kunna uppställas än vad fallet är i fråga om de tidigare behandlade vårdanstalterna.

I det föregående har utredningen närmast haft i åtanke de vanligast förekommande lasarettstyperna, det odelade och det enkla delade lasarettet. Vad som därvid anförts, har emellertid i väsentliga avseenden tillämpning jämväl å specialavdelningar samt sjukstugor, epidemisjukhus och sanatorier. Utredningen avser i fortsättningen att närmare angiva de avvikelser från huvudreglerna, som därvid kunna framstå såsom motiverade.

III. Eftervårdens byggnadskrav.

Tidigare överväganden.

Innan utredningen går att närmare överväga normer för olika sjukhusbyggnader, anser sig utredningen böra uppmärksamma ett organisatoriskt spörsmål av betydelse vid en ekonomisk planläggning av ett sjukhuskomplex, det må nu vara ett lasarett eller ett sanatorium. Utredningen åsyftar frågan om beredande av tillgång, i omedelbar anslutning till sjukhuset, till mindre dyrbara vårdplatser, avsedda för patienter, som kunna taga hand om sig själva men som alltjämt behöva anlita ett sjukhus resurser och sakkunskap. Det har framhållits, att behovet av nybyggnader för dylika vårdplatser, ofta betecknade B-platser, ehuru mera egentligt rubricerade annexsjukhusplatser, under nuvarande förhållanden med särskild styrka gör sig gällande i fråga om sanatorierna.

Det ligger i öppen dag, att sjukhusväsendets ekonomi i synnerlig grad påverkas av vårdtidens längd. Tillgänglig statistik utvisar, att i detta avseende förhållandena starkt växla icke blott vid olika lasarettstyper utan också vid lasarettsavdelningar av samma typ. Föreliggande siffror (de senaste från 1941) ådagalägga sålunda, att den genomsnittliga vårdtiden kan variera i så hög grad, att de maximala medelvårdtiderna äro inemot dubbelt så långa som minimum. Olika omständigheter medverka säkerligen till detta anmärkningsvärda förhållande. Vid expertkonferenserna har emellertid vitsordats, att, oberoende av andra åtgärder i enahanda syfte, en allmän förkortning av medelvårdtiden å det egentliga lasarettet skulle vara uppnåelig, därest möjligheter öppnades för överförande av vissa patienter till annexsjukhus. Vad de kirurgiska fallen angår, har sålunda framhållits, att ett stort antal opererade redan några få dagar efter ingreppet skulle kunna tillfredsställande vårdas under enklare förhållanden än huvudsjukhusets. Även i fråga om åtskilliga medicinska fall har gjorts gällande, att en motsvarande ordning vore genomförbar. Enahanda vore förhållandet med vissa patienter, som undergå röntgenbehandling samt patienter intagna å öron- eller ögonavdelningar. Gemensamt för nu ifrågavarande klientel skulle vara, att patienterna kunna reda sig själva utan hjälp av skolad vårdpersonal. Såväl den ena som den andra kategorien skulle sålunda utan olägenhet kunna hänvisas för efterbehandling resp. behandling å annexsjukhus. Såmedelst skulle uppenbarligen huvudsjukhusets dyrbara platser kunna mera effektivt utnyttjas och följaktligen kostnader för nybyggnader inbesparas. Jämväl vårdkostnaderna kunna förutsättas väsentligen understiga lasarettens eller sanatoriernas.

Med hänsyn till innebörden av de ifrågasatta åtgärderna har utredningen funnit sig oförhindrad att ingå i ett övervägande av detta eljest till sin natur

sjukvårdsorganisatoriska spörsmål, i den mån detsamma synts öppna möjligheter till ett förbilligande av sjukhusbyggnadsverksamheten.

Till en början må framhållas, att här avhandlade uppslag ingalunda är nytt, utan har detsamma sedan lång tid tillbaka dryftats bland dem, som haft ansvaret för sjukvårdens organisatoriska utveckling i vårt land. *Statens sjukvårdskommitté* har i sitt förut omnämnda betänkande lämnat en översiktlig framställning av den tidigare förda diskussionen och jämväl framlagt sin egen uppfattning i frågan.

Efter att hava erinrat om de åtgärder, som redan i begränsad omfattning vidtagits på vissa håll i landet för »konvalescentvårdens» befrämjande, uttalar kommittén, att till grund för den slutna konvalescentvården ligger principen, att sjuka, som utan att vara i behov av lasarettsvård dock erfordra sluten vård, böra vårdas å enklare och billigare anstalter. Lika viktig som denna grundprincip syntes vara, lika svår vore densamma att i praktiken förverkliga eller, rättare sagt, lika skiftande tedde sig dess tillämpning i de enskilda fallen. Detta berodde enligt kommitténs mening på två omständigheter: sjukdomarnas olika natur samt de privata förhållanden, under vilka de sjuka levde.

Under framhållande av sagda svårigheter ville kommittén uttala en varning mot en för långt driven förenkling av ifrågavarande vårdproblem. Några betänkligheter mot en av det allmänna anordnad eller understödd konvalescentvård innebure de anförda synpunkterna i och för sig icke. Emellertid hade sådana betänkligheter, grundade på andra förhållanden, framförts, enligt kommitténs förmenande icke utan bärande skäl. Kommittén åsyftade härvid i första hand det förhållandet, att konvalescentvård vore ett tämligen diffust begrepp och att inrättandet av särskilda anstalter för dylik vård kunde aktualisera ofta tvivelaktiga vårdbehov i den omfattning, att den slutna sjukvården endast skenbart skulle förbilligas genom en utbyggd konvalescentvård. Det vore därför av vikt att närmare precisera detta begrepp.

Jämlikt de meddelade direktiven hade kommittén att i första hand beakta en konvalescentvård, som omedelbart ansluter sig till föregående lasarettsvård. Rent administrativt sett kunde otvivelaktigt skäl anföras för en sådan begränsning. Från medicinsk synpunkt måste emellertid en gränsdragning, varigenom intagande på konvalescenthem direkt från den öppna sjukvården skulle bli uteslutet, te sig konstlad. Kommittén funne sig därför icke kunna i princip förorda en dylik begränsning, om ock av naturliga skäl ett utbyggande av konvalescentvården i första hand borde taga sikte på behovet av sådan vård i omedelbar anslutning till åtnjuten lasarettsvård. Med uppgivande av kravet på omedelbart föregången sjukvård måste man emellertid hålla i minnet, att skaran vårdbehövande vidgats högst väsentligt, om sökandens behov av vård ofta icke varit föremål för den prövning, som kunde äga rum under en sjukhusvistelse, och att sålunda faran för ett utnyttjande av denna vård utöver de gränser, som betingades av rent medicinska och sociala skäl, ej oväsentligt ökades. Ett noggrant beaktande av dessa synpunkter syntes kommittén vara desto angelägnare, som här vore fråga om en vårdangelägenhet, vilken det allmänna dittills i stort sett ställt sig utanför.

Beträffande vårdens tillgodoseende framhåller kommittén bl. a., att anstalter för konvalescentvård för att fylla sin uppgift borde vara försedda med anordningar för massage och sjukgymnastikbehandling, ävensom med sådana hjälpmedel, som tillhörde den s. k. fysikaliska terapien, d. v. s. falla under bad-, värme- och elektrisk behandling. Med hänsyn härtill kunde det starkt ifrågasättas, om icke ifrågavarande anstalter lämpligen borde anordnas som enklare inredda, mer eller mindre hembetonade avdelningar i samband med lasarett. Emot förfarandet

att anordna konvalescentvård i samband med lasarett kunde helt naturligt den invändningen göras, att anläggningskostnaderna skulle ställa sig relativt höga. Häremot kunde emellertid anföras, att till lasaretten förlagda konvalescentavdelningar borde kunna både till anläggning och drift förbilligas genom anordnande av en med lasarettet gemensam bad- och fysikalisk behandlingsavdelning. Konvalescentavdelningen borde ock draga fördel av andra lasarettets, för såväl medicinska som administrativa ändamål avsedda lokaler. Bland de förra ville kommittén nämna dietkök och laboratorium. Emot en dylik typ av konvalescenthem kunde måhända erinras, att den bleve rätt aktivt behandlingsbetonad och att den lätt komme att bliva en faktisk lasarettsavdelning samt att förty den grupp konvalescenter, som vore i behov 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 vårdavdelningarna icke gjordes dyrbarare än de sjukas vård krävde och skulle under förutsättning av en noggrann prövning av vårdbehovet leda till besparing.

Sammanfattningsvis uttalar kommittén såsom sin mening, att en sluten konvalescentvård, som även avser tuberkulospatienter, främst borde anordnas på enkelt inredda och utrustade avdelningar i omedelbar anslutning till lasarett, varvid lasarettets vårdtekniska hjälpmedel borde komma konvalescentavdelningen till gagn. Å dessa avdelningar borde i första hand mottagas konvalescenter, men de borde även stå öppna för andra än konvalescenter.

Sedermera hava *1941 års reumatikervårdsakkunniga,* vilkas uppdrag jämlikt Kungl. Maj:ts beslut den 27 mars 1942 utvidgats till att avse utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande av efterbehandling och konvalescentvård i allmänhet, den 10 juni 1944 avgivit utredning och förslag i sagda ämne (SOU 1944: 88). Därvid hava de sakkunniga övervägt efterbehandlings- och konvalescentvårdsfrågan i dess helhet. Ur synpunkten av nu förevarande utredning knyter sig ett särskilt intresse till de efterbehandlingsavdelningar (E-avdelningar), som förslaget upptager och som varit föremål för de sakkunnigas detaljplanering.

De sakkunniga reservera uttrycket efterbehandlingsavdelning, förkortat E-avdelning, för invid annan sjukvårdsanstalt liggande efterbehandlingsavdelning för uppegående patienter, vilka icke behöva vårdas å A-plats, men fortfarande äro i behov av observation eller behandling vid sjukhuset. Patienterna förutsättas 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. Beläggning av en E-avdelning, som ligger intill en annan anstalt, bör enligt de sakkunnigas mening ske endast genom huvudsjukhuset. Jämte allmän E-avdelning för vuxna patienter räkna de sakkunniga med dylika avdelningar för väntande mödrar, för tuberkulösa samt för barn.

Av de utredningar, som de sakkunniga verkställt, framgår, att E-platsbehovet vid lasarett inom olika sjukvårdsområden av vederbörande huvudmän siffermässigt uppskattats till 9—39 % av antalet A-platser. Medelvärdet utgjorde 13 %. För de största sjukhusen låge siffran vid 15—19 %. För egen del anse sig de sakkunniga böra sätta den övre gränsen för behovet av eftervårdsplatser vid lasarett, för riket i allmänhet till 20 % och för de båda nordligaste länen till 25 % av antalet tillgängliga A-platser. Samma siffror angivas jämväl i fråga om tuberkulosvården, ehuru de sakkunniga hålla före, att frågan om utsträckningen av

E-vården på detta område och fördelningen av E-avdelningarna mellan de olika sanatorierna bör göras till föremål för fortsatta överläggningar.

Enligt det till grund för förslaget lagda programmet skulle inom E-avdelningar vid lasarett såsom lämplig vårdenhet med hänsyn till personal och biutrymmen betraktas en avdelning om cirka 40 patienter. De minsta efterbehandlingssjukhusen skulle utgöras av en enda dylik avdelning, de större av två eller flera kombinerade till en anstalt. Större sjuksalar än fyra-sängsrum anse de sakkunniga icke böra förekomma på efterbehandlingsavdelningar, då det här vore fråga om patienter från sjukhusets olika avdelningar, och ett relativt stort antal en- och tvåsängsrum måste i hög grad öka avdelningarnas användbarhet. Ensängsrum vore erforderliga, särskilt i den mån avdelningen kunde komma att utnyttjas för enklare utredningsfall, som möjligen kunde vara infektiösa, eller för fall, som i särskilt hög grad borde skyddas mot infektionssjukdomar, t. ex. blivande eller nyförlösta barnaföderskor. Golvytan i sjukrummen kunde nedbringas under vanliga normer, därigenom att sängarna utan olägenhet för vården kunde ställas utmed väggarna med hänsyn till att patienterna vore uppegående. Å andra sidan uppställes önskemålet, att varje patient hade ett skåp för sina kläder och andra tillhörigheter samt att i varje rum funnes bord och sittplats.

I avseende å bilokaler anses för dagrum en golvyta av cirka 1 m^2 per patient tillräcklig. Toaletter anordnas skilda för män och kvinnor. Vidare erfordras städrum med utslagsback, arbetsplats för rengöring samt plats för städredskap och nödvändiga förbrukningsartiklar ävensom vaktrum tillika expeditionsrum; däremot kunde behandlingslokaler uteslutas. Kapprum förutsättes anordnat invid huvudingången. Korridorbredden angives till 1,5 m, våningshöjden har i patientvåningarna ansetts kunna begränsas till 2,7 m och i souterrängvåningen till 2,6 m. Matsal med tillhörande serveringskök har synts vid lämplig byggnadsplats kunna förläggas till souterrängvåning; för serveringens underlättande och besparing av personal ifrågasättes anordnandet invid serveringsköket av en bardisk, vid vilken patienterna kunde betjäna sig själva. Arbetsrum med tillhörande förrådsrum föreslås inrättade för patienternas sysselsättning med t. ex. enklare snickeri, vävning eller bokbinderi. Om behövlig storlek av dessa lokaler förelåge knappast någon erfarenhet, varför i souterrängvåningen återstående tillgängligt utrymme syntes böra reserveras för detta ändamål. Till samma våning förläggas badrum samt snyggningsrum liksom förvaringsrum för patienternas kläder.

Särskild uppmärksamhet hava de sakkunniga ägnat spörsmålet om patienternas tvättanordningar. Härvid uppställes det allmänna önskemålet, att patienterna borde beredas möjlighet att tvätta sig skyddade mot insyn antingen genom anordnande av ett särskilt genom skärmar avdelat tvättrum eller därigenom, att sjukrummen försåges med tvättställ, vilka i fråga om två- och fyra-sängsrummen borde placeras så, att patienterna kunde göra toalett ostörda.

Spörsmålet ifråga har närmare utretts av de sakkunnigas arkitekt, doktor G. Birch-Lindgren, som därvid diskuterat alternativa lösningar. Enligt det ena alternativet skulle tvättställ anordnas i varje patientrum, varigenom särskilt tvättrum kunde uteslutas. I det andra alternativet saknades tvättställ i patientrummen och anordnades skilda tvättrum för män och kvinnor. Om tvättställ anordnas i varje rum, hade det visat sig nödvändigt att göra golvytan i två- och fyra-sängsrummen större än som eljest erfordrades, medan utrymmet för särskilt tvättrum inbesparades. En jämförelse mellan de totala golvytorna i de olika alternativen, som båda avsåge tvåvåningsbyggnader, hade givit vid handen, att alternativet med tvättställ i sjukrummen medgivit en besparing av cirka 4 m^2 total golvyta per våning. Oavsett att sålunda detta alternativ gåve en något mindre byggnad, vilket måhända ur kostnadssynpunkt uppvägdes av ett något dyrare rörledningsnät, syntes detsamma vara att föredraga ur den synpunkten, att större rörelsefrihet erhölles

vid avdelningens beläggning med olika kön. De sakkunniga hava särskilt av sistnämnda skäl stannat vid att förorda alternativet med tvättställ i varje sjukrum.

Kommittén har närmare belyst den allmänna planläggningen av en E-avdelning genom skissritningar, utarbetade av doktor Birch-Lindgren enligt fyra alternativ, alternativ A i två våningar, alternativ B överensstämmande med det förra utom däri, att sjukrummens storlek ökats med 10 %, alternativ C med ökat antal större sjukrum och alternativ D i nära anslutning till alternativ A men med avdelningen uppförd i endast en våning. Kostnaderna för de olika alternativen angivas på följande sätt (Stockholm).

	Total kostnad	m³	kr/m³	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

De sakkunniga beteckna alternativ A såsom huvudförslag. Detta förslag upptager rum med följande golvytor: enkelrum cirka 8,9 m², tvåsängsrum cirka 13,5 m² och fyra-sängsrum cirka 21,5 m². Att nämnvärt underskrida dessa ytmått syntes medföra väsentliga olägenheter och minska de möjligheter till trevnad, som man hade rätt att kräva i en enkel anstalt. Ännu en synpunkt talade enligt de sakkunnigas mening för att icke pressa rumsmåtten alltför långt. En minskning av golvytan gåve nämligen icke en motsvarande ekonomisk vinst.

I avseende å fördelningen av salar och sjukrum gäller, att huvudförslaget innehåller 4 rum för fyra patienter, 10 rum för två patienter och 6 rum för en patient och betecknas såsom tillfredsställande ur differentierings- och isoleringssynpunkt. Ovannämnda alternativ C upptager 8 rum för fyra patienter, 4 rum för två patienter och endast 2 rum för en patient. Detta medgåve en besparing av byggnadskostnaderna uppgående till 7,3 %. Det syntes dock böra betecknas som ett extremt förslag, som enligt de sakkunnigas mening icke gåve tillräckliga isoleringsmöjligheter och därför icke kunde av de sakkunniga rekommenderas. Vid uppgörande av ritningar för ett konkret fall ansåges möjligen en medelväg mellan dessa båda alternativ kunna övervägas, t. ex. med följande fördelning av patienterna: 6 rum för fyra patienter, 6 rum för två patienter och 6 rum för en patient. Besparingen i jämförelse med huvudalternativet torde dock i så fall komma att reduceras till några få procent.

I övrigt framhålla de sakkunniga, att en enkel standard borde 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 borde användas.

Vad beträffar E-avdelningar vid sanatorier hänvisa de sakkunniga till av doktor Birch-Lindgren tidigare utarbetade ritningar, avseende byggnad med 44 eller 52 sängar, fördelade uteslutande på 2- och 1-sängsrum, vilka rum dock upptoge något mindre golvyta än i de sakkunnigas huvudförslag.

Med mindre modifikationer anses de framlagda förslagen kunna användas även för planläggning av E-avdelningar vid barnsjukhus eller barnavdelningar och såsom väntehem för barnaföderskor.

Utredningen.

Av det anförda framgår, att den tankegång, åt vilken utredningen inledningsvis givit uttryck, nära ansluter sig till den ståndpunkt sjukvårdskommittén och 1941 års reumatikervårdssakkunniga intagit. Emellertid måste utred-

ningen betona, att utredningen saknat anledning att överväga frågan i den vidare omfattning, vari dessa utredningar prövat densamma. Ur de synpunkter utredningen har att beakta begränsar sig nämligen problemet till spörsmålet om en differentiering av lasarettens och sanatoriernas vårdplatser i sådana, som avse högkvalificerad vård, och sådana, beträffande vilka anspråken kunna icke oväsentligt reduceras. Uttrycket *efterbehandlingssjukvård* synes — även om det icke fullt täcker begreppet — kunna utgöra en lämplig beteckning för de uppgifter, som skulle tillkomma sjukhuset. Dessa enklare vårdplatser skulle sålunda *uteslutande avse* att öppna möjligheter för vård av *patienter, som tidigare vårdats å lasarett,* och som, utan att skäliga vårdanspråk eftersättas, befinnas kunna för vårdens avslutande överflyttas till efterbehandlingssjukhuset, eller *vilkas tillstånd vederbörligen prövats vid lasarettet* och befunnits kunna tillfredsställande motivera vård å annexsjukhus. Utredningen vill sålunda med styrka betona, att dessa vårdmöjligheter äro avsedda att helt utnyttjas för redan prövade lasarettsfall och att genom tillhandahållande av dylika vårdplatser den totala vårdtiden icke bör förlängas. Därest, på sätt sjukvårdskommittén förutsatt, de av kommittén föreslagna konvalescentavdelningarna skulle mottaga jämväl konvalescenter från öppen vård, skulle uppenbarligen, såsom kommittén för egen del framhållit, kraven på sjukhusplatser stegras. I realiteten skulle såmedelst en ny grupp vårdanstalter framväxa såsom ett mellanled mellan lasaretten och hemmen för kroniskt sjuka. Utredningen saknar givetvis anledning att ingå i ett övervägande, huruvida en sådan utvidgning kan vara behövlig eller lämplig, då utredningen har sig förelagd den begränsade uppgiften att föreslå åtgärder för ett förbilligande av byggnadskostnaderna för sjukhusväsendet enligt nu tillämpad organisationsplan. Otvivelaktigt skulle med den nyss av utredningen angivna gränsdragningen förutsättningar för ett sådant förbilligande öppnas. Däremot kan ett fullföljande av kommitténs riktlinjer oförändrade befaras ägnat att i icke oväsentlig grad öka utgifterna för sjukhusväsendet, vad angår såväl byggnader som drift.

Klientelet vid nu åsyftade sjukhusavdelning skulle, på sätt utredningen tidigare erinrat, utgöras av dels opererade patienter, dels övriga fall, som efter vederbörlig diagnos anses erfordra allenast en mera enkel vård. Samtliga patienter förutsättas såsom icke-sängliggande i det hela icke kräva kvalificerad vårdpersonal och skulle kunna sköta sig själva. Särskild läkarpersonal skulle icke heller krävas, utan bör läkarvården ombesörjas av den personal, som tidigare å sjukhuset handhaft denna uppgift. Då avdelningen skulle förläggas i omedelbar anslutning till huvudsjukhuset, förutsättes vidare all specialbehandling försiggå å detta, vadan följaktligen anordningar i sådant syfte kunna normalt uteslutas inom efterbehandlingsavdelningar. I nu angivna avseenden föreligger, såsom av den lämnade redogörelsen framgår, full överensstämmelse med den principiella ståndpunkt, som reumatikervårdsakkunniga intagit. Från dessa utgångspunkter skulle planen för en dylik vårdavdelning kunna anpassas efter den för kroniskt sjuka upplagda med den

ytterligare förenklingen, att, i anslutning till den uppfattning, som vid expertöverläggningarna gjorts gällande, kravet å isoleringsrum kan begränsas, biutrymmena reduceras och korridorbredden minskas. Utredningen håller före, att avdelningen skulle kunna väsentligen innesluta 6-patientsalar jämte ett eller annat 2-sängsrum. Emellertid hava verkställda undersökningar givit vid handen, att 4-sängssalar i detta fall kunna anordnas för en lägre kostnad än 6-sängssalar, och utredningen har med hänsyn härtill ansett sig för dessa sjukhus böra förorda en dylik rumsdisposition. Däremot böra dagrumsutrymmena utökas och differentieras med hänsyn till kön. Under expertöverläggningarna har hävdats, att proportionen huvudplatser: annexplatser lämpligen avväges 5:1, en relation som nära ansluter sig till den av reumatikervårdsakkunniga angivna. Då avdelningen ur driftkostnadssynpunkt ansetts icke skäligen böra understiga 40 platser, följer härav, att de minsta sjukhusen icke kunna utrustas med annexavdelning.

I fråga om sanatorierna har från experthåll vitsordats, att genomsnittligt 20—25 % av dessa sjukhus klientel skulle kunna vårdas å här åsyftade annexsjukhus. Lämpligen kan miniminumerären fastställas till samma siffra som för de lasarettsanslutna annexsjukhusen. Vad däremot angår storleken å vårdavdelningen har gjorts gällande, att vårdplatserna kunde ökas utöver förut angivna siffror och uppgå till 52 inom en och samma avdelning. Av vårdplatserna hava 6 ansetts böra förläggas till 2-patientrum och åtminstone 1 till isoleringsrum. Av bilokaler erfordras dagrum, städrum och toalettrum. Med hänsyn till terapien måste även vid annexsjukhusen tillgång till ligghallar beredas. Lämpligen bör man även vid sanatoriernas annexsjukhus räkna med 4-patientsalar.

Uppmärksamhet påkallar, på sätt reumatikervårdsakkunniga framhållit, frågan om beredande av vissa arbetslokaler för patienternas sysselsättning. Möjlighet föreligger att anordna dylika lokaler i souterräng- eller vindsvåning.

Den allmänna standarden har ansetts även i detta fall kunna utformas i nära anslutning till vad som föreslagits för hem för kroniskt sjuka och lättskötta sinnessjuka.

Av vad som sålunda framkommit synes utredningen fog föreligga för den uppfattningen, att ett inträdande ökat behov av vårdplatser vid sanatorierna helt eller till väsentlig del bör tillgodoses genom anordnande av annexsjukhus vid redan förefintliga sjukhus och att såmedelst kostnaderna för ett ökat vårdbehovs tillgodoseende kunna avsevärt begränsas.

IV. Förslag till normer för sjukhusbyggnader.

Lasarett.

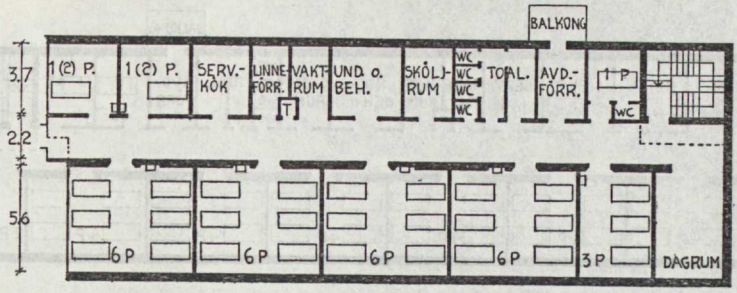
I anslutning till den allmänna ståndpunkt, som utredningen i det föregående angivit, går utredningen att närmare överväga de normer, som synas böra föreslås för planläggningen av olika sjukvårdsanläggningar, lasarett och sanatorier samt annexsjukhus anordnade i anslutning till lasarett eller sanatorium.

Vad angår planläggningen av **vårdavdelning** vid sjukhus för kvalificerad vård, inställer sig härvid i första hand det principiella spörsmålet om 2-sängsdjup eller 3-sängsdjup vid sjuksalarnas dimensionering.

I detta avseende har utredningen, såsom i det föregående i korthet berörts, företagit vissa undersökningar av nettoytornas fördelning inom olika vårdavdelningar. Ytorna hava därvid angivits enligt samma principer, som tillämpats av centrala sjukvårdsberedningen, dock med den avvikelsen, att dagrum hänförts till bilokalerna i stället för till trafikytorna som skett i sjukvårdsberedningens statistik. Den jämförelse mellan nettoytornas fördelning i m² per vårdplats vid nybyggda allmänna vårdavdelningar med 2-sängsdjup resp. 3-sängdjup, som av utredningen verkställts, har, såsom jämväl erinrats, ådagalagt, att vid de förstnämnda totalytan per vårdplats är icke obetydligt större än vid de senare. De höga siffrorna betingas väsentligen av en ganska stark ökning av bilokals- och trafikytorna, under det att vårdrumsytan per vårdplats visar en mera måttlig stegring. Då kraven på bilokaler således ställts högre för de med 2-sängsdjup planerade vårdavdelningarna och det på grundval av det föreliggande materialet icke är möjligt att avgöra, i vilken utsträckning de ökade trafikytorna betingas av mer spatiösa korridorer eller av den förlängning av avdelningens plan, som härrör av å ena sidan bilokalernas, å andra sidan vårdsalarnas större utsträckning i längd, kan någon fullt säker slutsats beträffade planekonomien vid 2-sängsdjup och 3-sängsdjup icke dragas ur detta material. För att eliminera de på resultatet av jämförelsen inverkande, ovidkommande faktorerna, framförallt variationen i bilokalsstandard och korridorbredd, har utredningen låtit uppgöra principskisser till vårdavdelningar enligt 2- och 3-sängsdjup, varvid antalet vårdplatser per avdelning, bilokaler samt korridorbredd hållits konstanta. Totalytan per vårdplats utgör då ett entydigt uttryck för planekonomien vid de båda planlösningsprinciperna. Vid en ur vårdsynpunkt önskvärd orientering av byggnaden varierar denna yta för avdelningar med 3-sängsdjup mellan 11,56 och 12,40 m² och för de med 2-sängsdjup planerade avdelningarna mellan 12,33 och 13,10 m². 2-sängsdjupet kräver en ökning av avdelningens totalyta med

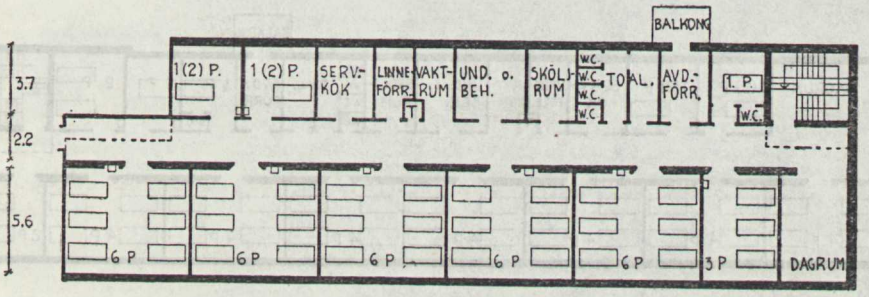
VÅRDAVDELNING VID LASARETT.

Principskisser till allmän vårdavdelning med 3-sängsdjup.



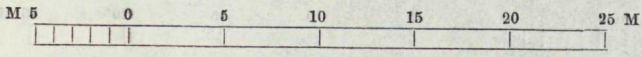
Avdelning med 30 vårdplatser.

4 st. 6-pat.-salar	24 pat.	80 %	
1 » 3- » -rum	3 »	20 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	30 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	207,1 m²	55,8 %	6,90 m²/pat.
Bilokaler	92,1 »	24,7 %	3,07 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	72,7 »	19,5 %	2,43 »
Total nettoyta	371,9 m²	100,0 %	12,40 m²/pat.



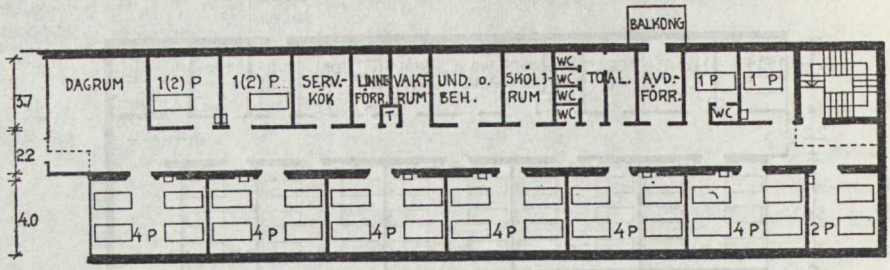
Avdelning med 36 vårdplatser.

5 st. 6-pat.-salar	30 pat.	83 %	
1 » 3- » -rum	3 »	17 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	36 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	244,0 m²	58,7 %	6,78 m²/pat.
Bilokaler	92,1 »	22,1 %	2,56 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	80,1 »	19,2 %	2.22 »
Total nettoyta	416,2 m²	100,0 %	11,56 m²/pat.



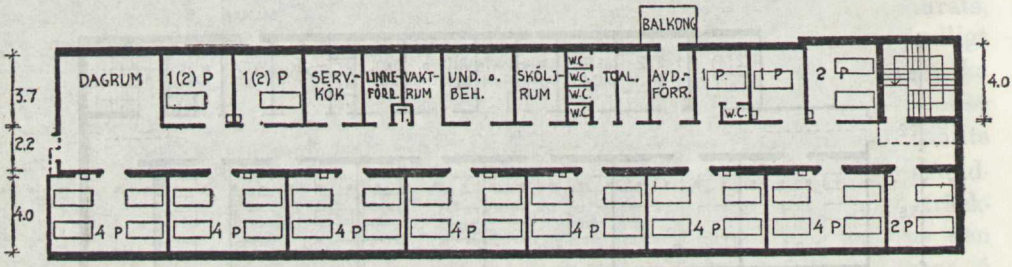
VÅRDAVDELNING VID LASARETT.

Principskisser till allmän vårdavdelning med 2-sängsdjup.



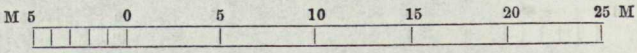
Avdelning med 30 vårdplatser.

6 st. 4-pat.-salar	24 pat.	80 %	
1 » 2- » -rum	2 »	20 %	
4 » 1- » »	4 »		
Totalt	30 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	211,3 m²	53,6 %	7,04 m²/pat.
Bilokaler	92,1 »	23,5 %	3.07 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	89,8 »	22,9 %	2,99 »
Total nettoyta	393,2 m²	100,0 %	13,10 m²/pat.



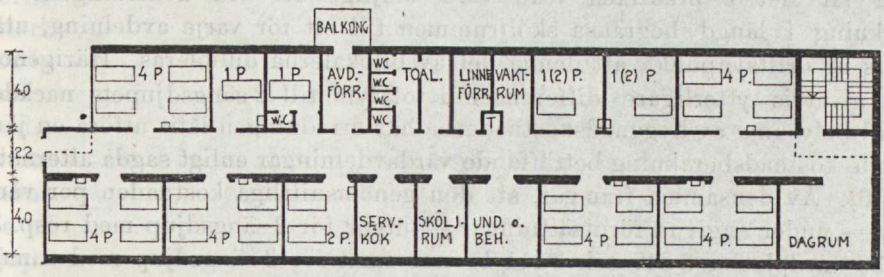
Avdelning med 36 vårdplatser.

7 st. 4-pat.-salar	28 pat.	78 %	
2 » 2- » -rum	4 »	22 %	
4 » 1- » »	4 »		
Totalt	36 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	250,9 m²	56,6 %	6,97 m²/pat.
Bilokaler	92,1 »	20,6 %	2,56 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	101,0 »	22,8 %	2,80 »
Total nettoyta	444,0 m²	100,0 %	12,33 m²/pat.



VÅRDAVDELNING VID LASARETT.

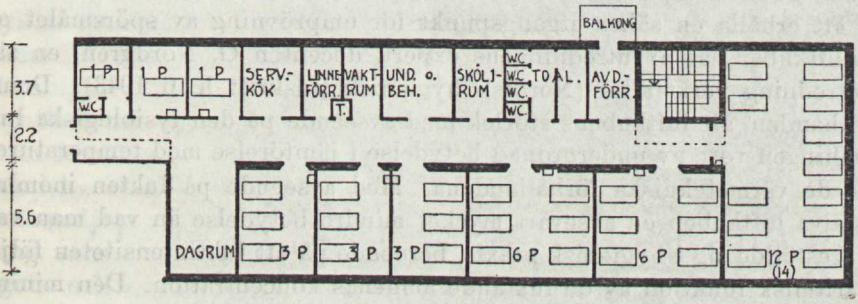
Principskiss till allmän vårdavdelning med 2-sängsdjup.



Avdelning med 30 vårdplatser; byggnaden orienterad i N—S.

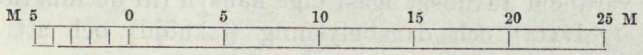
6 st. 4-pat.-salar	24 pat.	80 %	
1 » 2- » -rum	2 »	20 %	
4 » 1- » »	4 »		
Totalt	30 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	215,2 m²	53,3 %	7,17 m²/pat.
Bilokaler	98,4 »	24,5 %	3,28 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	89,4 »	22,2 %	2,98 »
Total nettoyta	403,0 m²	100,0 %	13,43 m²/pat.

Principskiss till allmän vårdavdelning med 3-sängsdjup.



Avdelning med 36 vårdplatser; 12-pat.-sal.

1 st. 12-pat.-sal	12 pat.	67 %	
2 » 6- » -salar	12 »		
3 » 3- » -rum	9 »	33 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	36 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	247,3 m²	61,1 %	6,87 m²/pat.
Bilokaler	92,1 »	22,9 %	2,56 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	64,7 »	16,0 %	1,80 »
Total nettoyta	404,1 m²	100,0 %	11,23 m²/pat.



6—8 %. Därtill kommer som en i hög grad betydelsefull omständighet, att avdelningens längd vid 2-sängsdjupet ökas med 17—23 %, ett förhållande, som torde kunna förutsättas verka fördyrande på driftkostnaderna. Emellertid lär det i praktiken icke vara möjligt att vid avdelningens utsträckning i längd begränsa sköljrummen till ett för varje avdelning, utan kräves ur driftsynpunkt, att denna del av bilokalerna dubbleras. Härigenom ökas givetvis ytterligare differensen i totalyta till 2-sängsdjupets nackdel.

Till belysning av byggnadskostnaderna har utredningen låtit utföra en jämförande kostnadsberäkning beträffande vårdavdelningar enligt sagda alternativ (Bil. 6). Av densamma framgår, att den genomsnittliga kostnaden per vårdplats — under angivna förutsättningar — utgör för 2-sängsdjup med resp. 30 och 36 vårdplatser 3 347 och 3 111 kronor samt för 3-sängsdjup med samma antal platser resp. 3 133 och 2 786 kronor. Kostnaderna för avdelning med 2-sängsdjup överstiga alltså kostnaderna vid 3-sängsdjup med resp. 7 % och 12 %.

Utredningen har på grund av de ekonomiska fördelar ur såväl anläggnings- som driftsynpunkt, som sålunda föreligga, ansett sig böra bestämt förorda 3-sängsdjupet. Såsom redan framhållits, har vid expertöverläggningarna full enighet rått därom, att ur *vårdsynpunkt* 2-sängsdjupet icke kan anses erforderligt.

Vad därefter beträffar frågan om dimensioneringen av vårdsalar och sjukrum har, såsom vid den lämnade redogörelsen för nu gällande råd och anvisningar framhållits, denna under senare år bestämts av kravet på en minimiluftkub av 21 m³ per patient.

För att erhålla en säker utgångspunkt för omprövning av spörsmålet om minimiluftkuber har av utredningens expert, docenten G. Nordgren, en särskild utredning verkställts (Nordisk hygienisk tidskrift h. 6 1943). Denna ger vid handen, att luftkubens storlek med avseende på den fysiologiska luftförskämningen vore av underordnad betydelse i jämförelse med temperaturen, d. v. s. de värmetekniska förhållandena. Med avseende på lukten inomhus hade själva luftkuben en avsevärt mycket mindre betydelse än vad man vanligen föreställde sig i hygienisk praxis, beroende på att luktintensiteten följde en logaritmisk funktion av de luktande ämnenas koncentration. Den minimiluftkub på 12 m³, som medicinalstyrelsen har uppställt såsom norm för bostäder, syntes vara tillräcklig även för sjuksalar och vårdrum av olika slag i vad det gäller själva behovet av fri luftrymd. Om man önskade motverka starkare luktalstring eller ville skapa goda inomhusklimatiska förhållanden, vunne man tämligen litet genom att öka luftkuben utöver detta mått. De effektiva åtgärderna därvidlag utgjordes av sanering av luktkällorna, ventilation samt värmetekniska rationaliseringar. I åtskilliga fall hade luftkuber på betydligt mindre än 12 m³ ansetts vara fullt tillräckliga med avseende på själva luftens hygieniska beskaffenhet.

Det syntes därför vara riktigast att vid uppställandet av minimiluftkuber för sjuk- och vårdhem huvudsakligast taga hänsyn till de funktionella behoven av utrymme (golvyta) och dagsbelysning (takhöjd) och att därutöver behandla luftväxlingen som en fristående fråga.

Vid bestämmandet av de ur funktionell synpunkt lämpliga måtten för vårdrum och vårdsalar med 3-sängsdjup ha av de experter, med vilka utredningen haft att samråda, olika uppfattningar gjorts gällande. Enligt den ena borde måttet mellan fasadvägg och korridorvägg så bestämmas, att någon ytterligare sängplats icke skulle kunna beredas. Enligt den andra meningen borde rummets djupmått bestämmas av kravet på ur arbetssynpunkt fördelaktigare mått mellan sängarnas långsidor, även om möjligheter härigenom uppstode att inplacera ytterligare en säng. Rummets längdmått utefter fasaden skulle i gengäld enligt detta alternativ, med i huvudsak oförändrad rumsyta, kunna något minskas. Den förstnämnda planen kräver ett rumsdjup av 5,6 m och en bredd av 6,4—6,6 m i 6-patientsalen, den sistnämnda ett djup av 6,0 m och en bredd av 6,2 m. I 3-patientrum räknar utredningen med en bredd av 3,9 resp. 3,8 m. Utredningen, som visserligen ansett sig böra giva företräde åt det förstnämnda av dessa båda alternativ, har genom att föreslå en maximiyta för 6-patientsal av 39,0 m² och för 3-patientrum av 23,0 m² önskat hålla möjligheterna öppna för en tillämpning av båda systemen.

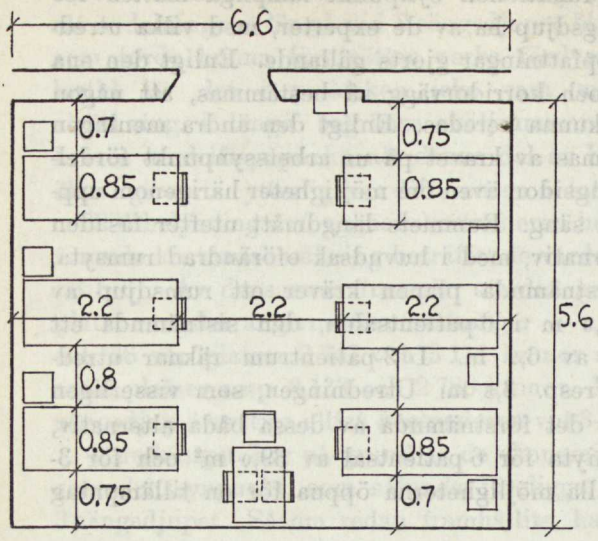
För större salar avsedda för omkring 12 patienter har en maximiyta av 6,5 m² per patient föreslagits.

Vad angår isoleringsrummen, vilka i regel förläggas till vårdavdelningens bilokalsida, har utredningen ansett ytor på 14,0 m² för isoleringsrum med möjlighet till två vårdplatser (reservplats) och 11,0 m² för isoleringsrum med en vårdplats tillgodose skäliga krav på rymlighet. Vid en förläggning av dylika sjukrum å särskild isoleringsavdelning torde en viss ökning av de nämnda rumsytorna vara ofrånkomlig. Av utredningen verkställda undersökningar utvisa, att de rumsdjup, som förekomma vid 6-patientsalar och 3-patientrum, giva avsevärt mycket större isoleringsrum än vad utredningen ovan föreslagit. Det synes därför ändamålsenligt, att i de fall detta av plantekniska skäl låter sig göra anordna isoleringsavdelning i en flygel med 2-sängsdjup. Till en sådan flygel kunna förläggas jämväl enskild vårdavdelning samt i förekommande fall specialavdelningar, exempelvis barn- samt ögon- och öronavdelningar. Såsom skälig maximiyta för isoleringsrum för 2 patienter förordar utredningen 16,0 m² och för 1 patient 13,0 m² (med reservplats 15,0 m²).

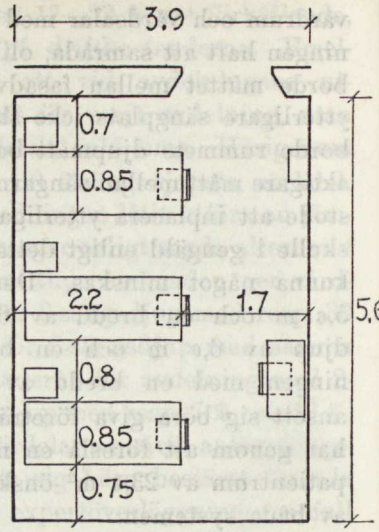
Beträffande slutligen enskild vårdavdelning gälla i huvudsak samma synpunkter som anförts angående isoleringsavdelning. De rumsmått, som här böra få ifrågakomma, synas utredningen, därest de krav på utrymme, som pläga ställas å dylika vårdplatser, skola kunna tillgodoses, böra maximeras till 16,0 m² för enskilt rum och 18,0 m² för halvenskilt rum. Enligt utredningens mening föreligger dock anledning att i nuvarande ekonomiska läge reducera dessa ytor till vad som kan anses sakligt erforderligt.

Vid bestämmandet av den ur funktionssynpunkt lämpliga rumshöjden i sjuksalarna synes i första hand fordran på ändamålsenlig dagsbelysning böra tillgodoses. För skolbyggnader har tidigare den regeln gällt, att avståndet

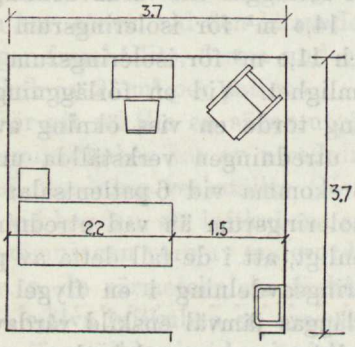
Principskisser till sjuksalar och -rum.



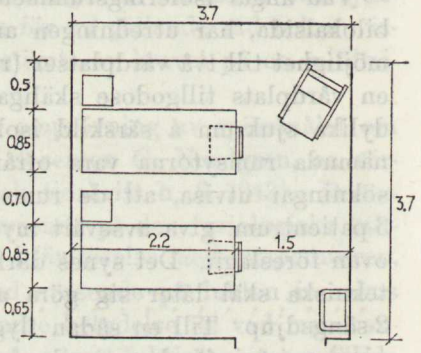
Sal med sex vårdplatser.
Yta: 37,0 m².



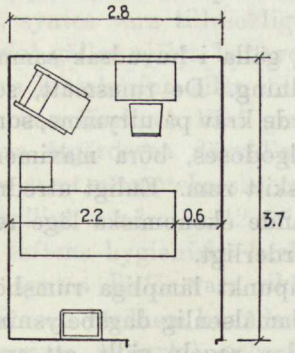
Rum med tre vårdplatser.
Yta: 21,8 m².



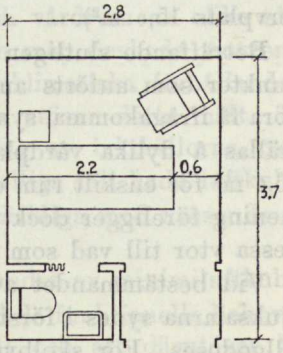
Isoleringsrum med reservplats.
Yta: 13,7 m².



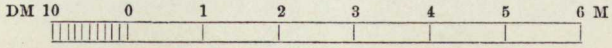
Rummet vid överbeläggning.



Isoleringsrum.
Yta: 10,4 m².

