National Library
of Sweden

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1947: 61
INRIKESDEPARTEMENTET

STATENS SJUKHUSUTREDNING AV ÅR 1943

BETÄNKANDE II

ANGÅENDE

DEN LASARETTSANSLUTNA B-SJUKVÅRDEN JÄMTE ANSTALTSVÅRDEN AV KRONISKT SJUKA

STOCKHOLM
1947

Statens offentliga utredningar 1947

Kronologisk förteckning

1. Kollektiv tvätt. Betänkande med förslag att underlätta hushållens tvättarbete. Hæggström. xv. 284 s. **S.**
2. Betänkande angående fiskerinäringens efterkrigsproblem samt den prisreglerande verksamheten på fiskets område. Antonsons, Göteborg. 325 s. **Jo.**
3. Elkraftutredningens redogörelse nr 1. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Inledande översikt. Sv. Tryckeri AB. 84 s. **K.**
4. Betänkande med förslag till standardtariffer för detaljdistribution av elektrisk kraft. Hæggström. 126 s. **K.**
5. 1944 års militärsjukvårdskommittés betänkande. Del 2. Beckman. 170 s. **Fö.**
6. Betänkande med förslag till geofysiskt observatorium i Kiruna m. m. Idun. 64 s. **K.**
7. Betänkande med förslag angående lantmäteripersonalens organisation samt avlöningsförhållanden m. m. Marcus. 132 s. **Jo.**
8. Betänkande med förslag angående fiskets administration m. m. Kihlström. 155 s. **Jo.**
9. Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m.m. Del 3. Tandläkarinstitutens organisation m. m. Beckman. 166 s. **E.**
10. Betänkande med förslag rörande civilförsvarets organisation m. m. Beckman. 262 s. **S.**
11. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 8. Utredning och förslag rörande vissa socialpedagogiska anordningar inom skolväsendet. Idun. 148 s. **E.**
12. Ungdomens fritidsverksamhet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 4. V. Petterson. 392 s. **Ju.**
13. Betänkande med utredning rörande riksräkenskapsverkets organisation. Marcus. 114 s. **Fi.**
14. Handeln med olja. Betänkande med förslag avgivet av oljeutredningen 1945. Hæggström. 343 s. 4 pl. **Fo.**
15. 1941 års lärarlönesakkunniga. Betänkande med förslag till lönereglering för övningslärare. Sv. Tryckeri AB. 370 s. **Fi.**
16. Förslag till konvention mellan Sverige, Danmark och Norge om erkännande och verkställighet av domar i brottmål m. m. Norstedt. 24 s. **Ju.**
17. Stöd åt utvecklingshämmad ungdom. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 5. V. Petterson. 144 s. **Ju.**
18. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 2. Förslag angående yrkesvägledning och yrkesutbildning för partiellt arbetsföra m. m. Katalog och Tidskriftstryck. 324 s. **S.**
19. Kompetensfordringar för statliga, vissa halvstatliga och kommunala tjänster samt sådana yrken och befattningar, för vilkas utövande kräves av statlig myndighet utfärdad behörighetsförklaring eller legitimation. V. Petterson. 288 s. **S.**
20. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 15. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Älvsborgs län. Beckman. 48 s. **K.**
21. Socialvårdskommitténs betänkande. 15. Utredning och förslag angående särskilda barnbidrag och bidragsförskott m. m. V. Petterson. 114 s. **S.**
22. Betänkande med förslag till ändrad lagstiftning angående handel med skrot, lump och begagnat gods. Sv. Tryckeri AB. 125 s. **H.**
23. 1945 års lönekommitté. 2. Betänkande med förslag till statens allmänna avlöningsreglemente m. m. Marcus. 289 s. **Fi.**
24. Betänkande rörande ett centralt arbetsmarknadsorgan. Norstedt. 220 s. **S.**
25. 1945 års akademikerutredning. Norstedt. 64 s. **E.**
26. Slutbetänkande avgivet av bostadssociala utredningen. Del 2. Saneringen av stadssamhällenas bebyggelse. Organisationen av låne- och bidragsverksamheten för bostadsändamål. Idun. 598 s. **S.**
27. Betänkande med förslag till ändrad ordning beträffande vissa helgdagar. Katalog och Tidskriftstryck. 75 s. **E.**
28. Stuveriverksamheten i svenska hamnar. Hæggström. 110 s. **H.**
29. Välfärdsanordningar för sjöfolk i hamn. Hæggström. 118 s. **H.**
30. Betänkande med förslag till lag om regionkommuner m. m. Beckman. 214 s. **S.**
31. Betänkande med förslag angående utbildning av befäl för handelsflottan m. m. Idun. 264 s. **H.**
32. Utredning med synpunkter på sågverksdriften i Norrland och förslag angående inrättande av en central sågverksskola. V. Petterson. 150 s. 1 karta. **Jo.**
33. Redogörelse i sammandrag för utredning rörande planering av jordbruket och skogsbruket i Nedertorneå kommun. V. Petterson. 177 s. 6 pl. 1 karta. **Jo.**
34. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 9. Gymnasiet. Idun. 622 s. **E.**
35. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 12. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Malmöhus län. Beckman. 43 s. **K.**
36. Vid andra riksskogstaxeringen av Norrland åren 1938—42 använd metodik och härom vunna erfarenheter. Redogörelse avgiven av 1937 års riksskogstaxeringsnämnd. V. Petterson. 205 s. **Jo.**
37. 1945 års skogshärbärgesutrednings betänkande. Del 1. Utredning rörande bostads- och levnadsförhållandena på hemmansskogarna med förslag till åtgärder för bostadsbeståndets komplettering och förbättrande. Idun. 301 s. **S.**
38. Lagberedningens förslag till jordabalk. 1. Norstedt. 313 s. **Ju.**
39. Supplement nr 7 till Sveriges familjenamn 1920. Statens Reproduktionsanstalt. 112 s. **Ju.**
40. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 11. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Kristianstads län. Beckman. 40 s. **K.**
41. Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 7. Tiden juli 1945—juni 1946. Idun. 449 s. **Fo.**
42. Betänkande angående organisationen av försöksverksamheten på jordbrukets område. Katalog och Tidskriftstryck. 252 s. **Jo.**
43. Betänkande med förslag om upphävande av äldre giftermålsbalken. Norstedt. 72 s. **Ju.**
44. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 3. Statens sjukhusutrednings av år 1943 betänkande. 3. Utredningar och förslag angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. Katalog och Tidskriftstryck. 176 s. 8 pl. **I.**
45. Polisen och allmänheten. Betänkande med förslag till tjänstereglemente för polisväsendet. Idun. 126 s. **I.**
46. Betänkande angående familjeliv och hemarbete. Beckman. 320 s. **S.**
47. Fiskerättskommitténs förslag till fiskelag jämte därmed sammanhängande författningar. V. Petterson. 558 s. 2 pl. **Jo.**
48. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 8—10. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Kalmar län, Gotlands län och Blekinge län. Beckman. 68 s. **K.**
49. 1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 10. Flickskolan. Idun. 253 s. **E.**
50. Sysselsättningsförhållandena inom varuhandeln. Beckman. 197 s. **E.**
51. Betänkande om granskning och antagning av läroböcker. Hæggström. 137 s. **E.**
52. Möbler. Betänkande avgivet av 1946 års möbelutredning. Stockholms Bokindustri AB. 368 s. **H.**
53. Kommunallagskommitténs betänkande 1 med förslag angående ändringar i kommunallagarnas bestämmelser om borgerlig primärkommuns kompetens och om kvalificerad majoritet. Idun. 216, 72* s. **I.**
54. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 25. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Norrbottens län. Beckman. 41 s. **K.**
55. Utredning med förslag angående utbildning av lärare för industri och hantverk vid anstalter för yrkesundervisning m. m. Hæggström. 173 s. **E.**
56. Utredning angående organisationen av den finska församlingen i Stockholm samt de tyska församlingarna i Stockholm och Göteborg m. m. Av E. Schalling. Idun. 143 s. **E.**
57. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 13—14. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Hallands län samt Göteborgs och Bohus län. Beckman. 67 s. **K.**
58. Betänkande angående reglering av anställningsförhållandena för viss civil personal inom statsförvaltningen. Del 2. Personal med teknisk utbildning m. fl. Beckman. 82 s. **Fi.**
59. Betänkande med förslag angående forsknings- och försöksverksamheten samt undervisningen på mejerinäringens område m. m. Beckman. (2) 205 s. **Jo.**
60. Förslag till tryckfrihetsförordning. Norstedt. iv. 314 s. **Ju.**
61. Statens sjukhusutredning av år 1943. Betänkande 2 angående den lasarettsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka. Beckman. 120 s. **I.**

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.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1947: 61
INRIKESDEPARTEMENTET

STATENS SJUKHUSUTREDNING AV ÅR 1943

BETÄNKANDE II

ANGÅENDE

DEN LASARETTSANSLUTNA B-SJUKVÅRDEN JÄMTE ANSTALTSVÅRDEN AV KRONISKT SJUKA

STOCKHOLM 1947
K. L. BECKMANS BOKTRYCKERI
[2219 46]

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet.

Statens sjukhusutredning, som jämlikt Kungl. Maj:ts beslut den 14 maj 1943 tillkallats av chefen för socialdepartementet, får härmed överlämna sitt betänkande II angående den lasarettsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka.

I handläggningen inom utredningen av härmed sammanhängande frågor ha deltagit samtliga ledamöter, nämligen utredningens ordförande, professorn M. Ljungdahl, överdirektören E. Björkquist, docenten E. Goldkuhl, ledamoten av riksdagens andra kammare A. Hagård, husmodern vid Lidköpings lasarett E. Hakeman, sjukhusdirektören N. Hansson, landstingsdirektören E. von Hofsten, lasarettsläkaren A. Odelberg, ledamoten av riksdagens andra kammare C. P. Olsson och byråchefen G. Ström. I överläggningarna har från centrala sjukvårdsberedningen deltagit byrådirektören M. E. Molander.

Den närmare utformningen av betänkandet har inom utredningen handhafts av ett redaktionsutskott bestående av Ljungdahl, Hakeman, Hansson, v. Hofsten och Odelberg. Vid utarbetandet av de i avdelning III intagna förslagen till förändringar i sjukhuslagen och sjukhusstadgan har biträde lämnats av hovrättsassessorn Y. Samuelsson. Ledare för de i betänkandet redovisade arbetsstudierna har varit överingenjören E. Berg.

Som utredningens sekreterare har jämlikt särskilda förordnanden av chefen för socialdepartementet tjänstgjort intill den 1 juli 1946 byråchefen S. Blom och därefter förste aktuarien E. Soop.

Föreliggande betänkande ägnas i allt väsentligt frågan om avlastning av A-sjukvården vid lasarett genom anordnande av annex- och konvalescentavdelningar samt anstalter för kroniskt sjuka. Utredningen har härvid sökt uppdraga normer för en ur vård- och kostnadssynpunkt lämplig uppdelning av sjukhusklientelet på A- och B-platser. I samband härmed har även frågan om anstaltsvården för kroniskt sjuka upptagits till allmän översyn. Jämlikt särskilt uppdrag äro råd och anvisningar för utformning bland annat av an-

stalter för kroniskt sjuka under utarbetande av 1945 års vårdhemssakkunniga. Mellan utredningen och dessa sakkunniga har samråd ägt rum, och utredningen tillåter sig därför beträffande den närmare utformningen av vårdanstalterna för kroniskt sjuka hänvisa till vad vårdhemssakkunniga förorda.

Stockholm den 17 oktober 1947.

MALTE LJUNGDAHL

ERIK BJÖRKQUIST	E. GOLDKUHL	ALARIK HAGÅRD
ELIN HAKEMAN	N. H. HANSSON	ERLAND v. HOFSTEN
AXEL ODELBERG	C. P. OLSSON	GÖSTA STRÖM

/ Erik Soop

Avd. I.

Utgångspunkter och föremål för utredningen jämte definitioner och nomenklatur.

Kap. 1. Inledning.

Den i hastig takt fortgående ökningen av det medicinska kunskapsförrådet och därmed av de diagnostiska och terapeutiska möjligheterna har medfört en ständigt fortskridande specialisering inom medicinen, en uppdelning av densamma i ständigt nya discipliner, var och en omfattande sin art av sjukdomar och sin form av sjukvård. I stort sett är det en strävan efter anpassning för dessa olika discipliner, så att de så väl och fullständigt som möjligt må kunna tillgodose de av dem företrädda *arterna* av sjukvård, som hittills bestämt utformningen av våra sjukhusanläggningar.

På grund av den snabba och starka utvecklingen av sjukhusväsendet och de därav förorsakade stora kostnaderna har man emellertid måst fråga sig, om det är nödvändigt och i längden möjligt att tillgodose sjukvårdens krav genom huvudsakligen högkvalificerade sjukhus och sjukhusavdelningar och om det icke vore lämpligt att låta även hänsyn till de olika *grader* av vårdbehov, som förefinnas inom de skilda disciplinerna, få öva inflytande på utformningen av anstalterna och organisationen av driften. Sedan rätt länge har ju denna princip i viss utsträckning kunnat tillämpas inom sinnessjukvården, i det man där för patienter, som äro i behov av mindre kvalificerad vård, anordnat familjevård eller enklare vårdhem. Inom tuberkulossjukvården har man på samma sätt för motsvarande kategorier av klientelet inrättat enklare s. k. B-avdelningar. Även i inrättandet av särskilda vårdhem för kroniskt sjuka — som tagit fart efter 1927, då statsbidrag till uppförande och drift av dylika hem infördes — kan man se en tillämpning av samma princip.

Ett uttalande till förmån för en planmässig tillämpning av denna princip om differentiering av vårdplatserna ur kvalitativ synpunkt vid utbyggnaden av vårt sjukhusväsen gjordes redan av de år 1920 tillkallade sakkunniga för utredning beträffande vården av kroniskt sjuka. I sitt den 24 februari 1921 avgivna betänkande framhöllo de bland annat följande.

Av kostnadsskäl torde det bli nödvändigt att bygga sjukhus av olika typer, så att ingen sjuk vårdades på ett i förhållande till hans sjukdom för dyrbart sjukhus, och vidare att ingen kvarhölles ens på våra enklaste sjukhus eller sjukvårdsinrättningar av annan anledning än verklig sjukdom. De offentliga sjukhusen borde vara av tre olika klasser, betecknade som sjukhus av I:a, II:a och III:e klassen, vilken klassindelning dock ej finge betyda någon skillnad i rang. Sjukhus av I:a klassen måste utrustas med alla till buds stå-

ende tekniska hjälpmedel för att giva skickliga fackläkare möjligheter att ställa diagnos och lämna även den tekniskt svåraste och mest dyrbara behandling. Rekonvalescenter och patienter, som för att nå social funktionsduglighet voro i behov av viss efterbehandling liksom personer med lindriga, lätt behandlade sjukdomar, skulle kunna vårdas på sjukhus av II:a klassen. Då patienterna på dessa sjukhus åtminstone delvis borde kunna gå uppe, kläda sig själva och äta utan hjälp, kunde dessa sjukhus både byggas av en helt annan och enklare typ och drivas på ett mycket billigare sätt än sjukhus av I:a klassen. De borde förläggas i omedelbar närhet av sjukhusen av I:a klassen, vilkas specialläkare och specialbehandlingsmetoder vid behov skulle stå även patienterna på sjukhusen av II:a klassen till förfogande. En förutsättning härför vore, att mottagnings-, röntgen-, bad- och andra avdelningar, som avsågo att tjäna även det polikliniska materialet, på sjukhusen av klass I ej tilltoges för små vid sjukhusens anläggning. För sådana patienter, som icke på sjukhusen av klass I och klass II kunnat inom rimlig tid återställas till hälsan, måste inrättas ett särskilt slags sjukhus, sjukhus av klass III, av de sakkunniga kallade sjukhem.

Den år 1929 för utredning rörande den slutna kroppssjukvården i riket tillsatta kommittén, statens sjukvårdskommitté, har rätt ingående sysselsatt sig med här avhandlade problem. I sitt betänkande (SOU 1934: 22) har kommittén beträffande B-anstalter inom lungtuberkulosvården framlagt synpunkter, som (s. 221) sammanfattats sålunda. För vård av lungtuberkulos böra finnas särskilda anstalter eller avdelningar för vuxna och för barn. De akuta eller mera komplicerade fallen böra vårdas på särskilda, med avseende på sakkunskap och utrustning fullt kvalificerade anstalter, sanatorier (A-platser), övriga fall på enklare anstalter, tuberkulossjukstugor, eventuellt benämnda bygdesanatorier (B-platser). För utvinnande av högsta möjliga vårdkapacitet hos båda dessa anstaltstyper bör en intim samverkan äga rum dem emellan.

Liknande synpunkter har kommittén anlagt på organisationen av vårdanstalterna för kirurgisk tuberkulos.

Vidare har sjukvårdskommittén (s. 310—315) för konvalescentvård, som icke avser tuberkulospatienter, förordat anordnandet av enkelt inredda och utrustade avdelningar i omedelbar anslutning till lasarett, varvid lasarettets vårdtekniska hjälpmedel borde komma konvalescentavdelningen till gagn. Ehuru rent administrativt sett skäl kunde anföras för en begränsning av den av det allmänna ombesörjda konvalescentvården till den konvalescentvård, som omedelbart anslöte sig till föregående lasarettsvård, ansåg sig kommittén ej kunna i princip förorda en sådan inskränkning. Från medicinsk synpunkt måste, menade kommittén, en gränsdragning, varigenom intagande på konvalescenthem direkt från den öppna sjukvården skulle bli uteslutet, te sig konstlad. Av naturliga skäl borde dock konvalescentvården i första hand ta sikte på behov av sådan vård i omedelbar anslutning till åtnjuten lasarettsvård. Kommittén framhåller emellertid, att man med uppgivandet av kravet på omedelbart föregången sjukhusvård måste hålla i minnet, att skaran vård-

behövande högst väsentligt vidgas, att sökandens behov av konvalescentvård ofta icke varit föremål för den prövning, som kan äga rum under en sjukhusvistelse, och att sålunda faran för ett utnyttjande av denna vård utöver de gränser, som betingas av rent medicinska och sociala skäl, ej oväsentligt ökas.