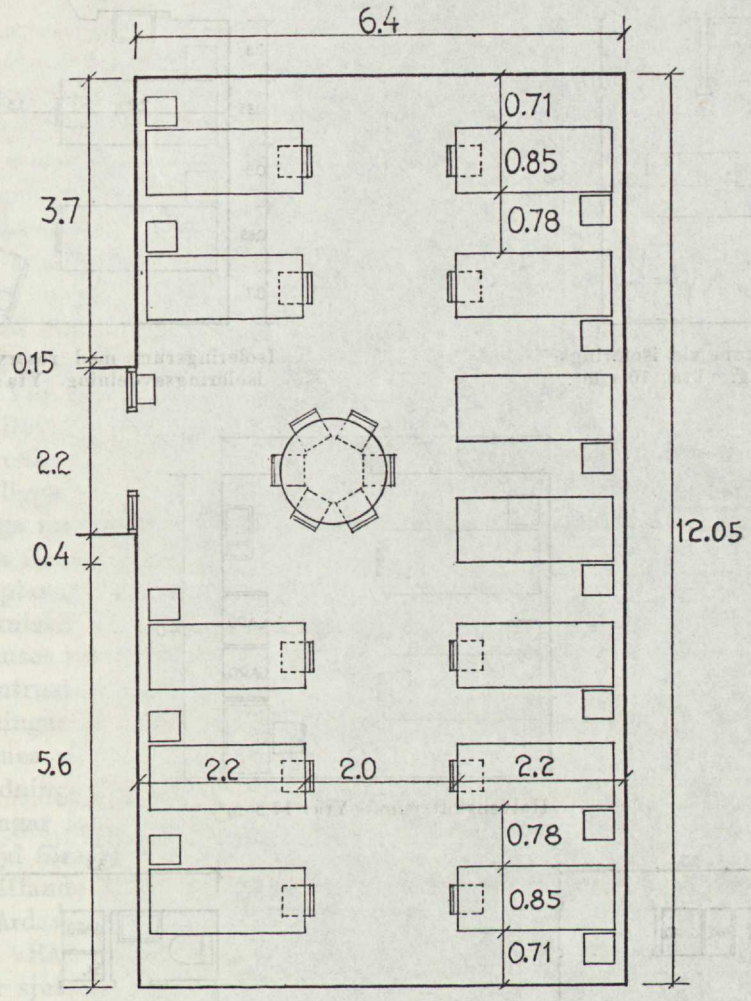


Isoleringsrum med wc.

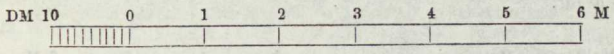


VÅRDAVDELNING VID LASARETT.

Principskiss till sal med 12 vårdplatser.

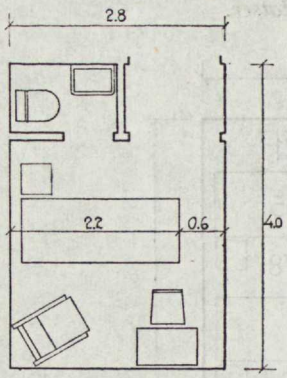


Yta: 77,1 m².

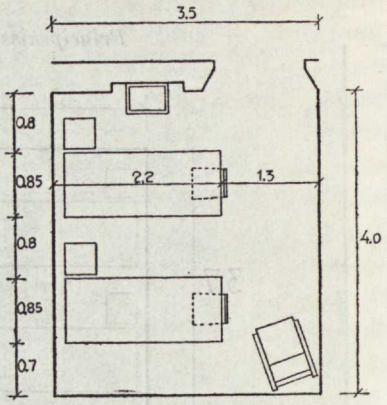


VÅRDAVDELNING VID LASARETT.

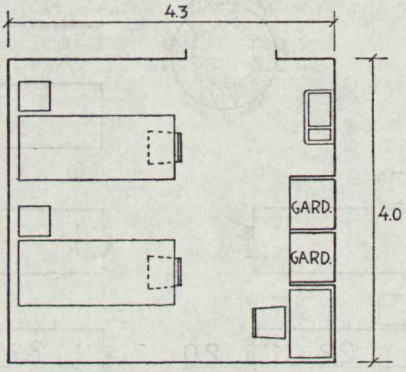
Principskisser till sjukrum vid isolerings- och enskild avdelning.



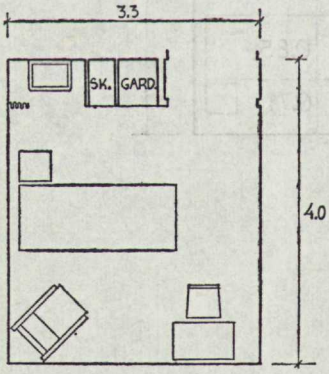
Isoleringsrum vid isoleringsavdelning. Yta: 10,8 m².



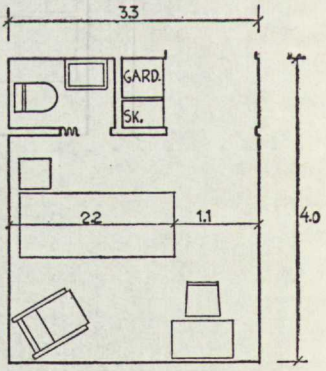
Isoleringsrum med reservplats vid isoleringsavdelning. Yta: 14,0 m².



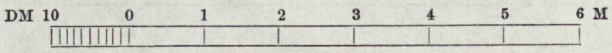
Halvenskilt rum. Yta: 17,2 m².



Enskilt rum.
Yta: 13,0 m².



Enskilt rum med wc.



mellan den längst in i rummet belägna arbetsplatsen och fönsterväggen ej får vara större än dubbla höjden från bordsytan till fönstrets överkant.

Ljusmätningar i ett stort antal skolbyggnader i olika delar av landet hava dock givit vid handen att, under förutsättning av ett fritt läge för byggnaden och ljusa väggar och tak i lokalen, det enligt ovanstående formel beräknade avståndet mellan den längst in i rummet belägna arbetsplatsen och fönsterväggen skulle kunna ökas med 1,5 m. Vid ett motsvarande bedömande av förhållandena vid sjuksalar, skulle vid 6,0 m rumsdjup erfordras en höjd av 2,6 m mellan golv och fönsteröverkant. Emellertid lärer det få anses uppenbart, att de belysningsnormer, som böra tillämpas för skollokaler, innebära alltför högt uppdrivna fordringar för dagsbelysningen i en vårdsal. Detta framgår redan därav, att kravet på erforderlig fönsteryta för sjuksalar hittills i allmänhet begränsas till allenast $^1/_7$ av golvytan, under det att motsvarande siffra för lärosalar är $^1/_5$.

Av vad som nu anförts framgår, att en rumshöjd av 2,6 m i vårdsalar med 6,0 m djup är att anse såsom i och för sig fullt tillräcklig ur belysningssynpunkt. Vid bestämmandet av rumshöjden i vårdavdelningarna måste emellertid tillbörlig hänsyn tagas jämväl till erforderlig höjd i övriga avdelningar inom sjukhuset. Det är nämligen av betydelse, att de olika våningarna inbördes ligga på samma nivå, då man härigenom undviker ur trafiksynpunkt olämpliga rampanordningar. Vidare kan det även med hänsyn till eventuella framtida förändringar inom sjukhuskomplexet anses fördelaktigt, att de olika våningsplanen ha ensartade rumshöjder. De avdelningar, som på grund av den tekniska utrustningen kräva den största rumshöjden och fördenskull kunna anses bliva dimensionerande, äro röntgenavdelningarna. Den nu gängse apparatutrustningen kräver en högsta rumshöjd av 2,9 m. Enligt inhämtade upplysningar är nämnda mått att anse såsom tillfredsställande. Samma rumshöjd synes vidare önskvärd i vissa operations- och polikliniklokaler.

Utredningen har på nu angivna grunder för samtliga vård- och behandlingsavdelningar inom ett sjukhus ansett försiktigheten bjuda att såsom högsta rumshöjd föreslå 2,9 m.

Beträffande tillhandahållandet av s. k. bilokaler till medicinska och kirurgiska vårdavdelningar har under expertöverläggningarna enighet rått därom, att de i »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett» upptagna bilokalerna ur sjukvårdssynpunkt måste anses tillfyllest. Dessa lokaler äro: toalettrum, sköljrum, serveringskök, behandlingsrum, avdelningsförråd samt vaktrum.

Vidkommande ytorna av de ifrågavarande lokalerna har utredningen uppmärksammat, att dessa för närvarande utan synbar anledning variera högst avsevärt. Sålunda visar det sig vid 13 av utredningen uppmätta vårdavdelningar, tillkomna under de senaste åren, att ytan för sköljrum växlar mellan 9,6 och 27,8, för serveringskök mellan 10,0 och 16,0, för undersöknings- och behandlingsrum mellan 12,0 och 24,0, för vaktrum mellan 5,8 och 20,4, för toalettrum, wc- och lavemangsrum mellan 8,1 och 32,8 samt för avdelningsförråd mellan 8,4 och 35,3 m². Medan sålunda i vissa fall de ifrågavarande

utrymmena tillmätts i knappaste laget, ha i andra fall uppenbarligen lokalerna fått en storlek, som icke motsvaras av faktiska behov.

För åstadkommande av en ekonomisk och ändamålsenlig planlösning har det med hänsyn härtill tett sig angeläget för utredningen att söka ingående pröva storleken av de erforderliga bilokalerna.

Såsom av vidstående principskisser framgår, kunna fullt rationella bilokaler uppnås vid en yta för sköljrum av 9,3 m², serveringskök 11,1 m², toalettrum 15,0 m², undersöknings- och behandlingsrum 13,7 m², vaktrum 7,1 m² samt avdelningsförråd 16,1 m². Därjämte har det av praktiska skäl funnits önskvärt att tillhandahålla särskild telefonhytt med en yta av 0,7 m². Tillsammans upptaga nämnda utrymmen 73,0 m².

Med skälig marginal synas maximiytorna för sagda bilokaler kunna beräknas till: sköljrum 10,0 m², serveringskök 11,5 m², toalettrum 15,5 m², undersöknings- och behandlingsrum 14,0 m², vaktrum 8,0 m², avdelningsförråd 16,5 m² och telefonhytt 1,0 m², tillsammans 76,5 m².

Dagrumsutrymmen inom vårdavdelningen utnyttjas numera, enligt vad som vid expertöverläggningarna framkommit, i relativt ringa omfattning, huvudsakligen beroende på den alltmera begränsade liggtiden. Ett genomsnittligt utrymme av 0,5 m² per vårdplats har på grund härav ansetts tillfredsställande.

Då, frånsett dagrummet, bilokalsutrymmena under förutsättning av en fastställd lägsta platsnumerär av 30 kunna anses kräva en konstant yta, har utredningen med skälig marginal för smärre variationer i dagrumsstorleken och med beaktande av nödvändigheten att i vissa fall dubblera toalettrummen funnit sig böra föreslå, att den totala ytan av nu ifrågavarande utrymmen inom en allmän vårdavdelning maximeras till 100 m².

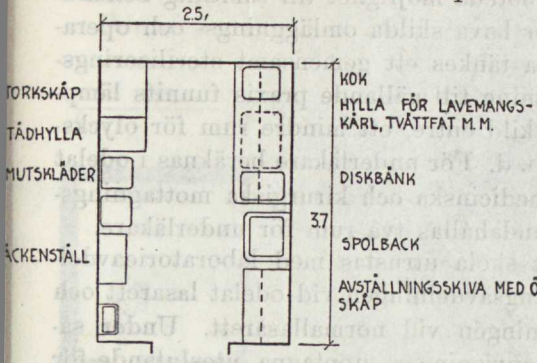
Vad därefter angår korridorbredden angives i »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett», att denna ej bör understiga 2,25 m. Detta mått hade visat sig fullt tillräckligt, särskilt om dörrsmygarna mot korridoren sneddades, varigenom ökat svängrum vid transporter till sjukrummen vunnes. Utredningen, som håller före, att en bredd av 2,2 m fullt tillgodoser normala transportbehov, har med skälig marginal såsom största korridorbredd velat föreslå ett mått av 2,3 m.

Till **mottagnings- eller poliklinikavdelning** vid odelat lasarett samt kirurgisk avdelning av delat lasarett höra enligt »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett» väntrum med kapprum och toalett, mottagningsrum, av- och påklädningshytter, undersökningsrum, mörkrum, laboratorium, omläggnings- och operationsrum, förråds- och vaktrum, städrum, vilrum och eventuellt underläkarexpedition. För medicinsk mottagningsavdelning angivas väntrum med tillhörande utrymmen, mottagnings-, undersöknings- och mörkrum samt laboratorium såsom erforderliga.

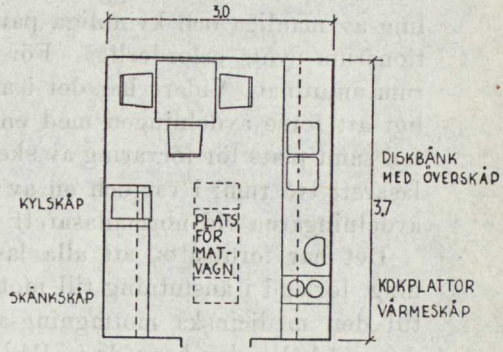
Utredningens förslag i denna punkt ansluter sig nära till de hittills gällande normerna med den jämkningen, att kapprum förutsatts anordnat centralt för sjukhuset i dess helhet. Särskilda avklädningshytter till överläkarens

VÅRDAVDELNING VID LASARETT.

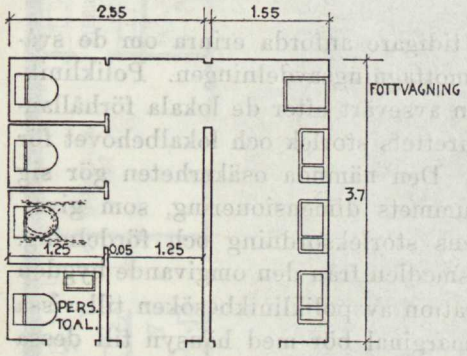
Principskisser till bilokaler.



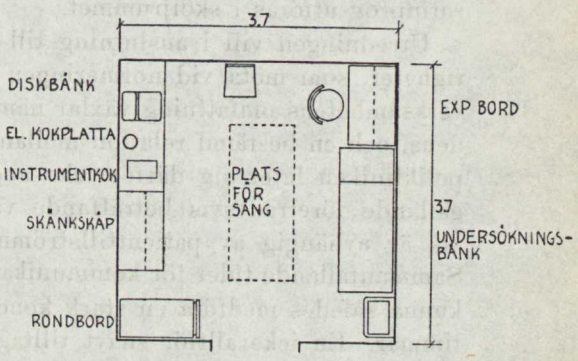
Sköljrum. Yta: 9,3 m².



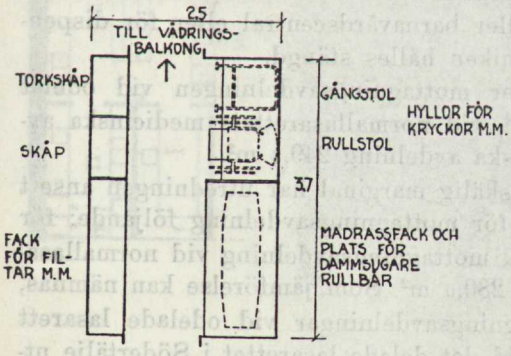
Serveringskök. Yta: 11,1 m².



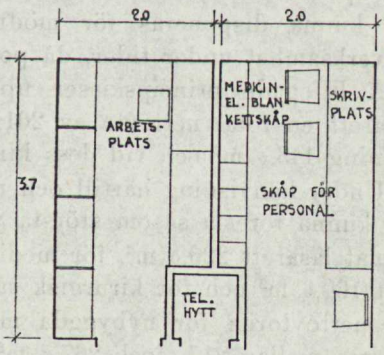
Toalettrum.
Yta: 15,0 m².



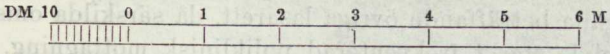
Undersöknings- och behandlingsrum.
Yta: 13,7 m².



Avdelningsförråd för vagnar och sängkläder.
Yta: 9,3 m².



Avdelningsförråd för linne. Yta: 6,8 m².
Vaktrum ..... » 7,1 »
Telefonhytt ..... » 0,7 »



mottagningsrum hava ansetts kunna uteslutas med tanke på att två undersökningsrum tillhandahållits, varvid av- och påklädning förutsättas kunna ske i dessa. För att vid omläggningar o. d. bereda möjlighet till samtidig behandling av manliga och kvinnliga patienter hava skilda omläggnings- och operationsrum synts erforderliga. För dessa tänkes ett gemensamt steriliseringsrum anordnat. Vidare har det i anslutning till gällande praxis funnits lämpligt att förse avdelningen med en särskild entré, ett mindre rum för olycksfall samt plats för förvaring av skenor o. d. För underläkare beräknas i odelat lasarett två rum; i var och en av de medicinska och kirurgiska mottagningsavdelningarna vid normallasarett tillhandahållas två rum för underläkare.

Det har förutsatts, att alla lasarett skola utrustas med laboratorieavdelning, förlagd i anslutning till mottagningsavdelningen vid odelat lasarett och till den medicinska mottagningsavdelningen vid normallasarett. Under sådana förhållanden hava de i »Råd och anvisningar» upptagna, uteslutande för poliklinikerna avsedda smålaboratorierna funnits kunna utgå och erforderliga rutinprov utföras i sköljrummet.

Utredningen vill i anslutning till det tidigare anförda erinra om de svårigheter, som möta vid normeringen av mottagningsavdelningen. Poliklinikverksamhetens omfattning växlar nämligen avsevärt efter de lokala förhållandena, och en bestämd relation mellan lasarettets storlek och lokalbehovet för polikliniken låter sig därför icke angiva. Den nämnda osäkerheten gör sig gällande företrädesvis beträffande väntrummets dimensionering, som givetvis är avhängig av patienttillströmningens storleksordning och fördelning. Sammanfallande tider för kommunikationsmedlen från den omgivande bygden kunna således medföra en stark koncentration av poliklinikbesöken till vissa timmar. En icke alltför snävt tilltagen marginal bör med hänsyn till dessa omständigheter beräknas vid maximeringen av mottagningsavdelningarnas ytor.

Påpekas bör vidare, att här ifrågavarande lokaler i åtskilliga fall med fördel kunna disponeras för mödra- eller barnavårdscentral eller för dispensärverksamhet under tider, då polikliniken hålles stängd.

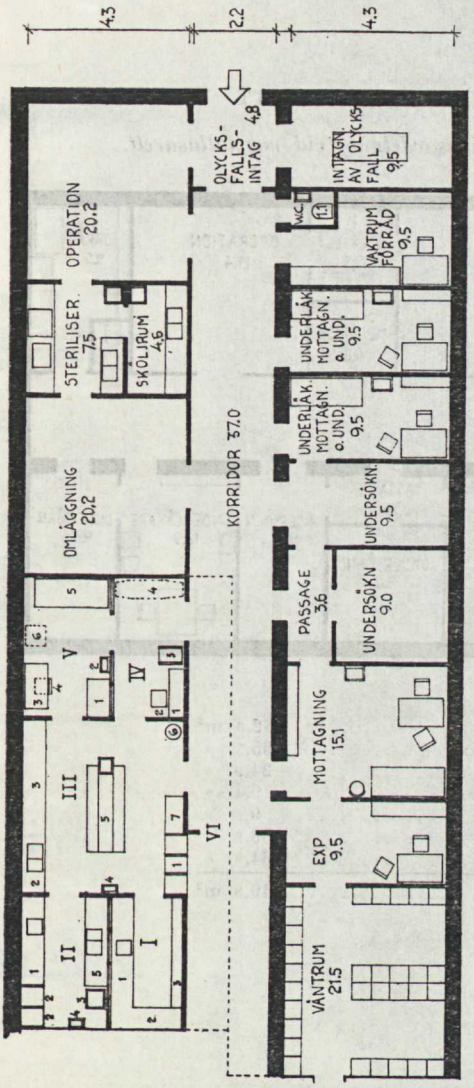
Å bifogade principskisser upptager mottagningsavdelningen vid odelat lasarett en total nettoyta av 201,6 m², vid normallasarettets medicinska avdelning 143,5 m² och vid dess kirurgiska avdelning 249,8 m².

Under hänvisning härtill och med skälig marginal har utredningen ansett sig kunna föreslå såsom största ytor för mottagningsavdelning följande: för odelat lasarett 220,0 m², för medicinsk mottagningsavdelning vid normallasarett 160,0 m² och för kirurgisk sådan 280,0 m². Som jämförelse kan nämnas, att nettoytorna för nybyggda mottagningsavdelningar vid odelade lasarett variera mellan 217,4 och 267,6 m². Vid det delade lasarettet i Södertälje utgöra golvytorna i resp. avdelningar 261,6 och 292,6 m².

För mottagningsavdelningar vid centrallasarett bör enligt utredningens uppfattning medicinalstyrelsen vid behov äga godtaga större yta. Enahanda förhållande bör gälla beträffande övriga lasarett, då särskilda omständigheter föreligga, exempelvis starkt frekventerad poliklinisk mottagning.

MOTTAGNINGSAVDELNING OCH LABORATORIEAVDELNING VID LASARETT.

Principskiss till mottagningsavdelning och laboratorieavdelning vid odelat lasarett.



Laboratorieavdelning:

I. Mikroskoperings-, kolorimetri- och vågrum ..... 6,6 m²
1. Färgningsbord med skåp, lådor och utslagsback.
2. Bord för mikroskop, kolorimeter och våg.
3. Skåp för kemikalier.

II. Stinklaboratorium ..... 8,1 »
1. Laboratoriebord med skåp, lådor och utslagsback.
2. Dragskåp med utslagsback.
3. Bäcken- och kärlspolare.
4. Tvättställ och termostat.
5. Diskbänk.

III. Kemiskt laboratorium ..... 19,8 »
1. In- och utlämningsfack.
2. Laboratoriebord för gasanalys.
3. » med skåp och lådor.
4. Tvättställ.
5. Laboratoriebord med skåp, lådor och utslagsback.
6. Centrifug.
7. Städskåp.

IV. Förberedelse- och väntrum .. 7,0 »
1. Väggfast bänk.
2. Bord.
3. Vilstol.
4. Plats för sängvagn eller bår.

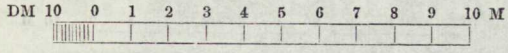
V. Ämnesomsättnings- och EKG-rum ..... 8,5 »
1. Provtagningsbord.
2. Tvättställ.
3. Skrivbord.
4. Skrivstol.
5. Undersökningsbord.
6. Apparatur (BMB, EKG).

VI. Korridor ..... 13,2 »

Total nettoyta ..... 63,2 m²

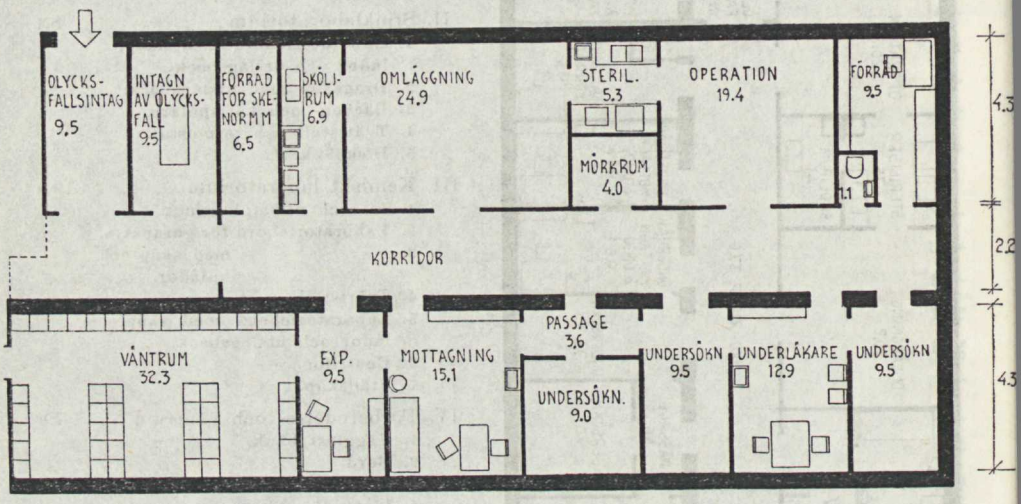
Mottagningsavdelning:

Väntrum	21,5 m²
Exp.-läkare-undersökning	62,1 »
Omläggning	20,2 »
Operation.....	20,2 »
Olycksfall	9,5 »
Biutrymmen	22,7 »
Trafikytor	45,4 »
Total nettoyta	201,6 m²

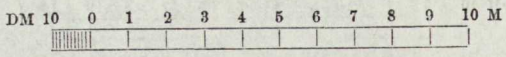


MOTTAGNINGSAVDELNING VID LASARETT.

Principskiss till kirurgisk mottagningsavdelning vid normallasarett.

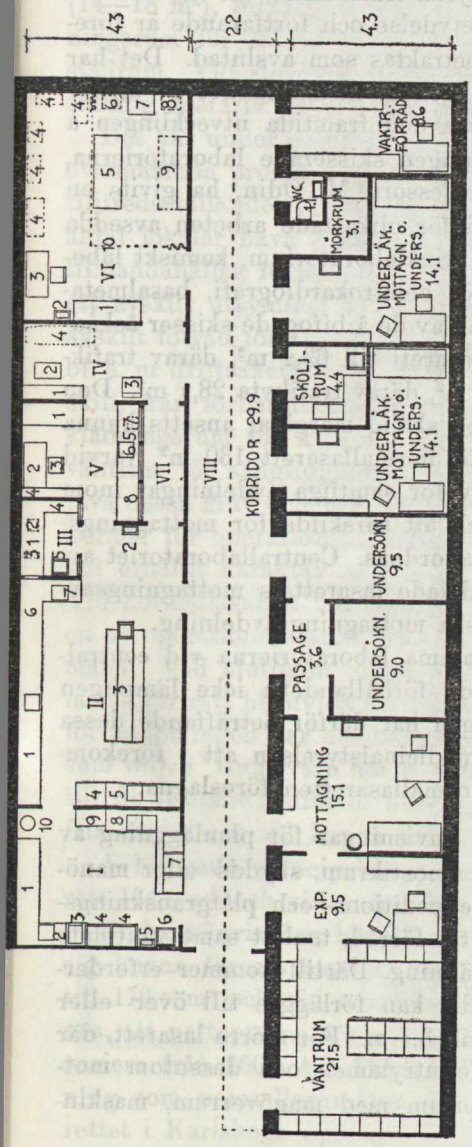


Väntrum	32,3 m²
Expedition-läkare-undersökning	65,5 »
Omläggning	24,9 »
Operation	19,4 »
Olycksfall	9,5 »
Biutrymmen	33,3 »
Trafikytor	64,9 »
Total nettoyta	249,8 m²



MOTTAGNINGSAVDELNING OCH LABORATORIEAVDELNING VID LASARETT.

Principskiss till medicinsk mottagningsavdelning och laboratorieavdelning vid normallasarett.



Laboratorieavdelning:

I. Stinklaboratorium ..... 15,5 m²
1. Laboratoriebord med skåp och lådor.
2. » » utslagsback.
3. Kylskåp.
4. Dragskåp med utslagsback.
5. Tvättställ, ovanför torkskåp.
6. Bäcken- och kärlspolare.
7. In- och utlämningsfack.
8. Diskbänk.
9. Städskåp.
10. Centrifug.

II. Kemiskt laboratorium ..... 29,9 »
1. Laboratoriebord m. skåp, lådor o. utslagsback.
2. Tvättställ.
3. Laboratoriebord m. hyllor, skåp o. utslagsback.
4. Bord för gasanalys.
5. Diskbänk.
6. Laboratoriebord för kolorimetri med sluss.

III. Vågrum och kolorimetri ..... 3,0 »
1. Bord med skåp och lådor.
2. Våg.
3. Kolorimeter.
4. Kemikalieskåp.
5. Utslagsback.

IV. Förberedelse- och väntrum ..... 8,6 »
1. Väggfast bänk.
2. Bord.
3. Vilstol.
4. Plats för sängvagn eller bår.

V. Mikroskoperingsrum ..... 8,7 »
1. Mikroskoperingsbord.
2. Skrivbord.
3. Skrivstol.
4. Bokhylla.
5. Färgningsbord.
6. Utslagsback.
7. Termostat.
8. Provtagningsbord.

VI. Undersökningsrum (BMB, EKG) ..... 25,8 »
1. Instrumentskåp.
2. Tvättställ.
3. Skrivbord med stol.
4. Diverse apparatur.
5. Schäslong.
6. BMB.
7. Bord.
8. EKG.
9. Nedfällbar brits.
10. Draperiskena.

VII. Passage ..... 3,4 »

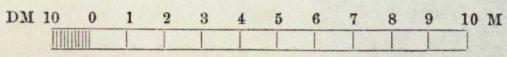
VIII. Korridor ..... 24,9 »

Total nettoyta ..... 119,8 m²

Medicinsk mottagningsavdelning:

Väntrum ..... 21,5 m²
Exp.-läkare-undersökning ..... 71,3 »
Biutrymmen ..... 17,2 »
Trafikytor ..... 33,5 »

Total nettoyta ..... 143,5 m²



Vidkommande **laboratoriet** rekommenderas i »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett» en golvyta av 12—15 m² för odelade lasarett. För större lasarett förutsättes, att de kirurgiska och medicinska poliklinikerna utrustas med var sitt laboratorium, vilket dock kan göras litet, under förutsättning att sjukhuset förses med ett särskilt, större centrallaboratorium.

Under expertöverläggningarna har med styrka framhållits, att laboratoriearbetet under senare år alltmer ökat i betydelse och fortfarande är föremål för en utveckling, som ännu icke kan betraktas som avslutad. Det har därför synts utredningen angeläget att icke genom fastställandet av alltför snäva normer för laboratoriets yta försvåra den framtida utvecklingen å ifrågavarande arbetsområde. De av utredningen skisserade laboratorierna, vilkas närmare planläggning utförts av professorn M. Odin, ha givits en differentierad planlösning med uppdelning i för olikartade arbeten avsedda lokaler såsom mikroskoperings- och vågrum, stinklaboratorium, kemiskt laboratorium, väntrum och undersökningsrum för elektrokardiografi, basalmetabolism m. m. Den sammanlagda nettogolvytan av de å bifogade skisser åskådliggjorda laboratorierna uppgår vid odelat lasarett till 63,2 m², därav trafikyta 13,2 m², och vid normallasarett till 119,8 m², därav trafikyta 28,3 m². Den totala nettoytan har på grund härav och med skälig marginal ansetts kunna maximeras till för odelat lasarett 70 och för normallasarett 130 m², varvid dock förutsatts, att lokalerna ha karaktär av för samtliga avdelningar inom lasarettet gemensamt centrallaboratorium och att särskilda för mottagningsavdelningarna avsedda smålaboratorier icke anordnas. Centrallaboratoriet avses då att förläggas i anslutning till det odelade lasarettets mottagningsavdelning, resp. till normallasarettets medicinska mottagningsavdelning.

De för olika sjukhusavdelningar gemensamma laboratorierna vid centrallasarett kunna med hänsyn till de skiftande förhållandena icke lämpligen göras till föremål för normering. Utredningen har därför beträffande dessa laboratorier ansett det böra ankomma på medicinalstyrelsen att i förekommande fall godtaga större yta än den för normallasaretten föreslagna.

Röntgenavdelningen bör enligt »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett» vid ett odelat lasarett innefatta diagnostikrum, skydds- eller manöverrum, mörkrum även avsett för fixering, expeditions- och plåtgranskningsrum, sköljrum, barium- eller kontrastkök, litet förråd, toalett samt väntplats och utrymme för patienternas av- och påklädning. Därtill kommer erforderligt maskinrum, vilket emellertid med fördel kan förläggas till över- eller undervarande våning. Rumshöjden fixeras till 3,1 m. För större lasarett, där särskild röntgenläkare finnes, krävas ökade utrymmen och dessutom mottagningsrum, undersökningsrum samt terapirum med manöverrum, maskinrum och avklädningshytter.

Utredningen har i det föregående såsom sin uppfattning angivit, att normering av röntgenlokalernas ytor icke lämpligen bör ifrågakomma. Vid sådant förhållande torde det få ankomma på den granskande fackmyndigheten, medi-

cinalstyrelsen, att noga tillse att hithörande lokaler icke givas större utrymme eller mera kostnadskrävande utförande än som av omständigheterna i det enskilda fallet kan anses motiverat.

Operationsavdelningen skall enligt »Råd och anvisningar för planläggning av lasarett» vid odelat lasarett bestå av operationssal (25 m²), steriliseringsrum (14—18 m²), förråd, tvättrum, endoskopi- och gipsningsrum (20 m²), omklädningsrum för läkare med dusch och toalett, förbandsrum (15—20 m²) och städrum. Vid större lasarett, där underläkare med kompetens för mer självständig operativ verksamhet är anställd, vore två operationssalar erforderliga.

Det har under expertöverläggningarna med skärpa framhållits, att en efter ovannämnda program planerad operationsavdelning numera icke kan fungera tillfredsställande. Operationssalens mått anses väl knappt, och ytterligare ett antal lokaler hava synts erforderliga för en rationell drift. Sålunda skulle tillhandahållas förberedelserum för sövning av patienterna före operationen, ett avskilt utrymme för dammande arbete såsom talkning av handskar, ett avskilt förråd för sterila artiklar och ett mindre mörkrum. Autoklaverna, som bl. a. ur driftsäkerhetssynpunkt böra vara dubblerade, borde placeras i ett särskilt, från förbandsberedningen skilt rum. Dessutom har påfordrats ett omklädningsrum för kvinnlig personal samt i varje fall vid normallasarett ett väntrum för sängliggande patienter. Utredningen har icke ansett sig kunna jäva dessa krav och har därför velat tillgodose desamma vid utformningen av normer för operationsavdelningar. Endoskopi- och gipsningsrummet har därvid erhållit karaktär av operationssal med anslutning till steriliseringsrum. Vid normallasarett har särskilt endoskopirum icke förutsatts erforderligt, då en av operationssalarna eller något förberedelserum kan disponeras för ändamålet. Vad slutligen angår steriliseringsrum, hava bland experterna delade meningar rått huruvida ett eller två sådana skola tillhandahållas. Maximiytan för avdelningen har emellertid avpassats oberoende av vilketdera alternativet som väljes. Rumsytan har av experterna ansetts kunna begränsas i förhållande till de tidigare gällande normerna, då kravet på erforderliga arbetsytor och fria utrymmen väl kunna tillgodoses inom en mindre yta.

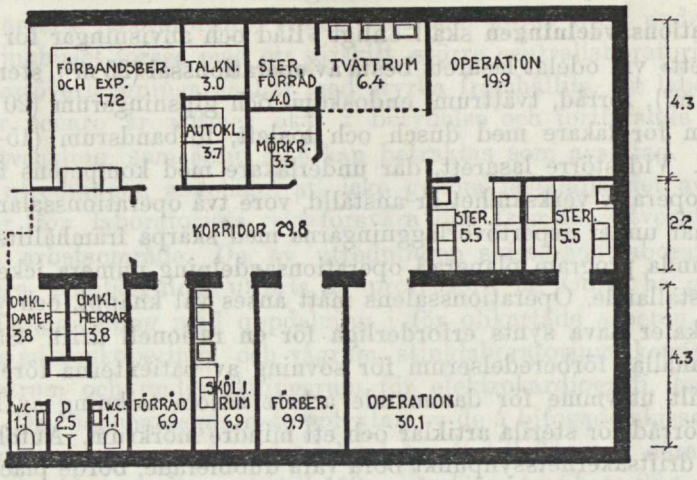
Å bifogade principskisser upptager operationsavdelning vid odelat lasarett 164,4 m² och vid normallasarett 236,3 m².

Under hänvisning härtill och med skälig marginal har utredningen ansett sig kunna föreslå maximiytan för operationsavdelningar vid odelat lasarett till 170,0 m² och vid normallasarett till 250,0 m². Som jämförelse kan nämnas, att nettoytorna för nybyggda operationsavdelningar vid odelade lasarett variera från 160,8 till 184,9 m². Beträffande lasarett av samma storleksordning som normallasaretten må erinras, att operationsavdelningen vid lasarettet i Karlskoga upptager en golvyta av 229,2 m².

Jämväl för operationsavdelningar vid centrallasarett och med dem jämförliga sjukhus skulle medicinalstyrelsen äga att vid behov godtaga större yta än vad som angivits.

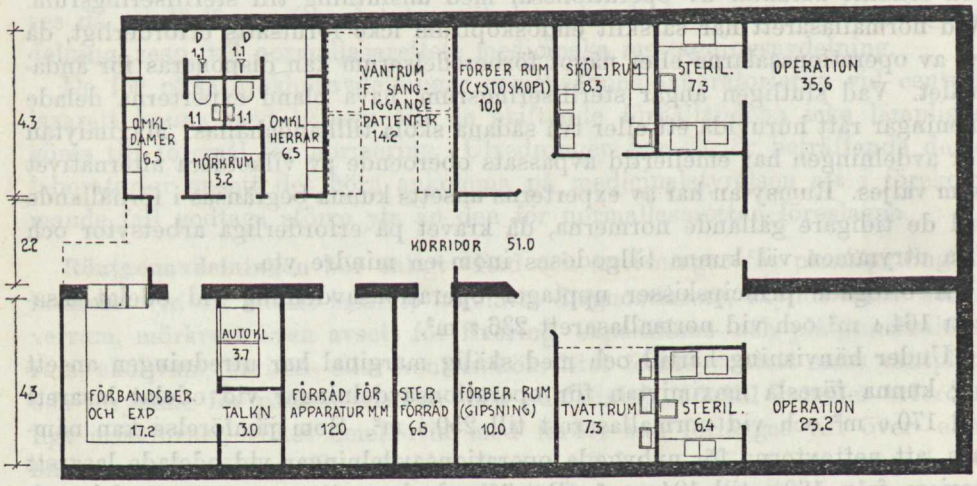
OPERATIONSAVDELNING VID LASARETT.

Principskisser till operationsavdelning vid odelat och normallasarett.



Operationsavdelning vid odelat lasarett.

Operationsrum	50,0 m²
Biutrymmen	72,3 »
Personalutrymmen	12,3 »
Trafikytor	29,8 »
Total nettoyta	164,4 m²



Operationsavdelning vid normallasarett.

Operationsrum	58,8 m²
Biutrymmen	109,1 »
Personalutrymmen	17,4 »
Trafikytor	51,0 »
Total nettoyta	236,3 m²

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

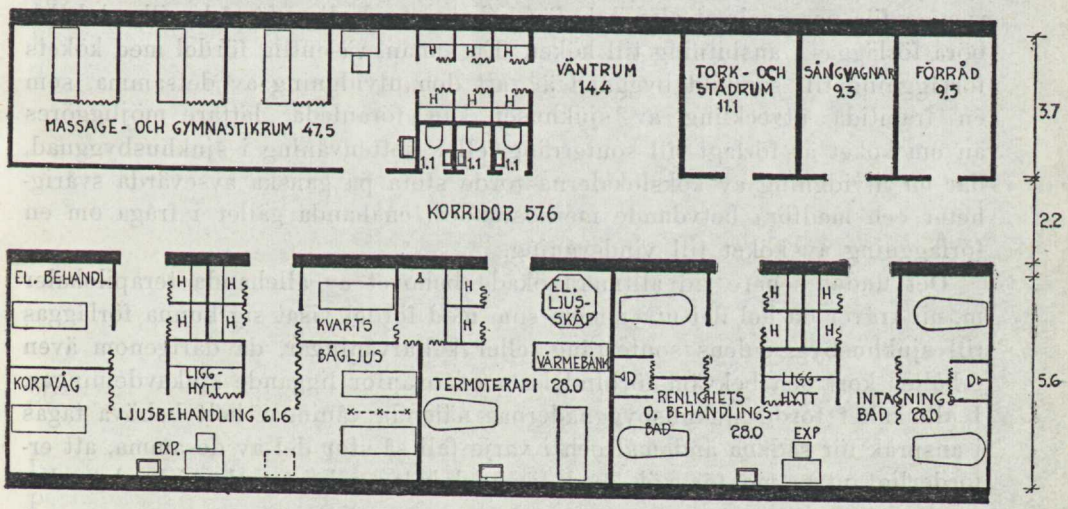
Badavdelningen vid odelat lasarett bör enligt »Råd och anvisningar» omfatta intagningsbad med 1 kar, patientbad, även avsett för medicinska bad, med 3 kar, avklädningshytter, förråd, torkrum för linne, vaktrum för baderska, väntrum, toalettrum och städrum. I anslutning till badavdelningen borde ljusbehandlingsrum och förråd för sjukhuskläder anordnas. Beträffande de delade lasaretten uttalas, att kraven på den fysikaliska terapiavdelningen här vore större, men några närmare anvisningar ha icke meddelats. I fråga om personalbad ifrågasättes, huruvida icke dessa borde förläggas till personalens bostadsavdelningar.

Vad angår de odelade lasaretten, hava expertöverläggningarna givit vid handen, att nämnda anvisningar i stort sett äro tillfredsställande. Emellertid borde förutom ljusbehandlingsrum även ett massagerum anordnas. Personalbad skulle icke förläggas i samband med badavdelningen; möjligen kunde ett badrum med 1 kar anslutas till personalens omklädningsrum i souterrängvåningen. Förvaringsutrymme för patienternas kläder kunde med fördel anordnas invid intagningsbadet.

För badavdelning och därtill ansluten terapiavdelning synas vid odelat lasarett följande lokaler böra tillhandahållas: intagningsbad med 2 kar, rum för renlighets- och medicinska bad med 2 kar, väntrum för patienter, förråd

BADAVDELNING OCH FYSIKALISK-TERAPEUTISK AVDELNING VID NORMALLASARETT.

Principskiss.



Bad- och behandlingsutrymmen	193,1 m²
Biutrymmen	47,4 »
Trafikytor	57,6 »
Total nettoyta	298,1 m²

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

m. m., rum för värme- och ljusbehandling samt massagerum med 2 arbetsplatser, vartill komma duschar, gemensamma för bad- och ljusbehandlingsavdelning, samt avklädningshytter. Vid normallasarett anordnas avdelningen i fråga på enahanda sätt, dock att väntrum och ljusbehandlingsrum göras större, massagerummet inrättas för 3 arbetsplatser och hyttantalet ökas. Under dessa förutsättningar kan det erforderliga utrymmet uppskattas till för odelat lasarett 250 m² och för normallasarett 300 m². Med hänsyn till lokalernas regelmässiga förläggning till souterrängvåning har emellertid föreskrift om viss maximiyta funnits kunna undvaras.

I fråga om **kökslokalernas** förläggning inom ett sjukhuskomplex synas följande tre alternativa möjligheter kunna övervägas:

1. Köket förlägges till särskild byggnad eller flygelbyggnad, som eventuellt innehåller jämväl andra ekonomiavdelningar.
2. Köket förlägges till souterräng- eller bottenvåning i någon av sjukhusbyggnaderna.
3. Köket förlägges till översta våningen i någon av sjukhusbyggnaderna.

Av nämnda alternativ torde det första innebära de flesta fördelarna. Genom kökets förläggning till en särskild, från sjukhusbyggnaden avskild byggnad kan den dagliga och vid de större köken ganska omfattande yttre godstrafiken effektivt avskiljas från den med sjukvården sammanhängande trafiken. Vidare elimineras alla risker för att matos och buller från köket tränga upp till sjukavdelningarna. En dylik förläggning av köket motiveras också av svårigheten, att, därest alternativen 2 och 3 skulle tillämpas, bereda utrymme för personalmatsalar och för köket erforderliga förråd, vilka lokaler böra förläggas i anslutning till köket. En annan, väsentlig fördel med kökets förläggning till särskild byggnad är, att den utvidgning av detsamma, som en framtida utveckling av sjukhuset kan föranleda, lättare möjliggöres än om köket är förlagt till souterräng- eller bottenvåning i sjukhusbyggnad, där en utvidgning av kökslokalerna torde stöta på ganska avsevärda svårigheter och medföra betydande merkostnader; enahanda gäller i fråga om en förläggning av köket till vindsvåning.

Det under senare tid alltmera ökade behovet av allehanda terapilokaler m. m. kräver en hel del utrymmen, som med fördel visat sig kunna förläggas till sjukhusbyggnadens souterräng- eller källarvåningar, då därigenom även erhålles kort och bekväm förbindelse med ovanför liggande sjukavdelningar. I allmänhet torde sjukhusbyggnadernas nämnda våningar helt behöva tagas i anspråk för sådana ändamål och i varje fall så stor del av desamma, att erforderligt utrymme för kök med förrådslokaler och matsalar icke kan disponeras.

Å andra sidan kan icke bortses från att under vissa omständigheter (speciella terrängförhållanden) en ekonomiskt fördelaktig lösning står att uppnå genom kökets förläggning till en souterrängvåning.

Lämpligheten av kökets förläggande till sjukhusbyggnadernas översta

våning lärer i förevarande sammanhang icke kunna säkert bedömas, då tillräckligt omfattande erfarenhet ännu saknas rörande de för- och nackdelar en sådan placering innebär. Om därmed möjligen vinnes någon fördel i fråga om mattransporterna från kök till sjukavdelningar, synas vissa olägenheter vara förknippade med de långa vertikala förbindelserna mellan köket samt varuintaget och källarförråden. En förläggning av köket ovanför sjukavdelningar måste ock på grund av nödvändigheten av en omfattande ljudisolering och framdragande av ledningar vara ägnad att fördyra byggnadskonstruktionen.

För matens transport från köket till sjukavdelningarna användas vanligen vagnar av standardtyp. Vid en del sjukhus packas vagnarna genom resp. avdelningspersonals försorg, medan vid andra sjukhus kökspersonalen utför samma arbete. Det sistnämnda förfaringssättet torde ur flera synpunkter vara det mest rationella, varför de av utredningen utförda principskisserna uppgjorts under denna förutsättning.

För varmhållning av färdig mat användas antingen varmskåp, varmbord eller varmgarage, de senare avsedda för särskilda kantinvagnar. Det förekommer numera även, att mattransportvagnarna äro försedda med elektrisk uppvärmningsanordning, i vilket fall behovet av andra uppvärmningsanordningar givetvis blir mindre. Skisserna äro uppgjorda med den beräkningen, att vilket som helst av nämnda varmhållningssystem skall kunna användas.

För möjliggörande av en smidig anpassning av de normer, som kunna komma att fastställas, har det ansetts lämpligt att vid utarbetandet av dessa utgå från nedan angivna portionsantal, representerande anstalter av fyra olika storleksordningar.

	Antal dagportioner		
	Patienter	Personal	Summa
Storlek 1	70	55	125
» 2	160	115	275
» 3	290	210	500
» 4	450	350	800

Inom var och en av dessa storlekstyper kan en överbelastning av omkring 20 % förekomma.