De för utredning och avgivande av förslag rörande ordnandet av den av pensionsstyrelsen bedrivna verksamheten till förebyggande och hävande av invaliditet den 2 april 1936 utsedda sakkunniga ha ävenledes uppehållit sig vid tanken på en avlastning av de dyrbarare sjukhusanläggningarna såvitt reumatikervården angår.

Det är, skriva dessa sakkunniga i sitt betänkande (SOU 1937: 23 s. 52), ett känt faktum, att tillkomsten av en specialavdelning inom ett län spontant framkallar ett ökat, förut latent vårdbehov av olika omfattning. Att söka tillfredsställa detta vårdbehov genom att ytterligare utöka antalet vårdplatser, kan knappast anses vara tillrådligt, åtminstone icke i första hand. I stället förorda de sakkunniga en avlastning på en till specialavdelningarna för reumatikervård ansluten öppen sjukvård samt, i mån av behov, inrättandet av poliklinikhem för inackordering och eventuell sysselsättning av poliklinikfallen under vårdtiden. Då poliklinikhemmen kunna göras enkla till sin beskaffenhet och utrustning, lära de, mena de sakkunniga, kunna åstadkommas och drivas för en relativt låg kostnad, i varje fall för en lägre kostnad än själva vårdavdelningarna och alltså i sin mån bidra till att begränsa huvudmännens sjukvårdskostnader.

Under det senaste decenniet har tanken på en avlastning av de dyrbarare sjukhusen och sjukhusavdelningarna genom inrättandet av enklare anstalter, vanligen kallade *B-sjukhus* eller *B-avdelningar,* vunnit allt större anslutning. Inom de flesta sjukvårdsområdena torde huvudmännen haft denna fråga under övervägande eller gjort den till föremål för utredning, liksom den också flitigt diskuterats vid möten och i fackpressen.

Då statens sjukhusutredning av år 1943 erhöll uppdraget att undersöka möjligheterna att begränsa driftkostnaderna vid våra sjukvårdsanstalter, var det sålunda naturligt, att frågan om B-sjukvården erhöll en framskjuten plats i de för utredningen lämnade direktiven. Enligt dessa bör utredningen omfatta såväl kroppssjukvård som sinnessjukvård men begränsas till sådana sjukhus, för vilkas driftkostnader staten, landstingen eller städerna utanför landsting i sista hand svara. B-sjukvården inom sinnessjukvården har sjukhusutredningen upptagit till behandling i samband med sinnessjukvården i övrigt. Inom kroppssjukvården intar tuberkulossjukvården i fråga om arten och graden av differentieringen i A- och B-anstalter en särställning främst genom det intima samband denna fråga har med spörsmålet om patienternas omskolning och yrkesutbildning. Härom har styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos med skrivelser till Kungl. Maj:t den 1 mars 1940 och den 29 september 1942 framlagt en på styrelsens uppdrag av särskilda sakkunniga år 1939 verkställd utredning med förslag, till vilka statsmakterna ännu ej tagit ställning. Denna utredning har av Kungl. Maj:t överlämnats

till kommittén för partiellt arbetsföra, som har att taga vederbörlig hänsyn till densamma vid utformningen av sina förslag. Sjukhusutredningen finner under dessa omständigheter ytterligare utredning av frågan om B-sjukvårdens ordnande inom tuberkulossjukvården för närvarande ej vara påkallad. Sagda fråga kommer sålunda icke att behandlas i föreliggande betänkande. Vidare anser sjukhusutredningen spörsmålet om för konvalescentvård avsedda, icke till sjukhus anslutna anstalter av B-typ, deras uppgifter inom denna vårdgren och deras ställning i organisatoriskt hänseende i så hög grad sammanhänga med frågan om den öppna vårdens framtida organisation — vilken fråga är föremål för särskild utredning inom medicinalstyrelsen — och med den nya sjukförsäkringslagstiftningens tillämpning, att det icke lämpligen i närvarande stund kan göras till föremål för en på driftens rationalisering inriktad utredning.

I anslutning till vad ovan anförts kommer sjukhusutredningen att i här föreliggande betänkande befatta sig endast med den till lasarettsvården direkt anknutna B-sjukvården jämte vården av kroniskt sjuka.

Kap. 2. Översikt över aktuella betänkanden och uttalanden rörande B-sjukvården.

Till en början lämnas här en översikt över innehållet i de statliga kommittéutlåtanden m. m., som sammanhänga med B-sjukvården och som ännu ej alls eller blott delvis blivit föremål för statsmakternas beslut.

1941 års reumatikervårdssakkunniga, vars egentliga uppdrag såsom av benämningen framgår avsåg frågor rörande reumatikervårdens utbyggnad, fingo jämlikt Kungl. Maj:ts beslut den 27 mars 1942 detta uppdrag utvidgat att avse utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggande av efterbehandling och konvalescentvård i allmänhet. När sjukhusutredningen i enlighet med givet direktiv trädde i förbindelse med dessa sakkunniga, framgick det, att de i det närmaste slutfört sitt arbete rörande frågan om B-sjukvårdens ordnande. Sjukhusutredningen har därför endast haft att beakta de sakkunnigas den 18 juni 1944 avgivna betänkande del II med utredning och förslag rörande behovet av och formen för statligt understöd till utbyggnad inom landets sjukhusväsen av efterbehandling och konvalescentvård (SOU 1944: 28).

Efter en översikt av tidigare utredningar, vilka berört ifrågavarande ämne, konstatera de sakkunniga, att samstämmighet föreligger om behovet av enklare avdelningar för eftervård, men att — om också värdefulla synpunkter framlagts — konkreta förslag saknas. De sakkunniga anföra vidare i huvudsak följande.

Erfarenheterna såväl i Sverige som i våra grannländer synas visa, att de

eftervårdsplatser, som hittills anordnats, i flera fall icke länge kunnat reserveras för sitt ändamål utan tendera till att användas antingen som A-platser, om deras utrustning det tillåter, eller platser för kroniskt sjuka, när det föreligger platsbrist för sådana sjuka. Även gentemot konvalescentvården bli gränserna gärna flytande. Erfarenheterna ha emellertid detta till trots varit uppmuntrande. Behovet gör sig särskilt gällande på sjukhus, där driften är intensiv och patienterna måste skrivas ut tidigt.

De sakkunniga anse, att när en sjuk person ej längre är i behov av vård på A-plats men dock icke tillräckligt återställd för att kunna återvända till hemmet, böra olika möjligheter till eftervård finnas. Är han i behov av fortsatt kontroll och behandling vid huvudsjukhuset, bör han överflyttas till efterbehandlingsavdelning (s. k. E-avdelning), om han är uppegående, och till sjukhusansluten vårdanstalt för kroniskt sjuka, om han är sängliggande. Föreligger ej behov av kontroll eller behandling, bör han omhändertagas på konvalescenthem eller icke sjukhusansluten vårdanstalt för kroniskt sjuka. I anslutning härtill uppställa de sakkunniga följande definitioner:

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

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

De sakkunniga ha på grundval av infordrade yttranden uppskattat behovet av eftervårdsplatser till högst 20 % av antalet tillgängliga A-platser (i de båda nordligaste länen 25 %). Någon uppskattning av behovet av platser på konvalescenthem göres icke. De sakkunniga ha vidare uppgjort program och ritningsförslag för E-avdelningar av tre slag, nämligen E-avdelningar vid lasarett (allmänna), vid sanatorier och vid barnsjukhus eller barnavdelningar.

Till slut föreslå de sakkunniga, bland annat, dels vissa ändringar i gällande bestämmelser rörande statsbidrag till uppförande och drift av hem för kroniskt sjuka liksom också rörande beläggningen av dessa hem, dels statsbidrag i form av byggnads- och driftbidrag till efterbehandlingsavdelning med vårdplatser, avsedda för: 1) patienter med akuta och kroniska reumatiska ledgångsinflammationer, 2) väntande mödrar och nyförlösta, 3) tuberkulossjuka och 4) sjuka barn, allt under förutsättning att utbyggnaden sker enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan.

I proposition nr 113 till 1945 års riksdag har chefen för socialdepartementet uttalat, att reumatikervårdssakkunnigas förslag rörande hemmen för kroniskt sjuka praktiskt taget genomgående tillstyrkts eller i väsentliga delar lämnats utan erinran av remissinstanserna. Beträffande eftervårdens utbyggnad i övrigt hade man visserligen i stort sett varit ense om angelägenheten av att landets lasarett kompletterades med särskilda efterbehandlingsavdelningar för uppegående patienter, medan riktlinjerna för denna vårdforms närmare utbyggande och finansieringen av densamma varit föremål för mycket delade meningar. På grund härav vore departementschefen ej beredd att då till närmare behandling uppta frågan om statligt stöd till efterbehandlingsavdelningar av den typ de sakkunniga föreslagit. Däremot mötte enligt departementschefen inga hinder att till prövning uppta de sakkunnigas förslag till främjande av vården för kroniskt sjuka. Härtill återkommer utredningen i avdelning III av detta betänkande.

1940 års civila byggnadsutredning har haft till uppgift bland annat att söka åstadkomma enhetliga principer för en förenkling och standardisering av den offentliga byggnadsverksamheten på kroppssjukvårdens område. I betänkande II med förslag till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för lasarett, sanatorium, epidemisjukhus m. fl. (SOU 1944: 68) påpekar utredningen, att den, såvitt det rör eftervårdens byggnadskrav, begränsat sin prövning till problemet om en differentiering av lasarettens och sanatoriernas vårdplatser i sådana, som avse högkvalificerad vård och sådana, beträffande vilka anspråken kunna ej oväsentligt reduceras. De senare, de enklare vårdplatserna, skulle uteslutande avse att öppna möjlighet för vård av patienter, som, utan att skäliga vårdanspråk eftersattes, befunnes kunna för vårdens avslutande överflyttas till ett efterbehandlingssjukhus eller vilkas tillstånd vederbörligen prövats vid lasarettet och befunnits kunna tillfredsställande motivera vård på annexsjukhus. Utredningen framhåller, att den totala vårdtiden ej härigenom finge förlängas. Konvalescenter från den öppna vården borde ej mottagas, då därigenom kravet på sjukhusplatser skulle stegras. Utredningens gränsdragning avsåge att skapa förutsättningar för ett förbilligande av byggnadskostnaderna. Samtliga patienter förutsattes såsom icke sängliggande i det hela icke kräva kvalificerad vårdpersonal. Vidare förutsattes all specialbehandling försiggå på huvudsjukhuset.

Från dessa utgångspunkter skisserar sedan byggnadsutredningen den byggnadstekniska utformningen bland annat av annexavdelningar vid lasarett. Frågan om anordnande av arbetslokaler för patienternas sysselsättning beaktas. Byggnadsutredningen beräknar driftkostnaderna till omkring hälften av dem vid en akutavdelning. Prövningen av vilka fall, som böra vårdas på annexavdelning, skall enligt utredningens mening alltid ankomma på vederbörande lasarettsläkare, varjämte vården därstädes bör omhänderhas av samma läkare, som svarat för den tidigare behandlingen. Behovet av eftervårdsplatser beräknas till 20 % av huvudlasarettets platsantal.

Då vårdavdelningen av utredningen ansetts böra innehålla minst 40 platser, kunna annexsjukhus ifrågakomma vid sjukhus om minst 200 patienter. Principiellt böra avdelningarna på annexsjukhus anordnas på anspråkslöst som möjligt, detta jämväl för att utesluta, att de tagas i anspråk för mera kvalificerad vård. Då alla patienter skola vara uppegående, kan en avsevärd förenkling i anordning och utrustning genomföras.

I betänkande I (SOU 1943: 10) har civila byggnadsutredningen vidare framlagt förslag till ändringar i Kungl. Maj:ts byggnadsstadga samt till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för vissa vårdanstalter och folktandpolikliniker, i vilket även hem för kroniskt sjuka upptagits. Dessa förslag ha därefter överarbetats av 1945 års vårdhemssakkunniga.

I ett föredrag vid *svenska landstingsförbundets möte* i november 1942 berörde lasarettsläkare G. Bohmansson detta område av sjukvården och framhöll därvid bland annat, att sjuka, som av sociala och andra skäl icke kunde hemsändas från lasaretten utan vore i behov av viss vård, borde omhändertas på enklare utrustade B-avdelningar, vilket vore det billigaste sättet att utvidga lasarettens vårdmöjligheter. Enligt Bohmanssons uppgifter uppginge dagkostnaden på B-sjukhuset i Örebro till icke fullt hälften av kostnaden för vårdplats på A-avdelning. Förutsättning för att kostnaderna skulle kunna hållas nere på denna nivå vore dock, att till B-sjukhus endast överfördes sjuka, som kunde reda sig själva och icke behövde hjälp med påklädning, ej heller nattpassning.

Vid *svenska sjukhusföreningens möte* i maj 1943 intog en diskussion om B-sjukvården den främsta platsen på programmet. Inledande anföranden höllos av sjukhusdirektören N. Hansson, arkitekten N. Grep och sjukkassedirektören N. Brännberg av i huvudsak följande innehåll.

Sjukhusdirektören Hansson framhöll, att det vore omöjligt att i siffror angiva behovet av sjukhusplatser, åtminstone för en storstad. Där lämpade sig också hemsjukvården endast för kortvariga, okomplicerade fall men ej för svårare sjukdomar. Klientelet uppdelades i akuta sjukdomsfall, efterbehandlingsfall, kroniska fall och konvalescentfall. Undersökningar i Stockholm 1938 på stadens kirurgiska och medicinska avdelningar visade, att antalet eftervårds- och konvalescentfall varierade mellan 7 och 12 % samt antalet kroniska fall mellan 10 och 15 % på medicinska avdelningar och 3—6 % på kirurgiska. På grund av restriktiva bestämmelser under kriget sjönko dessa siffror och voro år 1942 väsentligt lägre. Hansson ansåg skapandet av efterbehandlingssjukhus vara ett av de mest trängande behoven för landets sjukvård. Dessa sjukhus borde läggas i nära anslutning till lasarett, och klientelet borde icke vara i behov av »sjuksängsservice». Endast om dessa förutsättningar uppfylldes, kunde de besparingar i uppförande och drift ernås, som utgjorde grundvalen för anstaltens existensberättigande. Vad vårdanstalter för kroniskt sjuka beträffade, vore det viktigt, att dessa ej finge karaktären av »dödssjukhus». En uppblandning med annat klientel vore så-

lunda önskvärd. Tidpunkten vore enligt Hanssons åsikt inne för tillämpning av klassificeringsregler för sjukhusklientelet, så att det bleve mindre krav på nya A-platser. Dessutom borde kuratorsinstitutionen utbyggas.

Arkitekten Grep hade en delvis annan indelningsgrund och efterlyste en klar definition av begreppet B-fall. Han ansåg, att det fanns en uppenbar tendens att befria akutsjukhusen från visst enklare klientel genom inrättande av B-sjukhus. Man finge dock betänka, att om A-avdelningarna bleve belagda enbart med svårare fall, härför krävdes mera personal än nu, vilket i sin tur kunde medföra att besparingseffekten på B-avdelningarna neutraliserades av en fördyrad vård på A-avdelningarna. En B-avdelning torde emellertid enligt Greps mening kunna inrättas för en kostnad av hälften av kostnaden för en A-avdelning. Sjukkassedirektören Brännberg såg frågan ur sjukkassornas synpunkt och förklarade bland annat, att sjukkassorna ingalunda motsatte sig anordnandet av B-sjukhus, dock under förutsättning, att dessa icke finge bli ersättning för försörjningshem.

Lasarettsläkaren B. Bager framlade den 14 april 1942 för besparingsberedningens sakkunniga för hälso- och sjukvård en på beredningens uppdrag verkställd utredning. Denna utredning utmynnade i ett önskemål om sakkunnigeutredningar rörande statistiken på hälso- och sjukvårdens område, den öppna sjukvården, efterbehandlings- och konvalescentavdelningar samt en koncentrerad handledning i besparingar inom sjukhusvården.

I fråga om den slutna sjukvården påpekar Bager, att planen för varje ny anläggning av sjukhus visserligen granskas av medicinalstyrelsen efter samråd med byggnadsstyrelsen, men att frågan om lämpligheten ur hela sjukvårdsområdets synpunkt av en sjukhusnybyggnad ej på samma sätt blir föremål för granskning. Dåvarande centrala sjukvårdsarkivet förutsättes av Bager kunna bli en instans för sådan granskning. En jämförande undersökning av byggnadskostnaderna för A- respektive B-sjukhus bör komma till stånd, därvid hänsyn särskilt bör tagas till möjligheten att uppföra B-sjukhus i enklare utförande än A-sjukhus. Vidare böra de kroniskt sjuka patienternas betydelse för platsbristen på lasaretten belysas. Den öppna sjukvården synes enligt Bager kunna i viss mån avlasta lasaretten. Detta kan underlättas genom olika åtgärder, såsom resekostnadsbidrag till dem, som bo på långt avstånd från läkare, bidrag till inackordering på hotell och pensionat för sådant klientel, som på grund av vistelseortens belägenhet eljest skulle behöva läggas in på lasarett, bibehållande av läkarnas ekonomiska intresse av den öppna mottagningen, kuratorsverksamheten, öppnande av sjukhusens laboratorier för de utanför sjukhusen verksamma läkarna och underlättande av hemsysterverksamheten. Vidare framläggas och belysas vissa önskemål på sjukhusstatistikens område. Hemsysterfrågan beröres, därvid enligt Bager slutsatsen blir, att öppen vård med hjälp av hemsystrar i de flesta fall blir billigare än lasarettsvård, särskilt om samma hemsyster kan sköta mer än en familj eller patient per dag. Även vård på B-avdelning skulle sannolikt ej understiga kostnaderna för öppen vård med anlitande av hemsystrar. Ingen utvidgning

av ett lasarett bör beslutas, förrän alla möjligheter till ett rationellt utnyttjande prövats, såsom kortare vårdtid, ökad medelbeläggning, differentiering av klientelet genom överföring av sådana patienter, som ej nödvändigt behöva den dyrbara lasarettsvården, till öppen vård eller till billigare former av sluten vård — eventuellt genom utbyggnad av särskilda anstalter härför.