Vid de olika kökslokalernas inbördes planering böra vissa regler följas för åstadkommande av en god arbetskontinuitet och därmed följande minskat personalbehov. Med utgångspunkt från livsmedlens gång genom köket, d. v. s. råvarornas mottagning — magasinering — förberedande behandling — färdigställande behandling — utlämning, kan köksplanen indelas i tre huvuddelar, *förberedningslokaler, egentliga kökslokaler* och *utlämningslokaler*. Det må framhållas, att behovet av olika bilokaler i regel kan beräknas växa vid de större köken, där man icke kan använda sig av lokalkombinationer i samma

utsträckning som i de mindre köken. Detta framgår närmare av den efterföljande beräkningen rörande erforderliga golvytor.

I nedanstående sammanställning hava upptagits de ungefärliga golvytor, som vid normal köksdrift få anses erforderliga. Därvid hava tillika beaktats de behov, som förutsättas kunna framträda vid utvidgning av en anläggning, medan däremot icke räknats med förekomsten av bageri. Där bageri anses böra anordnas, vilket i vissa fall kan visa sig ekonomiskt gynnsamt, torde detta med fördel kunna förläggas till souterrängvåningen. Omklädningsrum för personal kan utan större olägenhet anordnas i källarvåningen eller våningen 1 trappa upp.

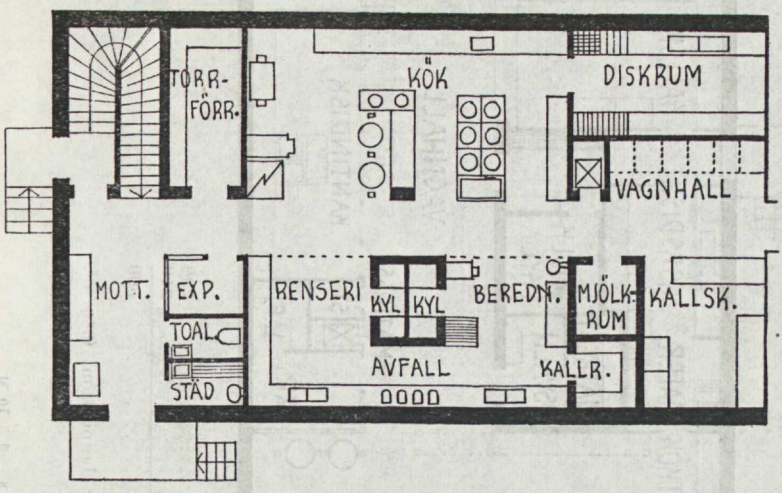
Förutom de förråd, som med hänsyn till arbetsdriften böra ligga i köksplanet, kräves tillgång till en del andra förrådslokaler. Dessa förläggas med fördel till köksbyggnadens källar- eller souterrängvåning. För följande varuslag äro i allmänhet källarutrymmen lämpliga, nämligen: salta varor, salt fisk, potatis och rotfrukter, grönsaker och frukt, torra varor, saft och sylt, ost och ägg, konserver m. m. Vidare böra i källaren finnas ett förråd för diverse varor,

	Antal dagportioner			
Patienter	70	160	290	450
Personal	55	115	210	350
Summa	125	275	500	800
	m²	m²	m²	m²
Varumottagning	10	16	16	20
Renseri för fisk och grönsaker	12	20	25	30
Beredningsrum för kött	12	20	25	30
Dietförråd	—	2	4	6
Torrförråd	6	12	16	20
Kylrum, kött	2	4	5	6
» , fisk	2	3	2	3
» , grönsaker			2	3
Avfallsrum	—	4	4	5
Städrum	3	3	3	3
Toalett	3	3	3	3
Kök / Portionering	50	80	100	120
Expedition	4	6	6	6
Köksdisk	12	20	15	15
Kantindisk			22	25
Materialrum (köksredskap m. m.)	2	4	6	6
Kylrum, matrester	2	4	4	6
» , svalning	2	3	4	6
» , mjölk	2	4	6	8
Mätningsrum för mjölk	4	4	6	6
Kallskänk	12	16	20	20
Vagnhall	16	26	30	40
Städrum	—	—	3	3
Övriga utrymmen [1]	36	58	88	110
Summa	**192**	**312**	**415**	**500**
Yta per dagportion	1·54	1·13	0·83	0·63

[1] Förbindelsevägar, trappor, trapplaner, hissutrymmen, mellanväggar m. m.

SJUKHUSKÖK.

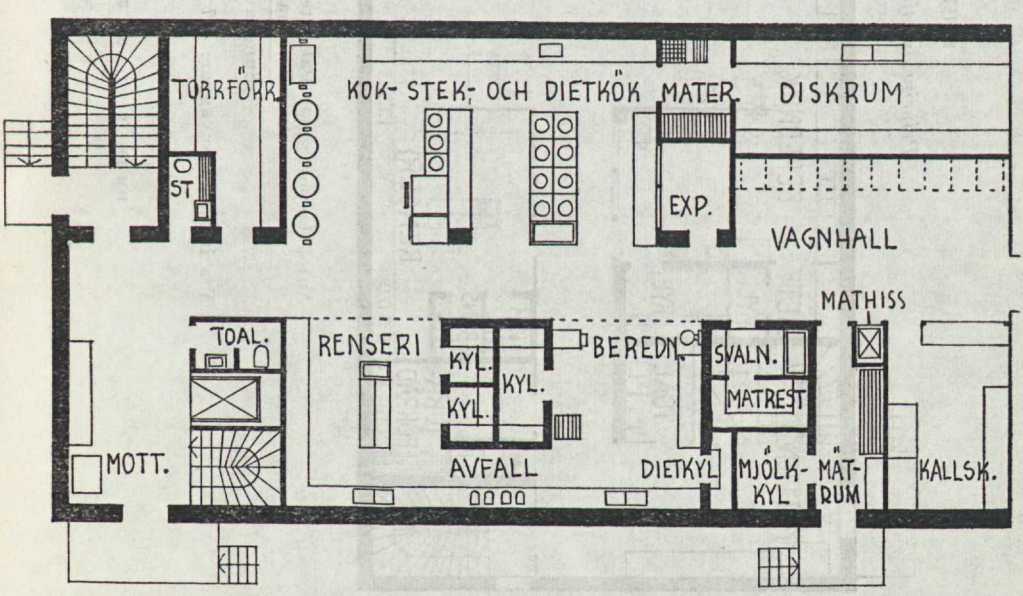
Principskisser.



Sjukhuskök storlek 1.

Antal dagportioner: Patienter 70
Personal 55
Summa 125

Yta inkl. mellanväggar: 186 m².
Yta per dagportion: 1,49 m².



Sjukhuskök storlek 2.

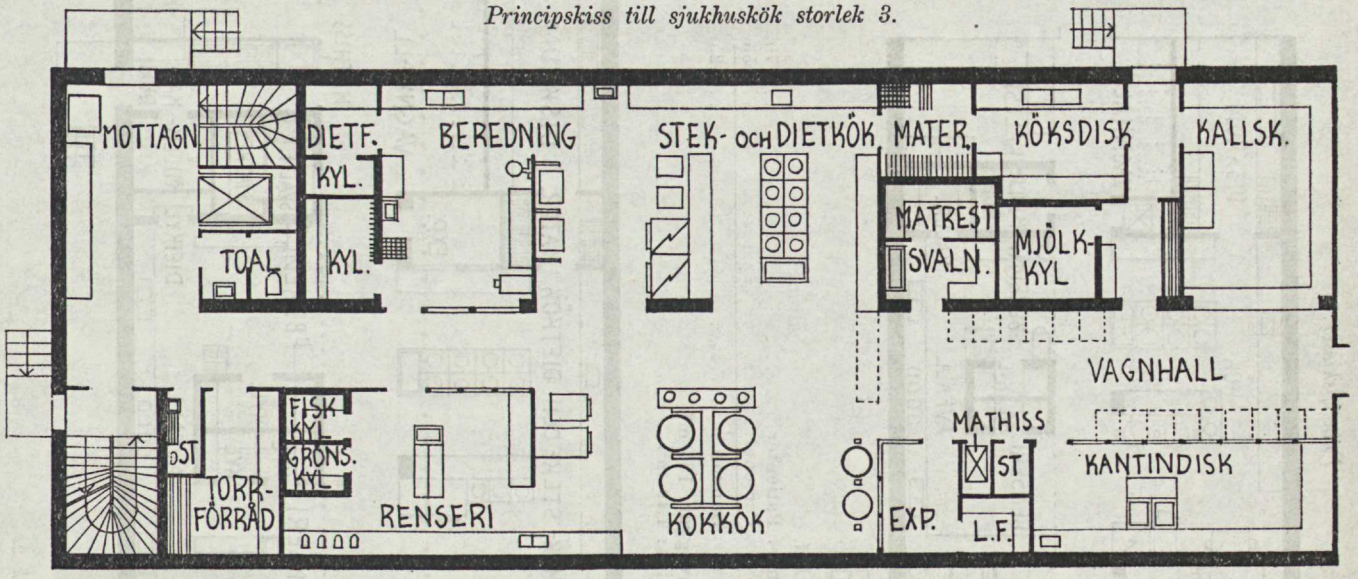
Antal dagportioner: Patienter 160
Personal 115
Summa 275

Yta inkl. mellanväggar: 310 m².
Yta per dagportion: 1,13 m².

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

SJUKHUSKÖK.

Principskiss till sjukhuskök storlek 3.



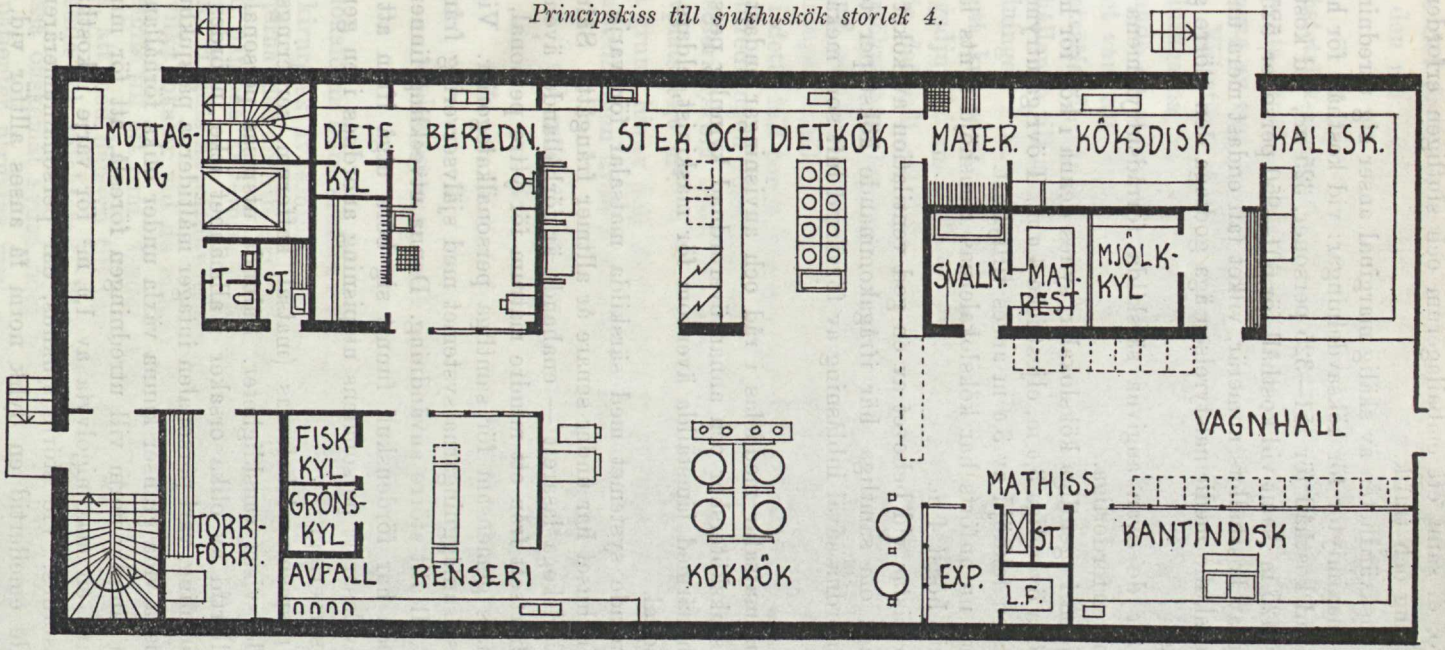
Antal dagportioner:	Patienter	290
	Personal	210
	Summa	500

Yta inkl. mellanväggar: 417 m². Yta per dagportion: 0,83 m².

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

SJUKHUSKÖK.

Principskiss till sjukhuskök storlek 4.



Antal dagportioner:	Patienter	450
	Personal	350
	Summa	800

Yta inkl. mellanväggar: 500 m². Yta per dagportion: 0,63 m².

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

ett rum för tomkärl o. d. samt ett emballagerum och slutligen erforderliga utrymmen för uppackning och trafik.

Med beaktande av önskvärdheten av skälig marginal anser sig utredningen böra förorda följande maximiytor för köksavdelningar: vid kosthåll för högst 150 personer, 200 m², vid kosthåll för 151—325 personer, 325 m², vid kosthåll för 326—600 personer, 425 m² samt vid kosthåll för 601—950 personer, 525 m². Vid ytterligare ökning av kosthållets numerär, vilket fall endast mera undantagsvis lärer föreligga, skulle medicinalstyrelsen äga godtaga den större golvyta, som finnes nödig.

Speciella normer för de ovan angivna särskilda förrådsutrymmena har utredningen icke funnit erforderliga.

Vad angår rumshöjden i egentliga kökslokaler, synes denna i kök för högst 150 personer icke behöva överstiga 3,0 m, eljest icke 4,0 m. I övriga utrymmen inom avdelningen kan en takhöjd av 3,0 m anses tillfyllest.

Med hänsyn till vad nu anförts har kökslokalernas rumshöjd synts lämpligen kunna angivas till högst 4 m.

Stort avseende bör fästas vid behovet av en god ventilation av köket och dess bilokaler. I fråga om samtliga här ifrågakommande kökstyper torde vara nödvändigt att anordna såväl inblåsning av förvärmd luft som mekanisk utsugning.

Beträffande **personalmatsalar** meddelas i råd och anvisningar endast, att sådana erfordras för sjuksköterskor och annan överordnad kvinnlig personal samt för biträden och därmed jämställda ävensom för maskinist, eldare och jämförlig manlig personal.

Det tidigare tillämpade systemet med särskilda matsalar för varje personalkategori inom sjukhuset har under senare år alltmer frångåtts. Sålunda har exempelvis vid Karlskoga lasarett — enahanda är förhållandet även vid Sidsjöns sjukhus — bortsett från ett mindre matrum för yttre personal, personalmatsalen anordnats gemensam för samtliga personalkategorier. Vidare har vid de nyare matsalsanläggningarna systemet med självservering från utlämningsdisk kommit till allt större användning. Denna utveckling finner utredningen rationell och har fördenskull funnit sig böra utgå ifrån att vid ny- och ombyggnad av lasarett personalens utspisning anordnas i en gemensam matsal med självservering.

En normering av utspisningslokalernas (matsal, kafferum, serveringsrum m. fl.) storlek erbjuder vissa vanskligheter. Sålunda utspisas personalen i omgångar, vilka emellertid av olika orsaker i allmänhet icke inbördes äro lika stora. Den utsträckning, vari personalen intager måltiderna på sjukhuset, synes också inom ganska vida gränser kunna växla under olika förhållanden.

Som en skälig och lämplig norm vill utredningen föreslå, att för mindre och medelstora sjukhus en maximigolvyta av 1,0 m² för varje i kosthållet ingående person uppställes. Vid större sjukhus, där personalnumerären är mera betydande, torde emellertid en dylik norm få anses alltför vid, och

synes det därför böra ankomma på de granskande myndigheterna att vidtaga den reduktion, som omständigheterna i det särskilda fallet kunna medgiva.

Obstetrisk-gynekologiska avdelningar. Vad angår vårdavdelningarna har det synts utredningen ändamålsenligt, att vid de mindre förlossningsavdelningarna av typ II möjligheter hållas öppna att välja mellan 2- och 3-sängsdjup. Vid större förlossningsavdelningar av typ I med ett platsantal å vårdavdelningarna av minst 30 synes dock av enahanda skäl som anförts beträffande de allmänna kirurgiska och medicinska vårdavdelningarna 3-sängsdjupet vara att förorda.

Beträffande vårdrummens storlek föreligger icke någon principiell skillnad i förhållande till andra sjukavdelningar. De ytor för vårdsalar och -rum, som utredningen i det föregående föreslagit för allmänna vårdavdelningar vid lasarett, kunna därför tillämpas jämväl för förlossningsavdelningar, vid vilka 3-sängsdjup kommer till användning.

För det fall att 2-sängsdjupet anses motiverat kunna enligt verkställda undersökningar ändamålsenliga 4-patientsalar anordnas inom en yta av 24,8 m² och 2-patientrum inom en yta av 14,8 m² eller samma storlek som utredningen beräknar i fråga om sjukstugor. För isoleringsrum, som normalt även i detta fall torde kunna anordnas på bilokalsidan, tillämpas samma ytor som utredningen föreslagit för allmän vårdavdelning vid lasarett, nämligen för isoleringsrum med en sängplats 11,0 m² och för isoleringsrum med reservplats 14,0 m².

På grund härav och med beaktande av skäliga jämkningsmöjligheter föreslår utredningen även i nu förevarande fall följande maximigolvytor:

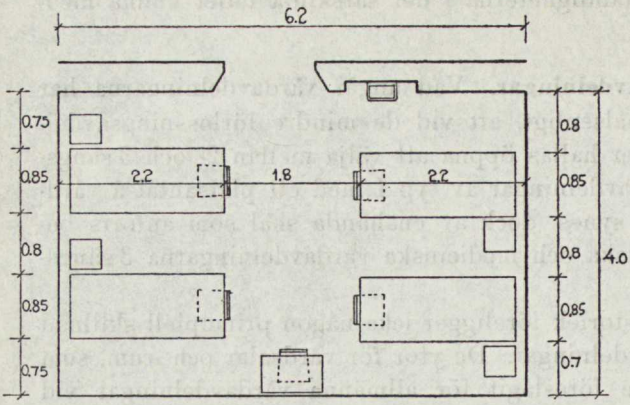
sal med 6 vårdplatser	39,0 m²	
» » 4 »	26,0 »	
rum » 3 »	23,0 »	
» » 2 »	16,0 »	
isoleringsrum med reservplats	14,0 »	och
» » en vårdplats	11,0 »	.

Bilokalerna böra erhålla i huvudsak samma utformning som vid medicinsk eller kirurgisk avdelning. Undersöknings- och behandlingsrum har dock av experterna icke ansetts erforderligt vid bb-avdelning.

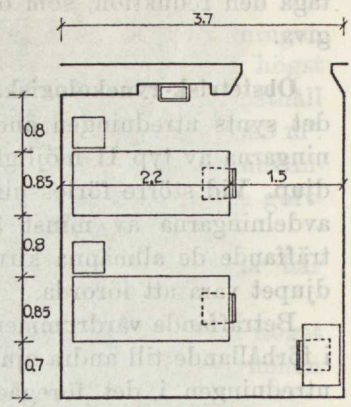
Vid nämnda avdelningar tillkomma emellertid även vissa utrymmen för barnen. Hittills ha vårdavdelningarna i regel utrustats med barnsal och skötrum, vilka lokaler vid de minsta avdelningarna för 6—7 patienter ofta sammanslagits till ett rum. Under expertöverläggningarna har med skärpa framhållits, att med hänsyn till infektionsrisken jämväl särskilda isoleringsboxar för debila och infekterade barn skulle vara behövliga.

Dessa önskemål synas böra tillgodoses på sådant sätt, att avdelning för 6—7 patienter utrustas med skötrum, barnsal samt en isoleringsbox, vilka

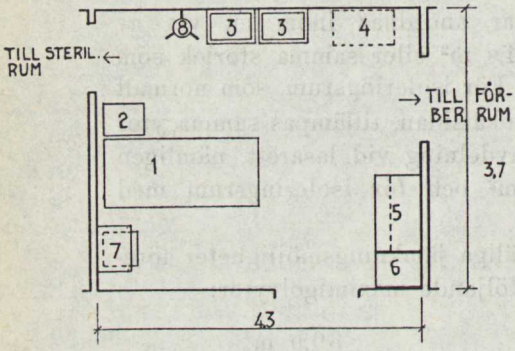
Principskisser till sjuksalar och -rum vid bb-avdelning av typ II samt till förlossningslokaler.



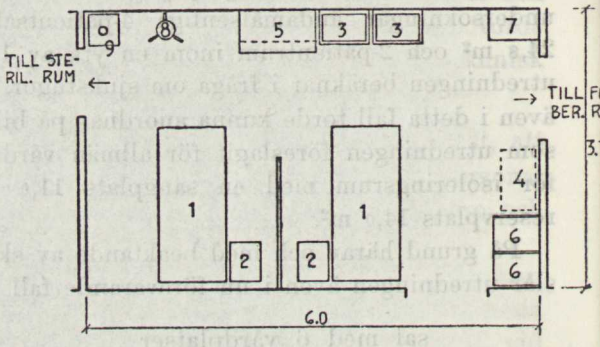
Sal med fyra vårdplatser vid bb-avdelning av typ II.
Yta: 24,8 m².



Rum med två vårdplatser vid bb-avdelning av typ II.
Yta: 14,8 m².



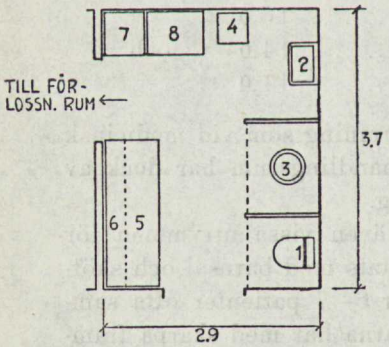
Förlossningsrum med en plats.
Yta: 15,9 m².



Förlossningsrum med två platser.
Yta: 22,2 m.

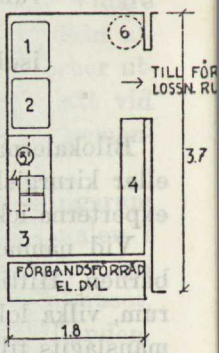
Förlossningsrum.

1. Förlossningssäng.
2. Nattduksbord.
3. Tvättställ (även för växelbad).
4. Rullbord för instrument.
5. Uppvärmd barnplats med över- och underskåp.
6. Skåp.
7. Torrsterilisator på vägg.
8. Sprittvättställ.
9. Lustgasapparat.



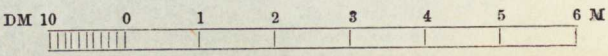
Förberedelserum.
Yta: 10,7 m².

1. Wc-stol.
2. Tvättställ.
3. Duschstol.
4. Pall.
5. Schäslong, bårvagn el. dyl.
6. Hylla.
7. Skåp för patientens kläder.
8. Skrivplats med underskåp.



Steriliseringsrum vid avdelning av typ II
Yta: 6,5 m.

1. Instrumentkokare.
2. Kärlkokare.
3. Diskbänk.
4. Hylla.
5. Kokplatta.
6. Vätskesterilisator.



lokaler enligt verkställda undersökningar kunna rymmas inom en yta av 13,1 m².

I avdelning för 12 patienter erfordras förutom skötrum och barnsal två isoleringsboxar, en för debila och en för infekterade barn. Den sammanlagda ytan av ifrågavarande lokaler uppgår här till 20,7 m².

I vårdavdelning för 30 patienter anordnas skötrum, två barnsalar, två boxar för debila och två boxar för infekterade barn, vilka utrymmen erfordra en yta av 51,1 m².

Förlossningsrum med en plats låter sig anordna inom en yta av 15,9 m² och förlossningsrum med två platser inom 22,2 m². Ett förberedelserum kan anordnas inom en yta av 10,7 m².

En bb-avdelning av typ II med 6—7 platser bör omfatta nedan nämnda lokaler:

Förlossningslokaler: ett förberedelserum, ett förlossningsrum med en plats och ett mindre steriliseringsrum.

Sjukrum: en sal för 4 patienter och ett rum för 2 patienter eller alternativt en sal för 6 patienter. Härtill kan i bägge fallen komma såsom reserv ett isoleringsrum.

Bilokaler: ett barnrum med 6 platser, en isoleringsbox och ett skötrum, vaktrum, sköljrum samt toalett.

Den sammanlagda ytan av dessa lokaler uppgår i utredningens principskisser till 136,2 respektive 147,9 m².

Med skäliga jämkningsmöjligheter låter sig en förlossningsavdelning av typ II med 6—7 vårdplatser anordna inom en yta av högst 160 m². Vid en förläggning av avdelningen utan lokalt sammanhang med annan vårdavdelning kan emellertid behov föreligga av utvidgade bilokaler, varför utredningen ansett försiktigheten bjuda att angiva en maximiyta av 170 m².

En bb-avdelning av typ II med omkring 12 platser bör omfatta följande lokaler:

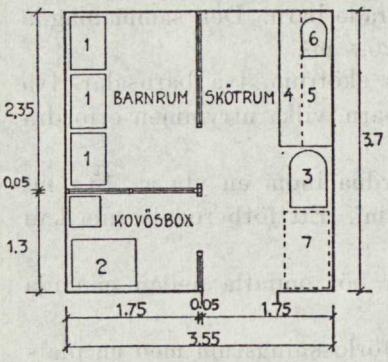
Ett förberedelserum, ett förlossningsrum med två platser, ett steriliseringsrum, två 4-patientsalar, ett 2-patientrum och två 1-patientrum, barnrum med plats för 12 barn, två isoleringsboxar samt skötrum, sköljrum, vaktrum,toalett och omklädningsrum, förråd och tekök. Härtill kommer en reservförlossningsplats i isoleringsrum eller särskilt förlossningsrum. Den sammanlagda ytan av dessa lokaler uppgår i utredningens principskiss till 268,0 m². En motsvarande avdelning om 15 platser vid lasarettet i Karlskoga upptager en total nettoyta av 296,1 m².

Med skäliga jämkningsmöjligheter föreslår utredningen, att förlossningsavdelning av typ II med 12—14 platser må upptaga en yta av högst 300 m².

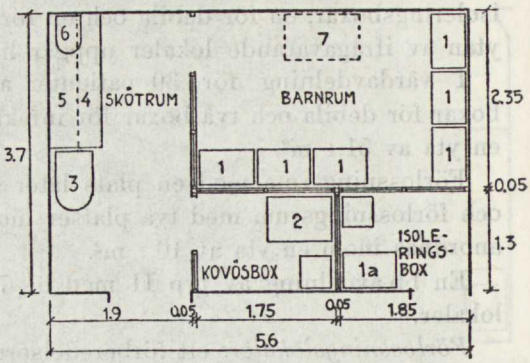
Ifråga om bb-avdelningar av typ I kunna, som redan tidigare nämnts, vad angår sjukrummen de för allmän kirurgisk och medicinsk vårdavdelning förordade normerna tillämpas. Beträffande bilokalerna utgår undersöknings- och behandlingsrum men tillkomma skötrum, barnrum och isoleringsboxar. Differensen mellan å principskisser illustrerade barnutrymmen å ena sidan

OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

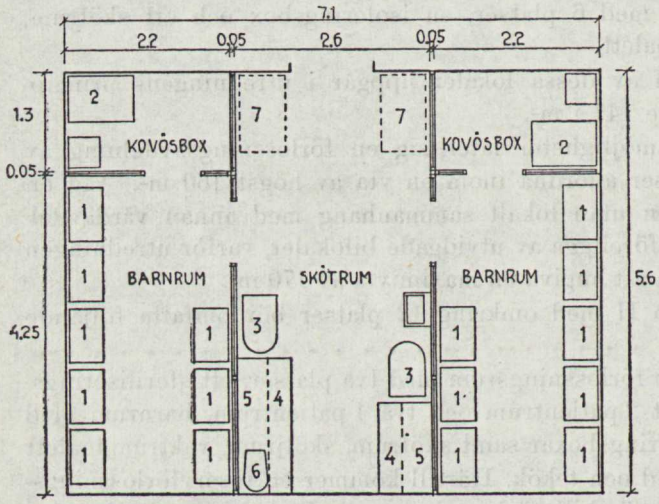
Principskisser till barnutrymmen vid bb-avdelning.



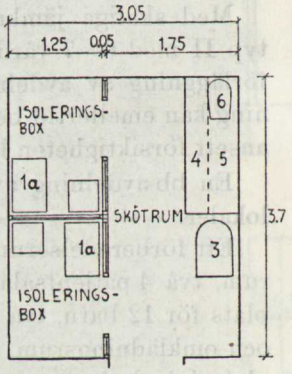
Barnrum, boxrum och skötrum vid bb-avdelning av typ II med omkring 6 vårdplatser.
Yta (inkl. glaspartier): 13,1 m².



Barnrum, boxrum och skötrum vid bb-avdelning av typ II med omkring 12 vårdplatser.
Yta (inkl. glaspartier): 20,7 m².

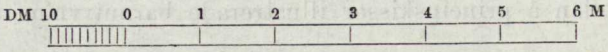


Barnrum, boxrum och skötrum vid bb-avdelning av typ I med 30 vårdplatser.
Yta (inkl. glaspartier): 39,8 m².



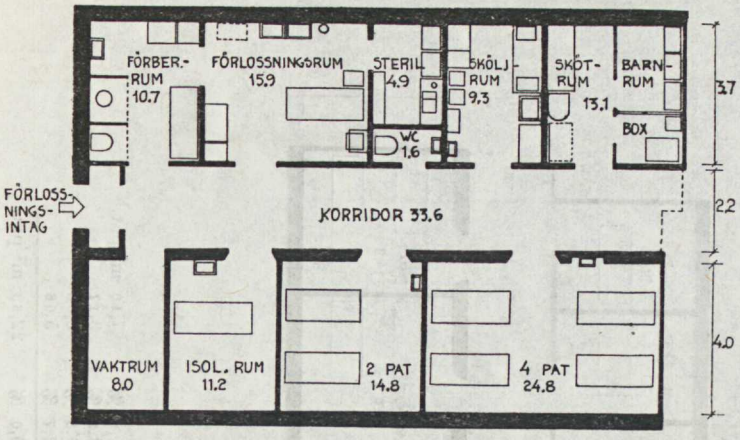
Isoleringsrum för barn vid bb-avdelning av typ I med 30 vårdplatser.
Yta (inkl. glaspartier): 11,3 m².

1. Barnsängar i två våningar.
1a. Säng för sjukt barn.
2. Kovös.
3. Barnbadkar.
4. Uppvärmt skötbord med underskåp.
5. Överskåp eller hyllor.
6. Barnvåg.
7. Rullvagn.



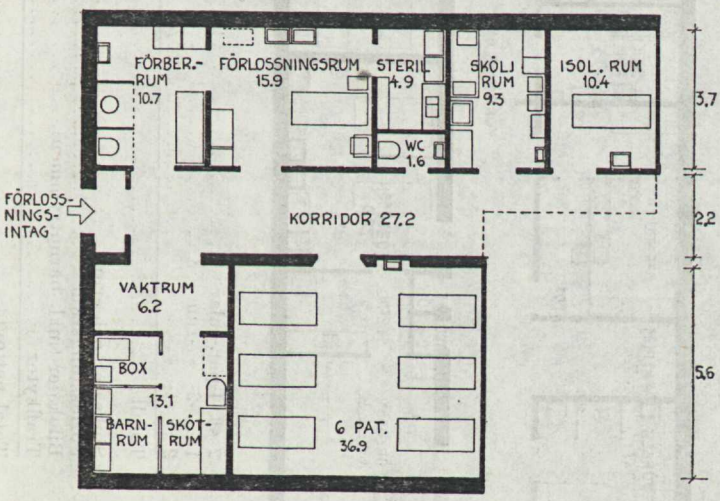
OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

Principskisser till bb-avdelning av typ II med 6—7 vårdplatser.



Avdelning med 2-sängsdjup.

1 st. 4-pat.-sal	4 pat.		
1 » 2- » -rum	2 »		
(1 » isol.-rum)	(1) »		
Totalt	6 (+ 1) pat.		
Sjuksalar och -rum	50,8 m²	34,3 %	8,47 m²/pat.
Förlossningsrum	15,9 »	10,8 %	2,65 »
Bilokaler (inkl. barnutrymmen)	47,6 »	32,2 %	7,93 »
Trafikytor	33,6 »	22,7 %	5,60 »
Total nettoyta	147,9 m²	100,0 %	24,65 m²/pat.



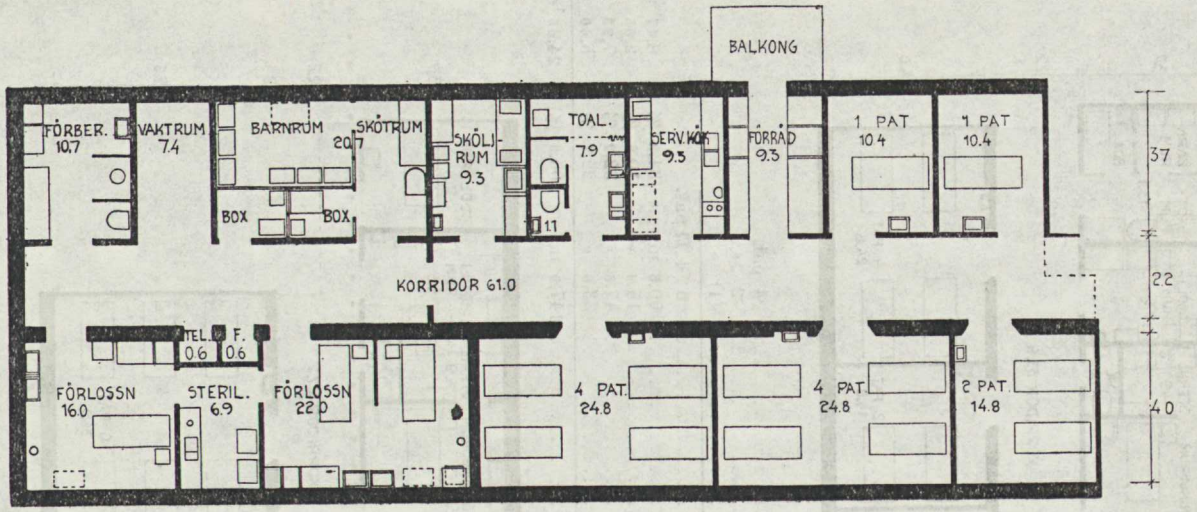
Avdelning med 3-sängsdjup.

1 st. 6-pat.-sal	6 pat.		
(1 » isol.-rum)	(1) »		
Totalt	6 (+ 1) pat.		
Sjuksalar och -rum	47,3 m²	34,7 %	7,88 m²/pat.
Förlossningsrum	15,9 »	11,7 %	2,65 »
Bilokaler (inkl. barnutrymmen)	45,8 »	33,6 %	7,64 »
Trafikytor	27,2 »	20,0 %	4,53 »
Total nettoyta	136,2 m²	100,0 %	22,70 m²/pat.

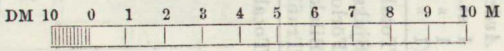
DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

Principskiss till bb-avdelning av typ II med 12 vårdplatser.

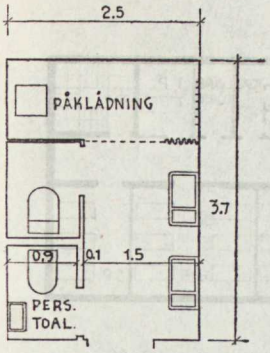


2 st. 4-pat.-salar	8 pat.		
1 » 2- » -rum	2 »		
2 » 1- » »	2 »		
Totalt	12 pat.		
Sjuksalar och -rum	85,2 m²	31,8 %	7,10 m²/pat.
Förlossningsrum	38,0 »	14,2 %	3,17 »
Bilokaler (inkl. barnutrymmen)	83,8 »	31,3 %	6,98 »
Trafikytor	61,0 »	22,7 %	5,08 »
Total nettoyta	268,0 m²	100,0 %	22,33 m²/pat.

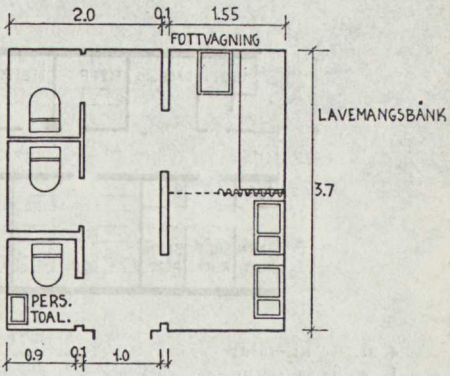


OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

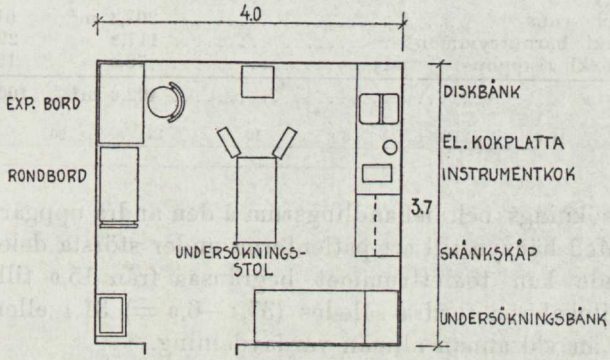
Principskisser till bilokaler vid vårdavdelning.



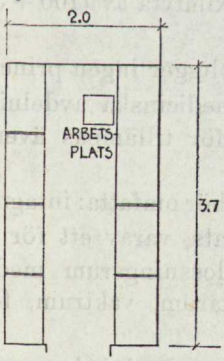
Toalettrum vid bb-avdelning.
Yta: 9,0 m².



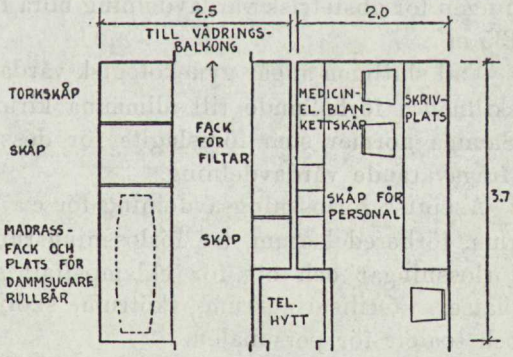
Toalettrum vid gynekologisk avdelning.
Yta: 12,9 m².



Undersöknings- och behandlingsrum vid gynekologisk avdelning. Yta: 14,8 m².

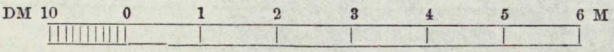


Avdelningsförråd för linne vid bb-avdelning.
Yta: 7,4 m².



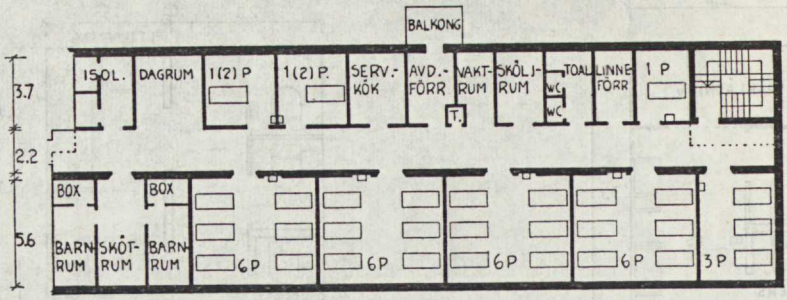
Bb-avdelning: Yta:

Avdelningsförråd för vagnar och sängkläder	8,8 m²
Vaktrum	7,0 »
Telefonhytt	0,7 »

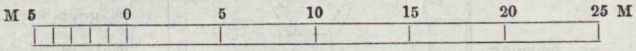


OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

Principskiss till bb-vårdavdelning av typ I med 30 vårdplatser.



4 st. 6-pat.-salar	24 pat.	80 %	
1 » 3- » -rum	3 »	20 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	30 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	207,4 m²	51,5 %	6,91 m²/pat.
Bilokaler (inkl. barnutrymmen)	117,2 »	29,1 %	3,91 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	78,0 »	19,4 %	2,60 »
Total nettoyta	402,6 m²	100,0 %	13,42 m²/pat.



och undersöknings- och behandlingsrum å den andra uppgår till (51,1—13,7 =) 37,4 m². Med hänsyn till att patienterna under största delen av vårdtiden äro sängliggande kan toalettrummet begränsas från 15,0 till 9,0 m² eller med 6,0 m². Bilokalerna fordra således (37,4—6,0 =) 31,4 eller avrundat 35,0 m² större yta än vid annan allmän vårdavdelning.

Med hänsyn till att ytan för bilokalerna inom en allmän kirurgisk eller medicinsk vårdavdelning föreslagits maximerad till 100 m², anser sig utredningen för obstetrisk vårdavdelning böra föreslå en maximiyta av (100 + 35 =) 135 m².

Vad slutligen angår gynekologisk vårdavdelning föreligger ingen principiell skillnad i förhållande till allmänna kirurgiska och medicinska avdelningar. Samma normer som föreslagits för dessa kunna därför tillämpas även för ifrågavarande vårdavdelning.

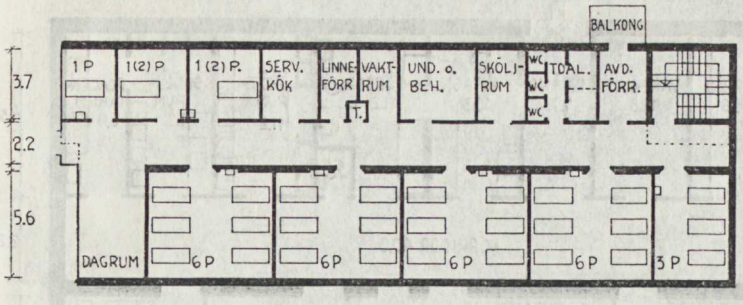
Aseptisk förlossningsavdelning för c:a 30 patienter bör omfatta: intagningsrum, förberedelserum, tre förlossningsrum med en plats, varav ett för tångförlossningar och ett för eklampsifall samt ett förlossningsrum med två platser, steriliseringsrum, skötrum, sköljrum, placentarum, vaktrum, förråd och toalett för personalen.

Enligt verkställda undersökningar kunna ifrågavarande lokaler rymmas inom en yta av 195,5 m².

Med skäliga jämkningsmöjligheter har utredningen ansett sig böra föreslå en maximiyta å aseptisk förlossningsavdelning för c:a 30 patienter av 210 m².

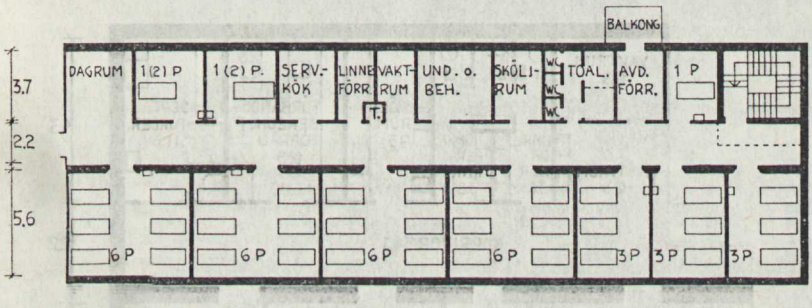
OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

Principskisser till gynekologisk vårdavdelning.



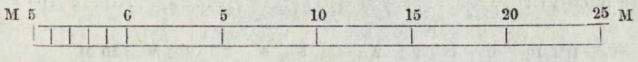
Avdelning med 30 vårdplatser.

4 st. 6-pat.-salar	24 pat.	80 %	
1 » 3- » -rum	3 »	20 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	30 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	207,4 m²	55,9 %	6,91 m²/pat.
Bilokaler	91,5 »	24,6 %	3,05 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	72,4 »	19,5 %	2,42 »
Total nettoyta	371,3 m²	100,0 %	12,38 m²/pat.



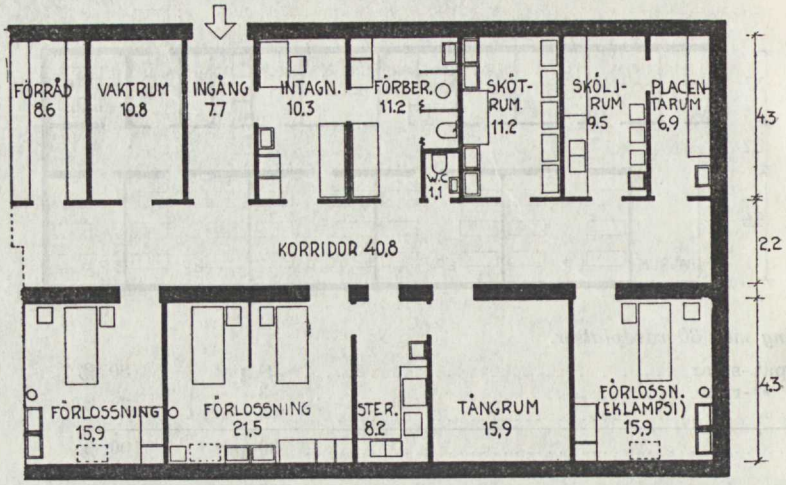
Avdelning med 36 vårdplatser.

4 st. 6-pat.-salar	24 pat.	67 %	
3 » 3- » -rum	9 »	33 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	36 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	251,1 m²	60,1 %	6,97 m²/pat.
Bilokaler	84,9 »	20,4 %	2,36 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	81,4 »	19,5 %	2,26 »
Total nettoyta	417,4 m²	100,0 %	11,59 m²/pat.



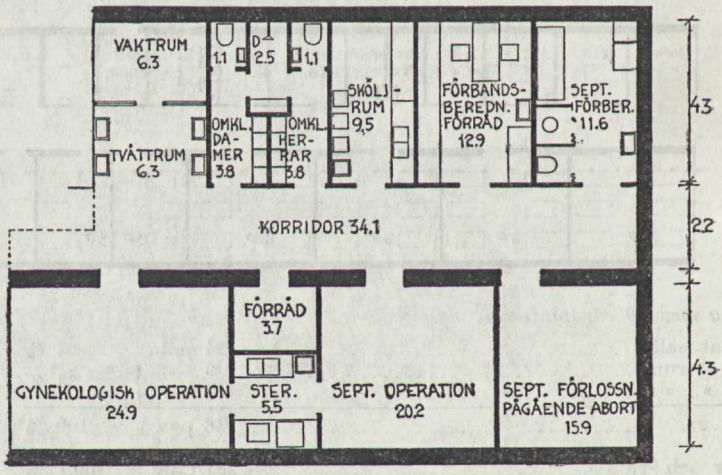
OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

Principskisser till förlossnings- och operationsavdelning för obstetrisk-gynekologisk avdelning med sammanlagt omkring 60 vårdplatser.