Kap. 3. Benämningar och definitioner.

Som i inledningen omnämnts, föreslogo 1921 års sakkunniga för utredning beträffande vården av kroniskt sjuka en indelning av sjukhusen i tre klasser, vilka betecknades som sjukhus av I:a, II:a och III:e klassen. I den allmänna diskussionen har sedermera uttrycket B-sjukhus vunnit burskap som benämning för de sjukhus eller avdelningar av enklare slag, genom vilka man avsett att åstadkomma en avlastning av de dyrbara A-sjukhusen respektive A-avdelningarna och därmed en minskning eller rättare en spärr mot ökningen av kostnaderna för sjukhusvården.

Emellertid användes benämningen B-avdelning i stor utsträckning även i en mera inskränkt bemärkelse, i det man därmed avser en särskild typ av B-anstalter, vanligen en till ett huvudsjukhus anknuten avdelning avsedd för enklare behandlingsfall eller för konvalescenter eller för bådadera. Hem eller avdelning för kroniskt sjuka blir då en med B-avdelning i denna inskränkta bemärkelse sidoordnad typ av B-sjukhus eller B-avdelningar. Inom tuberkulossjukvården ha benämningarna A-anstalt och B-anstalt vunnit tillämpning såsom beteckning för specialanstalt för vård av företrädesvis svårare fall av kirurgisk tuberkulos respektive i anslutning till sådan anstalt anordnat konvalescenthem (jfr kungl. kung. den 23 april 1937, SFS 1937: 209, angående statsbidrag till driftkostnaderna m. m. vid anstalter för kirurgisk tuberkulos).

En annan ganska vanlig indelning av sjukhusen är den i akutsjukhus, efterbehandlingssjukhus och sjukhus för kroniskt sjuka, varvid akutsjukhus motsvarar vad som i allmänhet brukar benämnas A-sjukhus, under det att efterbehandlingssjukhus och sjukhus för kroniskt sjuka motsvara begreppet B-sjukhus i dess vidare bemärkelse. Därutöver ha för enklare sjukhus- och avdelningstyper präglats namn som beredskapssjukhus, avlastningssjukhus, eftervårdssjukhus och sekundärsjukhus. 1940 års civila byggnadsberedning har för B-avdelning i detta ords inskränkta betydelse accepterat det på sina håll brukade namnet annexavdelning. I 1941 års reumatikervårssakkunnigas terminologi motsvaras detta uttryck av efterbehandlings- eller E-avdelning.

I den allmänna diskussionen kommer än den ena, än den andra beteckningen till användning. Som de olika benämningarna med hänsyn till förutsättningar, avsikter och uppgifter ej alltid fullt täcka varandra, har oredan i namngivningen kommit att medföra en sådan även i meningsutbytet. Det är

därför av vikt, att man enar sig om en nomenklatur, som kan ha utsikt att bli allmänt godtagen och som hänför sig till klart definierade anstaltstyper.

Att man velat komma ifrån benämningen B-sjukhus och B-avdelning beror som bekant därpå, att de direkt frammana föreställningen, att de därmed avsedda sjukhusen och avdelningarna i jämförelse med A-sjukhusen och A-avdelningarna äro av sekunda slag. Benämningarna akutsjukhus och efterbehandlings- eller eftervårdssjukhus utlösa ingen sådan föreställning om kvalitetsskillnad men äro otillfredsställande, enär de mycket litet motsvara verkligheten. Ett mycket stort antal av de patienter, som behöva vård å »akutsjukhusen», lida av sjukdomar, som äro allt annat än akuta. Och vid »efterbehandlingssjukhusen» eller »eftervårdssjukhusen» måste — om dessa sjukhus skola vara till någon större nytta — kunna lämnas »behandling» och »vård» och ej blott »efterbehandling» respektive »eftervård».

Som ovan påpekats, har namnet B-sjukhus, B-anstalt eller B-avdelning vunnit burskap i vida kretsar och redan använts i författningstext rörande sjukvården. Enligt sjukhusutredningens mening bör det också utan större olägenhet kunna bibehållas som kollektiv benämning, vilket för övrigt måste anses vara rätt naturligt, om man för de mera kvalificerade sjukhusen och sjukhusavdelningarna i fortsättningen vill använda benämningarna A-sjukhus och A-avdelning. Med hänsyn till den föreställning om något mindervärdigt, som namnet B-avdelning utlöser, liksom också till olägenheten av att använda samma benämning i olika bemärkelser, vore det emellertid lyckligt, om för de skilda slagen av B-avdelningar i detta ords trängre bemärkelse kunde präglas namn, i vilka nämnda bokstavsbeteckning icke ingår och vilka ej heller ge en skev föreställning om avdelningens uppgift.

I enlighet härmed och med sin i kap. 4 deklarerade uppfattning om syftet med dessa anstalter kommer sjukhusutredningen i det följande att använda orden B-sjukhus och B-avdelningar som sammanfattande benämning för alla i sjukvårdsorganisationen ingående enheter för sluten vård av enklare slag, med tillhjälp av vilka man avser att undgå onödig belastning av kliniker och andra A-avdelningar.

Inom denna grupp av B-sjukhus eller B-avdelningar har man vidare att särskilja och definiera olika typer. Definitionen bör hänföra sig till den uppgift som ställes på de särskilda sjukhustyperna. För sin del anser sjukhusutredningen naturligast att välja en indelningsgrund, som hänför sig till de kliniska funktioner, vilka tillsammans utgöra den del av verksamheten, som B-avdelningarna skola avlasta. Dessa funktioner äro i stort sett tre: diagnostik, terapi och personlig skötsel. Den eller de av dessa funktioner, som en B-avdelning har till uppgift att överta, ger en naturlig grund för definitionerna. Om man bortser från avdelningar, där patienterna erhålla huvudsakligen diagnostik men intet eller föga av övriga behandlingsformer — vilka avdelningar närmast kunde betecknas som poliklinikhem — återstå tre typer av B-anstalter, som ha intresse i detta sammanhang. Dessa kunna härledas och betecknas sålunda:

	Klinisk funktion		
	Diagnostik	Terapi	Personlig skötsel
Typ I (annexavdelning).....	Ringa eller ingen	Enklare	Ringa
Typ II (konvalescentavdelning, konvalescenthem)	Ingen. Eventuellt observation	Vila. Eventuellt medikamenter, diet	Ingen
Typ III (avdelning eller hem för kroniskt sjuka)	Ingen eller ringa	Enklare	Stor

Det är tydligt, att ingen av de tre kliniska funktionerna helt kan åsidosättas vid någon av de föreslagna typerna av B-avdelningar. Skillnaden mellan dem ligger endast i den grad, i vilken funktionerna ingå i verksamheten. Som framgår av tablån förordar sjukhusutredningen namnet *annexavdelning* för avdelning av typ I. Sådana av typ II göra uppenbarligen skäl för namnet *konvalescentavdelning* eller *konvalescenthem,* under det anstalter av typ III fullt motsvara vad som allmänt kallas *avdelning* eller *hem för kroniskt sjuka.* I likhet med reumatikervårdssakkunniga använder sjukhusutredningen för enheter anslutna direkt till ett huvudsjukhus uttrycket *avdelning* och för fristående anstalter uttrycket *hem.*

Förevarande spörsmål om definitioner, typindelning och benämningar inom B-vården har år 1945 gjorts till föremål för en enquête av sjukhusutredningen till landets lasarettsläkare. Dessas inställning till utredningens förslag i ämnet framgår av följande tabellariska sammanställning av de på rundfrågan inkomna svaren.

Fråga: »Anser Ni de definitioner och den typindelning av B-avdelningarna, som föreslagits, lämpliga?»

	Antalet överläkare på								Summa
	Delade lasarett							Odelade lasarett	
	Medicinska kliniker	Kirurgiska kliniker	Röntgenkliniker	Ögon-, öron-, gynek.-obstetr. kliniker	Barnkliniker	Psykiatriska kliniker	Övriga kliniker		
Antal deltagare i enquêten	37	34	30	50	17	2	6	51	**227**
Därav, som:									
Besvarat frågan jakande	29	26	23	40	8	—	6	43	**175**
» » nekande	4	4	—	4	—	—	—	3	**15**
Svarat tveksamt eller lämnat frågan obesvarad	4	4	7	6	9	2	—	5	**37**

Såsom ovanstående tabell visar, har sjukhusutredningens förslag till distinktioner mottagits utan gensaga från ett övervägande flertal av landets

lasarettsläkare, ett förhållande, som torde böra tillmätas största vikt vid bedömandet av lämpligaste nomenklatur för B-sjukvården. En kompletterande fråga, huruvida även de föreslagna benämningarna godkändes, besvarades på enahanda sätt.