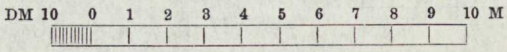
Aseptisk förlossningsavdelning för omkring 30 patienter.

Förlossningsrum	69,2 m².
Biutrymmen	77,8 »
Trafikytor	48,5 »
Total nettoyta	195,5 m².



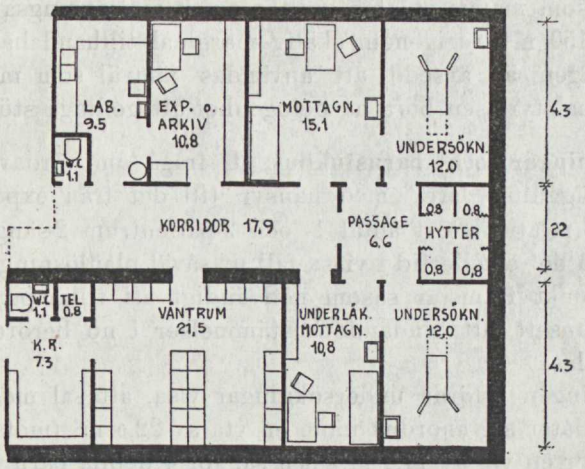
Septisk förlossningsavdelning och gynekologisk operationsavdelning.

Förlossningsrum	15,9 m².
Operationsrum	45,1 »
Biutrymmen	68,1 »
Trafikytor	34,1 »
Total nettoyta	163,2 m².



OBSTETRISK-GYNEKOLOGISK AVDELNING.

Principskiss till mottagningsavdelning för obstetrisk-gynekologisk avdelning med sammanlagt omkring 60 vårdplatser.



Väntrum (inkl. kapprum och toal.)	30,7 m².
Exp.-läkare-undersökning	63,9 »
Biutrymmen	10,6 »
Trafikytor	24,5 »
Total nettoyta	129,7 m².

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

Septisk förlossnings- och operationsavdelning i kombination med gynekologisk operationsavdelning bör vid ett vårdplatsantal av c:a 30 omfatta följande lokaler: septiskt förberedelserum, rum för septiska förlossningar och pågående aborter, två operationssalar, en för septisk och en för gynekologisk operation, gemensamt steriliseringsrum, tvättrum, sköljrum, vaktrum, arbetsrum för personal, förråd samt omklädningsrum och toaletter för manlig och kvinnlig personal. De verkställda undersökningarna giva vid handen, att ovan nämnda utrymmen kunna tillgodoses inom en yta av 163,2 m². Med erforderlig marginal föreslår utredningen en maximiyta av 180 m² för gynekologiska operationslokaler jämte i anslutning därtill anordnad septisk förlossningsavdelning. I de fall, då ifrågavarande avdelningar icke kombineras, kräva förberedelse-, förlossnings- och operationsrummen samma ytor som vid ovan behandlade anordning, under det att vissa bilokaler måste dubbleras. Med hänsyn till skiftande förutsättningar har det synts utredningen mindre välbetänkt att för dessa fall angiva en bestämd ytnorm, utan torde medicinalstyrelsen böra äga att godtaga de ytor, som med beaktande av i övrigt fastställda normer kunna anses skäliga.

Gynekologisk mottagningsavdelning i samband med obstetrisk-gynekolo-

gisk avdelning om minst 60 vårdplatser erfordrar, förutom väntrum med tillhörande utrymmen, mottagningsrum för över- och underläkare, två undersökningsrum med avklädningshytter, expedition samt laboratorium. Dessa lokaler kunna enligt utredningens principskiss anordnas inom en yta av 129,7 m². Såsom maximiyta för gynekologisk mottagningsavdelning föreslår utredningen 150 m², varigenom skälig marginal tillhandahålles. Då mottagningsavdelningen är avsedd att användas jämväl som mödravårdscentral, synes medicinalstyrelsen böra ha befogenhet att godtaga större ytor.

Barnavdelningar och barnsjukhus. I fråga om vårdavdelningarnas allmänna planläggning lärer med hänsyn till det från experthåll framförda kravet på ett relativt stort antal 1- och 2-patientrum 2-sängsdjupet vara att föredraga. Då det emellertid i vissa fall ur såväl planlösnings- som byggnadsteknisk synpunkt framstår såsom nödvändigt att tillämpa 3-sängsdjup har utredningen ansett, att bindande bestämmelser i nu berörda avseende icke kunna meddelas.

Av utredningen utförda undersökningar visa, att sal med 4 slutna boxar för spädbarn låter sig anordna inom en yta av 22,0 m² (motsvarande sal utan boxar upptager en yta av 17,2 m²) och sal för 4 debila barn med öppna boxar 11,6 m². Beträffande övriga sjukrum ha undersökningarna givit följande resultat: rum för mor och barn 11,8 m², rum för ett äldre barn 9,3 m², rum för två äldre barn 12,8 m² och sal för fyra äldre barn 21,2 m². För patienter mellan 2 och 7 år torde ytan av 4-sängssal utan olägenhet kunna begränsas till omkring 20 m².

Vid 3-sängsdjup bestämmes rumsdjupet av över- eller underliggande allmänna vårdavdelningars rumsdjup, vilket kan variera mellan 5,6 och 6,0 m. Med bibehållande av barnvårdrummens breddmått skulle följande rumsytor erfordras: för sal med 6 slutna boxar 30,8—33,0 m², för spädbarnssal med 6 vårdplatser utan boxindelning 24,1—25,8 m², för rum för tre äldre barn 17,9—19,2 m² och för sal för sex äldre barn 29,7—31,8 m². Övriga sjukrum låta sig anordnas på bilokalsidan och kunna givas samma yta som vid vårdavdelning med 2-sängsdjup.

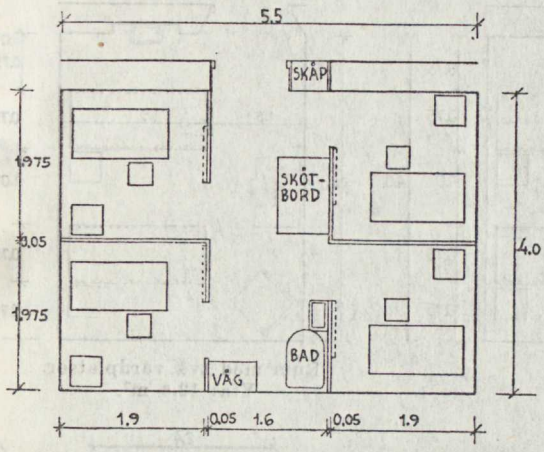
Vid normeringen hava de olika vårdutrymmena sammanförts i ett mindre antal grupper, därvid utredningen, med beaktande av att skäliga jämkningsmöjligheter böra stå till buds, vill föreslå följande maximigolvytor:

sal	med	6	vårdplatser	33 m²	
»	»	4	»	22 »	
rum	»	3	»	20 »	
»	»	2	»	14 »	och
isoleringsrum				10 »	.

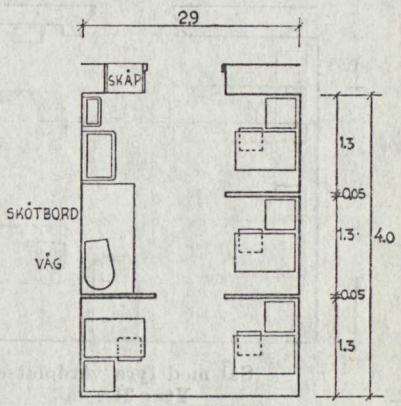
I fråga om sal med större antal än 6 platser föreslås en maximiyta av 5,5 m² per vårdplats. För isoleringsrum med reservplats föreslås en maximiyta av 13 m².

PEDIATRISK AVDELNING.

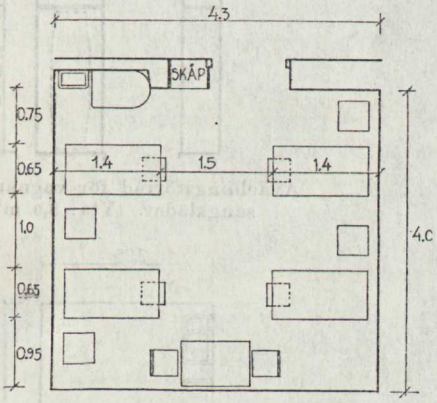
Principskisser till sjuksalar och -rum vid spädbarnsavdelning.



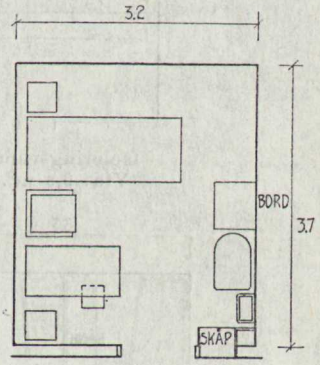
Sal med fyra vårdplatser i slutna boxar.
Yta (inkl. glaspartier): 22,0 m².



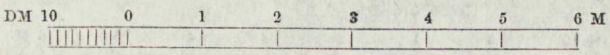
Sal med fyra vårdplatser i öppna boxar (debila barn).
Yta: 11,6 m².



Sal med fyra vårdplatser.
Yta: 17,2 m².

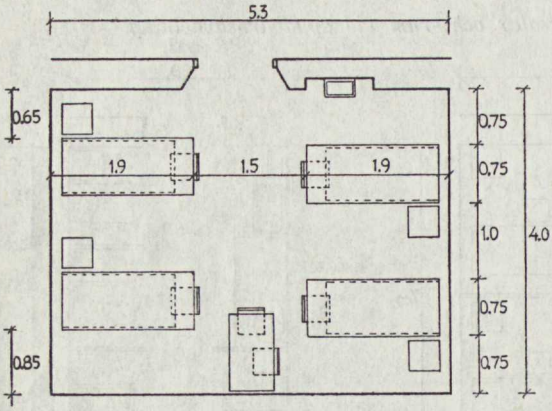


Rum för mor och barn.
Yta: 11,8 m².

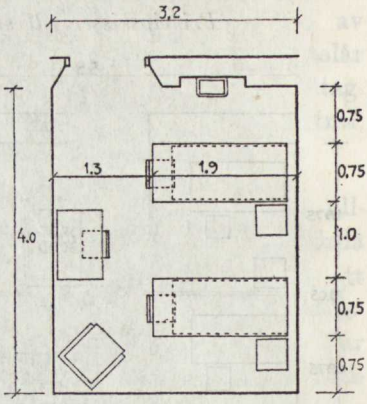


PEDIATRISK AVDELNING.

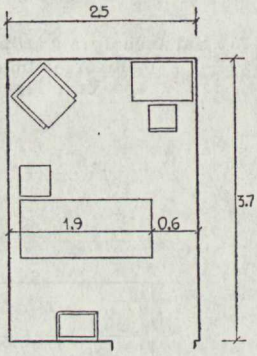
Principskisser till rumsenheter vid vårdavdelning för äldre barn.



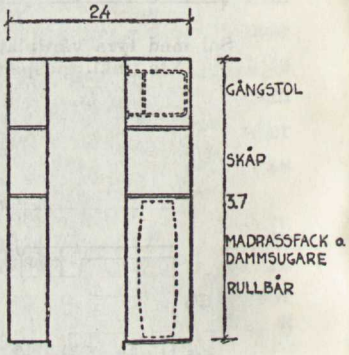
Sal med fyra vårdplatser.
Yta: 21,2 m².



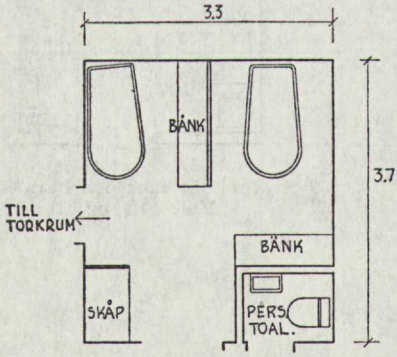
Rum med två vårdplatser.
Yta: 12,8 m².



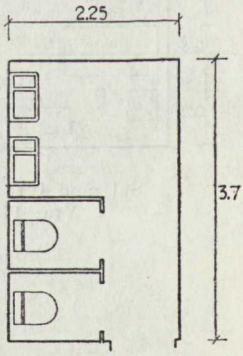
Isoleringsrum.
Yta: 9,3 m².



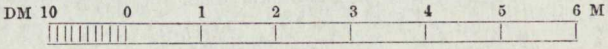
Avdelningsförråd för vagnar och sängkläder. Yta: 8,9 m².



Badrum..... Yta: 10,9 m².
Personaltoalett ..... » 1,1 ».

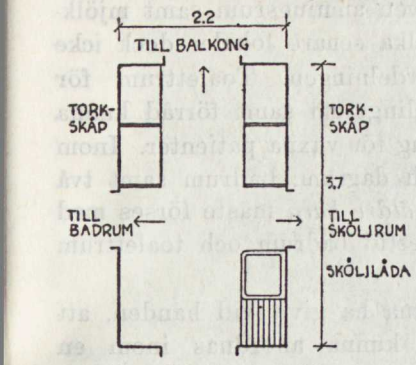


Toalettrum.
Yta: 8,3 m².

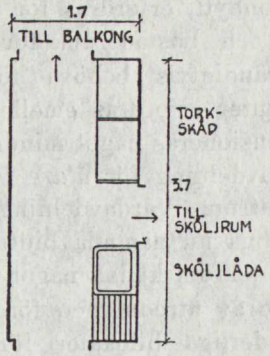


PEDIATRISK AVDELNING.

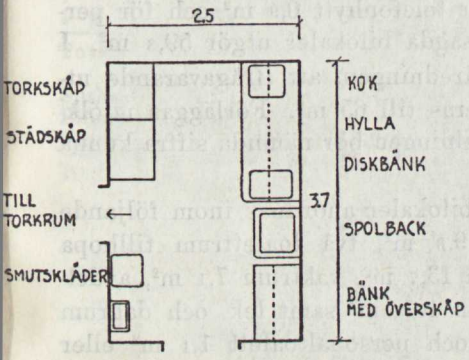
Principskisser till bilokaler vid vårdavdelning för späda och äldre barn.



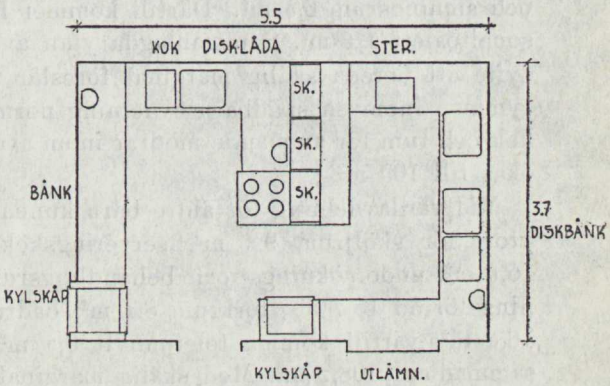
Torkrum vid avdelning för äldre barn.
Yta: 8,1 m².



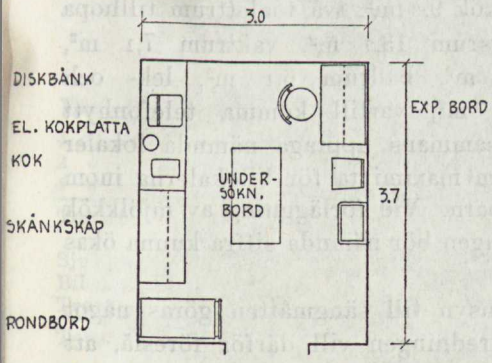
Torkrum vid spädbarnsavdelning.
Yta: 6,3 m².



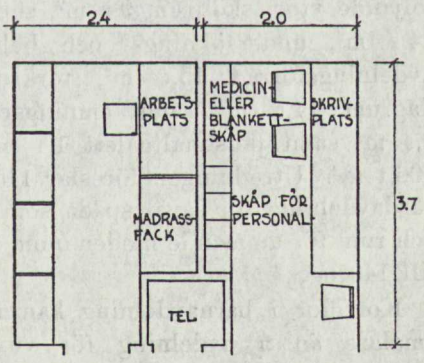
Sköljrum.
Yta: 9,3 m².



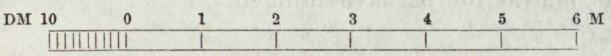
Mjölkkök vid spädbarnsavdelning.
Yta: 20,4 m².



Undersöknings- och behandlingsrum
vid spädbarnsavdelning.
Yta: 11,1 m².



Spädbarnsavdelning:	Yta:
Avdelningsförråd	8,2 m²
Vaktrum	7,1 »
Telefonhytt	0,9 »



Vad angår tillhandahållandet av bilokaler må erinras, att, förutom sköljrum, serveringskök, behandlingsrum, avdelningsförråd, torkrum, vaktrum och telefonhytt, erfordras för *spädbarnsavdelning* även amningsrum samt mjölkkök och bostadsrum för ammande mödrar, vilka senare lokaler dock icke nödvändigtvis behöva förläggas inom vårdavdelningen. Toalettrum för patienter erfordras emellertid icke, och behandlingsrum samt förråd kunna dimensioneras något mindre än vid vårdavdelning för vuxna patienter. Inom vårdavdelning för *äldre barn* anordnas lek- och dagrum, badrum samt två toalettrum. Vårdavdelning för såväl *späda som äldre barn* måste förses med samtliga nu nämnda biutrymmen, därvid emellertid badrum och toalettrum samt lekrum kunna något begränsas.

De av utredningen företagna undersökningarna ha givit vid handen, att erforderliga bilokaler för spädbarnsavdelning kunna anordnas inom en yta av för sköljrum 9,3 m², serveringskök 9,3 m², undersöknings- och behandlingsrum 11,1 m², vaktrum 7,1 m², avdelningsförråd 8,2 m², torkrum 6,3 m² och amningsrum 6,0 m². Därtill kommer för telefonhytt 0,9 m² och för personaltoalett 1,1 m². Sammanlagda ytan av sagda bilokaler utgör 59,3 m². I syfte att bereda skälig marginal föreslår utredningen, att ifrågavarande utrymmen inom en spädbarnsavdelning normeras till 65 m². Förläggas mjölkkök och rum för ammande mödrar inom avdelningen bör nämnda siffra kunna ökas till 100 m².

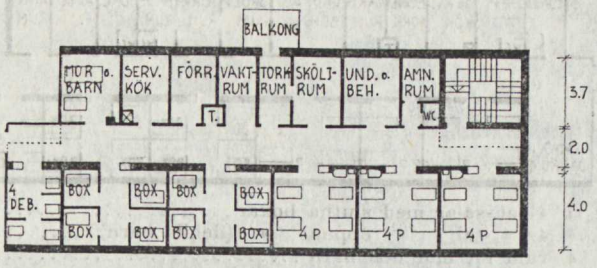
Vid vårdavdelning för äldre barn kunna bilokaler anordnas inom följande ytor: för sköljrum 9,3 m², serveringskök 9,3 m², två toalettrum tillhopa 16,6 m², undersöknings- och behandlingsrum 13,7 m², vaktrum 7,1 m², avdelningsförråd 15,7 m², torkrum 8,1 m², badrum 10,9 m² samt lek- och dagrum 16,0 m², vartill komma telefonhytt 0,9 m² och personaltoalett 1,1 m² eller sammanlagt 108,7 m². Med skälig marginal synes som maximiyta för bilokalerna inom vårdavdelning för äldre barn kunna angivas 115 m².

I vårdavdelning för såväl späda som äldre barn erfordra bilokalerna följande ytor: sköljrum 9,3 m², serveringskök 9,3 m², två toalettrum tillhopa 14,8 m², undersöknings- och behandlingsrum 13,7 m², vaktrum 7,1 m², avdelningsförråd 15,7 m², torkrum 8,1 m², badrum 6,1 m², lek- och dagrum 14,0 m² samt amningsrum 6,0 m², vartill komma telefonhytt 0,9 m² samt personaltoalett 1,1 m². Tillsammans upptaga nämnda lokaler 106,1 m². Utredningen föreslår 115 m² som maximiyta för bilokalerna inom vårdavdelning för såväl späda som äldre barn. Vid förläggning av mjölkkök och rum för ammande moder inom avdelningen bör nämnda siffra kunna ökas till 140 m².

Korridor i barnavdelning kan med hänsyn till sängmåtten göras något smalare än å avdelning för vuxna. Utredningen vill därför föreslå, att bredden av korridor högst må uppgå till 2,1 m. I de fall då barnavdelningen är förlagd till byggnad inrymmande även vårdavdelningar för vuxna bör dock av byggnadstekniska skäl samma korridorbredd som i övriga vårdavdelningar tillämpas jämväl för barnavdelningen.

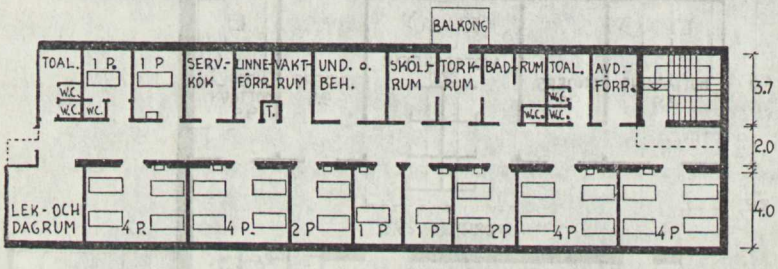
PEDIATRISK AVDELNING.

Principskisser till vårdavdelning.



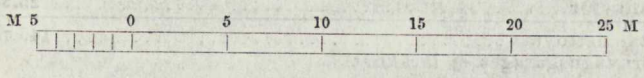
Vårdavdelning för spädbarn.

3 st. 4-pat.-salar	12 pat.	96 %	
2 » 4- » » med slutna boxar	8 »		
1 » 4- » -sal » öppna » (debila barn)	4 »		
1 » rum för mor och barn	1 »	4 %	
Totalt	25 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	119,0 m²	52,8 %	4,76 m²/pat.
Bilokaler	59,1 »	26,1 %	2,36 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	47,9 »	21,1 %	1,92 »
Total nettoyta	226,0 m²	100,0 %	9,04 m²/pat.



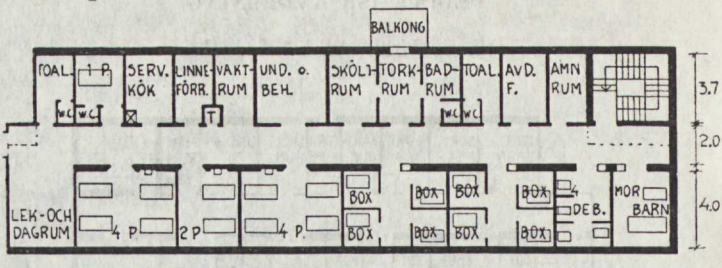
Vårdavdelning för äldre barn.

4 st. 4-pat.-salar	16 pat.	67 %	
2 » 2- » -rum	4 »	33 %	
4 » 1- » »	4 »		
Totalt	24 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	148,5 m²	45,5 %	6,19 m²/pat.
Bilokaler	108,5 »	33,2 %	4,52 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	69,6 »	21,3 %	2,90 »
Total nettoyta	326,6 m²	100,0 %	13,61 m²/pat.



PEDIATRISK AVDELNING.

Principskiss till vårdavdelning för späda och äldre barn.



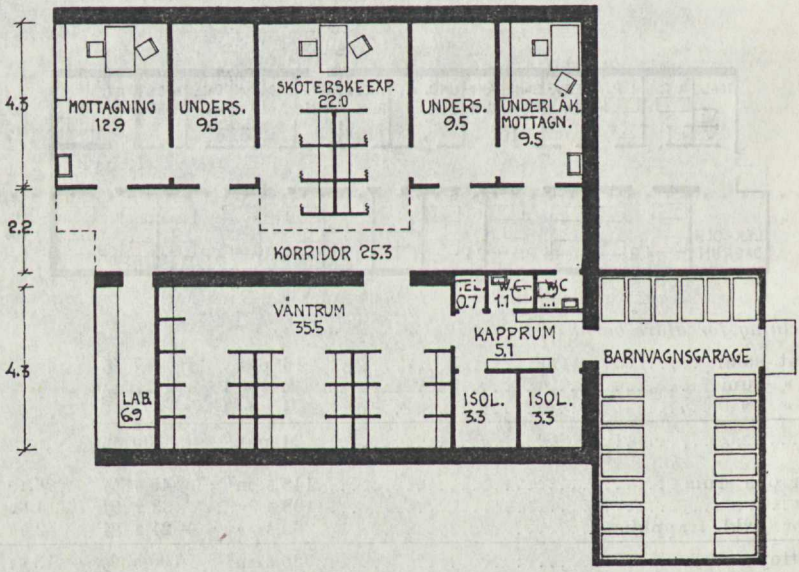
Spädbarn:	2 st. 4-pat.-salar med slutna boxar		8 pat.
	1 » 4- » -sal » öppna » (debila barn)		4 »
	1 » rum för mor och barn		1 »
Äldre barn:	2 » 4-pat.-salar		8 »
	1 » 2- » -rum		2 »
	1 » 1- » »		1 »
Totalt			24 pat.

därav 83 % i 4-pat.-salar och 17 % i 2- och 1-pat.-rum.

Sjuksalar och -rum	131,7 m²	43,4 %	5,49 m²/pat.
Bilokaler	107,2 »	35,4 %	4,47 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	64,7 »	21,2 %	2,69 »
Total nettoyta	303,6 m²	100,0 %	12,65 m²/pat.

M 5 0 5 10 15 20 25 M

Principskiss till mottagningsavdelning.



Väntrum (inkl. kapprum och toal.)	49,0 m²
Exp.-läkare-undersökning	63,4 »
Biutrymmen	8,0 »
Trafikytor	25,3 »
Total nettoyta	145,7 m²

(Barnvagnsgaraget ej inräknat).

DM 10 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 M

För *pediatrisk mottagningsavdelning* erfordras kapprum med toalett och telefonhytt, två rum för isolering av infekterade barn, väntrum med boxinredning, expedition, två mottagningsrum — för över- och underläkare — två undersökningsrum, laboratorium samt personaltoalett. Enligt av utredningen verkställd undersökning kan en sådan mottagningsavdelning rymmas inom en yta av 145,7 m². Med skälig marginal torde en maximiyta av 150 m² kunna anses tillfyllest.

I ett stort antal fall lärer mottagningsavdelningen komma att utnyttjas även såsom barnavårdscentral, varvid ökat utrymme kan visa sig erforderligt. I likhet med vad beträffande poliklinik-, mödravårds- och dispensärlokaler förordats, torde jämväl i detta fall medicinalstyrelsen böra äga befogenhet att godtaga en större golvyta än den nyss angivna.

Sjukstugor.

Beträffande till en början den allmänna planläggningen av en sjukstuga vill utredningen erinra, att en enplansbyggnad ur anläggningssynpunkt i regel torde ställa sig något kostsammare än en tvåvåningsbyggnad. Ur driftsynpunkt lär det motsatta förhållandet vara rådande. Det synes under dessa omständigheter knappast böra ifrågakomma att binda planläggningen i nu angivna avseende.

Vid sidan av vårdavdelningen, inneslutande såväl sjukplatser som förlossningsplatser, erfordras mottagningsavdelning med möjligheter för operativa ingrepp under former, som skänka betryggande säkerhet i fråga om sterilitet, rum för enklare röntgenundersökningar, sysslomansexpedition, kök med personalmatsal samt eventuellt tvättavdelning.

I fråga om *vårdavdelningens* anordning har utredningen redan i det föregående framhållit, att valfrihet bör föreligga mellan 3- och 2-sängsdjup samt angivit den lämpliga fördelningen å salar och rum.

Beträffande vårdrummens storlek föreligger ingen principiell skillnad i förhållande till lasaretten. De ytor för vårdsalar och -rum, som utredningen tidigare föreslagit för allmänna vårdavdelningar vid lasarett, kunna därför tillämpas jämväl för sjukstugor i de fall 3-sängsdjup kommer till användning.

Vid 2-sängsdjup synas enligt verkställda undersökningar ändamålsenliga 4-patientsalar kunna anordnas inom en yta av 24,8 m² och 2-patientrum inom en yta av 14,8 m². För isoleringsrum, som normalt även i detta fall torde kunna anordnas på bilokalsidan, tillämpas samma ytor som utredningen föreslagit för allmän vårdavdelning vid lasarett.

På grund härav och med beaktande av skäliga jämkningsmöjligheter föreslår utredningen följande maximigolvytor: sal med 6 vårdplatser 39,0 m², sal med 4 vårdplatser 26,0 m², rum med 3 vårdplatser 23,0 m², rum med 2 vårdplatser 16,0 m², isoleringsrum med reservplats 14,0 m² och isoleringsrum med en vårdplats 11,0 m².

Bilokalerna böra erhålla i huvudsak samma utformning som vid lasarett, dock med någon reduktion av vissa ytor. Vid sjukstugor med samtliga vårdplatser och mottagningslokaler förlagda till ett enda plan anordnas

SJUKSTUGA.

Principskisser.

Sjukstuga med 2-sängsdjup.

Allmän vårdavdelning:

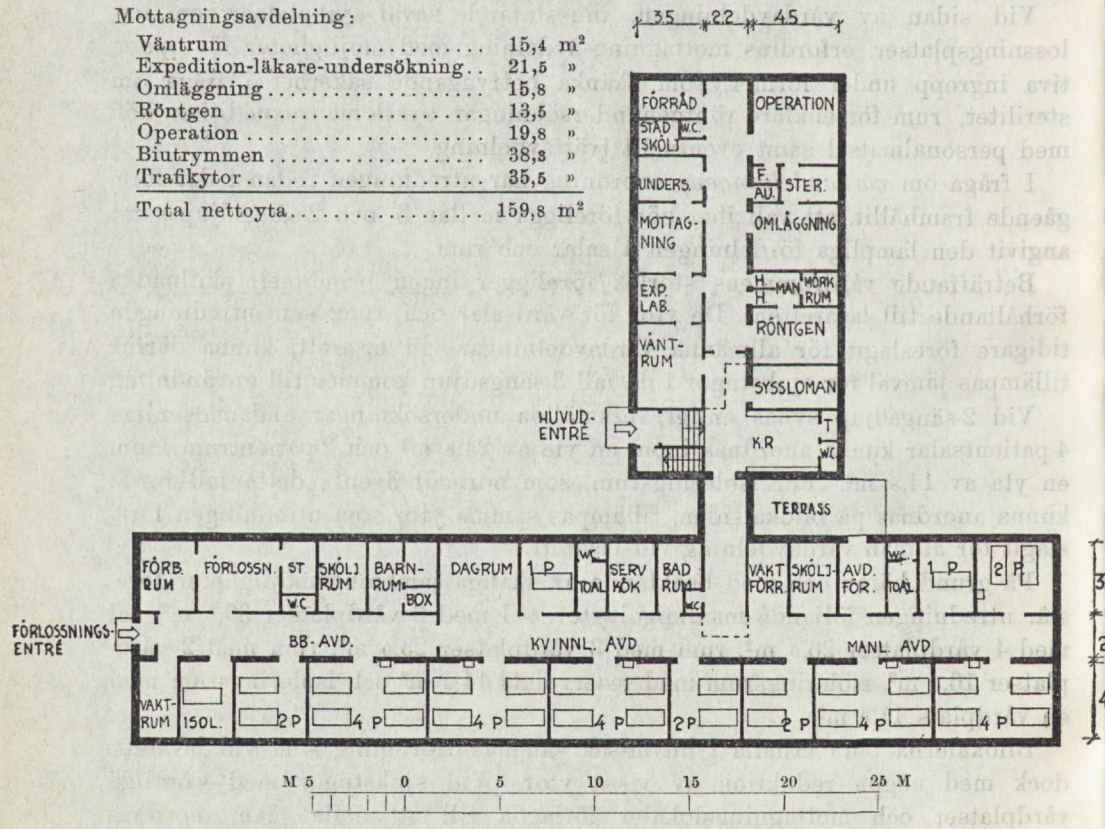
4 st. 4-pat.-salar	16 pat.	67 %	
3 » 2- » -rum	6 »	33 %	
2 » 1- » »	2 »		
Totalt	24 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	164,3 m²	54,2 %	6,85 m²/pat.
Bilokaler	70,1 »	23,1 %	2,92 »
Trafikytor	69,0 »	22,7 %	2,87 »
Total nettoyta	303,4 m²	100,0 %	12,64 m²/pat.

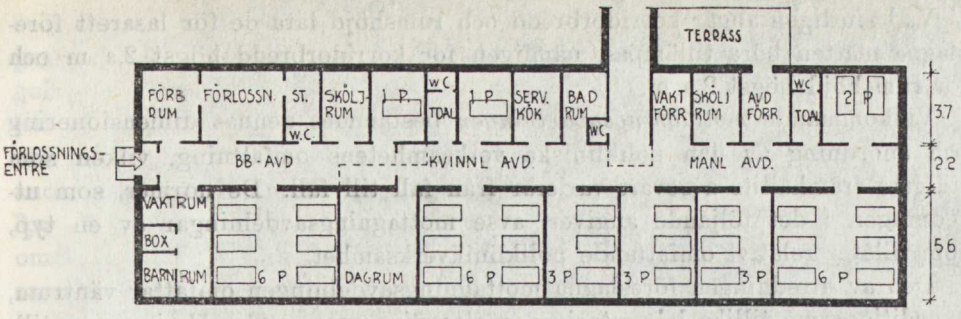
Bb-avdelning:

1 st. 4-pat.-sal	4 pat.		
1 » 2-pat.-rum	2 »		
(1 » isol.-rum)	(1) »		
Totalt	6 (+1) pat.		
Sjuksalar och -rum	50,8 m²	34,3 %	8,47 m²/pat.
Förlossningsrum	15,9 »	10,8 %	2,65 »
Bilokaler (inkl. barnutrymmen)	47,6 »	32,2 %	7,93 »
Trafikytor	33,6 »	22,7 %	5,60 »
Total nettoyta	147,9 m²	100,0 %	24,65 m²/pat.

Mottagningsavdelning:

Väntrum	15,4 m²
Expedition-läkare-undersökning	21,5 »
Omläggning	15,8 »
Röntgen	13,5 »
Operation	19,8 »
Biutrymmen	38,3 »
Trafikytor	35,5 »
Total nettoyta	159,8 m²





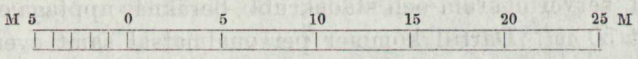
Sjukstuga med 3-sängsdjup.

Allmän vårdavdelning:

2 st. 6-pat.-salar	12 pat.	50 %	
3 » 3- » -rum	9 »	50 %	
1 » 2- » »	2 »		
1 » 1- » »	1 »		
Totalt	24 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	164,6 m²	55,1 %	6,86 m²/pat.
Bilokaler	77,1 »	25,8 %	3,21 »
Trafikytor	57,3 »	19,1 %	2,39 »
Total nettoyta	299,0 m²	100,0 %	12,46 m²/pat.

Bb-avdelning:

1 st. 6-pat.-sal	6 pat.		
(1 » isol.-rum)	(1) »		
Totalt	6 (+1) pat.		
Sjuksalar och -rum	47,3 m²	34,7 %	7,88 m²/pat.
Förlossningsrum	15,9 »	11,7 %	2,65 »
Bilokaler (inkl. barnutrymmen)	45,8 »	33,6 %	7,64 »
Trafikytor	27,2 »	20,0 %	4,53 »
Total nettoyta	136,2 m²	100,0 %	22,70 m²/pat.



bilokalerna på enahanda sätt som för blandad vårdavdelning vid lasarett, därvid emellertid särskilt behandlingsrum kan uteslutas, under det att det ur driftsynpunkt framstår som ändamålsenligt att förlägga badrummet till vårdavdelningen.

I fråga om bilokaler förordar utredningen följande ytor, vilka även inrymma viss marginal: dagrum 25 m², sköljrum 10 m², serveringskök 10 m², två toalettrum tillsammans 12 m², vaktrum tillika linneförråd 8 m², avdelningsförråd 10 m² och badrum 9 m². Tillsammans upptaga nämnda utrymmen 84 m². Vid tvåplanslösning tillkomma ytterligare ett sköljrum 10 m², ett serveringskök, 10 m², samt undersöknings- och behandlingsrum, 14 m², vadan bilokalerna skulle upptaga en nettoyta av 118 m². Med tillägg för ytterligare marginal synes den totala maximiytan kunna angivas till, i det förra fallet 100 m² och i det senare fallet 125 m².

Vad slutligen angår korridorbredd och rumshöjd lära de för lasarett föreslagna måtten böra tillämpas, nämligen för korridorbredd högst 2,3 m och för rumshöjd högst 2,9 m.

Vidkommande *mottagningsavdelningen* bestämmes dennas dimensionering och anordning av den polikliniska verksamhetens omfattning, vilken som tidigare framhållits avsevärt varierar från fall till fall. De normer, som utredningen i det följande angiver, avse mottagningsavdelningar av en typ, som tillåter relativt omfattande poliklinikverksamhet.

Den av utredningen föreslagna mottagningsavdelningen omfattar väntrum, expeditionsrum tillika laboratorium, mottagningsrum, undersökningsrum tillika mörkrum, förrådsrum, operationsrum, steriliseringsrum, omläggningsrum, röntgenrum med mörkrum och avklädningshytter, städ- och sköljrum, rum för autoklav, förråd samt personaltoalett. Kapprum och toaletter för allmänheten förutsättas anordnade centralt. Å bifogade principskisser upptager mottagningsavdelningen en nettoyta av 159,8 m². Med tillägg av skälig marginal föreslår utredningen en största yta av 165 m² för mottagningsavdelning vid sjukstuga.

För sjukstugor med ringa poliklinisk verksamhet kan av de ovannämnda lokalerna omläggningsrummet utgå. Vad angår sjukstugor inom större industricentra, där poliklinikverksamheten kan beräknas få större omfattning, synes på medicinalstyrelsens prövning böra bero, huruvida någon utökning av mottagningsavdelningens yta må ifrågakomma.

Av övriga för en sjukstuga erforderliga lokaler anordnas sysslomansexpeditionen, vilken bör givas en yta av högst 12 m², lämpligen invid entrén i anslutning till mottagningsavdelningen, under det att kök med bilokaler, omklädningsrum för personal, förrådslokaler och eventuell tvättavdelning m. m. kunna förläggas till souterrängvåning. Kökslokalerna, till vilka utredningen hänför kök med utrymmen för beredning, rensning och diskning, skafferi tillika torrförråd, serveringsrum och städskrubb, beräknas upptaga en yta av sammanlagt högst 50 m². Därtill kommer personalmatsal samt eventuellt ytterligare förrådsutrymmen.

Sanatorier.

I fråga om *vårdavdelningarna* vid sanatorier har utredningen av enahanda skäl, som anförts beträffande lasaretten, ansett sig bestämt böra förorda 3-sängsdjupet.

Vid bestämmandet av vårdrummens och vårdsalarnas mått har hänsyn måst tagas till det beträffande förevarande sjukhus uppställda kravet på att varje patient skall äga tillgång till ett klädskåp. Å andra sidan ha de experter, med vilka utredningen haft att samråda, icke ansett skäl föreligga att, på sätt som vid lasaretten funnits nödigt, inom vårdrummen bereda plats för en bordsgrupp för uppegående patienter. Ej heller har det synts erforderligt, att tvättställ anordnas i sjuksalarna, utan hava sådana ansetts nödvändiga endast i isoleringsrummen.

Enligt verkställda undersökningar kunna ändamålsenliga salar för 6 patienter anordnas inom en golvyta av 37,2 m² och för 3 patienter inom en golvyta av 22,3 m². Beträffande de senare rummen innebär detta i förhållande till nuvarande praxis någon ökning, vilken emellertid föranletts av strävan att erhålla ur driftsynpunkt ändamålsenligare lokaler än vad som tidigare anordnats. Bredden av de nu gängse 3-sängsrummen utgör nämligen allenast 3,2—3,3 m, vilket mått icke medger ut- eller införandet av en säng utan omflyttning av sängarna. För 2-patients- och isoleringsrum kan beräknas samma storlek som angivits i fråga om lasarett.

På grund härav och med beaktande av skäliga jämkningsmöjligheter föreslår utredningen följande maximigolvytor, vilka helt sammanfalla med de för lasarett förordade: sal med sex vårdplatser 39 m², rum med tre vårdplatser 23 m², rum med två vårdplatser 16 m² och isoleringsrum 11 m². Därest större salar än för sex patienter anordnas, synes golvytan icke behöva överstiga 6,5 m² per patient.

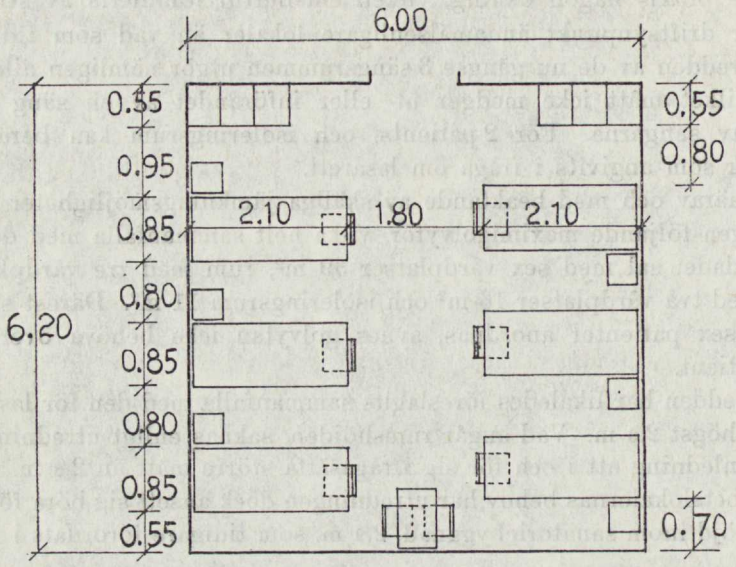
Korridorbredden har likaledes föreslagits sammanfalla med den för lasarett angivna eller högst 2,3 m. Vad angår rumshöjden, saknas enligt utredningens uppfattning anledning att i och för sig ifrågasätta större mått än 2,8 m. Med hänsyn till arbetslokalernas behov har utredningen dock ansett sig böra föreslå samma rumshöjd inom sanatoriebyggnad, 2,9 m, som tidigare förordats i fråga om lasarett.

Vad angår tillhandahållandet av s. k. bilokaler till vårdavdelningarna har utredningen i anslutning till nu rådande förhållanden ansett, att följande lokaler böra ifrågakomma: dagrum, toalettrum, sköljrum, serveringskök, avdelningsförråd och vaktrum. En undersökning av nämnda lokalers storlek vid av utredningen uppmätta vårdavdelningar utvisar, att ytan för dagrum växlar mellan 15,4 och 31,2, för toalettrum mellan 24,0 och 28,1, för sköljrum mellan 9,8 och 11,8, för serveringskök mellan 9,6 och 11,2, för avdelningsförråd mellan 6,7 och 9,2 samt för vaktrum mellan 6,8 och 9,3 m². Dessutom hava emellertid i vissa fall ytterligare bilokaler anordnats, såsom särskilda rum för smutskläder och sputum samt undersökningsrum. Den sammanlagda ytan av bilokalerna varierar mellan 76,4 och 107,9 m².

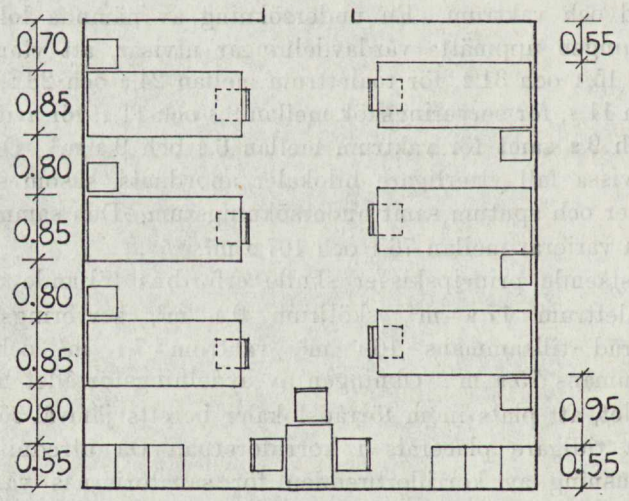
Enligt omstående principskisser skulle erfordras följande mått: dagrum 15,5 m², toalettrum 17,9 m², sköljrum 9,3 m², serveringskök 9,3 m², avdelningsförråd tillsammans 16,1 m², vaktrum 7,1 m² och telefonhytt 0,7 m², tillsammans 75,9 m². Ökningen av avdelningsförrådet hänför sig till det förhållandet, att plats inom förrådslokaler beretts jämväl för rullbår och rullstol, vilka tidigare placerats i korridorerna. Då utredningen föreslår samma begränsning av korridorbredden för sanatoriernas vårdavdelningar som för lasaretten, har det emellertid ansetts, att korridorerna icke lämpligen kunna utnyttjas för detta ändamål. Dessutom avses madrassfacken enligt utredningens förslag anordnade med horisontal förvaring av madrasserna, under det att i de hittills uppförda sanatorierna den mindre utrymmeskrävande men praktiskt olämpliga anordningen med vertikala madrassfack förekommit.

SANATORIUM.

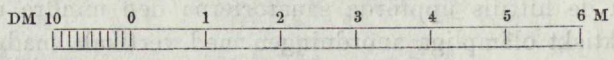
Principskisser till rumsenheter vid vårdavdelning.



Sal med sex vårdplatser.
Yta: 37,2 m².

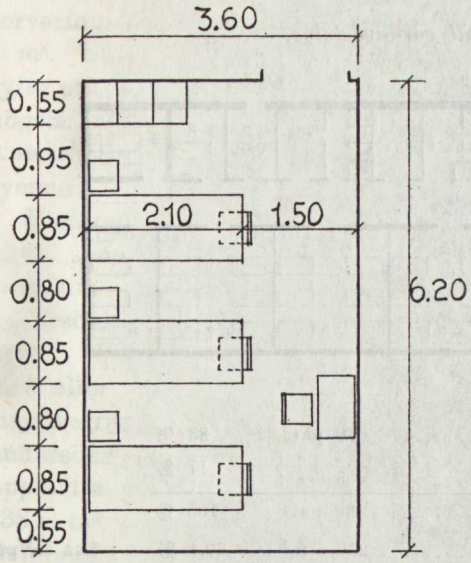


Alternativ möblering.

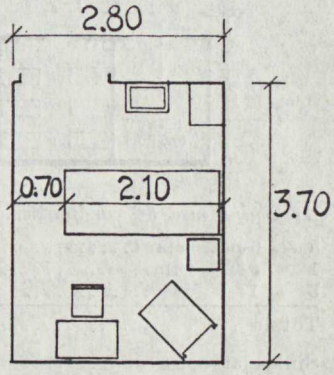


SANATORIUM.

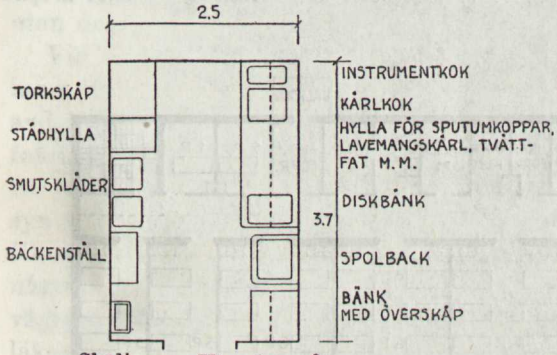
Principskisser till rumsenheter vid vårdavdelning.



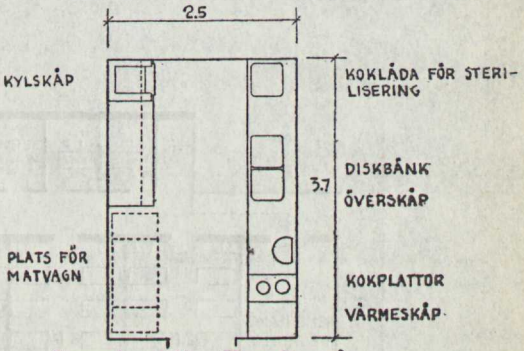
Rum med tre vårdplatser.
Yta: 22,3 m².



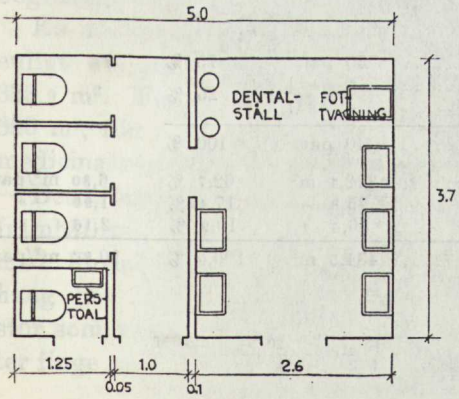
Isoleringsrum.
Yta: 10,4 m².



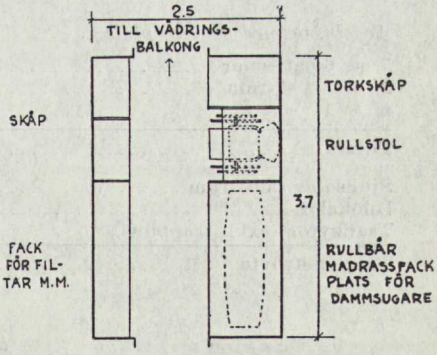
Sköljrum. Yta: 9,3 m².



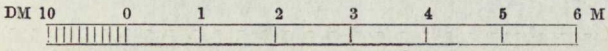
Serveringskök. Yta: 9,3 m².



Toalettrum. Yta: 17,9 m².

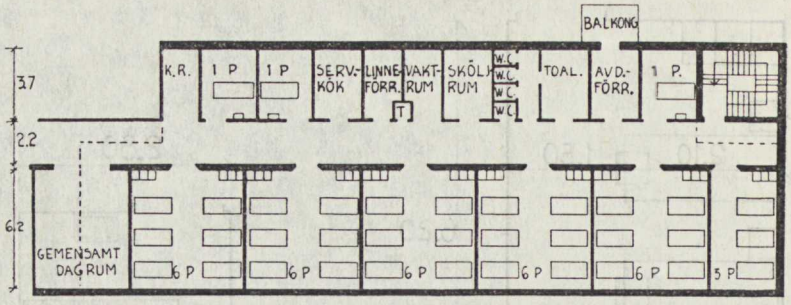


Avdelningsförråd för vagnar och sängkläder. Yta: 9,3 m².



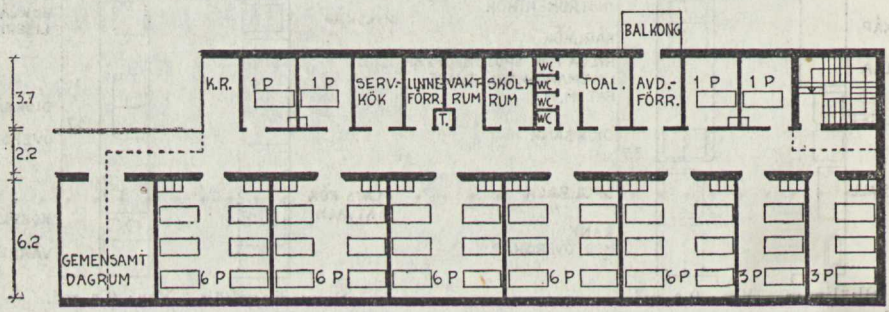
SANATORIUM.

Principskisser till vårdavdelning.



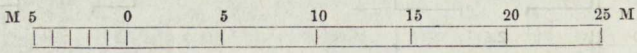
Avdelning med 36 vårdplatser.

5 st. 6-pat.-salar	30 pat.	83 %	
1 » 3- » -rum	3 »	17 %	
3 » 1- » »	3 »		
Totalt	36 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	239,4 m²	60,7 %	6,65 m²/pat.
Bilokaler	75,8 »	19,2 %	2,11 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	79,2 »	20,1 %	2,20 »
Total nettoyta	394,4 m²	100,0 %	10,96 m²/pat.



Avdelning med 40 vårdplatser.

5 st. 6-pat.-salar	30 pat.	75 %	
2 » 3- » -rum	6 »	25 %	
4 » 1- » »	4 »		
Totalt	40 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	272,1 m²	62,7 %	6,80 m²/pat.
Bilokaler	75,8 »	17,4 %	1,90 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	86,6 »	19,9 %	2,16 »
Total nettoyta	434,5 m²	100,0 %	10,86 m²/pat.



Med hänsyn till behovet av skälig marginal kunna för biutrymmena följande maximiytor beräknas: dagrum 16 m², toalettrum 19 m², sköljrum 10 m², serveringskök 10 m², avdelningsförråd 16,5 m², vaktrum 8 m², telefonhytt 1 m². Sammanlagda golvytan av nu nämnda bilokaler utgör 80,5 m². I syfte att lämna erforderlig ytterligare marginal förordar utredningen, att den högsta medgivna nettoytan för nu åsyftade bilokaler bestämmes till 85 m². Anmärkas må, att erforderligt kapprum hänförts till kommunikationsutrymmen.

Undersöknings- och behandlingsavdelning vid sanatorium omfattar i de under senare tid uppförda anläggningarna som regel väntrum med tillhörande kapprum och toalett, expeditionsrum för sköterskor, mottagningsrum och undersökningsrum för över- och underläkare samt mörkrum och avklädningshytter. Vidare omfattar avdelningen operationsrum för kvävgasbehandling med eller utan steriliseringsrum samt röntgenavdelning med diagnostikrum, manöverrum, framkallningsrum och avklädningshytter. Slutligen kan till undersökningsavdelningen hänföras även laboratoriet. De av utredningen uppmätta avdelningarna ha en total nettoyta av, för sanatoriet i Sandträsk 338,1 m² och för de med centraldispensär organiserade anläggningarna i Östersund (Solliden) och Uppsala 329,6 resp. 479,2 m². Härtill må dock anmärkas att sistnämnda sjukhus starkt präglas av undervisningsuppgifterna och fördenskull icke kan utan vidare få utgöra förebild för anläggningar utan denna karaktär.

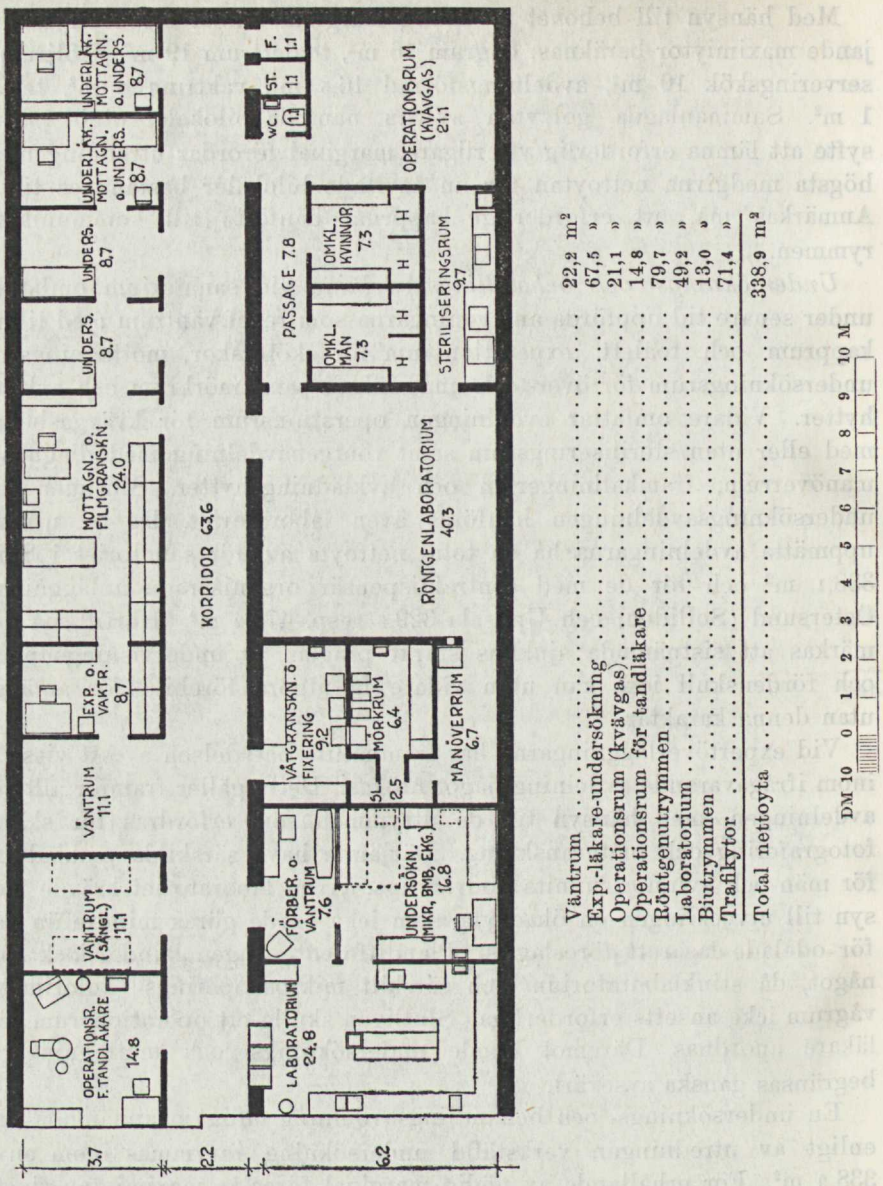
Vid expertöverläggningarna har framhållits betydelsen av att vissa lokaler inom ifrågavarande avdelning något utökas. Detta gäller framför allt röntgenavdelningen, med hänsyn till de utrymmen som erfordras för skärmbildsfotografering och plåtgranskning. Därjämte hava särskilda omklädningsrum för män och kvinnor funnits nödvändiga. Även laboratoriet krävde med hänsyn till utvecklingen en ökad yta, som icke borde göras mindre än vad som för odelade lasarett föreslagits. Plandifferentieringen kunde dock förenklas något, då stinklaboratorium och särskilt mikroskoperings-, kolorimetri- och vågrum icke ansetts erforderliga. Slutligen skulle ett operationsrum för tandläkare anordnas. Däremot kunde undersöknings- och mottagningsrummen begränsas ganska avsevärt.

En undersöknings- och behandlingsavdelning enligt ovannämnda krav kan enligt av utredningen verkställd undersökning inrymmas inom en yta av 338,9 m². För erhållande av nödig marginal föreslås maximiytan fixerad till 350 m²; för det fall att till sanatoriet anknutits centraldispensär skulle dock medicinalstyrelsen äga godtaga större golvyta.

Beträffande *matsals- och sällskapsrum* har vid expertöverläggningarna framhållits, att en för uppegående patienter och personal gemensam matsal med fördel skulle kunna anordnas vid mindre sanatorier. I detta sammanhang har jämväl uttalats, att personalnumerären vid sanatorierna ej är så stor som vid lasarett och att en närmare kontakt mellan personal och patienter finge anses önskvärd. Systemet, att avdelningssköterskorna intaga sina mål-

SANATORIUM.

Principskiss till undersöknings- och behandlingsavdelning.



Väntrum	22,2 m²
Exp.-läkare-undersökning	67,5 »
Operationsrum (kvävgas)	21,1 »
Operationsrum för tandläkare	14,8 »
Röntgenutrymmen	79,7 »
Laboratorium	49,2 »
Biutrymmen	13,0 »
Trafikytor	71,4 »
Total nettoyta	338,9 m²

tider tillsammans med patienterna har ock sedan länge tillämpats vid åtskilliga sanatorier i vårt land, och, enligt vad utredningen har sig bekant, är detta förhållandet med hela vårdpersonalen — inklusive läkarna — vid det stora finska sanatoriet i Paimio.

Under dessa omständigheter synes anledning föreligga att allvarligt överväga en anordning, enligt vilken gemensam matsal tillhandahålles för patienter och personal.

Vid bestämmandet av normer för matsalens storlek möta, på sätt redan framhållits beträffande personalmatsalar vid lasarett, vissa svårigheter. Framför allt ställer det sig i detta fall vanskligt att närmare fixera den omfattning, vari patienter kunna beräknas intaga sina måltider i matsalen. Enligt vad som under expertkonferenserna upplysts, skulle detta antal kunna angivas till minst 60 % av totalantalet patienter.

Med utgångspunkt från denna relation och under förutsättning att ungefär halva personalen är i tillfälle intaga måltiderna samtidigt med patienterna synes en golvyta av 0,5 m² för varje kosthållet tillhörande person kunna anses skälig.

Vid sanatorierna föreligger emellertid behov av att i omedelbar anslutning till matsalen äga tillgång till särskilda sällskapsrum för patienterna, där dessa kunna sysselsättas med sällskapsspel samt där filmförevisningar, föreläsningar och gudstjänster kunna äga rum.

Då det ur möblerings- och användbarhetssynpunkt kan ställa sig vanskligt och ur ekonomisk synpunkt ofördelaktigt att tillgodose alla dessa krav inom ett och samma utrymme, har det synts utredningen ändamålsenligt att anordna dels särskilda sällskapsrum, dels en filmförevisningslokal med fast bänkinredning, förslagsvis förlagd till souterräng- eller vindsvåning. Vid en dylik anordning böra sällskapsrummen kunna utmätas icke oväsentligt mindre än hittills varit fallet, då planläggningen åsyftat att tillgodose samtliga nyssnämnda krav. Med hänsyn därtill, att vid Sollidens sanatorium — det senast uppförda — sällskapsrummen upptaga en golvyta av 0,6 m² per vårdplats, vilket vitsordats vara fullt tillfredsställande, torde vid anordnandet av särskild biograflokal en yta av högst 0,5 m² per vårdplats få anses skälig.

Lämpligen synes den detaljerade fördelningen icke böra bindas, utan möjligheter föreligga att utforma planlösningen efter förhandenvarande behov. På grundvalen av de överväganden, för vilka nu redogjorts, torde den sammanlagda golvytan av matsal och sällskapsrum icke behöva överstiga 1,0 m² för varje kosthållet tillhörande person. Härutöver skulle, såsom förut framhållits, tillkomma ett särskilt filmförevisningsrum.

I lämplig anslutning till vårdavdelningarna anordnas erforderliga *ligghallar* med tillhörande *klädförråd*. Några särskilda föreskrifter rörande storlek och anordning i övrigt av desamma har utredningen icke ansett sig böra föreslå.

Önskemål hava jämväl framkommit därom, att tillgång till biblioteks- och butikslokaler skulle beredas och torde sagda önskemål kunna tillgodoses i lämpligt samband med anordnandet av andra med sjukvården ej omedelbart sammanhörande lokaler.

Vidkommande slutligen *köksavdelningens* storlek föreligger i fråga om sanatorier icke någon principiell skiljaktighet från förhållandena beträffande motsvarande anläggningar vid lasarett. Utredningens förslag i denna del överensstämmer fördenskull helt med det för lasarett framställda.

Inom byggnadens *källar- och vindsutrymmen* tillhandahållas förråds-

lokaler, apotek och biograflokal samt, i den mån detta befinnes erforderligt, arbetsterapilokaler. Till källarvåningen kunna vidare med fördel förläggas renlighetsbad, snyggningsrum, arkiv, obduktionsrum m. m.

Tuberkulossjukstugor.

I anslutning till den mening, som kommit till uttryck vid expertkonferenserna, har utredningen ansett sig icke böra framlägga särskilt förslag till normer för tuberkulossjukstuga. Enligt vad erfarenheten ådagalagt har i senare tid behov av nybyggnader för detta ändamål icke gjort sig gällande. Och då vidare upplysts, att de ifrågasatta annexsjukhusen kunna förutses ägnade att delvis övertaga uppgifter, vilka hittills tillgodosetts genom sjukstugorna, lärer anledning saknas att i detta sammanhang ägna särskild uppmärksamhet åt nämnda sjukvårdsanstalter.

Annexsjukhus.

Vid överläggningarna i frågan om *annexsjukhus i anslutning till lasarett* har, såsom utredningen redan i det föregående framhållit, från experthåll med styrka betonats, att de fall, som för efterbehandling skulle intagas å sådan anstalt, måste begränsas till uppegående patienter, som själva kunna kläda och tvätta sig o. s. v. och beträffande vilka fördenskull behovet av vårdpersonal kan inskränkas. Till denna patientkategori skulle således i främsta rummet hänföras fall, som kunde ifrågakomma till utskrivning, såframt de i sina hem kunde tillförsäkras nödig vård. Vidare borde till denna kategori föras sådana klinik- och poliklinikfall av beskaffenhet att påfordra sakkunnig översyn, för vilka ett kvarstannande å sjukhuset, exempelvis med hänsyn till långt avstånd till hemorten, skulle innebära bestämda fördelar. Ett oeftergivligt villkor för intagning å annexsjukhus skulle sålunda vara, att vederbörande patient kunde sköta sig själv och även i viss mån biträda med enklare sysslor inom avdelningen. Under sådana förhållanden kunde driftkostnaderna för annexsjukhusen beräknas väsentligen understiga huvudsjukhusens; med ledning av föreliggande — visserligen begränsade — erfarenhet, skulle de uppskattningsvis kunna angivas till omkring hälften av kostnaderna vid en akutavdelning.

Prövningen av vilka fall, som borde vårdas å annexsjukhuset, skulle alltid ankomma på vederbörande lasarettsläkare, liksom också vården borde omhänderhavas av samma läkare, som svarat för den tidigare behandlingen.

En vårdavdelning vid annexsjukhus av här avsedd karaktär har av läkarexperterna ansetts lämpligen böra omfatta lägst 40 vårdplatser. Då behovet av dylika eftervårdplatser kan beräknas till cirka 20 % av huvudlasarettets vårdplatsantal, skulle det minsta annexsjukhuset, omfattande en vårdavdelning om 40 platser, ifrågakomma först vid ett lasarett med 200 patienter. Uppenbarligen böra patienter från huvudsjukhusets skilda avdelningar vårdas inom samma annexsjukhus. För huvudsjukhus av mindre storleksordning finge eftervårdsfrågan lösas från fall till fall; så kunde exempelvis ett invid lasarettet beläget epidemisjukhus tänkas komma till användning.

Principiellt böra vårdavdelningar vid annexsjukhus anordnas på möjligast anspråkslösa sätt, detta jämväl för uteslutande av att de tagas i anspråk för mera kvalificerad vård och därmed driftkostnaderna ökas och ändamålet med annexavdelningen förfelas. Den omständigheten, att samtliga patienter förutsättas vara uppegående, medgiver en avsevärd förenkling av ifrågavarande avdelningars anordning och utrustning.

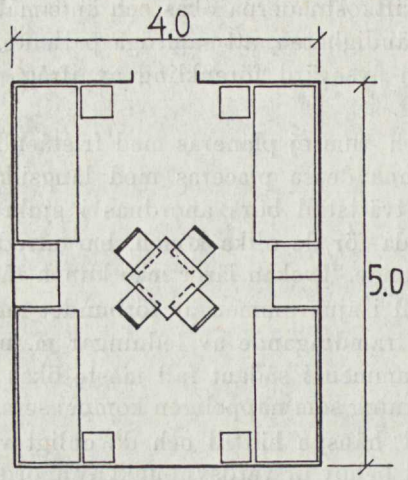
Uppenbarligen behöva vårdsalar och -rum ej planeras med fristående, från tre sidor åtkomliga sängar, utan kunna dessa placeras med långsidan mot vägg. Vad angår frågan, huruvida tvättställ böra anordnas i sjukrummen eller koncentreras till toalettrum skilda för de olika könen, har utredningen ägnat detta spörsmål särskilt övervägande. Tvekan lärer icke kunna råda därom, att tillhandahållandet av tvättställ i sjukrummen är förbundet med icke obetydligt större kostnader, dels för framdragande av ledningar m. m., dels ock därigenom att golvytorna i sjukrummen i sådant fall måste ökas utöver vad eljest kan anses erforderligt, en ökning som näppeligen kompenseras av en begränsning av toalettrummen. Med hänsyn härtill och då enligt vad vid expertöverläggningarna framgått något behov ur vårdsynpunkt av anordningen i fråga icke förefinnes, har utredningen i motsats till reumatikervårdsakkunniga funnit sig böra förorda, att särskilda toalettrum anordnas inom varje avdelning; däremot har i överensstämmelse med sakkunnigförslaget varje patient ansetts böra disponera ett klädskåp. Under föreliggande förhållanden ställer det sig ur planekonomisk synpunkt gynnsammare att anordna 4-sängssalar än 6-sängssalar. Önskvärda isoleringsmöjligheter kunna beredas genom tillhandahållande av ett mindre antal 2-sängsrum. För en vårdavdelning med 40 platser fördelas vårdplatserna lämpligen på åtta 4-sängssalar och fyra 2-sängsrum. För att emellertid icke försvåra planlösningen genom ett alltför detaljerat fastlåsande av rumsfördelningen, föreslår utredningen, att högst 20 % av vårdplatserna må anordnas i 2-sängsrum. Golvytan av 4-sängssal kan angivas till 20 m² och av 2-sängsrum till 12,5 m², vilka siffror något understiga de i reumatikervårdsakkunnigas huvudförslag angivna.

Rumshöjden har föreslagits till högst 2,7 m och korridorbredden till högst 1,5 m.

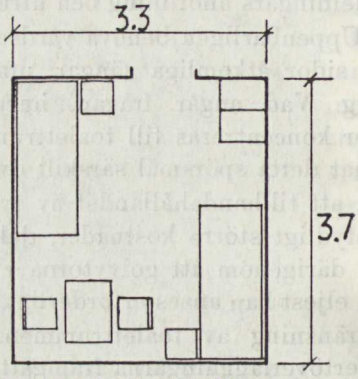
Av bilokaler hava ansetts erforderliga: två dagrum, skilda för män och kvinnor, två mindre skölj- och städrum, toalettrum, förråd för linne och sängkläder samt vaktrum för avdelningssköterskan, tillika behandlingsrum. Då avdelningen anordnas för patienter av samma kön erfordras givetvis endast ett dagrum. Behövliga bilokaler synas kunna tillhandahållas inom följande ytor: dagrum sammanlagt högst 35 m², städrum 12 m², förråd 9 m², toalettrum sammanlagt högst 22 m² och vaktrum 12 m². De nu nämnda bilokalerna ha en sammanlagd största golvyta av 90 m². Ytan av vårdrum och salar enligt ovan angivna rumsfördelning uppgår till 210 m². Sammanlagt skulle således erfordras en nettogolvyta av högst 300 m² för 40 patienter, motsvarande 7,5 m² per vårdplats. Därtill komma erforderliga kommunikationsytor, avseende korridorutrymmen men bortsett från trapphus med tillhörande korridordel,

ANNEXSJUKHUS I ANSLUTNING TILL LASARETT OCH SANATORIUM.

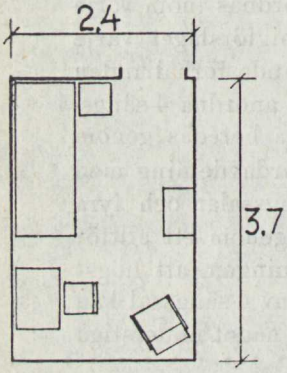
Principskisser till rumsenheter.



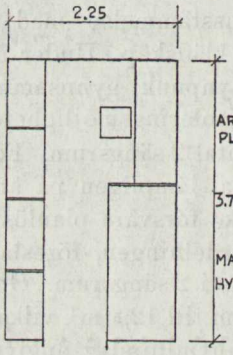
Sal med fyra vårdplatser.
Yta: 20,0 m².



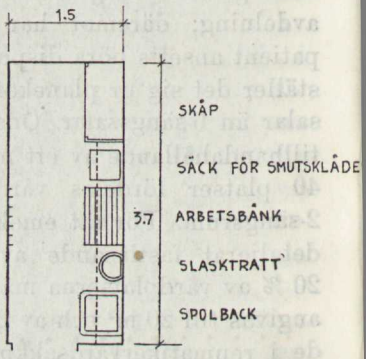
Rum med två vårdplatser.
Yta: 12,2 m².



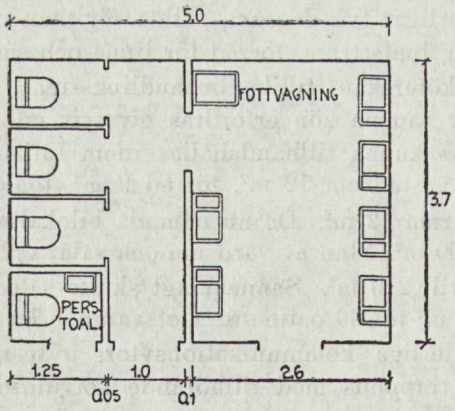
Isoleringsrum.
Yta: 8,9 m².



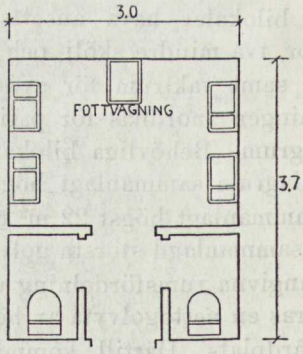
Avdelningsförråd vid lasaretts-
anslutet annexsjukhus.
Yta: 8,8 m².



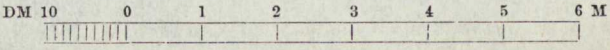
Städrum.
Yta: 5,6 m².



Toalettrum vid avdelning med
40 vårdplatser.
Yta: 17,9 m².

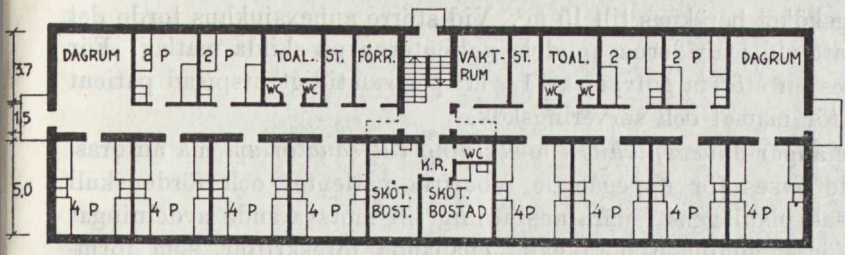


Toalettrum vid blandad avdelning
med 40 vårdplatser.
Yta: 10,5 m².

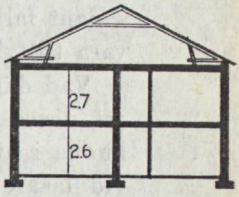


ANNEXSJUKHUS I ANSLUTNING TILL LASARETT.

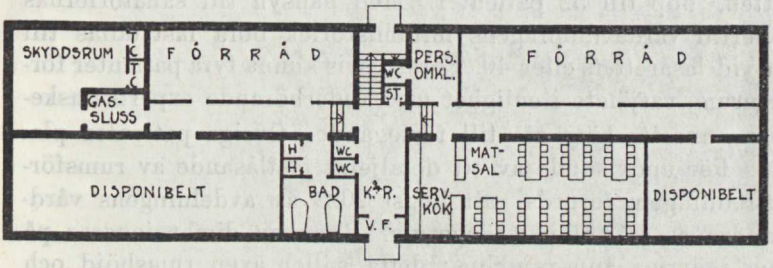
Principskiss till annexsjukhus med 40 vårdplatser.



BOTTENPLAN

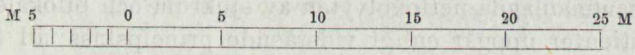


SEKTION



SOUTERRÄNGPLAN

8 st. 4-pat.-salar	32 pat.	80 %	
4 » 2- » -rum	8 »	20 %	
Totalt	40 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	208,8 m²	61,2 %	5,22 m²/pat.
Bilokaler	80,1 »	23,5 %	2,00 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	52,2 »	15,3 %	1,31 »
Total nettoyta	341,1 m²	100,0 %	8,53 m²/pat.



omkring 55 m². För det fall att inom en och samma avdelning vårdas både män och kvinnor, har det ansetts välbetänkt att bereda bostad åt assistentsköterska inom avdelningen.

Det har synts utredningen erbjuda bestämda fördelar, om golvytan av den egentliga vårdavdelningen — således oberäknat eventuella bostäder — i detta fall icke detaljfördelas. Bestämmelserna synas lämpligen kunna utformas så, att för annexavdelningen i dess helhet en bestämd högsta nettogolvyta per vårdplats fastställes. På grundval av de verkställda undersökningarna kan såsom mått på densamma skäligen föreslås 9,5 m², vilken siffra således innesluter önskvärd marginal med hänsyn till växlande organisatoriska förutsättningar.

I souterrängvåning till annexsjukhus skulle anordnas kapprum och toaletter, matsal med serveringskök, förrådsrum, omklädningsrum för personal, badrum och skyddsrum. Matsalens storlek kan för 40 patienter angivas till 48 m², serveringsköket beräknas till 15 m². Vid större annexsjukhus torde det vara lämpligt att vid måltiderna uppdela patienterna på skilda matlag. För sådant fall synes en största golvyta av 1,5 m² per samtidigt utspisad patient vara tillfyllest för matsal och serveringskök.

Vad därefter angår *annexsjukhus i anslutning till sanatorium* må anföras, att dessa skulle avses för uppegående feberfria patienter och fördenskull kunna i huvudsak planläggas i nära anslutning till motsvarande avdelningar vid lasarett. För intagningen böra gälla enahanda föreskrifter, som förutsatts meddelade i fråga om lasarettens annexsjukhus.

Vårdavdelningarna hava synts lämpligen kunna göras något större än i fråga om lasaretten, upp till 52 patienter. Med hänsyn till sanatoriernas numerär lär emellertid vårdavdelningens minimistorlek böra fastställas till samma siffra som vid lasaretten eller 40. Förslagsvis kunna fyra patienter förläggas i två 2-sängsrum, varjämte i enlighet med vederbörande experts önskemål fyra 1-sängsrum ansetts böra stå till förfogande. Övriga patienter placeras i 4-sängsrum. För undvikande av ett detaljerat fastlåsande av rumsfördelningen vill utredningen förorda, att högst 20 % av avdelningens vårdplatser skola få anordnas i 1- eller 2-sängsrum. Rummen dimensioneras på enahanda sätt som i övriga annexsjukhus; detta gäller även rumshöjd och korridorbredd. Maximiytan för 1-sängsrum föreslås till 9 m² eller samma yta som tidigare förordats i fråga om hem för kroniskt sjuka; i reumatikervårdsakkunnigas förslag upptaga enkelrummen en yta av 8,9 m².

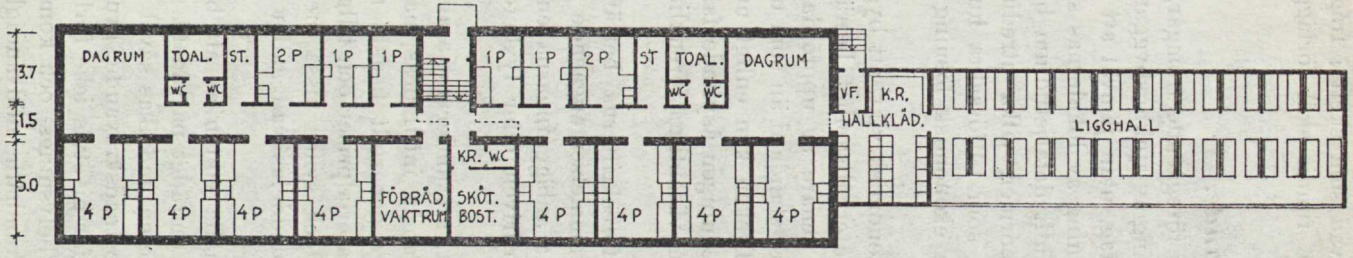
Erforderliga bilokaler äro: ett eller två dagrum, städrum, förrådsrum, vaktrum samt toalettrum. För toalettrum, städrum, vaktrum och förråd beräknas samma ytor som i fråga om annexsjukhus vid lasarett, d. v. s. resp. 22, 12, 12 och 9 m². Dagrumsutrymmet kan med hänsyn till att det här gäller patienter, som under en längre tid vistas å avdelningen, angivas till cirka 1 m² per person. Den sammanlagda nettogolvytan av sjukrum och bilokaler i en avdelning på 40 patienter uppgår enligt vidstående principskiss till (220 + 88 =) 308 m². Därtill komma trafikytor — bortsett från trapphus med tillhörande korridordel — å 56 m². Totala nettogolvytan utgör således 364 m² eller 9,1 m² per patient. Den sammanlagda nettoytan för vårdsalar och -rum, bilokaler och trafikytor synes sålunda i detta fall, med beaktande av växlande organisatoriska förutsättningar, kunna angivas till högst 10 m² per vårdplats.

Vårdavdelning av annexsjukhus vid sanatorium bör förses med ligghall jämte kapprum och förråd för hallkläder.

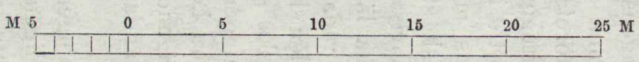
I källar- eller souterrängvåning anordnas erforderliga förråds- och arbetslokaler, badrum, omklädningsrum för personal, skorum samt skyddsrum. Särskild matsalsavdelning är icke påkallad i annexsjukhuset, då det förutsättes, att patienterna intaga sina måltider i huvudsjukhusets matsal.

ANNEXSJUKHUS I ANSLUTNING TILL SANATORIUM.

Principskiss till annexsjukhus med 40 vårdplatser.



8 st. 4-pat.-salar	32 pat.	80 %	
2 » 2- » -rum	4 »	20 %	
4 » 1- » »	4 »		
Totalt	40 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum	219,9 m²	60,6 %	5,50 m²/pat.
Bilokaler	87,5 »	24,1 %	2,19 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	55,8 »	15,3 %	1,89 »
Total nettoyta	363,2 m²	100,0 %	9,08 m²/pat.



I principiell överensstämmelse med vad som skett i fråga om lasarettsanslutet annexsjukhus har utredningen funnit skäl förlägga en personalbostad inom avdelningen.

Byggnadernas material och utförande.

Utredningens avsikt har, såsom av det föregående framgår, varit icke allenast att söka åvägabringa en systematisering av sjukhusbyggandet till fromma för planläggningen av nya byggnadsföretag, utan jämväl att i samband härmed söka åstadkomma en skälig begränsning av lokalernas storlek. För det projekteringsarbete, som under omsorgsfullt detaljstudium bör föregå byggnadsföretagens igångsättande, böra de normer, vilka utredningen förordat, kunna lämna sådana tekniska riktlinjer, som tillförsäkra huvudmännen för byggnadsföretagen en ändamålsenlig och ekonomisk lösning av förevarande byggnadsfrågor.

Emellertid är det ävenledes av stor ekonomisk vikt, att byggnadsföretagen genomföras med iakttagande av nödig återhållsamhet beträffande material och teknisk standard. Åtskilliga under senare år uppförda sjukhusanläggningar uppvisa i dessa avseenden en högre standard än som under nuvarande ekonomiska läge kan anses försvarlig. Tvekan kan enligt utredningens mening icke råda därom, att i dessa av utredningen åsyftade fall fullgoda sjukvårdslokaler skulle kunnat vinnas, även om väsentliga förenklingar i den byggnadstekniska standarden vidtagits.

Utredningen har därför ansett, att föreskrifterna beträffande planläggningen böra kompletteras med vissa bestämmelser angående material och utförande, ägnade att tillförsäkra de skilda anläggningarna en skälig och likformig standard, samtidigt som en överdriven eller lyxbetonad sådan förhindras.

Utredningen har härvid icke förbisett, att under nuvarande förhållanden och säkerligen under en avsevärd tid framåt, intill dess materialmarknaden stabiliserats, svårigheter uppstå att mera generellt fastslå materialstandard och konstruktionsdetaljer. Växlingar i materialpriser och tillgång på material äro härvidlag av väsentlig betydelse. Dock synas vissa mera allmängiltiga föreskrifter vara behövliga och kunna meddelas vad gäller utnyttjandet av material och konstruktioner.

Till en början vill utredningen framhålla vikten av att byggnaderna placeras inom det för bebyggelsen avsedda området på sådant sätt, att onödiga kostnader beträffande grundläggningsarbeten undvikas såväl i fråga om mera omfattande sprängningsarbeten som kostnadskrävande grundförstärkningsarbeten. Tillgodoseendet av detta krav får givetvis icke förhindra, att byggnaderna erhålla en lämplig placering ur belysnings- och kommunikationssynpunkt. Emellertid måste utredningen framhålla nödvändigheten av att en noggrann undersökning av markförhållandena verkställes och att byggnaderna, där så kan ske, förläggas å tomten så, att möjligheterna att utnyttja en god undergrund tillvaratagas.

Vidare bör vid såväl tomtval som byggnadernas förläggning inom markområdet beaktas, att kostnaderna för utvändiga ledningsarbeten av olika slag i möjligaste mån nedbringas. Detta gäller icke allenast vatten- och avloppsledningar utan även mellan byggnaderna förlagda värmeledningskulvertar, vilka ej heller böra givas större dimensioner än som oundgängligen krävas. I många fall torde frågan om dagvattenavledning böra noggrant studeras för kostnadernas nedbringande. I det fall att valet av tomtplats är fritt, bör aktgivas på att avlägsnandet av spillvatten kan ske medelst ledningar av minsta möjliga längd. Grundvattenståndet är ävenledes en faktor att härvidlag beakta för undvikande av dyrbara tätningsåtgärder med avseende på källarlokalerna.

I regel torde vid byggnader av över en vånings höjd bärande väggkonstruktioner böra utföras av tegel eller betong. Nyare rön beträffande konstruktion av ytterväggar för nedbringande av uppvärmningskostnaderna böra tillgodogöras. Utredningen anser icke skäl föreligga att för byggnader av en vånings höjd utesluta vägg- och övre bjälklagskonstruktion av trä, i all synnerhet i sådana delar av landet, där anskaffandet av tegel föranleder höga transportkostnader. Utredningen förutsätter, att vederbörligt medgivande härtill lämnas.

Bjälklagskonstruktionerna variera numera väsentligt och ofta nog användas korsarmerade plattor. Häremot är intet att erinra, därest plattorna givas sådan tjocklek, att de ur ljudisoleringssynpunkt bliva tillräckliga allenast medelst en tunn isoleringsmatta under golvlaget.

Taklagen böra, därest speciella luftskyddssynpunkter icke föreligga, göras av trä. Som taktäckningsmaterial är plåt och taktegel för närvarande ur ekonomisk synpunkt att föredraga, och annat material bör användas endast i sådana fall, då detsamma ur kostnadssynpunkt kan bliva närmelsevis likvärdigt med de förenämnda materialen.

I regel böra socklar göras av betongmaterial. Endast då särskilt vägande estetiska synpunkter därtill nödga, böra socklar av natursten komma i fråga.

För de icke bärande mellanväggarna finnas i marknaden tillgängliga relativt goda och billiga plattor.

Vad i övrigt gäller byggnadsstommen bör aktgivas på att byggnadsterminen så förlägges i förhållande till årstidernas växlingar, särskilt i de nordliga delarna av landet, att stommen uppföres under den blidare delen av året och att den kallare årstiden utnyttjas för dess inredande. I regel torde härigenom icke oväsentliga besparingar kunna åstadkommas och byggnadens kvalitet förbättras.

Fönster- och dörrsnickerier samt skåp- och hyllinredningar utföras av furu- eller granvirke varvid virkeskvaliteten anpassas efter behovet. På karmar kunna fordringarna ställas väsentligt lägre än vad beträffar fönsterbågar och spröjsar. Vid val av släta dörrtyper bör tillses att tillförlitlig konstruktion kommer till användning, ävensom att de äro väl ägnade för enkel ytbehandling. Åtskilliga fabriker föra i marknaden standardsnickerier, som

i vissa fall böra kunna utnyttjas för kostnadernas begränsande. I vart fall bör aktgivas på att antalet dörr- och fönstertyper i möjligaste mån nedbringas. Större fönsterytor än behoven påkalla, böra undvikas. Om möjligt bör rutstorleken begränsas så, att enkeltjockt glas kan användas. I marknaden förekommande specialtyper av fönster böra komma till användning endast där förhållandena göra detta nödvändigt eller särskilda fördelar härigenom vinnas. Utredningen vill därjämte framhålla, att fönsterbänkar med fördel kunna utföras av trä med beläggning av hård träfiberplatta istället för av kalksten.

Vissa besparingar kunna ernås genom att puts å takyta av betong uteslutes. I vart fall bör takputs i källarlokaler icke förekomma. Framhållas må, att byggnadsstyrelsen i stor utsträckning uteslutit takputs i såväl sjukhus som förvaltningsbyggnader.

Väggbehandling bör i regel ske med puts, som målningsbehandlas efter behov. Väggbeklädnad med kakel eller klyvtegel erfordras allenast i vissa köks-, bad- och bilokaler. Höjden av sådan väggbeklädnad bör anpassas efter lokalens art och i möjligaste mån begränsas. Endast undantagsvis torde dylik beklädnad behöva överstiga 1,6 meters höjd. I operationsavdelningar torde betryggande sanitet vinnas genom god målningsbehandling å vanlig slätputs. Träpaneler å väggar böra endast förekomma som skydd mot åverkan.

I byggnader med bjälklag av betong böra trapporna erhålla stomme av betong, vari jämväl innefattas trappor av blocksteg. I huvudtrappor utsatta för större slitning kunna gång- och sättsteg lämpligen göras av slitstark kalksten, under det att i bitrappor o. d. den i regel billigare cementmosaiken bör utnyttjas.

Golvbeläggning i sjukhuslokaler utgöres i regel av linoleum eller motsvarande material, som bör inläggas på underlag av stålslipad betong. Uti operationsavdelningar och motsvarande lokaler hava golv av cementmosaik ansetts lämpliga, enär de sakna fogar i samma omfattning som golv av sintrade plattor. De äro ävenledes att föredraga ur kostnadssynpunkt. I röntgen- och laboratorielokaler kan även långstav ifrågakomma. I kökslokaler och lokaler med sanitära anordningar bör i regel begagnas golvmassa, golvplattor av sintrat material eller cementmosaik. Socklar utföras av samma material.

Beträffande värmesystemet bör central pannanläggning eftersträvas. Endast där kulvertar mellan byggnaderna på grund av betydande längd eller med hänsyn till dyrbara sprängningsarbeten förorsaka höga kostnader böra enskilda värmecentraler ifrågakomma. Panntyper med allt högre verkningsgrad komma i marknaden, vilket bör beaktas vid val av pannor.

Det s. k. crittallvärmesystemet med värmealstrarna förlagda till den bärande betongplattan i bjälklagen kan erbjuda fördelar vid sjukhusanläggningar, och de ekonomiska förutsättningarna för detsamma böra därför från fall till fall prövas.

I regel torde inom lasarett och sanatorier mekanisk ventilation av vissa

lokaler vara nödvändig. Ekonomiska hänsyn påkalla emellertid, att dylika anordningar begränsas till sådana lokaler, där en snabbare luftomsättning är av nöden. Likaledes bör prövas, om det icke vid större anläggningar kan visa sig ekonomiskt fördelaktigt att anordna varmvattenberedning inom de olika byggnaderna med användande av hetvattentillförsel från panncentralen.

Där elektrisk energi står till buds för billigt pris bör övervägas, huruvida besparing kan uppnås genom att utnyttja densamma för koknings- och stekningsändamål, uppvärmning av autoklaver o. d.

Vad angår annexsjukhusen hava anspråken på material i flera hänseenden synts kunna begränsas utöver vad i fråga om lasarett och sanatorier ansetts möjligt. I denna del har förslaget närmare anpassats efter de tidigare av utredningen förordade normerna för hem för kroniskt sjuka och för lättskötta sinnessjuka.

Utredningen har ansett sig böra framlägga dessa synpunkter i avsikt att lämna vissa allmänna riktlinjer för en ekonomisk granskning och kontroll av framlagda förslag. I de normerande föreskrifter rörande material och byggnadernas utförande, som utredningen i sitt förslag närmare utformat, har utredningen i korthet sammanfattat de synpunkter, som här utvecklats. De anvisningar, som utredningen förutsätter komma att i anslutning till föreskrifterna meddelas, böra med större fullständighet uppmärksamma hithörande spörsmål.

Slutligen må framhållas, att utredningen vid avfattandet av föreskrifterna angående material och utförande låtit sig angeläget vara att tillse, att hinder icke resas mot sådant utbyte av material, som motiveras av den byggnadstekniska utvecklingen och icke föranleder kostnadsökning.