Sjukhusutredningen vill emellertid framhålla, att det uteslutande är behovet av något så när klara begreppsbestämningar, som föranlett den att göra ovan angivna typindelning av B-anstalterna. I praktiken torde dessa typer i allmänhet ej komma att var för sig motsvaras av särskilda byggnads- och driftsenheter utan förekomma i kombination med varandra. Sålunda torde det inom de flesta sjukvårdsområden visa sig av praktiska skäl lämpligt att sammanslå annex- och konvalescentavdelningar till en enhet. Med klarhet om typerna och uppgifterna löser sig i sådana fall namnfrågan av sig själv. Nämnda kombination ger en avdelning, som bör benämnas annex- och konvalescentavdelning eller, om hänsyn tages till avdelningens huvudsakliga uppgift, endast annexavdelning respektive konvalescentavdelning. Ganska allmänt förordas även sammanslagning av avdelningar eller hem för kroniskt sjuka med dylika för konvalescenter — en kombination som sjukhusutredningen för sin del icke anser rekommendabel ur alla synpunkter — varvid den sammanslagna anstalten helt naturligt skulle få namnet avdelning respektive hem för kroniskt sjuka och konvalescenter.

Avd. II.

Annex- och konvalescentavdelningar vid lasarett.

Kap. 4. Allmänna synpunkter.

Av föregående kapitel har framgått, att man — med bortseende från poliklinikhemmen — kan skilja mellan tre typer av B-avdelningar, som alla höra till lasarettens intressesfär, nämligen annexavdelningar, konvalescentavdelningar och avdelningar för kroniskt sjuka. I denna del av sitt betänkande kommer sjukhusutredningen att avhandla endast de bägge förstnämnda typerna och därvid taga dem i ett sammanhang, då — som i kap. 5 visas — konvalescenterna bilda så liten grupp inom klientelet, att särskilda avdelningar för dem av praktiska skäl sällan kunna komma i fråga.

I fråga om *syftet* med annex- och konvalescentavdelningar har man i den allmänna diskussionen varit ense såtillvida som man ansett, att dessa avdelningar skola tjäna till att avlasta de dyrbara A-sjukhusen och därigenom minska samhällets kostnader för lasarettsvården. Låter man detta vara det enda syftet med differentieringen av sjukhusen och deras avdelningar, innebär detta, att tillkomsten av B-sjukhus ej skulle få belasta lasaretten med uppgifter, som tidigare icke åvilat dem. På den punkten äro emellertid icke alla överens. Som i inledningen (s. 8) nämnts, ansåg statens sjukvårdskommitté, att en sådan gränsdragning, att intagning på B-avdelning direkt från den öppna sjukvården bleve utesluten, skulle te sig ur medicinsk synpunkt konstlad. Av vad kommittén vidare anfört framgår, att den räknat med, att B-avdelningarna skola stå till förfogande även för den av privatpraktiserande och andra icke sjukhusanställda läkare bedrivna verksamheten, vilket i praktiken torde innebära, att B-avdelningarna vid sjukhusen skulle komma att avlasta ej blott den slutna vården på sjukhusens A-avdelningar utan också den sjukvård, som utövas i hemmen. Rätt ofta hör man uttalas den förhoppningen, att tillgången på B-platser skall göra det möjligt att undvika, att patienter på grund av platsbrist utskrivas tidigare än önskvärt är. Därjämte ha 1941 års reumatikervårdssakkunniga föreslagit, att B-avdelningarna (av de sakkunniga benämnda E-avdelningar) skola kunna fungera även som s. k. poliklinikhem bland annat för långväga resande, som undergå undersökning eller behandling vid sjukhusens öppna mottagningar. Vidare ha reumatikervårdssakkunniga föreslagit, att B-avdelningarna därutöver skola kunna göra tjänst som hem för väntande mödrar. På flera håll har man tänkt sig, att sjukhusens B-avdelningar skola utnyttjas för att ge patienterna tillfälle att anpassa sig för det liv, som väntar dem efter utskrivningen, för prövning av deras anlag och till och med för deras omskolning

och yrkesutbildning. I motsats härtill hävdar civila byggnadsutredningen m. fl., att B-avdelningarnas uppgift måste begränsas till att avlasta A-avdelningarna, och att man sålunda bör avhålla sig från att tillägga dessa nya uppgifter, som icke eller endast indirekt ha med sluten sjukvård att skaffa.

I vad som under de gångna åren skrivits och sagts om B-sjukvård och B-anstalter framskymtar eller hävdas rätt allmänt som självklar den uppfattningen, att endast fördelar skulle vara att vinna genom ett systematiskt utbyggande av vårt sjukhusväsen med anstalter för B-sjukvård. Emellertid saknas icke kritiska röster och uttryck för betänksamhet eller farhågor.

Som fördelar med B-avdelningar anför man särskilt, att kostnaderna för deras uppförande och inredning bli låga och att även driften ställer sig billig i jämförelse med A-avdelningarna. Vidare har uttalats, att B-avdelningarna för sjukhuset i dess helhet komma att medföra minskat behov av specialutbildade läkare och ett bättre utnyttjande av de dyrbara A-platserna, röntgen- och operationsavdelningarna, centrallaboratorierna, köks- och tvättavdelningarna o. s. v. De olägenheter, som man anser givna eller fruktar, bestå i huvudsak däri, att tillkomsten av B-avdelningar skapar betingelser för en ur medicinsk synpunkt oberättigad förlängning av vårdtiden och en ur samma synpunkt oberättigad ökning av tillströmningen till sjukhusen. Vidare har den risken icke ansetts kunna uteslutas, att möjligheten att överföra klientel från A-avdelningar till B-avdelningar på våra i regel hårt belastade sjukhus kan utnyttjas därhän, att på B-avdelningarna komma att omhändertagas även patienter, som äro i behov av mera kvalificerad vård. B-avdelningarna skulle på så sätt komma att fungera som undermåliga A-avdelningar och i verkligheten betyda en sänkning av sjukhusens standard. Vidare framhålles, att överflyttningen av alla lätta fall från A- till B-avdelningar kan eller måste medföra en sådan intensifiering av verksamheten å A-avdelningarna, att vården på dessa därigenom skulle bli lidande.

Sjukhusutredningen har under sitt arbete ej kunnat undgå intrycket att man tämligen allmänt i sina förväntningar om de med B-sjukvårdens utbyggande förenade fördelarna inlagt väl stor optimism.

Vad först beträffar fördelarna med anordnandet av B-sjukvård anser utredningen det visserligen klart, att en B-avdelning skall kunna byggas och inredas för lägre kostnad än en A-avdelning, varom jämväl reumatikervårdssakkunnigas och civila byggnadsutredningens beräkningar, för vilka närmare skall redogöras i kap. 7, bära vittne. Att även driften kommer att ställa sig billigare å en B-avdelning än å en A-avdelning, under förutsättning att endast lättare fall vårdas på den förra och alla mera krävande fall på den senare, torde likaledes vara givet. Men vad som hittills anförts som stöd för den rätt allmänt godtagna åsikten, att inrättandet av B-avdelningar komme att medföra en avsevärd minskning av driftkostnaderna för sjukhuset i dess helhet, saknar enligt sjukhusutredningens mening full beviskraft, enär man ej tillräckligt beaktat den merkostnad för A-avdelningarnas vidkommande,

som blir följden av att alla lättare fall överföras till B-avdelningar, eller med andra ord att A-avdelningarna beläggas uteslutande med mera krävande fall. Vid uppskattningen av den besparing i driftkostnaderna, som sjukhusen kunna vinna genom inrättandet av B-avdelningar, har man i regel ej heller gjort klart för sig, vilka av de olika i driftkostnaderna ingående utgiftsposterna som påverkas av tillkomsten av en sådan avdelning, ej heller i vad mån eller i vilken riktning detta sker. Beträffande sjukhusutredningens egna synpunkter och slutsatser rörande dessa spörsmål hänvisas till kap. 6. I detta sammanhang vill utredningen endast framhålla, att sjukhusens beläggning med patienter, som egentligen tillhöra den öppna vården, vilka under sin korta vistelse på avdelningen kräva rätt mycket av med intagning och utskrivning förbundet arbete, förbruka rätt mycket tvätt o. s. v., är ägnad att öka sjukhusets dagkostnader. Skall B-avdelningen tjäna även omskolning och yrkesutbildning, kan man räkna med att resultatet i drifthänseende ej kommer att bli en besparing utan en ökning av kostnaderna.

Att inrättandet av B-avdelningar under vissa omständigheter bör kunna medföra ett bättre utnyttjande av de specialutbildade läkarna, anser sjukhusutredningen vara troligt, men vill framhålla, att ett sådant utnyttjande har sin givna gräns. Dessutom torde man i den allmänna diskussionen icke gjort klart för sig, att, så länge B-fall överhuvudtaget finnas på ett lasarett, är det icke tillkomsten av B-avdelningen som sådan, som möjliggör det effektivare utnyttjandet av läkarna, utan platsantalets ökning, oavsett om denna åstadkommits genom tillbyggnad av B-avdelning eller utvidgning av A-avdelningar. B-fallen ta nämligen läkarna i anspråk i ungefär samma grad, var de än ligga.

Motsvarande gäller i stort sett uppfattningen, att tillkomsten av en eller flera B-avdelningar skall möjliggöra ett bättre utnyttjande av sjukhusets röntgenavdelning, laboratorium, köks- och tvättavdelning o. s. v. Den fördelen kan man uppenbarligen räkna med endast under den förutsättningen, att dessa gemensamma avdelningar ej äro fullt utnyttjade eller att de kunna nöjaktigt utbyggas för kostnader, som stå i rimlig proportion till vinsten med platsantalets ökning.

I ett par andra, hittills icke berörda hänseenden kunna emellertid B-avdelningarna medföra fördelar för sjukhuset, vilka sjukhusutredningen för sin del är benägen att särskilt framhålla. Den ena är denna. Vid behov av ökat antal vårdplatser måste dessa, om de skola ha karaktär av A-platser, anskaffas genom en dyrbar och i regel mycket besvärlig om- och tillbyggnad eller, vilket just på grund av de med om- och tillbyggnaden förbundna besvärligheterna torde vara vanligast, genom uppförande av nybyggnad. En B-avdelning kan däremot ofta utan större kostnader inredas i en äldre, för sitt ursprungliga ändamål ej längre lämpad sjukhusbyggnad, detta dock under förutsättning, att utformningen och inredningen av B-avdelningar ej klavbindes genom alltför stela och i detalj gående föreskrifter. Den andra fördelen med B-avdelningssystemet, som här avses, är, att det många gånger

kan komma att ge en enkel och lycklig utväg ur de svårigheter, som tillhöra intervallet mellan den tidpunkt, då behovet av ytterligare vårdplatser börjar göra sig gällande på ett sjukhus, och den, då behovet vuxit sig så starkt, att det måste tillgodoses genom ny- eller tillbyggnad av A-platser. En sådan utjämnande uppgift är en B-avdelning så mycket mer i stånd att fylla, som den i motsats till en klinik icke är förbehållen en viss disciplin utan inrättad för att tjäna flera. Även under tiden för till- eller ombyggnad av sjukhuset kan en B-avdelning vara till stort gagn.

Vad därnäst beträffar de farhågor, som man enligt ovanstående på en del håll hyser för följderna av ett utbyggande av våra sjukvårdsanstalter med B-avdelningar, är sjukhusutredningen av den uppfattningen, att de i vissa fall äro väl motiverade.

Risken att den genom det mindre krävande klientelets överförande till B-avdelningarna ökade intensiteten i verksamheten på A-avdelningarna menligt skulle inverka på vården därstädes, anser sjukhusutredningen dock icke vara stor. Utredningen bygger denna sin uppfattning dels på resultatet av en bland landets lasarettsläkare gjord enquête, för vilken närmare redogörelse lämnas i kap. 6, dels ock på följande övervägande. Intensifieringen av verksamheten på A-avdelningen genom dess beläggande med uteslutande mera krävande fall kan enligt utredningens mening utöva en menlig inverkan huvudsakligen endast på två sätt. Dels kan denna form av beläggning tänkas medföra en så hård belastning av personalen, att denna ej blir i stånd att ägna nödig tid och nödigt intresse åt vården av de sjuka, och dels kan sammanförandet av enbart svårt sjuka på en avdelning verka deprimerande på personal och patienter. Enligt sjukhusutredningens uppfattning torde det vara möjligt att helt eller till största delen undanröja en inverkan av förstnämnda slag genom en mot den ökade arbetsbördan svarande ökning av personalen. Vad beträffar menlig inverkan av det andra slaget, har man väl anledning räkna med en sådan på anstalter för kroniskt sjuka men knappast på en A-avdelning, även om denna belägges uteslutande med mera krävande fall. En stor del av dessa fall äro nämligen krävande ej på grund av att de äro svårt sjuka utan på grund av de diagnostiska överväganden och åtgärder samt den specialbehandling, varav de äro i behov.

Större vikt synes man böra fästa vid varningen, att B-avdelningarna kunna komma att fungera som undermåliga A-avdelningar och därmed föra med sig en allmän sänkning av sjukhusens standard. Så hård som påfrestningen är på många och kanske de flesta av våra lasarett, kan möjligheten av en sådan utveckling ej uteslutas. Även om sjukhusens huvudmän åtminstone hittills icke ådagalagt någon åstundan att sänka sjukhusens standard, föreligger risken, att tillkomsten av B-avdelningar kan komma att dölja ett behov av A-platser och sålunda på ett ej önskvärt sätt hämma sjukhusens utbyggnad med A-avdelningar.

I än högre grad anser sjukhusutredningen den farhågan vara berättigad, att inrättandet av B-avdelningar kan komma att medföra en förlängning av

vårdtiden och en ökad tillströmning till sjukhusen. Härvid avses icke sådan förlängning av vårdtiden respektive sådan ökning av intagningen, som motsvarar ett ur sjukvårdssynpunkt berättigat, men på grund av platsbrist ej tillgodosett behov. Vad man kan frukta är fastmera, att inrättandet av B-platser skall väcka till liv nya, ur sjukvårdssynpunkt ej berättigade krav på sjukhusvård. Redan nu belastas våra sjukhus med patienter, som intagits eller måste kvarligga endast eller huvudsakligen på sociala indikationer. Säkerligen råder det i vår tid en rätt allmän tendens att överföra sociala eller av personliga förhållanden framkallade behov till medicinska indikationer. Åtskilliga av de till grund härför liggande orsakerna, såsom trångboddheten, kvinnornas deltagande i förvärvsarbetet, svårigheten att skaffa hjälp i hemmen o. s. v. kunna snarare väntas öka än minska i betydelse. Ävenledes har man anledning att räkna med att ett genomförande av den beslutade obligatoriska sjukförsäkringen eller på annan väg genomförd fri sjukhusvård på allmän sal kommer att öka denna tendens. Den av förstnämnda faktorer orsakade pressen på sjukhusen ha klinikerna på många håll redan haft svårighet att motstå. Tillkomma nu B-avdelningar, kan under vissa omständigheter denna press komma att ytterligare ökas.

Visserligen lär man knappast kunna hävda, att B-avdelningar med uteslutande uppgift att avlasta A-avdelningarna kunna få denna effekt. I varje fall synes farhågan härför icke vara särskilt utbredd bland landets lasarettsläkare. På en fråga i den förut nämnda enquêten av år 1945, huruvida risk kunde anses föreligga, att den slutna vården — därest B-avdelningar, definierade så som sjukhusutredningen föreslagit, inrättades — skulle komma att ökas genom tillströmning av klientel, som lämpligen borde omhändertas inom öppen vård, svarade endast 83 av 227 tillfrågade, att de ansågo sådan risk föreligga, medan 97 icke sågo någon risk och 47 icke uttryckte någon bestämd mening eller lämnade frågan obesvarad. Vidare kan det sägas, att frågan, huruvida här berörda farhåga kommer att besannas eller ej, ytterst är en fråga om tillgång och efterfrågan på vårdplatser, och att det nu som förr måste ankomma på huvudmannen att så avväga tillgången, att ej väg banas för oberättigad beläggning av sjukhusets avdelningar.

Häremot må emellertid anföras, att vissa av de beträffande B-avdelningarna framlagda förslagen bragt frågan i ett annat läge, som fordrar största uppmärksamhet. Vid avvägningen mellan tillgång och efterfrågan på vårdplatser har huvudmannen hitintills ej behövt räkna med annan efterfrågan än den, som är motiverad av rent medicinska indikationer för sluten sjukhusvård. Dessa indikationer ge åt huvudmannen en något så när tydlig gräns, inom vilken avvägningen skall ske, och likaledes utgöra de för läkaren — även om han mången gång av rent mänskliga hänsyn måste se bort från dem — klara riktlinjer och ett starkt stöd, när det gäller inskrivning och utskrivning av patienter. Om nu B-avdelningar anordnas för avlastning av hemsjukvården, för härbärgerande av patienter, som besöka de öppna mottagningarna, för omhändertagande av väntande mödrar eller för patienternas anpassning för

livet utanför sjukhuset, eller med andra ord för att tillgodose andra indikationer än de rent medicinska för sluten sjukhusvård, utsuddas denna gräns, varigenom man förlorar de riktlinjer och det betydelsefulla stöd, som densamma hittills utgjort.

Efter att ha övervägt alla dessa argument har sjukhusutredningen kommit till uppfattningen, att om man skall hålla fast vid den utgångspunkt, som allmänt accepterats, då man förordat inrättandet av B-avdelningar, nämligen att de skola verka återhållande på kostnaderna för sjukhusväsendet, är det nödvändigt att undvika att med inrättandet av sådana avdelningar påföra sjukhusen nya uppgifter i överensstämmelse med vad från vissa håll föreslagits. Sammanställas de nya uppgifter, som föreslagits eller dryftats — alltså B-avdelningarnas utnyttjande för avlastning av hemsjukvården, för patienternas omskolning och yrkesutbildning, för omhändertagande av väntande mödrar och patienter tillhörande klientelet vid de öppna sjukhusmottagningarna — med de fördelar och olägenheter, som B-avdelningarna kunna väntas medföra, finner man, att dessa uppgifter äro ägnade att äventyra den fördel, som man i allmänhet räknat som den mest betydelsefulla, nämligen minskningen av driftkostnaderna.