I bilagda utkast till kungörelse med föreskrifter angående planläggning och utförande av byggnad för lasarett eller sjukstuga, av byggnad för sanatorium samt av byggnad för annexsjukhus i anslutning till lasarett eller sanatorium (Bil. 1—3) har utredningen sammanfattat de normerande bestämmelser, vilkas innebörd i det föregående närmare utvecklats.

Såsom framgår av vad utredningen anfört avses de föreslagna normerna att närmast komma i tillämpning i fråga om nybyggnader. — Det ligger emellertid i sakens natur, att även vid till- eller ombyggnad föreskrifterna böra lända till efterrättelse i den utsträckning så är praktiskt möjligt.

EPIDEMISJUKHUS.

1. Anvisningar rörande epidemisjukvårdens ordnande.

I en år 1918 utgiven publikation har medicinalstyrelsen sammanställt ritningar till nyare epidemisjukhus i Sverige. Ritningarna angivas icke vara att anse såsom mönsterritningar, vilka utan vidare kunde läggas till grund för uppgörandet av förslag till nya epidemisjukhus, men syntes likväl kunna tjäna till ledning vid uppförandet av byggnader för angivna ändamål. I publikationen framlade medicinalrådet F. Bissmark vissa riktlinjer avseende epidemisjukvårdens ordnande i stort samt beträffande sjukhusens läge och inredning. Riktlinjerna i fråga innebära huvudsakligen följande.

Med avseende å epidemisjukvårdens allmänna planläggning kunna generella anvisningar icke givas. En stor anstalt är i och för sig att föredraga framför en liten. I landets sydliga hälft torde det i regel vara fördelaktigast att inrätta ett mindre antal stora, vid kommunikationscentra belägna sjukhus. Om små sjukhus likväl icke kunna undvaras, böra de förläggas å platser med så goda kommunikationer och så nära läkarstation som möjligt.

Ett epidemisjukhus bör icke hava ett isolerat läge. Man bör i stället sträva efter att förlägga det till en någorlunda bekvämt tillgänglig plats, varvid dock ett tillräckligt stort tomtområde bör stå till förfogande. Någon risk för smittspridning är därav icke att befara.

Inom ett epidemisjukhus fordras ett flertal från varandra väl isolerade vårdavdelningar. Det är dessutom önskvärt, att varje särskild avdelning äger isoleringsmöjligheter. För sådant ändamål är det lämpligt, att några smärre sjukrum finnas jämte de större sjuksalarna. Erfarenheten har alltmer visat behovet av särskild observationsavdelning. En sådan kan mången gång utom för sitt egentliga ändamål även användas för vård av enstaka sjukdomsfall med känd diagnos.

Vid bestämmandet av storleken av ett epidemisjukhus bör hänsyn givetvis tagas till det område, för vilket sjukhuset är avsett. För tätare och någorlunda tätt bebodda områden bör sjukhuset icke byggas med mindre än två vårdavdelningar och två observationsrum. En lämplig medelstorlek kan angivas till tre vårdavdelningar med tillsammans minst tre observationsrum. Storleken av varje avdelning är likaledes beroende på den folkmängd, för vilken sjukhuset beräknats. Önskvärt är, att varje vårdavdelning omfattar minst två större eller medelstora rum samt åtminstone ett mindre rum. Observationsavdelningarna böra göras relativt rymliga. Det har visat sig lämpligt att å dessa avdelningar förutom smårum med en säng i varje rum inrätta jämväl några större rum (för 2—4 sängar).

Till varje vårdavdelning och till observationsavdelningen hör ett badrum. Såvitt möjligt bör bad för läkare och övrig personal anordnas. Klosettrum erfordras för varje vårdavdelning och för varje observationsrum; för personalen särskilda klosetter. Vid de olika avdelningarna böra finnas sköljrum med rymlig vask. Badrummen böra placeras så, att de få direkt ljus och kunna utluftas genom fönster. Även klosetterna böra erhålla direkt belysning. Både badrum och klosett skola

helst förläggas så, att utluftning med hjälp av eldstadsledning kan ordnas. Sköljrummen böra vara skilda från klosettrummen. Det är önskvärt, att förrådsrum av tillräcklig storlek anordnas å varje avdelning.

Varje vårdavdelning bör hava sina särskilda in- och utgångar. På en väl skött och snyggt hållen avdelning är det tillräckligt med en in- och en utgång, som då emellertid icke bör vara förlagd till badavdelningen. En extra utgång från badets påklädningsrum är icke olämplig men strängt taget obehövlig.

För de sjukas anhöriga bör finnas en särskild passage, som icke begagnas av sjukhusets funktionärer. Vid mindre sjukhus kan man inskränka sig till att låta de anhöriga se sina sjuka genom byggnadens ytterfönster.

Vid de större sjukhusen finnes i regel operationsrum åtminstone vid difteriavdelningen. De medelstora och mindre sjukhusen sakna däremot i allmänhet operationsrum, och ett sådant rum kan måhända utan svårighet undvaras. Man bör därför, när det ej gäller de större sjukhusen, icke vara för sträng i sin fordran på särskilt operationsrum.

Fördelaktigt är, om särskild mottagningsavdelning kan inrättas. För mindre sjukhus är detta dock av ekonomiska skäl knappast möjligt. På många håll saknas särskilt läkarrum. Man bör dock så långt möjligt fasthålla vid att åtminstone ett expeditionsrum och ett laboratorium avses för läkaren.

För sjukhusens uppvärmning är centraluppvärmningssystemet det lämpligaste.

Ekonomiavdelningen förlägges vid de större sjukhusen till en särskild byggnad. I de mindre anstalterna placeras köket i själva sjukhusbyggnaden. Därvid måste emellertid noga tillses, att isoleringen från sjukavdelningarna är fullt betryggande utan att dock mer än nödigt försvåra kökets uppgifter gentemot dem. Det är av betydelse, att köket är rymligt samt försett med serveringsrum, skafferi och i övrigt erforderliga förrådsrum och källare.

Ett epidemisjukhus bör hava ett tillräckligt rymligt huvudförråd jämte lämplig förvaringsplats för patienternas egna kläder.

Tvättstuga bör helst finnas vid sjukhuset.

Synnerligen önskvärt är, att sjukhusen äro försedda med desinfektionsugn. Vakuumformalinugnar med ånga äro för närvarande att anse såsom de bästa. Vanliga desinfektionsugnar med ånga duga även men äro de förstnämnda underlägsna. För behandling av tvättkläder böra finnas härför avsedda ånggrytor. Vid mindre anstalter har man av kostnadsskäl måst nöja sig med enklare anordningar. För desinfektionen bör i alla händelser ett särskilt rum vara anordnat.

De i det föregående angivna önskemålen avse huvudsakligen stora och medelstora epidemisjukhus. På de mindre sjukhusen kunna ej fullt samma krav ställas. En fordran kan man dock ej slå av på, nämligen en tillfredsställande isolering mellan de skilda avdelningarna. I detta hänseende erinras, att ett för två sjukavdelningar gemensamt badrum icke är fullt lämpligt.

Sjukhusbyggnadens planläggning kan ske på olika sätt. Mittkorridortypen har emellertid mer och mer vunnit terräng framför övriga typer. Korridoren får i detta fall även tjänstgöra såsom dagrum. I sjukhus, som uppföras enligt detta system, bör såvitt görligt, åtminstone om sjukhuset är någorlunda stort, centraluppvärmning anordnas.

2. Tillämpningen av meddelade anvisningar.

Utredningen har verkställt undersökning beträffande storleken av vård-, observations- och operationsavdelningar vid vissa epidemisjukhus. Byggnadsverksamheten på epidemisjukvårdens område har emellertid under de senaste årtiondena varit obetydlig. Endast sex vårdavdelningar, sex observations-

avdelningar och tre operationsavdelningar hava, såvitt för utredningen är känt, tillkommit under den av undersökningen berörda tidsperioden.

De vid undersökningen framkomna siffrorna hava beträffande vård- och observationsavdelningarna sammanställts i tabellerna 30—33.

Tabell 30. De undersökta avdelningarnas platsantal och tiden för ritningarnas upprättande.

Sjukhus	Ritning upprättad år	Avdelningens vårdplatsantal
Vårdavdelningar:		
Kalmar	1933	16
Luleå a)	1938	18
» b)	»	8
Stockholm	1940	25
Hässleholm	1942	20
Örnsköldsvik	1943	24
Observationsavdelningar:		
Kalmar	1933	11
Luleå	1938	4
Linköping a)	1942	14·5
» b)	»	10·5
Hässleholm	»	10
Örnsköldsvik	1943	22

Av tabell 30 framgår, att platsantalet å vårdavdelningarna utgör, vid den år 1938 ritade avdelningen vid Luleåsjukhuset 8 och vid den år 1940 projekterade avdelningen i Stockholm 25. Platsantalet vid observationsavdelningarna växlar mellan 4 (Luleå) och 22 (Örnsköldsvik). Någon bestämd tidstendens synes icke kunna utläsas ur siffrorna.

Tabell 31 giver vid handen, att sjukrum för flera än 4 patienter icke i något fall anordnats; dessa variera mellan 27,2 och 34,1 m² (maximiytan 25 % större

Tabell 31. Sjukrummens storlek i m².

Sjukhus	4-patientsal	3-patientrum	2-patientrum	1-patientrum	Sjukrummens totala nettoyta
Vårdavdelningar:					
Kalmar	—	—	15·8; 14·1	—	123·0
Luleå a)	29·0	—	13·7	—	128·0
» b)	29·0	—	13·7	—	56·4
Stockholm	34·1	26·5; 25·9	23·4	18·3; 17·4; 16·8	249·5
Hässleholm	27·4	—	15·0	—	139·2
Örnsköldsvik	27·2	—	15·6	9·6	170·8
Observationsavdelningar:					
Kalmar	—	—	15·8	15·3; 13·7	122·6
Luleå	—	—	—	13·7	54·8
Linköping a)	—	24·7	19·7; 18·7	15·0	154·1
» b)	—	24·7	18·7	15·0	115·7
Hässleholm	—	—	—	12·7	126·6
Örnsköldsvik	—	26·8	19·6	13·3; 16·0	231·7

än minimiytan). 3-patientrummens ytor äro inom vårdavdelningarna 25,9 och 26,5 m² (Stockholm) och variera inom observationsavdelningarna mellan 24,7 och 26,8 m²; 2-patientrummen variera inom vårdavdelningarna mellan 13,7 m² (Luleå) och 23,4 m² (Stockholm) och inom observationsavdelningarna mellan 15,8 och 19,7 m²; 1-patientrummen slutligen variera inom vårdavdelningarna mellan 9,6 och 18,3 m² (den senare siffran gäller Stockholm) och inom observationsavdelningarna mellan 12,7 och 16,0 m². Vid sjukhuset i Stockholm äro vårdavdelningens sjukrum utrustade med badrum och slussar, vilket förhållande medfört en ökning av rumsytorna.

Storleken av bilokaler och trafikytor framgår av tabell 32.

Tabell 32. Bilokalernas och trafikytornas storlek i m².

Sjukhus	Sköljrum	Serveringskök	Vaktrum, personalgarderober	Toalettrum	Badrum, omklädn.	Avdelningsförråd	Övriga rum		Total yta av bilokaler	Trafikytor (korridorer, passager)
Vårdavdelningar:										
Kalmar	7·1	10·5	6·6	2·2	7·1	6·0	—	—	39·5	47·3
Luleå a)	7·6	9·7	7·6	3·0	17·7	9·7	dagrum disponibelt	16·5 7·6	79·4	54·0
» b)	7·6	4·9	3·8	1·5	8·9	4.8	dagrum	16·5	48·0	24·9
Stockholm	13·5	15·0	4·8	1·3	—	21·3	lab.	3·1	59·0	93·0
Hässleholm	9·5	8·5	9·1	12·5	15·7	15·9	behandl.-rum dagrum	9·4 17·3	97·9	72·3
Örnsköldsvik	7·1	9·9	4·5	12·0	16·4	5·3	»	10·2	65·4	56·9
Observationsavdelningar:										
Kalmar	7·1	10·5	6·6	2·2	7·1	4·0	—	—	37·5	48·6
Luleå	7·6	4·8	3·8	1·5	8·8	4·9	—	—	31·4	23·3
Linköping a)	9·3	9·6	—	—	—	6·4	smutskläder	5·8	31·1	43.0
» b)	9·0	9·2	8·8	—	—	6·0	»	6·2	39·2	33·1
Hässleholm	5·8	10·8	10·6	—	—	28·6	»	5·6	61·4	56·0
Örnsköldsvik	7·7	8·1	8·2	2·5	—	7·0	—	—	33·5	81·0

Den totala ytan av bilokalerna är genomgående mindre vid observationsavdelningarna (variation mellan 31,1 och 61,4 m²) än vid vårdavdelningarna (variation mellan 39,5 och 97,9 m²), beroende på att i de förra i allmänhet icke ingå badrum och toalettrum för patienterna, under det att de senare förutom med dessa utrymmen i vissa fall utrustats jämväl med dagrum. Motsvarande iakttagelse kan göras beträffande trafikytorna, som för observationsavdelningarna variera mellan 23,3 och 81,0 m² och för vårdavdelningarna mellan 24,9 och 93,0 m².

Fördelningen av nettoytan per vårdplats framgår av tabell 33.

Av tabellen inhämtas följande. Nettoytan för sjukrum, uträknad per patient, är för vårdavdelningarna i Kalmar, Luleå, Hässleholm och Örnsköldsvik i det närmaste lika, 7,0—7,7 m². Stockholms vårdavdelning, vilken som redan nämnts är organiserad enligt observationsavdelningssystem, visar på

Tabell 33. Nettoytornas fördelning i m² per vårdplats.

Sjukhus	Sjukrumsyta per vårdplats	Bilokalsyta per vårdplats	Trafikyta per vårdplats	Totalyta per vårdplats
Vårdavdelningar:				
Kalmar	7·7	2·5	2·9	13·1
Luleå a)	7·1	4·4	3·0	14·5
» b)	7·1	6·0	3·1	16·2
Stockholm	10·0	2·4	3·7	16·1
Hässleholm	7·0	4·9	3·6	15·5
Örnsköldsvik	7·1	2·7	2·4	12·2
Observationsavdelningar:				
Kalmar	11·2	3·4	4·4	19·0
Luleå	13·7	7·9	5·8	27·4
Linköping a)	10·6	2·1	3·0	15·7
» b)	11·0	3·7	3·2	17·9
Hässleholm	12·7	6·1	5·6	24·4
Örnsköldsvik	10·5	1·5	3·7	15·7

grund av detta en större yta, 10,0 m². Vid observationsavdelningarna är ytan större än å vårdavdelningarna. Den företer dessutom avsevärda variationer, från 10,5 m² i Örnsköldsvik till 13,7 m² i Luleå. Skillnaden, beräknad på den lägsta siffran, uppgår till 30 %.

Bilokalsytan per patient utgör vid vårdavdelningen i Kalmar 2,5 m² och är vid den mindre vårdavdelningen i Luleå — med halva vårdplatsantalet — i det närmaste två och en halv gång så stor, 6,0 m². Vårdavdelningen i Stockholm har en bilokalsyta av 2,4 m² per patient. I fråga om observationsavdelningarna uppvisar Luleåanstalten likaledes maximisiffran, 7,9 m². I övrigt växlar ytan mellan 1,5 m² (vid Örnsköldsviksavdelningen) och 6,1 m² (vid observationsavdelningen i Hässleholm). Variationen är således högst betydande. Även beträffande bilokalerna framträder tydligt, att avdelningar med mindre platsantal fordra större nettoyta per patient än avdelningar med större platsantal.

Med avseende å trafikytorna kunna liknande resultat påvisas. Nettoytan per patient vid vårdavdelningarna uppgår till 2,4 m² i Örnsköldsvik och 3,6 m² i Hässleholm (50 % differens). För Stockholmsavdelningen är motsvarande siffra 3,7 m². Toppsiffran inom observationsavdelningarna tillkommer Luleåsjukhuset med 5,8 m². För övrigt ligga ytorna mellan 3,0 m² (vid den större av Linköpingsavdelningarna) och 5,6 m² (vid Hässleholmsanstalten).

En jämförelse mellan de totala nettoytorna utvisar, att vårdavdelningarna i Örnsköldsvik och Luleå (mindre avdelningen) omfatta 12,2 resp. 16,2 m² per patient. Observationsavdelningarnas totalyta varierar mellan 15,7 m² (Örnsköldsvik samt den större avdelningen i Linköping) och 27,4 m² (Luleå). Skillnaderna äro alltså betydande. I fråga om vårdavdelningarna ligger maximisiffran 33 % över minimisiffran. För observationsavdelningarna är motsvarande procentsiffra 75.

Fördelningen av ytorna inom *operationsavdelningar* vid epidemisjukhus framgår av tabell 34.

Tabell 34. Nettoytorna i m² vid operationsavdelningar.

Sjukhus	Väntrum	Rum för läkare och undersökning	Operationsrum	Laboratorium	Biutrymmen	Trafikytor	Total nettoyta
Linköping	(i korridor)	11·6	13·1	19·4	15·5	16·5	76·1
Hässleholm	9·4	15·8	19·3	11·4	19·1	24·2	99·2
Örnsköldsvik	8·4	5·7	15·1	4·0	—	6·3	39·5

De undersökta operationsavdelningarna omfatta synnerligen varierande ytor, från 39,5 m² i Örnsköldsvikssjukhuset till 99,2 m² i Hässleholm. Anspråken på samtliga de olika utrymmena ha varit växlande. I Linköping har separat väntrum ej anordnats utan korridoren utnyttjats för ändamålet. Rum för läkare och undersökning varierar mellan 5,7 och 15,8 m², operationsrum mellan 13,1 och 19,3 m², laboratorium mellan 4,0 och 19,4 m² och trafikytor mellan 6,3 och 24,2 m². I Örnsköldsvik ha ytterligare utrymmen ej tillhandahållits, under det att i Linköping 15,5 och i Hässleholm 19,1 m² reserverats för biutrymmen.

3. Utredningen.

Förläggning och organisation. Under den förhållandevis långa tid, som förflutit sedan de av medicinalstyrelsen meddelade anvisningarna till ledning för byggande av epidemisjukhus tillkommo, hava anspråken på vårdmöjligheternas beskaffenhet icke oväsentligt stegrats, samtidigt som de vetenskapliga framstegen öppnat nya möjligheter för epidemibekämpandet. Utvecklingen återspeglas i de sjukhusanläggningar, för vilkas allmänna planläggning och utrymmesstandard i det föregående lämnats en kortfattad redogörelse. Denna belyser närmare den konstaterbara stegringen i utrymmesstandard och lokalfordringar.

Jämväl i fråga om nu förevarande sjukvårdsanstalter har utredningen låtit sig angeläget vara att söka uppnå en ur anläggnings- och driftsynpunkt ekonomisk planläggning utan eftergivande av skäliga anspråk på vårdens beskaffenhet. Därvid har utredningen i väsentliga delar kunnat giva sin anslutning till det detaljerade program, som framlagts av den expert, med vilken utredningen haft att samråda.

Vad till en början angår epidemisjukhusens förläggning, har under expertöverläggningarna med styrka betonats vikten av att denna väljes så, att å ena sidan lasarettets resurser kunna tillgodogöras vid epidemisjukvården och å den andra epidemisjukhusen, särskilt under perioder av låg epidemifrekvens, kunna anlitas för vård av därför lämpade lasarettsfall. Det vill förefalla

utredningen som om en tillämpning av en dylik förläggningsprincip skulle erbjuda påtagliga fördelar ur olika synpunkter.

Under överläggningarna har därjämte framhållits, att vid en rationell anordning av epidemisjukvården en differentiering framstode såsom möjlig å dels centrala *epidemisjukhus,* på sätt nyss framhållits anknutna till lasarett och avsedda för vården av de svårare sjukdomsfallen — sådana som fordra mera utvecklade medicinska resurser — dels i mån av ytterligare behov enklare *epidemisjukstugor,* avsedda för okomplicerade vårdfall och om möjligt förlagda till någon provinsialläkarstation i områdets periferi med eller utan sjukstuga.

I fråga om epidemisjukhusens *organisation* har, såsom förut framhållits, hittills den ordningen tillämpats, att sjukhuset vanligen inneslutit såväl vårdavdelningar i erforderligt antal som särskild observationsavdelning. Härvid har i regel ett system med fristående paviljonger kommit till användning. Under överläggningarna har uttalats, att så anordnade sjukhus ställa sig relativt dyrbara i drift. Paviljongerna, som vardera endast kunna mottaga en sjukdom eller sjukdomskombination, kunna icke göras alltför små. De kunna därför ofta icke helt utnyttjas, ibland endast till en mindre del, och kostnaderna för underhåll och drift låta sig icke nedbringa i relation till beläggningen. Erfarenheten ådagalägger också, att observationsavdelningarna i stor utsträckning utnyttjats även för den fortsatta vården.

I syfte att möjliggöra en fullgod vård under mindre ogynnsamma ekonomiska villkor har från experthåll förordats den anordningen, att observationsavdelningens isoleringsprincip tillämpas på lämpligt avvägda avdelningar, som innehålla rum och salar för 1—6 patienter. I en sådan vårdavdelning skulle varje rumsenhet helt isoleras från de övriga och därför förses med särskild ingång från det fria samt egen toalett- och badavdelning. Då förbindelsen med avdelningens korridor och övriga lokaler skulle förmedlas genom en smittsluss, anses smittöverföring mellan rummen praktiskt taget utesluten. Patienten kommer in i rummet och lämnar detsamma genom dörren till det fria. Samma väg passerar också hans tvätt, gångkläder o. d. Personalen — men endast den — har tillträde genom slussen till avdelningskorridoren.

En efter dessa principer anordnad vårdavdelning vid epidemisjukhuset i Stockholm har visat sig lika ekonomisk i drift som sjukhusets äldre, »öppna» avdelningar, när de äro fullbelagda; komplikationer på grund av sekundärinfektion ha visat sig färre på denna vårdavdelning, varigenom vårdtiden förkortats. Därtill kommer såsom den kanske största vinsten, att man tidvis sluppit öppna en eller två ytterligare avdelningar, som skulle fått gå endast delvis belagda.

Utredningen har ansett sig böra förorda, att normerna för byggande av epidemisjukhus avfattas i anslutning till den ståndpunkt, som experten utvecklat. Enligt sagda plan skulle en uppdelning i särskilda observations- och vårdavdelningar ur medicinsk synpunkt icke vara av behovet påkallad. Vad de ifrågasatta epidemisjukstugorna angår hava visserligen de individuella

isoleringsmöjligheterna vid desamma ansetts kunna begränsas. Emellertid har det vid överläggningarna framgått, att anspråken på lokalutrymmen dock ställas relativt höga och då det därjämte ur praktisk synpunkt funnits tveksamt, om behov av ekonomiskt tillfredsställande vårdenheter kunde mera allmänt anses vara för handen, har utredningen saknat anledning förorda övervägande av en organisatorisk omläggning. Utredningen begränsar sig alltså till att förorda normer för större epidemisjukhus, anordnade i huvudsaklig överensstämmelse med det av vederbörande expert framlagda programmet.

Det ofrånkomliga behovet av isoleringsmöjligheter skulle tillgodoses genom anordnande av rum för 1—3 patienter i relativt stor utsträckning, förslagsvis intill 20 % av samtliga vårdplatser. Avdelningen har ansetts kunna erhålla en förhållandevis avsevärd storlek; ett antal av 40 patienter har angivits utgöra en lämplig vårdenhet. Med beaktande härav har utredningen såsom minimistorlek för sjukhus eller avdelning av sådant ansett sig böra föreslå ett vårdplatsantal av 36.

En närmare omprövning av en ekonomisk byggnadsplan för ett centralt epidemisjukhus har givit vid handen, att 2-sängsdjupet härvid är att föredraga med hänsyn till kravet dels på ett större antal mindre rumsenheter dels på bad- och toalettrum i omedelbar anslutning till sjukrum och -salar. Emellertid har det icke ansetts tillrådligt att binda planläggningen vid ett dylikt rumsdjup, utan bör full frihet att välja den under rådande förhållanden mest lämpliga planlösningen föreligga. Att särskilt beakta är emellertid, att patientmaterialet å ett epidemisjukhus i växlande, men alltid betydande utsträckning utgöres av barn. En undersökning av patientmaterialet vid Stockholms epidemisjukhus under en följd av år har ådagalagt, att patienterna under 15 år genomsnittligt kunna angivas till hälften av samtliga patienter. Givetvis bör denna omständighet utöva inflytande på planläggningen. Sjukrummen kunna till en del dimensioneras efter mindre sängstorlekar än de för vuxna använda och en del av salarna kunna i stället för 4 vuxna inrymma 6 barnpatienter. Vid 3-sängsdjup böra 7 à 8 barnpatienter kunna vårdas å de för 6 vuxna avsedda salarna. Det ligger emellertid i sakens natur, att planläggningen måste ske med utgångspunkt från en större andel av vuxna patienter än genomsnittssiffran i och för sig anvisar. Eljest skulle nödig elasticitet i vårdmöjligheterna saknas.

En vårdavdelning enligt nu angivna allmänna planläggning med 2-sängsdjup kan lämpligen disponeras på följande sätt:

2 salar för 6 patienter (barn)	12	
5 » » 4 »	20	
2 rum för 2 patienter	4	
4 isoleringsrum	4	40

Emellertid kan det icke uteslutas, att förhållandena göra önskvärt, att isoleringsrummen koncentreras till en särskild byggnad eller del av sådan, en anordning som närmare ansluter sig till nu tillämpad ordning. I sådant fall

kommer givetvis den egentliga vårdavdelningen att erhålla en modifierad plan. Utredningen har i enlighet med den uppfattning, som uttalats från experthåll, utgått ifrån att ett lämpligt platsantal av 42 fördelas å 5 salar vardera för 4 patienter, 3 salar vardera för 6 barnpatienter och 2 rum vartdera för 2 patienter. Under förutsättning att anläggningen innesluter 3 dylika avdelningar, skulle 16 isoleringsrum kunna sammanföras till en särskild avdelning.

Till sjukhusets vårdavdelningar höra vidare erforderliga bilokaler, sköljrum, serveringskök, förråd — bland dessa särskilt sängförråd — och vaktrum. Såsom redan nämnts kräva rationella vårdsynpunkter, att bad- och toalettrum anordnas i omedelbar anslutning till salar och sjukrum.

Särskild köksavdelning erfordras uppenbarligen icke regelmässigt, då sjukhuset, såsom förut framhållits, avsetts förlagt i omedelbar anslutning till befintligt lasarett. Även utspisningslokalerna kunna utan olägenhet vara gemensamma för sjukhusets och lasarettets personal. Där förhållandena påkalla anordnande av särskilda dylika lokaler, böra de givetvis hava samma utrymmesstandard som angivits för tidigare behandlade sjukhus.

Vad angår behovet av centrala förråd, omklädningsrum samt smittreningsbad för personal har utredningen utgått ifrån att härför nödiga utrymmen kunna tillhandahållas inom vinds- eller källarvåning.

Ytterligare erfordras lokaler för läkarens expedition samt undersökningsrum för viss poliklinisk verksamhet, ävensom rutinlaboratorium. Likaledes krävas smittreningsanordningar för föremål (desinfektionsugn) samt möjligheter för respiratorsanläggning. Vidare gäller, att förhållandena framförallt vid stora sjukhus motivera tillgång till särskilt operationsrum med sedvanliga biutrymmen. Därest isoleringsrummen sammanföras till en avdelning, torde nu nämnda lokaler lämpligen förläggas i samma byggnad.

De växlande förhållandena i skilda fall påkalla uppenbarligen varsamhet vid avfattningen av normerna i denna del.

Vad angår rumshöjden torde denna kunna begränsas till 2,8 m. Med hänsyn till att patienttransporter i korridorerna förutsättas endast undantagsvis ifrågakomma har bredden av korridorerna synts icke behöva överskrida 2,0 m.

Utredningen återkommer i det följande till frågan om den lämpliga dimensioneringen av de olika lokalerna.

Förslag till normer för epidemisjukhus. Beträffande till en början den allmänna planläggningen av epidemisjukhus vill utredningen erinra, att ifrågavarande byggnader med hänsyn till det bestämda kravet på att samtliga sjukrum skola vara direkt tillgängliga utifrån i regel torde komma att uppföras i allenast en våning, trots att sådana byggnader ur anläggningssynpunkt i allmänhet ställa sig dyrare än två- eller flerplanshus.

Vidare innebär det av utredningens expert förordade systemet, att — liksom hittills varit fallet — epidemisjukhusanläggningar normalt torde komma att uppföras i paviljongsystem. Även denna anordning är ägnad att föranleda relativt höga byggnadskostnader. Med hänsyn till att en del paviljonger

under vissa tider kunna beräknas vara obelagda torde emellertid någon besparing i uppvärmningskostnaderna för dem kunna ernås. Den största fördelen med den föreslagna anordningen är dock, som redan tidigare påpekats, att personalkostnaderna kunna begränsas.

Vad angår spörsmålet, huruvida vid planlösningen 2- eller 3-sängsdjup bör ifrågakomma, ha av utredningen utförda undersökningar givit vid handen, att det rumsdjup, som kan anses skäligt för två sängar för vuxna, kan utnyttjas för tre sängar för barn. Då platsbehovet för vuxna resp. barn kan fluktuera rätt avsevärt under olika tider har utredningen funnit det lämpligt, att sjuksalarna givas sådana mått, att de vid behov kunna utnyttjas för bägge dessa patientkategorier, därvid emellertid räknats med 4 vuxna eller 6 barn. Utredningen har fördenskull förordat, att vårdplatserna fördelas å salar en var med minst 4 vårdplatser, varjämte jämväl rum med 1—3 vårdplatser skulle anordnas. Antalet vårdplatser i nämnda rum, vilket är av synnerlig betydelse ur kostnadssynpunkt, har ansetts kunna maximeras till 20 % av sjukhusets samtliga vårdplatser.

Som tidigare nämnts innebär det föreslagna systemet för epidemisjukhusens anordnande, att varje rum förses med badrum även innehållande tvättställ och kombinerad wc-stol och spolback. Vidare måste rummen förses med två slussar, av vilka den som leder till korridoren förses med handtvättställ. De undersökningar utredningen verkställt ha ådagalagt, att ett observationsrum för en vuxen patient inklusive badrum och slussar kan utföras inom en yta av 16,0 m². För motsvarande rum avsett att beläggas med ett barn är en yta av 14,7 m² tillräcklig. Beträffande övriga patientrum hava utredningens undersökningar givit följande resultat: rum för två patienter 18,5 m², rum för fyra vuxna eller sex barn 33,8 m².

Inom vårdavdelning bör för sjukvården i övrigt erforderliga bilokaler tillhandahållas, såsom sköljrum, serveringskök, förråd, vaktrum, arbetsrum.

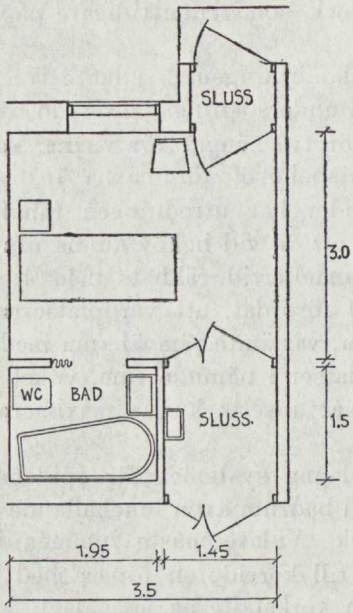
För sköljrummet, vilket tillika skulle tjänstgöra som städrum, synas samma rumsmått som tillämpas för lasarett böra förutsättas. Serveringsköket måste, med hänsyn till att servisen ur sterilitetssynpunkt skall kokas, göras större än som ansetts påkallat i fråga om lasarett. Utredningens undersökningar visa, att en rumsyta av 13,0 m² är tillräcklig för denna lokal. I fråga om förråden föreligger vid epidemisjukhus behov av en differentiering på särskilda utrymmen för linne, sängkläder, viss apparatutrustning och sängar. Detta krav har vid förslagsritningarnas utförande beaktats.

De förstnämnda förrådsutrymmena kunna med fördel placeras intill slussarna mot korridoren. Sängförrådet har motiverats med att fluktuationerna i patientbeläggningen medför, att utbyte av sängar för vuxna resp. barn relativt ofta måste ske. Med hänsyn härtill har utredningen i sina principskisser till vårdavdelningar upptagit ett sängförråd med plats för cirka 4 sängar. Skulle ytterligare förvaringsbehov för sängar föreligga, synes ett centralt sängförråd i en souterräng- eller vindsvåning kunna anordnas.

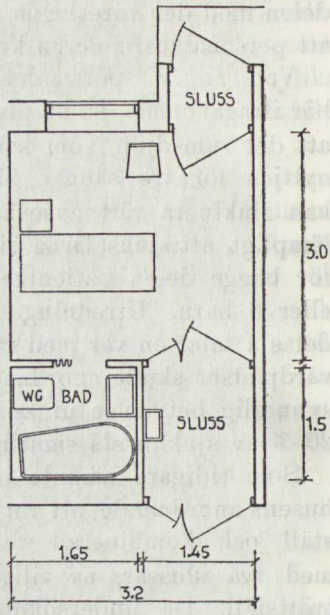
Vaktrummet kan givas ungefär samma yta som för motsvarande rum å

EPIDEMISJUKHUS.

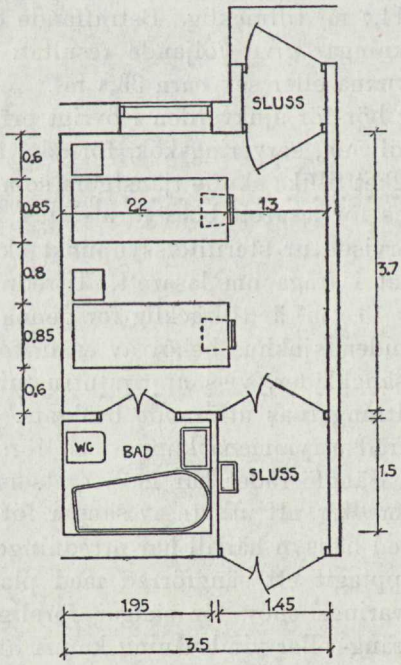
Principskisser till rumsenheter.



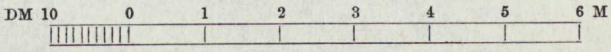
Observationsrum.
Yta (inkl. slussar och bad): 16,0 m².



Observationsrum (barn).
Yta (inkl. slussar och bad): 14,7 m².

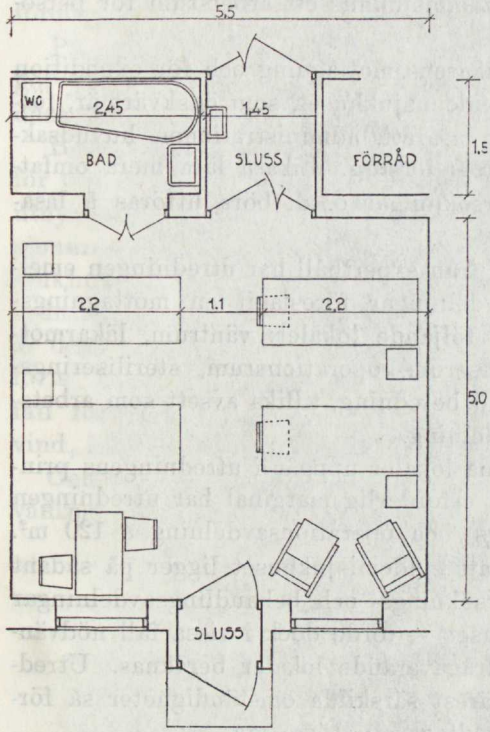


Rum med två vårdplatser.
Yta (inkl. slussar och bad): 18,5 m².

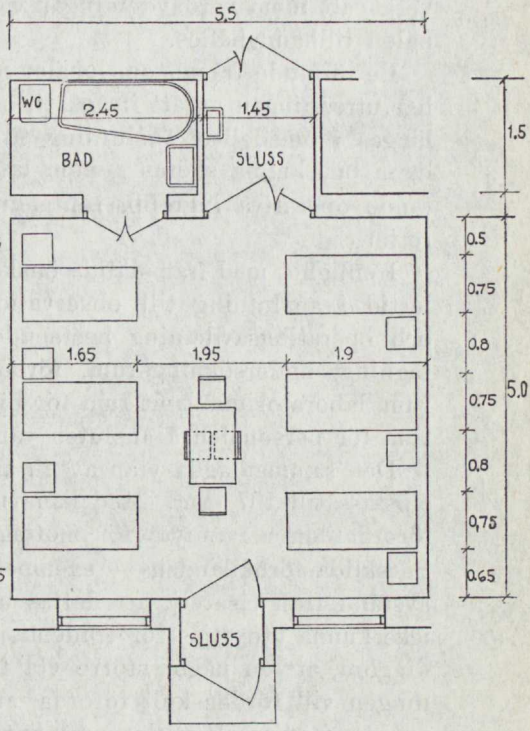


EPIDEMISJUKHUS.

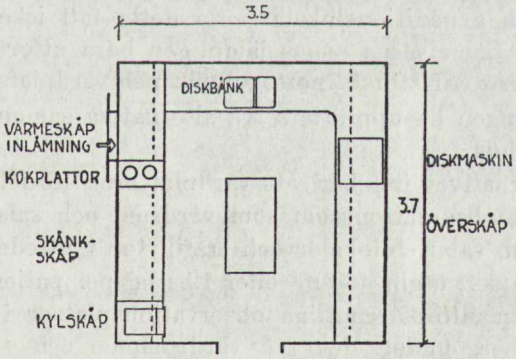
Principskisser till rumsenheter.



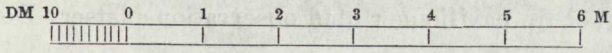
Sal med fyra vårdplatser.
Yta (inkl. slussar och bad): 33,8 m².



Sal med sex vårdplatser (barn).
Yta (inkl. slussar och bad): 33,8 m².



Serveringskök.
Yta: 13,0 m².



lasarettsavdelning. Härtill kommer för epidemisjukhusen emellertid behovet av ytterligare ett utrymme, där personalen under perioder av ringa patientbeläggning kan utföra underhållsarbeten. Utredningen har därför ansett motiverat, att inom vårdavdelningar vid epidemisjukhus ett arbetsrum för personalen tillhandahålles.

Beträffande frågan om lokaler för läkarens mottagning och för expedition har utredningen utgått ifrån att, om epidemisjukhuset, som önskvärt är, förlägges i omedelbar anslutning till ett lasarett, administrationen huvudsakligen bör kunna skötas genom lasarettets försorg. Likaså lära mera omfattande operativa ingrepp, röntgenundersökningar o. d. böra utföras å lasarettet.

I enlighet med framställda önskemål från experthåll har utredningen emellertid i anslutning till observationsavdelningar föreslagit en mottagnings- och operationsavdelning bestående av följande lokaler: väntrum, läkarmottagning, undersökningsrum, förberedelserum, operationsrum, steriliseringsrum, laboratorium samt rum för förbandsberedning, tillika avsett som arbetsrum för personalen å ansluten vårdavdelning.

Den sammanlagda ytan av nu angivna lokaler uppgår i utredningens principskiss till 107,9 m². Med hänsyn till erforderlig marginal har utredningen förordat en maximiyta för mottagnings- och operationsavdelning å 120 m². Särskilda förhållanden — exempelvis att epidemisjukhuset ligger på sådant avstånd från lasarett, att dettas undersöknings- och behandlingsavdelningar icke kunna utnyttjas för epidemisjukhuset — torde dock i vissa fall nödvändiggöra, att en något större yta för ifrågavarande lokaler beräknas. Utredningen vill fördenskull förorda, att, därest särskilda omständigheter så föranleda, medicinalstyrelsen må kunna godtaga en större yta.

I likhet med vad som föreslagits beträffande annexsjukhus har det i fråga om epidemisjukhusen synts utredningen erbjuda bestämda fördelar om golvytan av de egentliga vårdavdelningarna — således oberäknat operations-, mottagnings- och expeditionslokaler — i detta fall icke detaljfördelas. De normerande bestämmelserna synas lämpligen böra utformas så, att för sjukavdelningarna en total största nettogolvyta per vårdplats fastställes.

Inom utredningen ha upprättats två alternativa sammanställningsritningar till epidemisjukhus.

Det ena alternativet innebär, att vårdplatserna fördelas å paviljonger inrymmande såväl observationsrum som vårdrum och salar. Den totala golvytan av vårdrum, salar, bilokaler och trafikytor i utredningens förslag, som avser 40 vårdplatser, utgör 486 m² eller 12,2 m² per patient. Enligt det andra alternativet sammanföras samtliga observationsplatser i en byggnad inrymmande 16 platser, under det att vårdrummen och -salarna förläggas till särskilda paviljonger, en var avsedd för 42 patienter. Den totala golvytan i observationspaviljongen är 384 m² och i var och en av de övriga paviljongerna 454 m². Platsantalet i observationspaviljongen har därvid beräknats motsvara behovet för tre paviljonger utan observationsplatser. Den sammanlagda

golvytan av en på detta sätt organiserad sjukhusanläggning, avseende sammanlagt 142 vårdplatser uppgår till 1 746 m² eller 12,3 m² per patient. Härav framgår alltså, att ur ekonomisk synpunkt någon mera avsevärd skillnad icke föreligger mellan de båda alternativen.

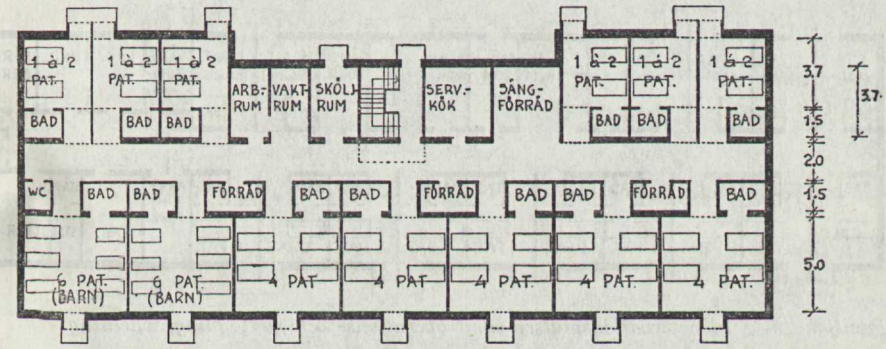
På grundval av de verkställda undersökningarna kan såsom mått på nettogolvytan per vårdplats föreslås 13 m², varvid siffrorna i båda fallen innesluta önskvärd marginal med hänsyn till växlande organisatoriska förutsättningar.

Beträffande köksavdelning förutsättes, att den centrala köksanläggningen för det sjukhus, till vilket epidemisjukhuset är anslutet, i regel skall kunna utnyttjas. För de fall, då särskild köksanläggning erfordras, bör denna dimensioneras efter samma regler som för lasarett. Köksanläggning för epidemisjukhus av mindre storleksordning synes kunna utföras enligt de regler utredningen i sitt tidigare betänkande förordat för vissa anstaltskök. Härvid är dock att uppmärksamma, att i förstnämnda fall till köksavdelningen hänförts flertalet för densamma erforderliga utrymmen, medan i sistnämnda fall förrådslokaler, vilka synts kunna lämpligen anordnas i källare eller å vind, icke inräknats i den angivna golvytan.

Centrala förrådsutrymmen torde kunna beredas inom källar- eller vindsvåning; omklädningsrum för personal samt erforderligt smittreningsbad böra

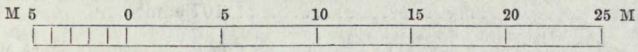
EPIDEMISJUKHUS.

Principskiss till vård- och observationsavdelning.



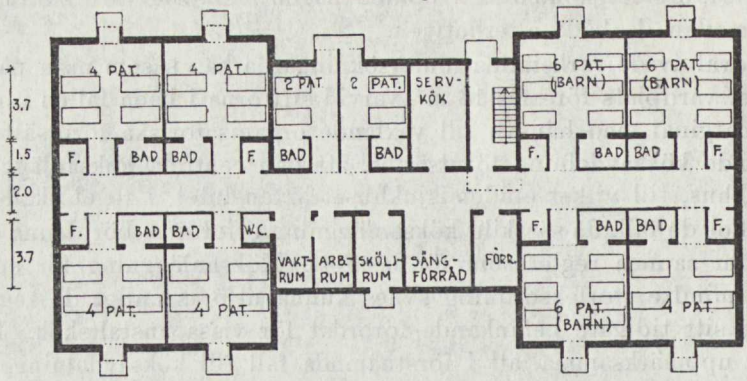
Paviljong med omkring 40 vård- och observationsplatser.

2 st. 6-pat.-salar		12 pat.	80 %	
5 » 4- » »		20 »		
6 » rum för 1 à 2 pat.	c:a	8 »	20 %	
Totalt	c:a	40 pat.	100 %	
Sjuksalar och -rum		347,0 m²	71,3 %	8,68 m²/pat.
Bilokaler		64,1 »	13,2 %	1,60 »
Trafikytor (exkl. trapphus)		75,3 »	15.5 %	1,88 »
Total nettoyta		486,4 m²	100,0 %	12,16 m²/pat.



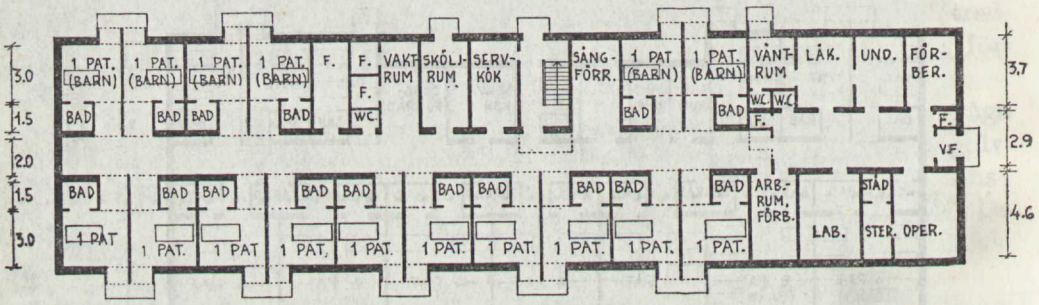
EPIDEMISJUKHUS.

Principskisser till vård-, observations-, operations- och mottagningsavdelningar.



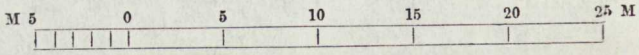
Paviljong med 42 vårdplatser.

3 st. 6-pat.-salar	18 pat.		
5 » 4- » »	20 »		
2 » 2- » -rum	4 »		
Totalt	42 pat.		
Sjuksalar och -rum	306,9 m²	67,6 %	7,31 m²/pat.
Bilokaler	78,4 »	17,3 %	1,87 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	68,6 »	15,1 %	1,63 »
Total nettoyta	453,9 m²	100,0 %	10,81 m²/pat.



Paviljong med 16 observationsplatser samt operations- och mottagningsavdelning.

Observationsavdelning:			
16 st. 1-pat.-rum	16 pat.		
Sjukrum	247,9 m²	64,6 %	15,49 m²/pat.
Bilokaler	64,7 »	16,8 %	4,04 »
Trafikytor (exkl. trapphus)	71,3 »	18,6 %	4,46 »
Total nettoyta	383,9 m²	100,0 %	23,99 m²/pat.
Operations- och mottagningsavdelning:			
Väntrum	8,0 m²		
Läkare	20,0 »		
Operation	14,7 »		
Laboratorium	14,7 »		
Biutrymmen	24,3 »		
Trafikytor	26,2 »		
Total nettoyta	107,9 m²		



lämpligen förläggas till källarvåning. Dylika lokaler äro, som av det förut anförda framgår, icke inräknade i de angivna maximigolvytorna.

Vad slutligen angår materialstandarden, har denna ansetts böra normeras i nära anslutning till vad som föreslagits för lasarett.

I bilagda utkast till kungörelse med föreskrifter angående planläggning och utförande av epidemisjukhus (Bil. 4) har utredningen sammanfattat de normerande bestämmelser, vilkas innebörd i det föregående närmare utvecklats.

Särskilt yttrande

av ledamoten *Lindh.*

Vid uppförande av sjukhus inom landet ha subjektiva uppfattningar av, i första hand läkare, uppenbarligen fått göra sig gällande vid byggnadsplanernas utarbetande, ett förhållande som i åtskilliga fall icke synes hava varit till fromma för ett tillfredsställande ekonomiskt resultat av denna byggnadsverksamhet. Även ur medicinsk synpunkt torde ofta nog berättigade erinringar härvidlag kunnat framställas. Det av utredningen efter ingående detaljstudier, i samarbete med åtskilliga av vårt lands främsta målsmän för läkarvetenskapen, framlagda betänkandet innehåller upplysande data, anvisningar och normer, vilka kunna anses äga avgörande betydelse för en ändamålsenlig planläggning av olika slags sjukhusbyggnader och följaktligen giva läkare och arkitekter en välbehövlig ledning vid utarbetandet av förslag till dylika byggnader. Detta betänkande kan därför anses motsvara en synnerligen behövlig handbok att utnyttjas vid föreliggande behov och väsentligt underlätta sådana specialstudier, som behövas av läkare och sjukhustekniker, som få sig anförtrott att planlägga sjukhus. Häri ligger enligt min mening det största värdet av den verkställda utredningen.

Det för närvarande ansträngda samhällsekonomiska läget har emellertid föranlett utredningen att söka åstadkomma så stora modifikationer som möjligt av de normer och föreskrifter som föreslagits. En lättnad av detta läge synes kunna medgiva att vissa eftergifter med avseende på dessa modifikationer kunna visa sig möjliga att göra, sedan erfarenheten givit vid handen att så vore ändamålsenligt. Utvecklingen på såväl det medicinska som det tekniska området kan under icke avlägsen framtid, möjligen redan på grund av sådana rön, som kunnat under nuvarande kristid göras, men icke helt nyttiggöras, föranleda behov av åtgärder för att anpassa nya sjukhusbyggnader av olika slag efter denna utveckling. Vissa jämkningar beträffande de föreslagna normerna kunna i övrigt visa sig erforderliga, ej minst med hänsyn till vunna erfarenhetsrön med avseende på den organisatoriska utvecklingen av sjukhusväsendet. För min del är jag sålunda numera tveksam, huruvida de normer, som utredningen ansett sig böra föreslå, böra offentliggöras i form av föreskrifter, utfärdade av Kungl. Maj:t. Ändamålsenligare synes mig vara att Kungl. Maj:t nu icke utfärdar kungörelser, däri dessa normer fastställas till efterrättelse, utan allenast lämnar medicinal- och byggnadsstyrelserna direktiv att i huvudsak följa desamma vid den granskningsverksamhet, som av dessa ämbetsverk utövas, med aktgivande på att vid behov förskaffa sig Kungl. Maj:ts medgivande till behövliga mera omfattande ändringar. Mindre sådana kunna anförtros åt ämbetsverken att själva bedöma. Givetvis böra vederbörande huvudmän delgivas såväl betänkandet som Kungl. Maj:ts härav föranledda beslut.

I föreskrifternas byggnadstekniska delar upptaget medgivande, att golv må utföras med beläggning av golvmassa, bör utgå. Detta material kan icke allmängiltigt bedömas såsom tillfredsställande enligt de erfarenheter, som gjorts vid av såväl byggnadsstyrelsen som medicinalstyrelsen utförda byggnader. Därest materialet skolat på sätt som skett rekommenderas, borde specialtyper av detsamma efter verkställda, säkerligen långvariga prov och undersökningar hava angivits.

11—1537 44

Bilaga 1.

Utkast

till

Kungl. Maj:ts kungörelse med föreskrifter angående planläggning och utförande av byggnad för lasarett eller sjukstuga.

Kungl. Maj:t har funnit gott att beträffande planläggning och utförande av byggnad för lasarett eller sjukstuga, för vars anordnande bidrag av statsmedel utgår eller upplåningstillstånd ifrågakommer, meddela följande föreskrifter.

1 §.

Vid planläggning och uppförande av nybyggnad för lasarett eller sjukstuga skall noga iakttagas, att byggnaden icke gives större omfattning eller mera kostnadskrävande utförande än som med hänsyn till ändamålet kan anses strängt erforderligt.

2 §.

1 mom. Allmän vårdavdelning av odelat lasarett samt av kirurgisk, medicinsk, obstetrisk eller gynekologisk avdelning vid delat lasarett skall avse minst 30 vårdplatser, fördelade å salar, en var med minst 6 platser, samt rum med 1—3 platser, dock att i nämnda rum må anordnas högst tredjedelen av avdelningens samtliga platser.

2 mom. Till odelat lasarett eller kirurgisk avdelning ansluten förlossningsavdelning skall avse vårdplatser till det antal och med den fördelning, som av medicinalstyrelsen bestämmes.

3 mom. Allmän vårdavdelning av barnavdelning vid lasarett (barnsjukhus) skall, där ej Kungl. Maj:t finner skäl medgiva ett lägre antal, avse minst 24 vårdplatser, fördelade å salar, en var med minst 4 platser, och rum med 1—3 platser, dock att i nämnda rum må anordnas högst tredjedelen av avdelningens samtliga platser. Sal må, i den utsträckning så prövas nödigt, inredas med öppna eller slutna boxar.

4 mom. Sjukstuga skall avse det antal vårdplatser, som medicinalstyrelsen bestämmer, fördelade å salar, en var med minst 4 platser, samt rum med 1—3 platser, dock att i rum med 1 eller 2 platser må anordnas högst tredjedelen och i rum med 1—3 platser högst hälften av samtliga vårdplatser.

5 mom. Där så finnes påkallat, må vid lasarett anordnas jämväl särskild isoleringsavdelning ävensom enskild vårdavdelning, företrädesvis inneslutande rum med 1 eller 2 vårdplatser.

3 §.

1 mom. Golvytan i salar och sjukrum inom annan allmän vårdavdelning av lasarett än sådan tillhörande barnavdelning ävensom inom sjukstuga må utgöra högst:

i sal med flera än sex vårdplatser 6,5 kvadratmeter för patient, i sal med sex platser 39 kvadratmeter, i sal med fyra platser 26 kvadratmeter, i rum med tre platser 23 kvadratmeter, i rum med två platser 16 kvadratmeter samt i rum med en plats (isoleringsrum) 11 kvadratmeter, dock att golvytan i isoleringsrum med reservplats må uppgå till 14 kvadratmeter.

2 mom. Golvytan i salar och sjukrum inom barnavdelning må utgöra högst: i sal med flera än sex vårdplatser 5,5 kvadratmeter för patient, i sal med sex platser 33 kvadratmeter, i sal med fyra platser 22 kvadratmeter, i rum med tre platser 20 kvadratmeter, i rum med två platser 14 kvadratmeter samt i rum med en plats (isoleringsrum) 10 kvadratmeter, dock att golvytan i isoleringsrum med reservplats må uppgå till 13 kvadratmeter.

3 mom. Golvytan i sjukrum tillhörande isoleringsavdelning må utgöra högst: för en patient 13 kvadratmeter eller, då jämväl reservplats tillhandahålles, 15 kvadratmeter och för två patienter 16 kvadratmeter samt i rum tillhörande för vuxna avsedd enskild vårdavdelning för en patient 16 kvadratmeter och för två patienter 18 kvadratmeter.

4 mom. Rumshöjden inom vårdavdelning må icke överstiga 2,9 meter; bredden av korridor må högst uppgå till 2,3 meter, inom barnavdelning anordnad i särskild byggnad 2,1 meter.

4 §.

1 mom. Inom vårdavdelning tillhandahållas för sjukvården i övrigt erforderliga lokaler, såsom dagrum, toalettrum, sköljrum, serveringskök, avdelningsförråd, vaktrum, undersöknings- och behandlingsrum.

2 mom. I lämplig anslutning till vårdavdelningarna anordnas operations-, förlossnings-, röntgen-, laboratorie- och mottagningslokaler ävensom administrationslokaler.

3 mom. Köksavdelning och utspisningslokaler för personal anordnas på sätt med hänsyn till planläggningen av sjukhuset finnes ändamålsenligt.

4 mom. Inom byggnadens källar- och vindsvåningar tillhandahållas i övrigt erforderliga förrådsutrymmen ävensom, i mån av behov, lokaler för bad- och ljusbehandling samt arkiv, omklädningsrum o. d.

5 §.

1 mom. Golvytan av i 4 § 1 mom. omförmälda lokaler må högst utgöra:

inom allmän vårdavdelning vid sjukstuga, odelat lasarett, kirurgisk, medicinsk eller gynekologisk avdelning 100 kvadratmeter, vid obstetrisk avdelning 135 kvadratmeter, vid barnavdelning, avsedd uteslutande för vård av späda barn 65 kvadratmeter, vid annan sådan avdelning 115 kvadratmeter, dock att vid sjukstuga med vårdavdelning förlagd till två plan golvytan må kunna ökas till 125 kvadratmeter.

2 mom. Kirurgiska operationslokaler med tillhörande kommunikationsytor må upptaga en sammanlagd golvyta av vid odelat lasarett högst 170 kvadratmeter och vid delat lasarett högst 250 kvadratmeter.

Gynekologiska operationslokaler jämte i anslutning därtill anordnad septisk förlossningsavdelning må med tillhörande kommunikationsytor upptaga en sammanlagd golvyta av högst 180 kvadratmeter.

Förlossningslokaler med tillhörande kommunikationsytor inom obstetrisk avdelning må upptaga en golvyta av högst 210 kvadratmeter.

Laboratorielokaler med tillhörande kommunikationsytor må upptaga en golvyta av vid odelat lasarett högst 70 kvadratmeter och vid delat lasarett högst 130 kvadratmeter.

Mottagningslokaler med tillhörande kommunikationsytor må upptaga en golvyta av vid odelat lasarett högst 220 kvadratmeter, vid kirurgisk avdelning högst 280 kvadratmeter, vid medicinsk avdelning högst 160 kvadratmeter, vid obstetrisk-gynekologisk eller barnavdelning högst 150 kvadratmeter samt vid sjukstuga högst 165 kvadratmeter.

Då så prövas erforderligt, må medicinalstyrelsen i fråga om centrallasarett eller därmed jämförligt lasarett beträffande operations- och förlossningslokaler godtaga större golvyta än ovan sagts. Likaledes må styrelsen beträffande laboratorielokaler vid centrallasarett eller därmed jämförligt lasarett, där för sjukhuset i dess helhet gemensamt laboratorium anordnas, ävensom beträffande mottagningslokaler vid lasarett eller sjukstuga, då så av särskilda omständigheter finnes påkallat, godtaga större golvyta än ovan sagts.

I nu omförmälda arbetslokaler av lasarett eller sjukstuga må rumshöjden icke överstiga 2,9 meter.

3 mom. Förlossningsavdelning, anordnad vid sjukstuga, odelat lasarett eller i anslutning till kirurgisk avdelning av delat lasarett (typ II), må med iakttagande av vad i fråga om salar och sjukrum stadgas i 3 § 1 mom. upptaga en sammanlagd golvyta, kommunikationsytor inräknade, av högst 170 kvadratmeter vid ett platsantal av 6 eller 7 och av högst 300 kvadratmeter vid ett platsantal av 12—14, ägande medicinalstyrelsen, därest platsantalet bestämts på annat sätt än nu förutsatts, medgiva därav föranledd jämkning i fråga om golvytans storlek.

4 mom. Ytan av köksavdelning vid lasarett, omfattningsväggar oräknade, må icke överstiga vid kosthåll om högst 150 personer 200 kvadratmeter, vid kosthåll överstigande 150 men icke 325 personer 325 kvadratmeter, vid kosthåll överstigande 325 men icke 600 personer 425 kvadratmeter samt vid kosthåll överstigande 600 men icke 950 personer 525 kvadratmeter. Vid större kosthåll än nu sagts äger medicinalstyrelsen godtaga den yta, som finnes erforderlig. Rumshöjden i sådan köksavdelning må icke överstiga 4 meter.

Ytan av kök vid sjukstuga må icke överstiga 50 kvadratmeter, förrådsutrymmen oräknade, rumshöjden icke 2,9 meter.

Lokaler för utspisning av sjukhusets personal må upptaga en yta av högst 1,0 meter för varje utspisad person.

6 §.

1 mom. Vid val av byggnadsplats skall tillses, att kostnaderna för grundläggning och utvändiga ledningar må kunna i möjligaste mån begränsas.

2 mom. Byggnadens stomme utföres av tegel eller betong, dock att för taklag må användas stomme av trä.

Utan hinder av vad nu sagts må byggnad för sjukstuga utföras av trä med grund-, källar- och sockelmurar av betong eller annat ur kostnadssynpunkt jämförligt material.

3 mom. Beträffande såväl byggnadsmaterial i övrigt som konstruktioner skall all sparsamhet iakttagas. I allmänna handeln tillgängliga dimensioner och standardiserade typer skola utnyttjas och specialtillverkningar undvikas.

Fönster- och dörrpartier samt skåp- och hyllinredningar utföras av furu- eller granvirke och förses med ändamålsenliga enkla beslag.

Invändiga trappor och trapplaner utföras av betong med beläggning av cementmosaik; dock att i fråga om golv i huvudentré och steg i huvudtrappa annat material må komma till användning, därest mera avsevärd kostnadsökning icke därigenom föranledes.

Golv utföras med beläggning av cementmosaik, golvmassa eller sintrade plattor i operationsrum, omläggningsrum, steriliseringsrum, mörkrum, fixeringsrum, sköljrum, toalettrum, duschrum samt bad-, köks- och tvättlokaler, av långstav, golvmassa eller linoleum i laboratorie- och röntgenlokaler samt serveringskök. I övrigt beläggas golv med linoleum, i den mån så med hänsyn till lokalernas användning finnes påkallat.

Väggar må beklädas med klyvtegel eller kakel till högst 1,6 meters höjd i sköljrum, steriliseringsrum samt badrum ävensom till erforderlig höjd i köksavdelningens arbetslokaler och kylda förråd. Tak samt väggar i övriga lokaler behandlas, alltefter förefintligt behov, med olje-, emulsions- eller kalkfärg. Vid tvättställ, sköljlådor, spolbackar o. d. må väggytor i skyddssyfte beklädas med klyvtegel, kakel eller motsvarande material i nödig utsträckning.

I operations-, röntgen- och laboratorielokaler samt sköljrum och toalettrum ävensom i köks- och tvättavdelning anordnas mekanisk ventilation.

Utbyte av material må, utan hinder av vad ovan föreskrivits, kunna ske, i den mån byggnadskostnaderna icke därigenom ökas.

7 §.

Här meddelade föreskrifter skola i tillämpliga delar lända till efterrättelse jämväl vid om- eller tillbyggnad avseende nu ifrågavarande ändamål.

Bilaga 2.

Utkast

till

Kungl. Maj:ts kungörelse med föreskrifter angående planläggning och utförande av byggnad för sanatorium.

Kungl. Maj:t har funnit gott att beträffande planläggning och utförande av byggnad för sanatorium, för vars anordnande statsbidrag utgår, meddela följande föreskrifter.

1 §.

Vid planläggning och uppförande av nybyggnad för sanatorium skall noga iakttagas, att densamma icke gives större omfattning eller mera kostnadskrävande utförande än som med hänsyn till ändamålet kan anses strängt erforderligt.

2 §.

Vårdavdelning skall avse minst 36 platser fördelade å salar, en var med minst 6 platser, samt rum med 1—3 platser, dock att antalet platser i nämnda rum icke må överstiga fjärdedelen av avdelningens samtliga platser.

3 §.

Golvytan må i sal med sex vårdplatser utgöra högst 39 kvadratmeter, i rum med tre platser högst 23 kvadratmeter, med två platser högst 16 kvadratmeter och med en plats (isoleringsrum) högst 11 kvadratmeter. I sal med större antal vårdplatser än sex må golvytan icke överstiga 6,5 kvadratmeter för patient.

Rumshöjden inom vårdavdelning må icke överstiga 2,9 meter; bredden av korridor må högst uppgå till 2,3 meter.

4 §.

1 mom. Inom vårdavdelning tillhandahållas för sjukvården i övrigt erforderliga lokaler, såsom dagrum, toalettrum, sköljrum, serveringskök, avdelningsförråd och vaktrum.

2 mom. I lämplig anslutning till vårdavdelningarna anordnas undersöknings- och behandlingslokaler samt matsal och sällskapsrum ävensom erforderliga liggverandor med tillhörande klädförråd.

3 mom. Köksavdelning samt administrationslokaler anordnas på sätt med hänsyn till planläggningen av sjukhuset finnes ändamålsenligt.

4 mom. Inom byggnadens källar- och vindsvåningar tillhandahållas i övrigt erforderliga förrådsutrymmen, lokaler för bad- och ljusbehandling, filmförevisningar och arkiv ävensom nödiga arbetssalar, omklädningsrum o. d.

5 §.

Golvytan av i 4 § 1 mom. omförmälda lokaler må icke överstiga 85 kvadratmeter.

Undersöknings- och behandlingslokaler med tillhörande kommunikationsytor må upptaga en golvyta av högst 350 kvadratmeter, dock att, då till sanatoriet anknutits centraldispensär, medicinalstyrelsen äger godtaga den större golvyta, som med hänsyn härtill kan befinnas erforderlig. Rumshöjden i sagda lokaler må icke överstiga 2,9 meter.

Matsal och sällskapsrum må tillsammans upptaga en yta icke överstigande 1,0 kvadratmeter för varje kosthållet tillhörande person.

I fråga om köksavdelnings storlek gäller vad i sådant avseende stadgats beträffande lasarett.

6 §.

1 mom. Vid val av byggnadsplats skall tillses, att kostnaderna för grundläggning och utvändiga ledningar må kunna i möjligaste mån begränsas.

2 mom. Byggnadens stomme utföres av tegel eller betong, dock att för taklag må användas stomme av trä.

3 mom. Beträffande såväl byggnadsmaterial i övrigt som konstruktioner skall all sparsamhet iakttagas. I allmänna handeln tillgängliga dimensioner och standardiserade typer skola utnyttjas och specialtillverkningar undvikas.

Fönster- och dörrpartier samt skåp- och hyllinredningar utföras av furu- eller granvirke och förses med ändamålsenliga enkla beslag.

Invändiga trappor och trapplaner utföras av betong med beläggning av cementmosaik; dock att i fråga om golv i huvudentré och steg i huvudtrappa annat material må komma till användning, därest mera avsevärd kostnadsökning icke därigenom föranledes.

Golv utföras med beläggning av cementmosaik, golvmassa eller sintrade plattor i steriliseringsrum, mörkrum, fixeringsrum, sköljrum, toalettrum och duschrum samt bad-, köks- och tvättlokaler, av långstav, golvmassa eller linoleum i laboratorie- och röntgenlokaler samt serveringskök. I övrigt beläggas golv med linoleum, i den mån så med hänsyn till lokalernas användning finnes påkallat.

Väggar må beklädas med klyvtegel eller kakel till högst 1,6 meters höjd i sköljrum, steriliseringsrum samt badrum ävensom till erforderlig höjd i köksavdelningens arbetslokaler och kylda förråd. Tak samt väggar i övriga lokaler behandlas, alltefter förefintligt behov, med olje-, emulsions- eller kalkfärg. Vid tvättställ, sköljlådor, spolbackar o. d. må väggytor i skyddssyfte beklädas med klyvtegel, kakel eller motsvarande material i nödig utsträckning.

I operations-, röntgen- och laboratorielokaler samt sköljrum och toalettrum, ävensom i köks- och tvättavdelning anordnas mekanisk ventilation.

Utbyte av material må, utan hinder av vad ovan föreskrivits, kunna ske, i den mån byggnadskostnaderna icke därigenom ökas.

7 §.

Här meddelade föreskrifter skola i tillämpliga delar lända till efterrättelse jämväl vid om- eller tillbyggnad avseende nu ifrågavarande ändamål.

Bilaga 3.

Utkast
till

Kungl. Maj:ts kungörelse med föreskrifter angående planläggning och utförande av byggnad för annexsjukhus i anslutning till lasarett eller sanatorium.

Kungl. Maj:t har funnit gott att beträffande planläggning och utförande i anslutning till lasarett eller sanatorium av byggnad för annexsjukhus, för vars anordnande bidrag av statsmedel eller upplåningstillstånd ifrågakommer, meddela följande föreskrifter.

1 §.

Vid planläggning och uppförande av nybyggnad för annexsjukhus skall noga iakttagas, att byggnaden icke gives större omfattning eller mera kostnadskrävande utförande än som med hänsyn till ändamålet kan anses strängt erforderligt.

2 §.

Annexsjukhus samt avdelning av sådant sjukhus skall avse minst 40 vårdplatser, fördelade å salar, en var med minst 4 platser, samt rum med 1—3 platser, dock att antalet platser i nämnda rum icke må överstiga 20 % av samtliga platser.

Inom vårdavdelning anordnas för sjukvården i övrigt erforderliga lokaler, såsom dagrum, toalettrum, städrum och avdelningsförråd samt vid lasarettsanslutet sjukhus jämväl behandlingsrum, tillika vaktrum.

Inom byggnadens källar- och vindsvåningar tillhandahållas i övrigt erforderliga förrådsutrymmen samt, i den mån så finnes påkallat, arbetsterapilokaler. Vid lasarettsanslutet sjukhus anordnas jämväl matsal med tillhörande serveringskök.

Till sanatorium anslutet sjukhus utrustas med erforderliga liggverandor och tillhörande klädförråd.

3 §.

Den sammanlagda golvytan av salar och sjukrum samt i omedelbar anslutning till vårdavdelning anordnade lokaler, däri inräknade kommunikationsytor, må icke överstiga vid lasarettsanslutet sjukhus 9,5 och vid sanatorieanslutet sådant 10 kvadratmeter för varje vårdplats.

Rumshöjden må icke överstiga 2,7 meter.

4 §.

1 mom. Vid val av byggnadsplats skall tillses, att kostnaderna för grundläggning och utvändiga ledningar må kunna i möjligaste mån begränsas.

2 mom. För byggnadens utförande väljes det material, som finnes ur ekonomisk synpunkt lämpligast. Grund-, källar- och sockelmurar utföras av betong eller annat ur kostnadssynpunkt jämförligt material.

3 mom. Beträffande såväl byggnadsmaterial i övrigt som konstruktioner skall all sparsamhet iakttagas. I allmänna handeln tillgängliga dimensioner och standardiserade typer skola utnyttjas och specialtillverkningar undvikas.

Fönster- och dörrpartier samt skåp- och hyllinredningar utföras av furu- eller granvirke och förses med ändamålsenliga enkla beslag.

I städrum, toalettrum och badrum utföras golv av asfalt, cementmosaik, golvmassa eller sintrade plattor. I övriga för vården omedelbart utnyttjade lokaler utföras golv av furu- eller granvirke eller av betong med beläggning av linoleum. Väggar och tak behandlas, alltefter förefintligt behov, med olje-, emulsions- eller kalkfärg. Vid tvättställ, sköljlådor, spolbackar o. d. må i skyddssyfte väggytor beklädas med klyvtegel, kakel eller motsvarande material i nödig utsträckning.

Utbyte av material må, utan hinder av vad ovan föreskrivits, kunna ske, i den mån byggnadskostnaderna icke därigenom ökas.

5 §.

Här meddelade föreskrifter skola i tillämpliga delar lända till efterrättelse jämväl vid om- eller tillbyggnad avseende nu ifrågavarande ändamål.

Bilaga 4.

Utkast

till

Kungl. Maj:ts kungörelse med föreskrifter angående planläggning och utförande av byggnad för epidemisjukhus.

Kungl. Maj:t har funnit gott att beträffande planläggning och utförande av byggnad för epidemisjukhus, till vars anordnande bidrag av statsmedel utgår eller upplåningstillstånd ifrågakommer, meddela följande föreskrifter.

1 §.

Vid planläggning och uppförande av nybyggnad för epidemisjukhus skall noga iakttagas, att byggnaden icke gives större omfattning eller mera kostnadskrävande utförande än som med hänsyn till ändamålet kan anses strängt erforderligt.

2 §.

1 mom. Epidemisjukhus eller avdelning av sådant skall avse minst 36 vårdplatser, fördelade å salar, en var med minst 4 platser, samt rum med 1—3 platser, dock att antalet platser i nämnda rum icke må överstiga 20 % av sjukhusets eller avdelningens samtliga platser. Då så finnes lämpligt må dock vårdplatserna i rum avsedda för en eller två patienter kunna sammanföras till avdelning med färre platser än nyss sagts och förläggas till särskild byggnad eller del av sådan.

2 mom. Inom vårdavdelning tillhandahållas för sjukvården i övrigt erforderliga lokaler, såsom sköljrum, serveringskök, förråd och vaktrum; bad- och toalettrum förläggas lämpligen i omedelbar anslutning till salar och sjukrum.

3 mom. I anslutning till vårdavdelning tillhandahållas i mån av behov operations- och mottagningslokaler samt expedition.

4 mom. Vid sjukhus, som icke ingår såsom del av större anläggning, anordnas jämväl särskild köksavdelning samt utspisningslokaler för sjukhusets personal.

5 mom. Inom byggnadens källar- och vindsvåningar förläggas omklädningsrum för personal, smittreningsbad samt i övrigt erforderliga förrådsutrymmen.

3 §.

Golvytan av i 2 § 1 och 2 mom. angivna lokaler med tillhörande kommunikationsytor må icke överstiga 13 kvadratmeter för varje vårdplats.

Där operations-, mottagnings- och expeditionslokaler anordnas, må den sammanlagda golvytan av desamma jämte tillhörande kommunikationsytor icke överstiga 120 kvadratmeter, därest icke medicinalstyrelsen med hänsyn till föreliggande särskilda förhållanden finner större golvyta kunna godtagas.

I särskild köksavdelning må ytan i sjukhus med kosthåll för högst 75

personer icke överstiga 50 kvadratmeter, erforderliga förrådslokaler oräknade. Beträffande köksavdelning vid sjukhus med större kosthåll än nu sagts, skola de för lasarett meddelade bestämmelserna äga motsvarande tillämpning.

Lokaler för utspisning av sjukhusets personal må upptaga en yta av högst 1,0 kvadratmeter för varje utspisad person.

Rumshöjden i epidemisjukhus må högst uppgå till 2,8 meter.

4 §.

1 mom. Vid val av byggnadsplats skall tillses, att kostnaderna för grundläggning och utvändiga ledningar må kunna i möjligaste mån begränsas.

2 mom. För byggnadens utförande väljes det material, som finnes ur ekonomisk synpunkt lämpligast. Grund-, källar- och sockelmurar utföras av betong eller annat ur kostnadssynpunkt jämförligt material.

3 mom. Beträffande såväl byggnadsmaterial i övrigt som konstruktioner skall all sparsamhet iakttagas. I allmänna handeln tillgängliga dimensioner och standardiserade typer skola utnyttjas och specialtillverkningar undvikas.

Fönster- och dörrpartier samt skåp- och hyllinredningar utföras av furu- eller granvirke och förses med ändamålsenliga enkla beslag.

Golv utföras med beläggning av cementmosaik, golvmassa eller sintrade plattor i sköljrum, toalettrum, badrum, operationsrum, steriliseringsrum samt köks- eller tvättlokaler, av linoleum eller golvmassa i serveringskök och laboratorier. I övrigt beläggas golv med linoleum, i den mån så med hänsyn till lokalernas användning finnes påkallat.

Väggar må beklädas med klyvtegel eller kakel till högst 1,6 meters höjd i sköljrum och steriliseringsrum ävensom till erforderlig höjd i köksavdelningens arbetslokaler och kylda förråd. Väggar i övriga lokaler samt tak behandlas, alltefter förefintligt behov, med olje-, emulsions- eller kalkfärg. Vid tvättställ, sköljlådor, spolbackar o. d. må i skyddssyfte väggytor beklädas med klyvtegel, kakel eller motsvarande material i nödig utsträckning.

Utbyte av material må, utan hinder av vad ovan föreskrivits, kunna ske, i den mån byggnadskostnaderna icke därigenom ökas.

5 §.

Här meddelade föreskrifter skola i tillämpliga delar lända till efterrättelse jämväl vid om- eller tillbyggnad avseende nu ifrågavarande ändamål.

Bilaga 5.

P. M. angående epidemisjukhusens konstruktion och epidemivårdens organisation.

Av överläkaren docent *Rolf Bergman.*

Den rättsliga grunden för epidemisjukhusvård.

Vården av akuta, specifika infektionssjukdomar på slutna anstalter har från början motiverats av deras smittsamhet. För en grupp av dem, där betydelsen för folkhälsan ansetts vara särskilt stor och där man ansett det möjligt att hindra smittspridningen genom isolering, har denna gjorts obligatorisk (epidemilagen 2 § 1 mom. och 3 §).

Epidemisjukhusen äro emellertid icke enbart isoleringsanstalter. De där intagna patienterna skola även beredas erforderlig vård. Jml. epidemilagen 3 § skall hälsovårdsnämnd tillse, att den, som är sjuk och av läkare förklarats behäftad med i 2 § 1 mom. omförmäld sjukdom, erhåller *vård* å för ändamålet avsedd sjukvårdsinrättning. Jml. 18 § skall varje epidemidistrikt äga tillgång till erforderligt antal platser å sjukhus, avsedda för de i lagen angivna sjukdomarna. Sjukhusen skola vara ändamålsenligt förlagda och anordnade samt försedda med nödig utrustning, och där skola anställas läkare samt den övriga personal, som av behovet påkallas.

De medicinska och epidemiologiska kraven på vården.

Kraven på vården ha emellertid beaktats i rätt olika grad i olika epidemidistrikt, och den vård, som bestås de sjuka, är därför av ganska skiftande slag. De stora städerna ha här gått i spetsen. Vården på epidemisjukhus fick där relativt tidigt karaktären av verklig sjukvård och de inom den invärtes medicinen och pediatriken brukliga undersöknings- och behandlingsmetoderna ha där kommit till användning i avsevärd utsträckning. Även andra erforderliga, mera speciella åtgärder ha där beaktats. Sådana äro t. ex. ingående bakteriologisk undersökning, moderna kliniska laboratorieundersökningar, serumbehandling vid difteri, epidemisk hjärnhinneinflammation och scharlakansfeber, modern kontrollerad kemoterapi, operativa ingrepp vid difteri och scharlakansfeber o. s. v. Detta har medfört en allt mera omfattande personalorganisation, utrustning m. m.

Under de sista 10—15 åren har den medicinska forskningen givit oss åtskilliga nya möjligheter för undersökning och behandling av sjuka människor och flera av de nya metoderna ha visat sig vara av stort värde vid akuta infektionssjukdomar. Den *kliniska epidemiologin,* som man lämpligen kan kalla denna disciplin, har också skyndat sig att acceptera dem, och resultaten ha visat sig i en minskad dödlighet, minskad invaliditet och avkortad vårdtid för de sjuka med de gynnsamma konsekvenser detta medför för såväl den sjuka individen som samhället.

Om dessa värdefulla undersöknings- och behandlingsmetoder skola kunna brukas med fullgott resultat och utan olägenhet för den sjuke, krävs lämplig utrustning och kompetent personal samt lämpliga och tillräckliga lokaler inom epidemisjukhuset eller dess nära grannskap.

Kraven på personal, utrustning och lokaler för dessa ändamål äro inte mindre vid epidemisjukhusen än vid vårdavdelningar för invärtesmedicinska och pediatriska fall. I vissa hänseenden t. ex. beträffande möjligheterna till bakteriologiska undersökningar och operativa ingrepp äro de t. o. m. väsentligt större.

På epidemisjukhusen kommer så härtill kravet på sträng isolering av patienterna. Samtliga vårdade fall måste betraktas som infektiösa samtidigt som de ofta ha en nedsatt resistens mot nya smittor. Patienterna måste därför vårdas i från varandra skilda enheter och måste kunna föras till och från de gemensamma undersöknings- och behandlingslokalerna utan att komma i kontakt med de övriga patienterna.

I det moderna svenska samhället måste man alltid räkna med att det samtidigt pågår epidemier av flera olika sjukdomar. Särskilt gäller detta tätorterna. — Numera krävs det dessutom, att epidemisjukhusen för vård skola kunna taga emot även fall av andra akuta infektionssjukdomar än de i epidemilagen nämnda. Främst avses här kikhosta och mässling. Det som motiverar sjukhusvård i dessa fall är visserligen inte i första hand behovet av isolering utan nödvändigheten att kunna ge fullgod, sjukhusmässig vård vid svåra komplikationer — vilket numera möjliggöres genom tillkomsten av nya behandlingsformer — samt sociala motiv såsom svårigheten att vårda ett sjukt barn i hemmet, när modern är sjuk eller har yrkesarbete utom hemmet. Smittrisken förbjuder i alla dessa fall, att barnet kvarstannar på barnhem, intages på barnsjukhus eller invärtes medicinsk avdelning eller i erforderliga fall på kirurgisk eller annan specialavdelning. Detta påtagliga behov är för närvarande icke tillgodosett på många håll; vi sakna för närvarande i Sverige erforderliga resurser för sjukhusvård av barn lidande av mässling, kikhosta o. d., trots att behovet är skriande. Behovet synes dessutom alltmera accentueras med de sociala omvälvningar som nu försiggå.

Det moderna epidemisjukhusets konstruktion.

De härovan framförda kraven tillgodoses bäst, om man uppdelar vården på ett flertal, från varandra helt skilda vårdenheter. Tidigare har man härför använt ett system med fristående paviljonger. De största epidemisjukhusen t. ex. i Stockholm, Göteborg och Malmö byggdes ursprungligen efter denna princip och ha ur epidemiologisk synpunkt visat sig ändamålsenliga. Sådana sjukhus bli emellertid relativt dyra i drift. Paviljongerna, som vardera endast avses för en sjukdom eller sjukdomskombination, kunna inte göras alltför små. De kunna därför ofta inte utnyttjas helt och ibland endast till en mindre del, och kostnaderna för underhåll, uppvärmning, belysning, personal m. m. nedbringas icke i samma grad. — Många av våra mindre epidemisjukhus ha endast en eller ett par vårdpaviljonger. De måste därför avvisa åtskilliga fall till förfång för de sjuka och för ett rationellt epidemibekämpande. I några fall har det lett till, att man hänvisat patienter med en viss sorts sjukdom till ett epidemisjukhus inom distriktet, med en annan till ett annat, vilket utom andra olägenheter medfört oskäliga transportkostnader. Vid de i block byggda epidemisjukhusen ha dubbelinfektionerna varit besvärande.

Ju mindre man gör de från varandra skilda vårdenheterna, desto större möjligheter finns det att fullt utnyttja platserna. Observationsavdelningarna, där man har från varandra helt skilda en-personsrum, utnyttjas i regel också till sista plats. När man t. ex. får patienter med mindre vanliga smittsjukdomar eller sjukdomskombinationer, är det ofta mera ekonomiskt att låta dem ligga kvar på observationsavdelningen än att öppna en ny paviljong.

Även om det kan synas tilltalande ur rent epidemiologisk synpunkt att på detta sätt utnyttja observationsrummen för fortsatt vård, är det emellertid otänkbart att bygga större delen av ett epidemisjukhus med enbart sådana rum. Ekonomiska, administrativa och humanitära skäl förbjuda det. Om man däremot anlägger observationsrummens isoleringsprincip på avdelningar, som innehålla rum av något större kapacitet — för 2—6 personer — och gör dessa avdelningar

av lämplig storlek, blir det hela lätthanterligt och ekonomiskt i drift samt lämpligt för att vårda patienter även under något längre tid.

I en sådan vårdavdelning är varje rum helt isolerat från de övriga; då det är försett med särskild ingång från det fria, egen toalett- och badavdelning samt står i förbindelse med avdelningens korridor och övriga lokaler endast via en smittsluss och saknar med övriga lokaler gemensamt ventilationssystem, är smittöverföringen mellan rummen praktiskt taget utesluten. Patienten kommer in i rummet och lämnar detsamma genom dörren till det fria. Samma väg passerar också hans tvätt, gångkläder o. d. Personalen — men endast den — har tillträde genom slussen till avdelningskorridoren.

Sedan i december 1940 har Stockholms epidemisjukhus haft en sådan avdelning i ständigt bruk. Avdelningen har 25 platser, vartill ansluta sig 24 i en sammanbyggd äldre avdelning. Personalen för dessa 49 platser har utgjorts av 1 utbildad och driven avdelningssköterska, 1 assistentsköterska, 2 elever samt 6 biträden. Den nu drygt 3-åriga erfarenheten har bestyrkt avdelningens ändamålsenlighet. Den är lika ekonomisk i drift som sjukhusets äldre, »öppna» avdelningar, när de äro fullbelagda, vilket, som ovan påpekats, icke alltid kan vara fallet. — Komplikationer vid scharlakansfeber, mässling o. s. v., som säkerligen ofta bero på sekundärinfektion från medpatienter, bli färre på denna avdelning, varigenom vårdtiden blir kortare. Därtill kommer som den kanske största vinsten, att man tidvis tack vare denna avdelning sluppit öppna en eller två ytterligare avdelningar, som skulle fått gå endast delvis belagda.

För de framtida epidemisjukhusen föreslås därför vårdavdelningar av denna typ.

Till vårdavdelningarna anknytas observationsrum för en person, som antingen kunna sammanföras till särskilda observationsavdelningar eller inlemmas i vårdavdelningarna.

Till epidemisjukhuset böra också höra lokaler för läkarens (läkarnas) expedition samt undersökningsrum för viss poliklinisk verksamhet. Utskrivna patienter kunna behöva efterundersökas och det kan i vissa fall vara lämpligt att granska patienten före intagningen eventuellt för att slippa taga in honom på sjukhuset. För sjukhusets kliniska laboratorieverksamhet, för röntgenundersökningar, elektrokardiografi och operativ verksamhet måste anordningar finnas. I de fall, där en bakteriologisk undersökningsverksamhet, avseende icke endast epidemisjukhuset, beräknas förlagd till sjukhuset, måste särskilda utrymmen reserveras härför. Samma gäller, om sjukhuset skall vara konvalescentserumdepå. Utrustas sjukhuset med respirator, behövas speciella lokaler härför liksom också för eventuell desinfektionsanläggning.

Liksom vid alla andra sjukhus behövas lokaler för patientregistrering o. d. (sysslomansexpedition), för förvaring av patienternas kläder, för tillredning av deras mat, för tvätt, för personalens bostäder och utspisning o. s. v. Vid epidemisjukhusen behövs ytterligare ett smittreningsbad för personalen.

Epidemisjukhusvårdens organisation inom epidemidistriktet.

De akuta smittsjukdomarna variera såväl i utbredning som i svårighetsgrad. Många av fallen under en epidemi äro lätta och kräva en relativt enkel vård, andra fordra mycket kvalificerade omsorger. Vården kan därför lämpligen differentieras på fullständigare och mindre fullständigt utrustade anstalter. De förra böra reserveras för de svårare sjukdomsfallen eller sådana som för sin undersökning fordra alla de medicinska resurserna. Det är givetvis svårt att ange hur stor del av klientelet det här kan bli fråga om, men förslagsvis torde 50 % av

epidemiområdets platser böra förläggas till sådana sjukhus. Varje epidemidistrikt bör således ha minst ett sådant sjukhus, där man har tillgång till röntgen, kliniskt laboratorium, elektrokardiograf, operationsrum o. s. v. Det skall också ha en kompetent, specialutbildad personal och framförallt ledas av en kvalificerad läkare, som kan ägna huvuddelen av sin verksamhet åt sjukhuset. Detta förutsätter, att kompetensfordringar fastställas för dessa läkare. Förslag härom har avgivits av medicinalstyrelsen.

Sådana väl utrustade sjukhus bli centraler för epidemivården inom ett relativt stort område, och deras läkare blir områdets specialist för dessa sjukdomar. I den mån området även har andra, enklare utrustade epidemisjukhus, komma dessa att sända över sina svårtolkade eller svårskötta fall till centralsjukhuset. De nu avsedda sjukhusen kunna därför lämpligen benämnas *centralepidemisjukhus* och de övriga anstalter för epidemivård, som eventuellt upprättas inom området, *epidemisjukstugor.*

a) *Centralepidemisjukhus.*

Ett centralepidemisjukhus kan givetvis utrustas med alla de resurser, som ovan angivits. Då emellertid centralepidemisjukhusen av hänsyn till kommunikationerna och av administrativa skäl väl oftast komma att förläggas till ett stort samhälle, där det redan finns ett stort lasarett och i många fall till städer, där man ansett det lämpligt att placera centrallasarett, torde det också vara naturligt att intimt anknyta centralepidemisjukhuset till lasarettet och kanske låta det bli en avdelning av lasarettet. Detta medför, att man kan ha gemensam administration, gemensamt sjukhuskontor med patientregistrering, gemensamt kök, tvätt, personalbostäder, desinfektion m. m. Även vissa anläggningar för undersökningen av patienterna kunna tänkas bli gemensamma t. ex. det kliniska centrallaboratoriet, det bakteriologiska laboratoriet om sådant finns vid lasarettet, röntgen, elektrokardiografen o. s. v. Beträffande specialistundersökningar och specialistvården t. ex. öronvården slutligen faller det sig då också helt naturligt, att epidemisjukhuset replierar på lasarettet.

b) *Epidemisjukstuga.*

För de fall, som icke skola vårdas på centralepidemisjukhus anordnas epidemisjukstugor. Dessa bli väl vanligen mindre anläggningar. De böra givetvis ha goda vårdlokaler (patientrum) samt lokaler för enklare undersökningar. De avses dock ej för vård av fall, som kräva mera speciell undersökning eller behandling. Det antal sjukdomar, som kommer att behandlas vid epidemisjukstugorna torde i regel också bli betydligt mindre än vid centralepidemisjukhusen. Samtidig vård av tvenne epidemiska sjukdomar bör dock kunna lämnas, varjämte man bör kunna ha några fall på observation.

I enlighet härmed kan hela anläggningen bli enklare än centralepidemisjukhuset. Patienterna kunna sammanföras i något större grupper eller i varje fall isoleringen av patienter med samma sjukdom från andra göras något mindre sträng. Detta förenklar i någon mån driften. Av utrustningen kan röntgen undvaras. Laboratoriet utrustas endast för en enklare verksamhet, anordningar för operativa ingrepp (bortsett från enkla sådana) undgås o. s. v. De läkare, som skola handha vården vid epidemisjukstugorna, kunna endast ha sina befattningar som bisysslor, och man kommer knappast att kräva samma kompetens av dem, som av läkarna vid centralepidemisjukhusen.

Epidemisjukstugornas antal och storlek samt deras placering inom epidemidistriktet kommer att växla från distrikt till distrikt. I sådana med stora avstånd och dåliga kommunikationer krävas flera små epidemisjukstugor, för att man inte skall behöva transportera de sjuka alltför långa sträckor; i till utbred-

ningen små och tättbebyggda epidemidistrikt kommer man säkerligen att koncentrera epidemivården till ett eller kanske två centralepidemisjukhus o. s. v.

Även för epidemisjukstugorna bör man eftersträva en anknytning till en sjukstuga eller annan sjukvårdsinrättning, men i åtskilliga fall måste man räkna med, att de bli fristående anstalter. Här finns det säkerligen många tänkbara alternativ, och det torde vara omöjligt att alltför ingående fixera deras storlek, konstruktion och utrustning.

Sammanfattning.

Epidemivården synes böra bedrivas i sjukhus, som bestå av små, från varandra helt isolerade vårdenheter (1—6-personsrum), vilka sammanfogas till avdelningar avsedda för 36—40 patienter. Undantagsvis kunna dock andra anordningar tänkas.

Vården på epidemisjukhusen skall vara lika god som på andra akut-sjukhus. Man måste alltså i förekommande fall ha tillgång till samma undersöknings- och behandlingsresurser, såsom röntgen, fullständigt kliniskt laboratorium och operationsavdelning.

På grund av den mycket växlande karaktären hos de fall, som skola vårdas på epidemisjukhus, föreslås en uppdelning av vården på två olika epidemisjukhuskategorier:

1. *Centralepidemisjukhus* för de fall, som för sin undersökning och behandling fordra akutsjukhusets resurser och en hög kompetens hos läkaren.

2. *Epidemisjukstuga* för fall, som behöva en god allmän vård men som icke erfordra specialundersökning eller specialbehandling.

Samtliga dessa vårdanstalter böra — där geografiska och befolkningsförhållanden så medgiva — förläggas i anslutning till allmänna sjukvårdsinrättningar, lasarett eller sjukstugor. Härigenom kunna de sjuka få tillgång till vissa av dessa anstalters undersöknings- och behandlingsresurser. Speciellt viktigt är detta för centralepidemisjukhusens vidkommande. Det stora behov av specialundersökning (inbegripet konsultation av specialister) och specialbehandling, som alltid kommer att finnas vid dessa sjukhus, kan endast tillgodoses genom intim anslutning till ett stort lasarett.

Stockholm den 22 juni 1944.

Bilaga 6.

P. M. med vissa kostnadsberäkningar.

Jämförande kostnadsberäkning med avseende på vårdavdelningar vid lasarett, inrymmande:

I: *50 patienter* i 4 st. 6-pat.-salar, 1 st. 3 pat.-rum och 3 st. 1-pat.-rum;
II: *36 patienter* i 5 st. 6-pat.-salar, 1 st. 3-pat.-rum och 3 st. 1-pat.-rum;
III: *30 patienter* i 6 st. 4-pat.-salar, 1 st. 2-pat.-rum och 4 st. 1-pat.-rum;
IV: *36 patienter* i 7 st. 4-pat.-salar, 2 st. 2-pat.-rum och 4 st. 1-pat.-rum.

Kostnadsberäkningen avser vårdavdelning, förlagd till en bottenvåning, och omfattar komplett golvbjälklag, takbjälklag med värmeisolering — båda bjälklagen av betong — ytterväggar och bärande mellanväggar av 1½-stens tegel, mellanväggar av plattor, dubbla och ljudisolerade med glasullsmatta vid sjuksalar och sjukrum samt i övrigt sådana inredningsdetaljer, som förutsatts i utredningens betänkande.

	I Kronor	II Kronor	III Kronor	IV Kronor
Bjälklagsstommar av betong	20 700	21 700	20 500	22 500
Ytter- och innerväggar inklusive putsningsarbeten	20 100	20 700	21 950	24 700
Golvunderlag av betong jämte fyllning i bjälklag	4 950	5 300	5 200	5 500
Golvbeläggningar och väggbeklädnader	11 800	12 900	12 550	14 000
Dörr- och fönsterpartier m. m.	6 150	6 650	6 850	7 850
Inredningsarbeten	3 300	3 450	3 450	3 800
Diverse byggnadskostnader samt administrationsutgifter	6 050	6 500	6 300	7 300
Målningsarbeten	5 750	6 350	6 100	6 700
Värme- och sanitetstekniska anläggningar	10 600	11 400	12 650	14 050
Elektriska installationer	4 600	5 350	4 850	5 600
Summa	**94 000**	**100 300**	**100 400**	**112 000**
Kostnad per patient	3 133	2 786	3 347	3 111
%	112·5	100·0	120·1	111·7

Bilaga 7.

P. M. i anslutning till skissförslag till byggnad för normallasarett.

Då det har ansetts önskvärt, att de föreslagna normernas praktiska användbarhet vid planläggning av en sjukhusbyggnad bleve föremål för prövning, har utredningen utverkat vederbörligt medgivande att anlita arkitekten G. Birch-Lindgren för upprättande av ett ritningsförslag till normallasarett med tillämpning av sagda normer.

För principförslaget ifråga uppställdes i samråd med de tillkallade experterna följande program.

Vårdavdelningar.

Antal och storlek:

2 st.	kirurgiska allm. vårdavdelningar å 36 platser	= 72	platser
2 »	medicinska » » » 36 »	= 72	»
1 »	bb-avdelning » 12 »	= 12	»
1 »	enskild kir. och med. vårdavd å c:a 15 »	= 15	»
1 »	isoleringsavdelning » » 15 »	= 15	»
		Cirka 186	platser

Vårdplatsfördelning.

Allmän vårdavdelning:

5 st.	6-patientsalar	= 30	platser
1 »	3-patientrum	= 3	»
2 »	1- »	= 2	»
1 »	isoleringsrum	= 1	plats
		Summa 36	platser

Barnbördsavdelning:

2 st.	4-patientsalar	= 8	platser
1 »	2-patientrum	= 2	»
1 »	1- »	= 1	plats
1 »	isoleringsrum (eklampsi)	= 1	»
		Summa 12	platser

Enskild vårdavdelning:

5 st.	2-patientrum	= 10	platser
5 »	1- »	= 5	»
		Summa 15	platser

Isoleringsavdelning:

15 platser; rummen utformas så att de i allmänhet kunna beläggas med 2 patienter.

Vårdrummens storlek.

Allmän vårdavdelning och bb-vårdavdelning:

sal med 6 vårdplatser högst	39 m^2
» » 4 » »	26 »

rum med 3 vårdplatser högst	23 m²
» » 2 » »	16 »
» » 1 vårdplats (reservplats)	14 »
isoleringsrum	11 »

Enskild vårdavdelning:

rum med 2 platser högst	18 m²
» » 1 plats »	14 »

Isoleringsavdelning:

rum med 2 platser högst	16 m²
» » 1 plats (reservplats) högst	15 »
» » 1 » högst	13 »

Bilokaler.

Allmän vårdavdelning:

dagrum (per patient)	cirka	0,5 m²
toalettrum	»	15,5 »
sköljrum	»	10,0 »
serveringskök	»	11,5 »
avdelningsförråd, tillhopa	»	16,5 »
vaktrum	»	8,0 »
telefonhytt	»	1,0 »
undersöknings- och behandlingsrum	»	14,0 »

Den sammanlagda golvytan av ovanstående lokaler må icke överstiga 100 m².

Barnbördsavdelning:

dagrum (per patient)	cirka	0,5 m²
toalettrum	»	10,0 »
sköljrum	»	10,0 »
serveringskök	»	11,5 »
avdelningsförråd	»	10,0 »
vaktrum	»	8,0 »
telefonhytt	»	1,0 »
barnrum, boxrum och skötrum	»	52,0 »

Enskild vårdavdelning och isoleringsavdelning, vardera:

dagrum (per patient)	cirka	0,5 m²
toalettrum 2 st. à 5,5 m²	»	11,0 »
sköljrum	»	10,0 »
serveringskök	»	11,5 »
avdelningsförråd	»	10,0 »
vaktrum	»	8,0 »
telefonhytt	»	1,0 »
undersöknings- och behandlingsrum	»	10,0 »

Förlossningsavdelning:

förberedelserum	cirka	12,0 m²
förlossningsrum, 1 plats	»	16,0 »
» 2 platser	»	24,0 »
steriliseringsrum	»	7,5 »

sköljrum	cirka 10,0 m²
vaktrum	» 8,0 »
förråd	» 6,0 »

Alternativt förlägges eklampsirummet i vårdavdelningen så, att det kan utnyttjas som reservförlossningsrum, varvid det mindre förlossningsrummet utgår.

Den sammanlagda golvytan av bb-vårdavdelning och förlossningsavdelning jämte trafikytor må icke överstiga 300 m².

Kirurgisk mottagningsavdelning:

väntrum	cirka 40 m²
expedition och vaktrum	» 16 »
mottagning	» 14 »
undersökningsrum, 2 st. tillsammans	» 18 »
omläggningsrum	» 25 »
operationsrum	» 20 »
steriliseringsrum och sköljrum tillika rutinlaboratorium	» 16 »
intagningsrum för olycksfall	» 9 »
underläkarerum, 2 st. tillsammans	» 20 »
personaltoalett	» 2 »

Den sammanlagda golvytan av ovanstående lokaler jämte trafikytor må icke överstiga 280 m².

Medicinsk mottagningsavdelning:

väntrum	cirka 30 m²
expedition och vaktrum tillsammans	» 16 »
mottagning	» 14 »
undersökningsrum, 2 st. tillsammans	» 18 »
underläkarerum jämte undersökningshytter, 2 st. tillsammans	» 28 »
personaltoalett	» 2 »

Den sammanlagda golvytan av ovanstående lokaler jämte trafikytor må icke överstiga 160 m².

Laboratorieavdelning:

förberedelse- och väntrum	cirka 11 m²
undersökningsrum	» 30 »
kemiskt laboratorium	» 35 »
stinklaboratorium	» 15 »
mikroskoperingsrum	» 8 »
vågrum	» 3 »

Den sammanlagda golvytan av ovanstående lokaler jämte trafikytor må icke överstiga 130 m².

Operationsavdelning:

väntrum för sängliggande	cirka 20 m²
operationsrum, 2 st. tillsammans	» 65 »
steriliseringsrum, 2 st. tillsammans	» 17 »
mörkrum	» 3 »
tvättrum	» 8 »
omklädningsrum med toaletter och dusch, 2 st. tillsammans	» 16 »
förberedelserum, 2 st. tillsammans	» 20 »

förråd ..... cirka 12 m²
förbandsberedning och exp. jämte talkningsrum och autoklavrum .. » 25 »
sköljrum ..... » 10 »

Den sammanlagda golvytan av ovanstående lokaler jämte trafikytor må icke överstiga 250 m².

Röntgenavdelning:

För röntgenavdelning reserveras en yta av högst 350 m².

Badavdelning:

intagningsbad ..... cirka 28 m²
renlighets- och behandlingsbad ..... » 28 »
termoterapi ..... » 28 »
ljusbehandling ..... » 62 »
massage- och gymnastikrum ..... » 48 »
väntrum ..... » 15 »
tork- och städrum ..... » 11 »
rum för sängvagnar ..... » 9 »
förråd ..... » 9 »
toaletter ..... » 4 »

Den sammanlagda golvytan av ovanstående lokaler jämte trafikytor må icke överstiga 300 m².

Sken- och spjälförråd cirka 20 m². (Kan förläggas i anslutning till operationsavdelning.)

Rum för tandläkare cirka 12 m². (Kan förläggas till souterrängvåning.)

Apotek cirka 10 m². (Kan förläggas till medicinsk mottagningsavdelning eller souterrängvåning.)

Expeditionslokaler: skrivcentral, rum för bibliotek, tillika direktionsrum, sysslomanskontor samt husmoderskontor jämte arkiv.

Centralgarderob för 500 personer.

Jourrum.

Omklädningsrum för personal.

Förråd.

Skyddsrum.

Reservoperationsavdelning.

Korridorbredden inom vård- och behandlingsavdelningar 2,2 m.

Rumshöjden inom vård- och behandlingsavdelningar 2,9 m.

Bostäder för viss personal, såsom poliklinik-, operations-, laboratorie- och röntgensköterskor samt barnmorskor anordnas inom lasarettsbyggnaden.

Övriga personalbostäder avses förlagda till separata byggnader.

Köks- och tvättavdelningarna, vilka icke ingå i programmet, tänkas förlagda till särskild byggnad.

Vid utarbetandet av principförslaget har antagits, att byggnadsplatsen är helt plan och av tillräcklig storlek för att medge en fri planlösning och lämplig orientering av byggnadskropparna i förhållande till väderstrecken samt att tillfartslederna kunna ordnas på ett sätt, som helt ansluter sig till planlösningen.

Förslagets planlösning bygger på den enligt de senare årens rön lämpligaste principen för lasarettsbyggnader av ifrågavarande storleksordning, enligt vilken en ost-västligt orienterad sängbyggnad på mitten förbindes med en mot norr utspringande behandlingsflygel till ett ⊥-format byggnadskomplex. I skärningen mellan nämnda byggnadskroppar ha huvudentré med centralgarderob och vertikalt kommunikationscentrum med trappa och hiss anordnats.

Sängbyggnadens östra flygel innehåller i souterrängvåningen badavdelning och skyddsrum och i övervåningarna de allmänna kirurgiska och medicinska vårdavdelningarna. Den västra flygeln inrymmer reservoperationsavdelning och förråd, bb-avdelning, isoleringsavdelning och enskild avdelning. Till gränsområdet mellan dessa flyglar ha i anslutning till huvudtrapphuset förlagts personalbostäder och — i bottenvåningen — expeditionslokaler för sysloman och husmoder.

Behandlingsflygeln omfattar i souterrängvåningen förrådslokaler, apotek och omklädningsrum för personal, i bottenvåningen kirurgisk mottagningsavdelning, däröver medicinsk mottagningsavdelning, centrallaboratorium, skrivcentral och bibliotek samt jourrum, i våningen 2 tr. röntgenavdelning samt i översta våningen operationsavdelning och rum för tandläkare. Med hänsyn till röntgenavdelningens speciella krav på utvidgningsmöjligheter har en rumsreserv anslutits till densamma. Disponibelt utrymme har tillhandahållits även intill operationsavdelningen för eventuellt framtida utbyggande av lasarettet. Till dess utbyggnaden sker, kan rumsreserven utnyttjas för personalbostäder, till vilka entrén ordnas från trapphusen.

Nettoytorna för de olika lokalgrupperna framgå av nedanstående uppställning:

Allmän kirurgisk och medicinsk vårdavdelning (36 patienter):

Sjuksalar och -rum	244,6 m²	56,8 %	6,80 m²/pat.
Bilokaler	98,7 »	22,9 %	2,74 »
Trafikyta (exkl. trapphus)	87,5 »	20,3 %	2,43 »
Total nettoyta	430,8 m²	100,0 %	11,97 m²/pat.

BB-avdelning (12 patienter):

Sjuksalar och -rum	91,3 m²	34,5 %	7,61 m²/pat.
Förlossningsrum	24,0 »	9,1 %	2,00 »
Bilokaler	87,7 »	33,1 %	7,31 »
Trafikyta (exkl. trapphus)	61,4 »	23,3 %	5,11 »
Total nettoyta	264,4 m²	100,0 %	22,03 m²/pat.

Isoleringsavdelning (13 patienter):

Sjukrum	125,2 m²	47,7 %	9,63 m²/pat.
Bilokaler	75,8 »	28,9 %	5,83 »
Trafikyta (exkl. trapphus)	61,4 »	23.4 %	4,72 »
Total nettoyta	262,4 m²	100,0 %	20,18 m²/pat.

Enskild vårdavdelning = isoleringsavdelning.

Kirurgisk mottagningsavdelning:

Total nettoyta ..... 277,0 m². (Därav trafikyta ..... 55,5 m².)

Medicinsk mottagningsavdelning:
Total nettoyta ..... 151,5 m². (Därav trafikyta ..... 30,5 m².)

Centrallaboratorium:
Total nettoyta ..... 124,5 m². (Därav trafikyta ..... 25,0 m².)

Operationsavdelning:
Total nettoyta ..... 246,0 m². (Därav trafikyta ..... 48,5 m².)

Röntgenavdelning:
Total nettoyta ..... 336,5 m². (Därav trafikyta ..... 65,0 m².)

Sken- och spjälförråd:
Total nettoyta ..... 14,9 m². (Därav trafikyta ..... 3,0 m².)

Rum för tandläkare:
Total nettoyta ..... 15,7 m². (Därav trafikyta ..... 3,1 m².)

Apotek:
Total nettoyta ..... 47,0 m². (Därav trafikyta ..... 9,2 m².)

Expeditionslokaler:
Total nettoyta ..... 176,0 m². (Därav trafikyta ..... 32,0 m².)

Omklädningsrum för personal:
Total nettoyta ..... 73,5 m². (Därav trafikyta ..... 13,5 m².)

Badavdelning:
Total nettoyta ..... 298,7 m². (Därav trafikyta ..... 58,7 m².)

Förrådsutrymmen:
Total nettoyta ..... 474,5 m². (Därav trafikyta ..... 99,5 m².)

Reservoperationsavdelning:
Total nettoyta ..... 75,0 m². (Därav trafikyta ..... 22,8 m².)

Skyddsrum:
Total nettoyta ..... 188,5 m². (Därav trafikyta ..... 38,7 m².)

Reservutrymmen (för bostäder eller utvidgning):
Total nettoyta ..... 148,5 m². (Därav trafikyta ..... 28,2 m².)

Personalbostäder:
Total nettoyta ..... 255,5 m².
(9 sköterskebostäder à 23,5 m²; trafikyta 44,0 m².)

Centralgarderob ..... 50,5 m².

Vakt ..... 10,0 m².

Toaletter, städskrubbar ..... 31,5 m².

Jourrum ..... 8,1 m².

Gemensam trafikyta (entréer och trapphus): 755,0 m².

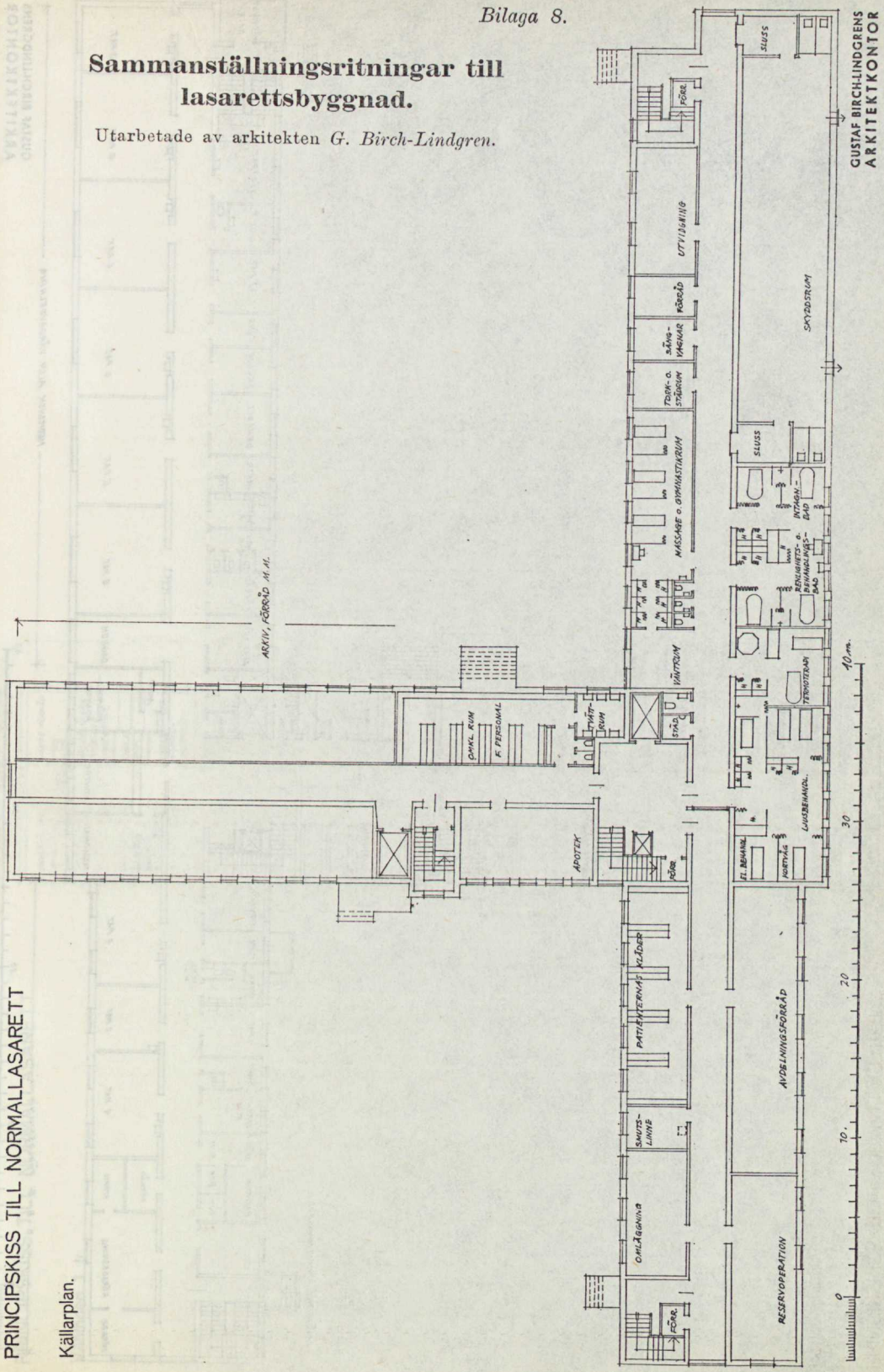
Den sammanlagda nettoytan för ovan redovisade utrymmen uppgår till 6 275 m^2. Lasarettets totala vårdplatsantal utgör (4 × 36 + 12 + 2 × 13 =) 182 och totalytan per vårdplats således 34,5 m^2.

Lasarettsbyggnaden har en byggnadsvolym av 23 860 m^3 och kan, efter ett antaget volympris av 90 kr./m^3, beräknas draga en byggnadskostnad av 2 150 000 kronor eller omkring 12 000 kronor per vårdplats. Uppmärksammas bör, att ekonomilokaler icke ingå i dessa kostnader, ej heller personalbostäder i vidare mån, än som framgår av det föregående.

Bilaga 8.

Sammanställningsritningar till lasarettsbyggnad.

Utarbetade av arkitekten *G. Birch-Lindgren.*

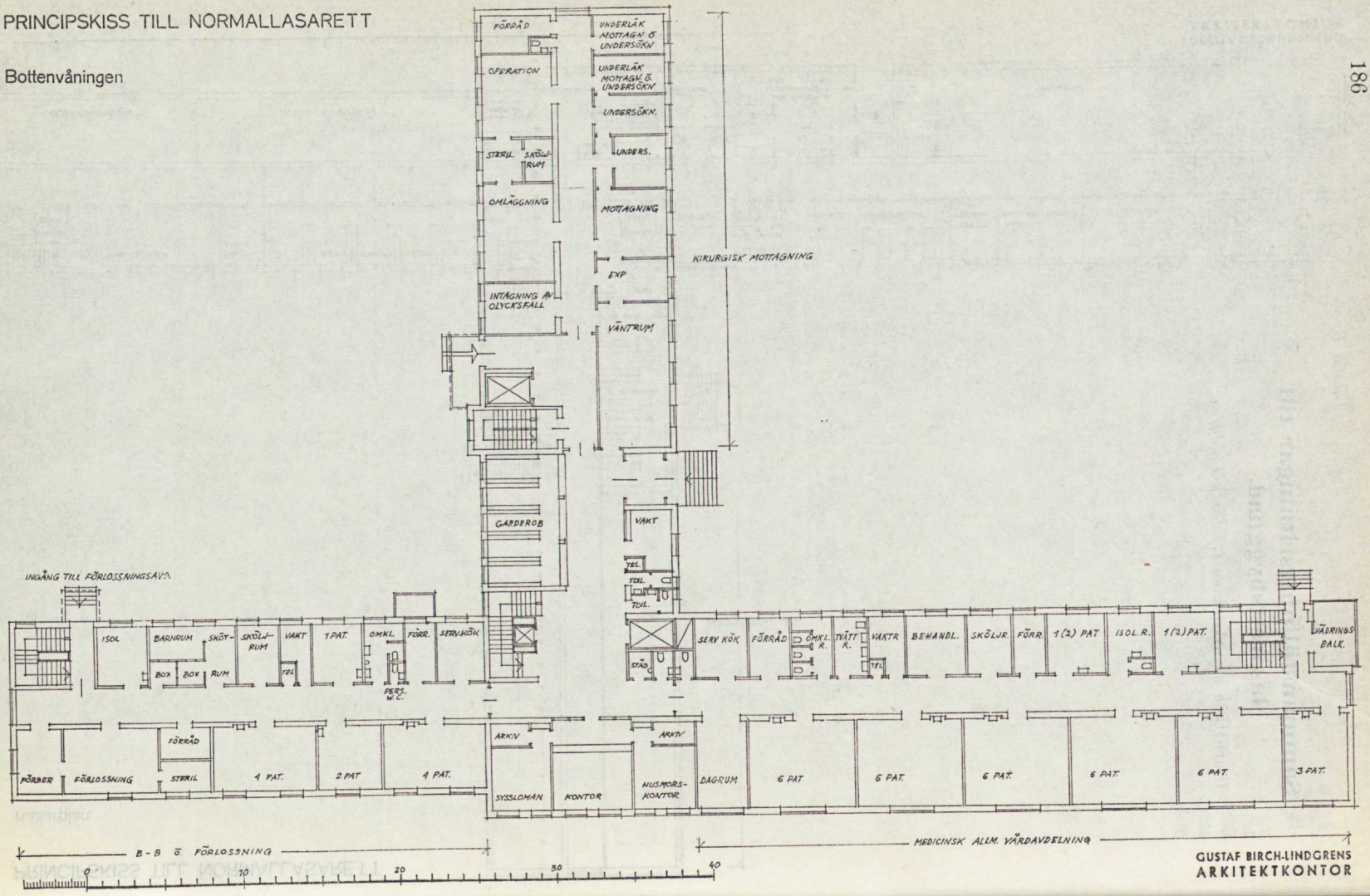


PRINCIPSKISS TILL NORMALLASARETT

Källarplan.

PRINCIPSKISS TILL NORMALLASARETT

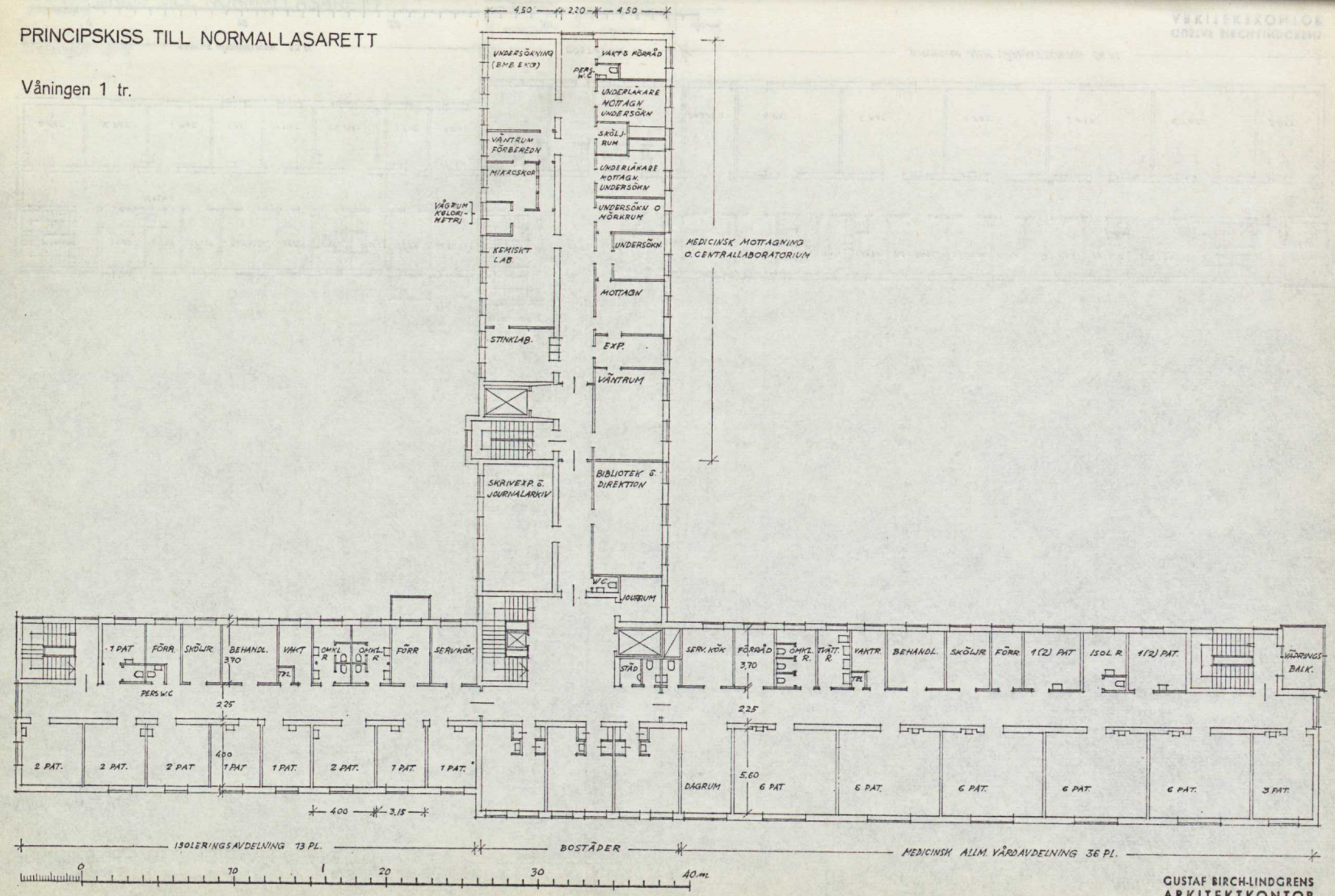
Bottenvåningen



GUSTAF BIRCH-LINDGRENS
ARKITEKTKONTOR

PRINCIPSKISS TILL NORMALLASARETT

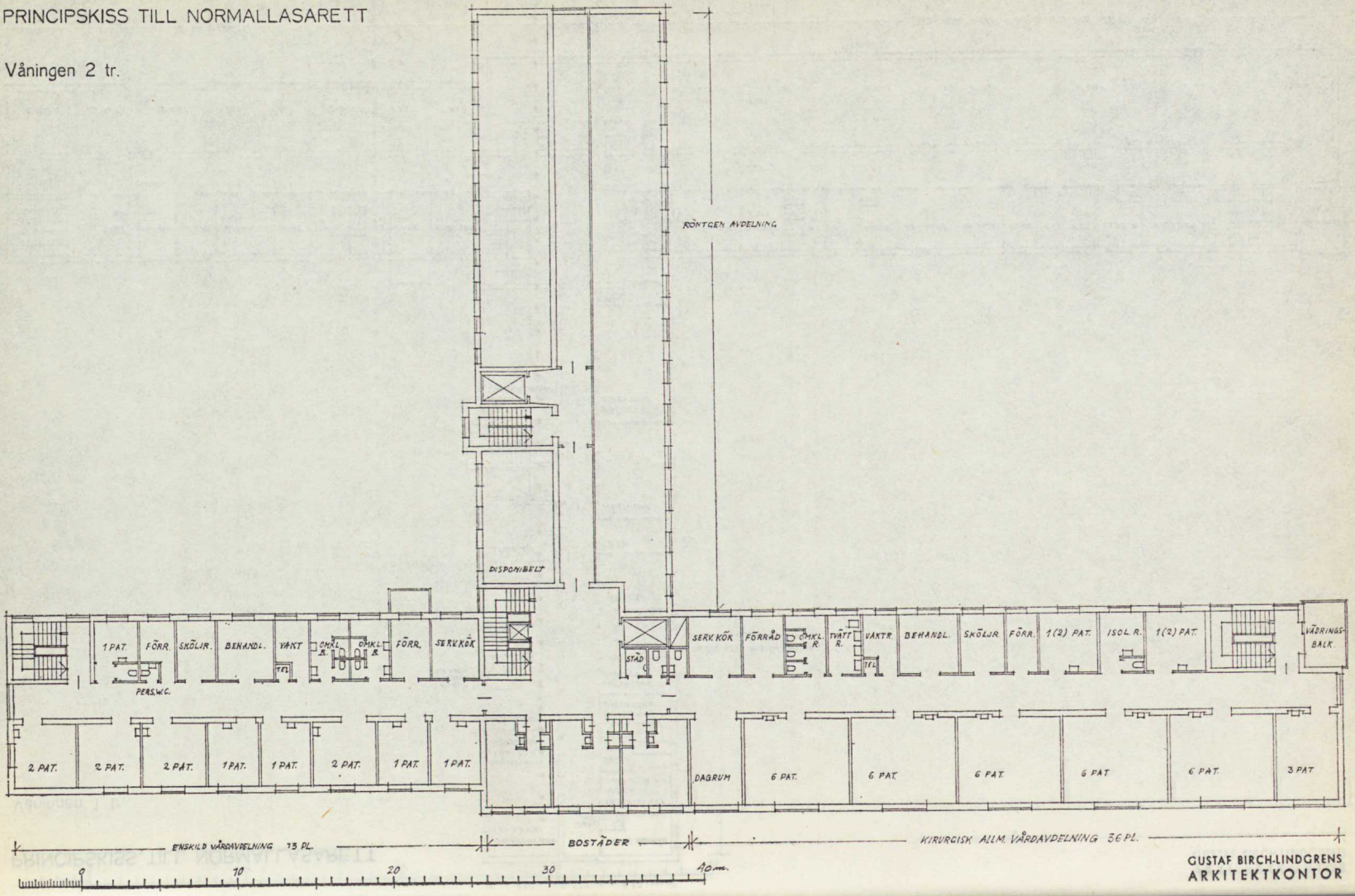
Våningen 1 tr.



GUSTAF BIRCH-LINDGRENS
ARKITEKTKONTOR

PRINCIPSKISS TILL NORMALLASARETT

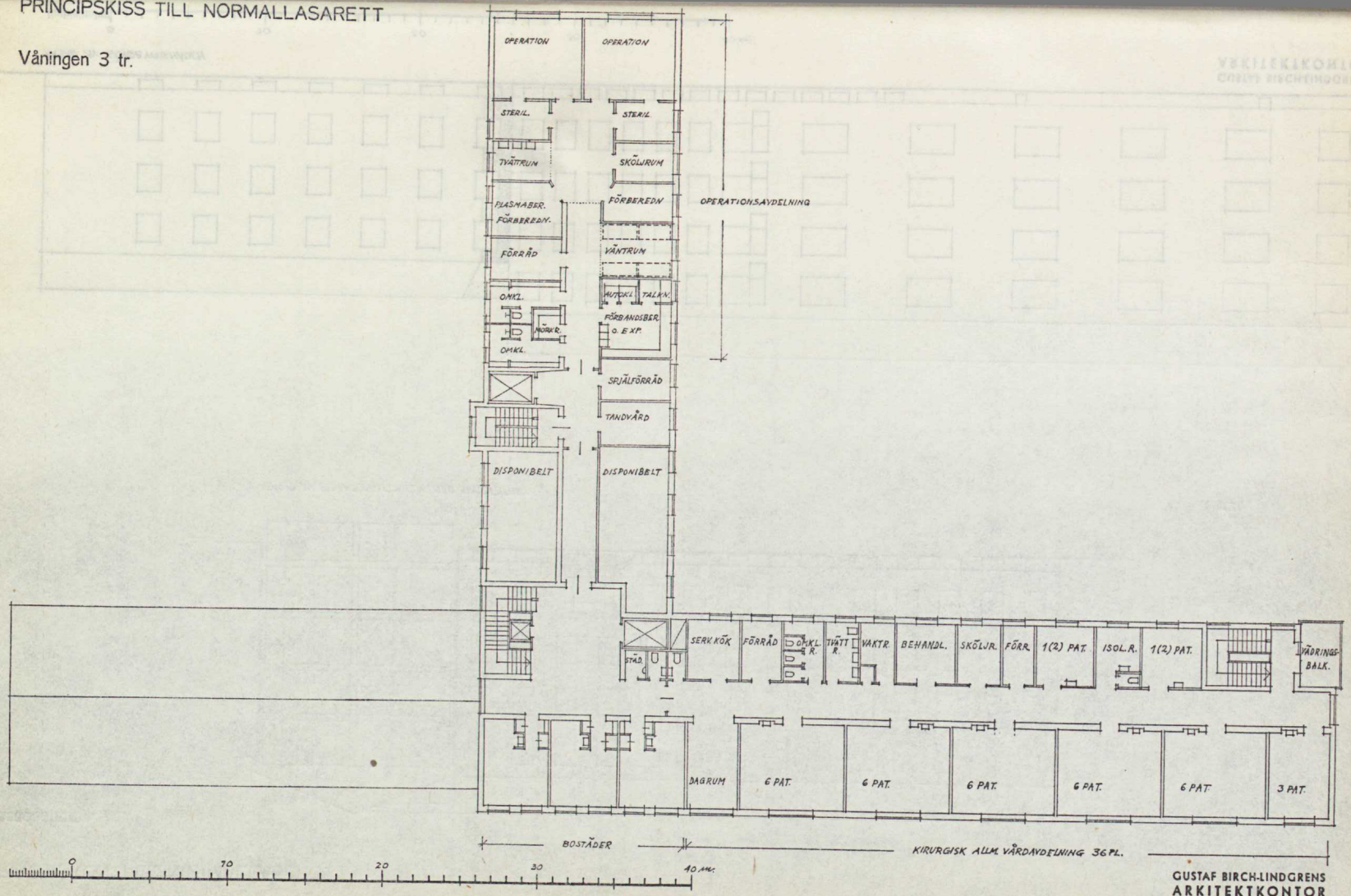
Våningen 2 tr.



GUSTAF BIRCH-LINDGRENS
ARKITEKTKONTOR

PRINCIPSKISS TILL NORMALLASARETT

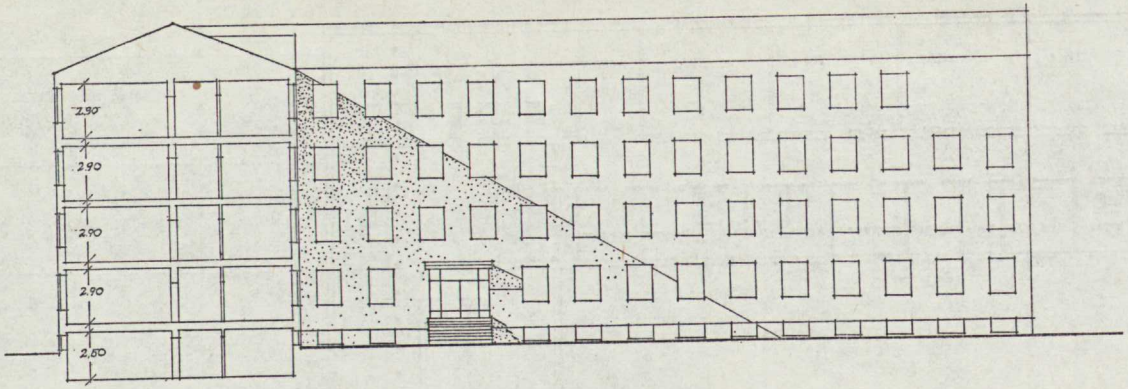
Våningen 3 tr.



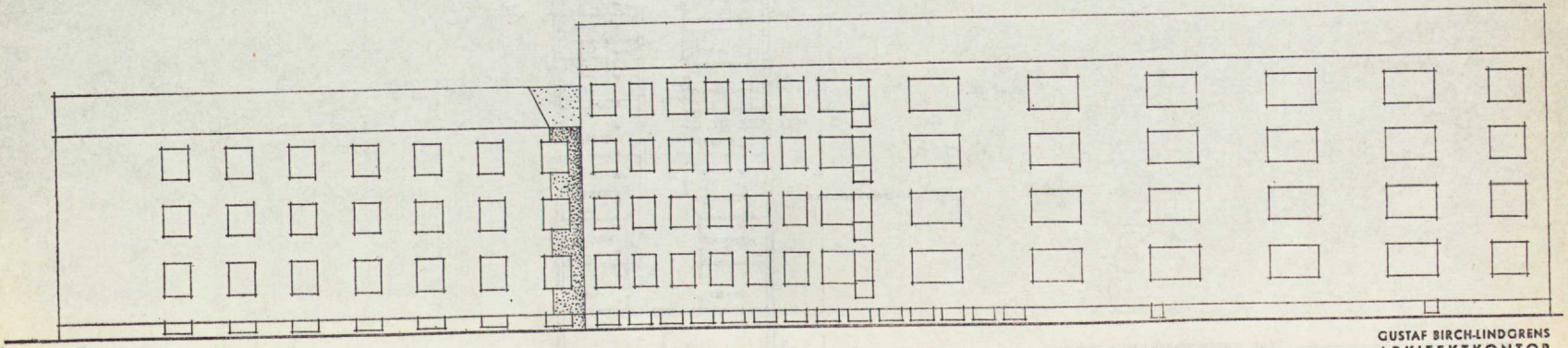
GUSTAF BIRCH-LINDGRENS
ARKITEKTKONTOR

PRINCIPSKISS TILL NORMALLASARETT

Fasadschema.



FASAD AV BEHANDLINGSFLYGELN MED HUVUDENTREN.



FASAD AV SÄNGBYGGNADEN

0 10 20 30 40 m.

GUSTAF BIRCH-LINDGRENS
ARKITEKTKONTOR

58. Utredning och förslag angående förhållandet mellan arbetsuppgifter och löneställning för personal vid statens järnvägars smalspåriga bandelar. Beckman. 103 s. **K.**

59. Betänkande med förslag till ändrad semesterlagstiftning. Beckman. 354 s. **S.**

60. Fångvårdsstyrelsens utredning angående fångvårdspersonalens utbildning och rekrytering m. m. Marcus. 46 s. **Ju.**

61. Betänkande med utredning och förslag angående tandvården vid försvarsväsendet. Beckman. 231 s. **Fö.**

62. 1944 års allmänna skattekommitté. 1. Betänkande med förslag till förfarande vid avveckling av krigskonjunkturbeskattningen. Marcus. 97 s. **Fi.**

63. Betänkande med förslag till det militära uppskovsväsendets ordnande. Beckman. 143 s. **Fö.**

64. 1941 års lärarlönesakkunniga. Betänkande med förslag till reglering av anställnings- och avlöningsförhållandena för folkskolans överlärare m. m. Marcus. 86 s. **Fi.**

65 Jordbrukets framtida tillgång på arbetskraft. Av H. Hyrenius. Idun. 196 s. **Jo.**

66. 1944 års militärsjukvårdskommittés betänkande. Del 1 Beckman. 131 s. **Fö.**

67. Betänkande med förslag rörande ändring av gällande bestämmelser i fråga om prästutbildningen. Hæggström. 60 s. **E.**

68. 1940 års civila byggnadsutredning. Betänkande 2. Förslag till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för lasarett, sanatorium, epidemisjukhus m. fl. Beckman. 190 s. **K.**

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

Statens offentliga utredningar 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]
Betänkande med förslag till lag om skyldighet för innehavare av järnväg eller spårväg att hålla stängsel. [35]
Strafflagberedningens betänkande ang. verkställigheten av frihetsstraff m. m. [50]
Fångvårdsstyrelsens utredning ang. fångvårdspersonalens utbildning och rekrytering m. m. [60]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Betänkande med förslag ang. revision av riksdagens arbetsformer. [8]
Folkbokföringskommitténs betänkande med förslag till omorganisation av folkbokföringen. [52]
1941 års lärarlönesakkunniga. Betänkande med förslag till reglering av anställnings- och avlöningsförhållandena för folkskolans överlärare m. m. [64]

Kommunalförvaltning.

Promemoria med förslag till lag med bestämmelser om allmänna behörighetsvillkor för vissa kommunala uppdrag m. m. [4]
Kommunindelningskommittén. 1. Den lantkommunala författningsregleringens historia. [37]
1940 års civila byggnadsutredning. Betänkande 2. Förslag till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för lasarett, sanatorium, epidemisjukhus m. fl. [68]

Statens och kommunernas finansväsen.

1944 års allmänna skattekommitté. 1. Betänkande med förslag till förfarande vid avveckling av krigskonjunkturbeskattningen. [62]

Politi.

Betänkande ang. nykterhetstillståndet under krigsåren. [3]
Betänkande med förslag till allmän ordningsstadga m. m. [48]
Betänkande med förslag till förstatligande av polisväsendet i riket och åklagarväsendet i rikets städer. Del 1. Allmänna grunder. [53] Del 2. Organisationens utformning, avlöningsfrågor m. m. [54]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Utredningar ang. ekonomisk efterkrigsplanering. 1. [7] 2. [12] 3. [13] 4. [14] 5. [25] 6. [36] 7. [57]
Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 4. Tiden juli 1942—juni 1943. [11]
Socialvårdskommitténs betänkande. 7. Utredning och förslag ang. lag om allmän sjukförsäkring. [15] 8. Kostnadsberäkningar ang. lag om allmän sjukförsäkring. [16] 9. Utredning och förslag ang. revision av lagstiftningen om barnavårdsanstalter och fosterbarnsvård. [34]
Befolkningspolitik i utlandet. [26]
Socialvårdens omfattning och kostnader efter 1930. [33]
Promemoria ang. socialvården under krig. [40]
Betänkande i abortfrågan. [51]
Betänkande med förslag till ändrad semesterlagstiftning. [59]

Hälso- 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]
Ungdomsvårdskommitténs betänkande 1 med utredning och förslag ang. psykisk barna- och ungdomsvård. [30]
Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande 1. Utredning och förslag rörande den förvaltningsekonomiska statistiken vid kroppssjukhusen. [47]
Betänkande ang. organisationen av garnisonssjukvården i Stockholm. [49]
Betänkande med utredning och förslag ang. tandvården vid försvarsväsendet. [61]

Allmänt näringsväsen.

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

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Jordbruksbefolkningens levnadskostnader. [1]
Betänkande med förslag till byordningar och instruktioner för ordningsmännen i lappbyarna. [6]
Betänkande med förslag till inrättande av ett forskningsråd på jordbrukets område. [43]
Betänkande med förslag till åtgärder för den jordbrukstekniska forskningens och upplysningsverksamhetens ordnande. [45]
Betänkande med förslag till lag om ändring i vissa delar av lagen den 18 juni 1926 om delning av jord å landet samt lag om sammanläggning av fastigheter å landet, m. m. [46]
Betänkande med förslag ang. den statsunderstödda torrläggningsverksamheten. [56]
Jordbrukets framtida tillgång på arbetskraft. [65]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Betänkande med förslag till vägtrafikstadga m. m. [18]
Slututlåtande avgivet av besparingsberedningens järnvägssakkunniga. [32]
Betänkande med förslag i anledning av utredning rörande tillstånd för juridiska personer att utöva yrkesmässig automobiltrafik. [39]
Utredning och förslag ang. förhållandet mellan arbetsuppgifter och lönestälning för personal vid statens järnvägars smalspåriga bandelar. [58]

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—17 juni 1943 med 1940 års skolutrednings rådgivande nämnd. [23]
Socialutbildningssakkunniga. 1. Utredning och förslag rörande den högre socialpolitiska och kommunala utbildningen. [29]
Ungdomsvårdskommitténs betänkande 2 med utredning och förslag ang. stöd åt ungdomens föreningsliv. [31]
Förslag till handledning i sexualundervisning för lärare i folkskolor. [41]
1943 års riksteaterutrednings betänkande och förslag ang. riksteaterns omorganisation m. m. [42]
Betänkande rörande organisatoriska åtgärder för den medicinska forskningens främjande. [55]
Betänkande med förslag rörande ändring av gällande bestämmelser i fråga om prästutbildningen. [67]

Försvarsväsen.

Betänkande med förslag ang. långtjänstunderbefäl m. m. [2]
Betänkande med förslag till civilförsvarslag m. m. [5]
Betänkande ang. ordnandet av civilanställning för avgående fast anställt manskap vid försvaret. [38]
Betänkande med förslag rörande utnyttjandet av ingenjörtekniskt utbildad personal inom försvarsväsendet och därmed sammanhängande frågor. [44]
Betänkande med förslag ang. det militära uppskovsväsendets ordnande. [63]
1944 års militärsjukvårdskommittés betänkande. Del 1. [66]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Stockholm 1945. K. L. Beckmans Boktryckeri.

1537 44