Under sådana förhållanden anser sjukhusutredningen, att man bör avhålla sig från att taga inrättandet av B-avdelningar till intäkt för vidgade indikationer för sluten sjukhusvård med därav följande nya uppgifter för denna. Sjukhusutredningen anser denna ståndpunkt så mycket mer berättigad, som man genom att handla i enlighet därmed gynnar strävandet att minska det allmännas kostnader för sjukhusväsendet samtidigt som man leder utvecklingen in på banor, vilka för dessa nya uppgifter i längden torde vara de bästa. Sjukhusvårdens höga kvalitet måste enligt samstämmig uppfattning upprätthållas. Allt som inordnas i sjukhusväsendet måste därför komma att ställa sig jämförelsevis dyrbart. Detta gäller, om ock med en viss gradskillnad, även B-sjukvården. Sjukhusutredningen håller före, att de nya uppgifter, varom här talats och som enligt sjukhusutredningens uppfattning icke höra hemma inom lasarettsvården, kunna tillgodoses på ett för det allmänna billigare och ändamålsenligare, i många fall också för patienten bättre sätt genom dels åtgärder inom den öppna sjukvården, dels sociala åtgärder av annat slag från sjukkassornas och kommunernas sida. Vidare ha alla dessa nya uppgifter sina rötter i behov, vars omfattning icke kan överblickas. Att mänga in dessa växande uppgifter bland dem, som nu åvila sjukhusen, kommer ej blott att betyda ökade kostnader och ökade organisatoriska svårigheter för huvudmännen utan också, att de nya uppgifterna genom denna uppblandning avteckna sig mindre skarpt med hänsyn till art och storleksordning. Härigenom får man svårare att rationellt samordna dessa samhällsuppgifter med andra, som härleda sig ur samma behov.

Då sjukhusutredningen i detta sammanhang berört de nya uppgifter, med vilka man efter B-avdelningarnas inrättande vill belasta den slutna sjukhusvården, har utredningen som nämnts ej ställt sig avvisande till den bland annat

av reumatikervårdssakkunniga hävdade uppfattningen, att tillkomsten av B-avdelningar skulle motverka det missförhållandet, att patienter på grund av platsbrist måste utskrivas tidigare än önskvärt är. Här rör det sig nämligen i själva verket icke om någon ny uppgift, icke om vidgade indikationer för sluten sjukhusvård, utan om ett enligt de hittills gällande indikationerna berättigat, men på grund av platsbrist icke tillgodosett behov. Spörsmålet om platsbristens täckande är en fråga för sig, som visserligen har ett visst samband med frågan om den slutna sjukhusvårdens uppdelning på A- och B-anstalter, men som dock måste ses och lösas ej ur B-sjukvårdens utan ur den samlade slutna sjukhusvårdens synpunkt.

I enlighet med de synpunkter och av de skäl, för vilka här redogjorts, betraktar sjukhusutredningen differentieringen av den slutna vården vid lasaretten uteslutande ur den synpunkten, att man därigenom vill ernå en besparing i samhällets kostnader för sjukhusväsendet. Sjukhusutredningen ansluter sig alltså obetingat till den uppfattningen, att uppgiften för B-avdelningarna bör vara att avlasta de dyrbara A-sjukhusen och A-avdelningarna och att organisationen av B-sjukvården i princip bör planeras från denna utgångspunkt.

Kap. 5. Klientel och beläggning.

Klientelets art, beläggningen. Från många håll har hävdats, att det måste betraktas som en nödvändighet, att så klara riktlinjer som möjligt uppdragas för annex- och konvalescentavdelningarnas beläggning, att regler må kunna fastställas för urvalet av patienter till dessa avdelningar.

Vissa riktlinjer av antytt slag inrymmas i det som sjukhusutredningen i föregående kapitel anfört mot förslagen att upplåta dylika avdelningar till hem för väntande eller nyförlösta mödrar, till poliklinikhem eller till anstalter för patienternas omskolning och yrkesutbildning, nämligen att på annex- och konvalescentavdelningar ej böra intagas patienter, vilkas omhändertagande skulle innebära, att nya uppgifter påföras sjukhusen.

Utom de principiella, ur syftet med annex- och konvalescentavdelningar deducerade skälen mot att inom sådan avdelning reserveras platser för väntande och nyförlösta mödrar, må erinras om de farhågor, som ur medicinsk synpunkt uttalats för sammanblandning av obstetriskt klientel med andra vårdkategorier samt ytterligare anföras följande praktiska synpunkter. Hur man på de efter ett visst genomsnittligt behov utrustade klinikerna skall kunna ordna beläggningen och personalbesättningen efter växlingarna i tillströmningen av patienter, har alltid varit och kommer väl alltid att förbli ett stort problem. Under vissa tider kan en klinik vara överbelagd och ha många, som vänta på intagning, under det att en annan klinik kan ha flera obelagda platser. En utjämning är här endast i ringa grad möjlig. Som tidi-

gare framhållits, är en av de största fördelarna med annex- och konvalescentavdelningar den, att de komma att möjliggöra en sådan utjämning. En förutsättning härför är, att urvalet av klientel till dessa avdelningar sker efter för detta syfte lämpliga regler. En annan icke mindre viktig förutsättning är, att dylika avdelningar icke styckas i avgränsade, för särskilda uppgifter reserverade enheter. Gör man detta, minskar man ej blott möjligheterna för annex- och konvalescentavdelningarna att utjämna de växlande kraven på klinikerna, utan man åstadkommer samma svårigheter för en jämn beläggning av dessa avdelningar, som nu råda i fråga om ett jämnt utnyttjande av vårdplatserna inom sjukhuset i dess helhet. Av här anförda skäl måste sjukhusutredningen i princip ställa sig avvisande även mot andra förslag, som innebära, att visst antal vårdplatser inom annex- och konvalescentavdelningar avsöndras eller reserveras för vissa sjukdomar, t. ex. reumatiska.

Även beträffande sin avvisande hållning till förslaget att utnyttja annex- och konvalescentavdelningar som poliklinikhem anser sig sjukhusutredningen böra anföra några kommentarer. Enligt reumatikervårdssakkunniga böra på »efterbehandlingsavdelning» kunna inläggas patienter, som efter utskrivningen från sjukhuset med vissa mellanrum äro i behov av någon kortare tids observation och efterbehandling och som nu måste intagas på A-avdelning. Gives en sådan innebörd åt begreppet »poliklinikhem», vilket synes motsvara även civila byggnadsutredningens mening, har sjukhusutredningen intet att erinra mot förslaget. Men skulle, som bland annat reumatikervårdssakkunniga tänkt sig, den som poliklinikhem fungerande »efterbehandlingsavdelningen» dessutom härbärgera patienter, som anlita de öppna mottagningarna, måste sjukhusutredningen motsätta sig förslaget. Det kan icke vara lämpligt, att sjukhusen, om man vill begränsa deras uppgifter till de nuvarande, inlåta sig på en pensionatsverksamhet. Gränserna för behovet av en sådan äro för närvarande omöjliga att draga. Därtill kommer, att de öppna mottagningarna vid det övervägande flertalet lasarett i riket alltjämt äro att betrakta som vederbörande läkares privata mottagningar och att det, så länge denna ordning är bestående, får anses oriktigt, att detta privatklientel, utan att eljest vara i behov av vård på sjukhuset, på grund av avståndet från hemorten eller andra omständigheter inlägges på sjukhuset.

I detta sammanhang vill sjukhusutredningen även med några ord beröra frågan om annex- och konvalescentavdelningar inom barnsjukvården. Att en sammanblandning av barn och vuxna inom en och samma avdelning ej bör ske, torde vara en mening, varom ringa eller ingen meningskiljaktighet råder. Självfallet är vidare, som reumatikervårdssakkunniga framhålla, att särskilda sådana avdelningar för barn både i planläggning och drift bli något olika dem, som avses för vuxna. Avdelningarna måste enligt nämnda sakkunniga sannolikt göras mindre. Besparingen på personalkontot kan för barn icke drivas lika långt som för vuxna. Sjukhusutredningen hyser samma uppfattning. Yttrandena över reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II gå lika-

ledes i samma riktning. Det är lätt att förstå, att B-vården inom barnsjukvården erbjuder särskilda problem, och av vad de i barnsjukvård speciellt sakkunniga i dessa sina yttranden anfört framgår med all önskvärd tydlighet, att dessa problem äro så många och komplicerade, att de kräva sin särskilda utredning. Sjukhusutredningen vill därför här begränsa sig till att med hänsyn till klientelets och driftens art ifrågasätta, om det för närvarande överhuvudtaget är befogat att anordna annexavdelningar inom barnsjukvården. Av ovannämnda yttranden att döma synes däremot föreligga ett stort behov av konvalescentavdelningar för barn.

En princip i fråga om urvalet av klientel till annex- och konvalescentavdelningar för vuxna, som hyllas av de allra flesta, är, att på dessa avdelningar skola omhändertagas endast uppegående patienter.

Mycket bestämt i den riktningen hava reumatikervårdssakkunniga uttalat sig. Även civila byggnadsutredningen framhåller, att det från experthåll med styrka betonats, att de fall, som för efterbehandling skulle intagas på 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. Ett oeftergivligt villkor för intagning på annexsjukhus skulle sålunda, anser byggnadsutredningen, vara, att vederbörande patient kunde sköta sig själv och även i viss mån biträda med enklare sysslor inom avdelningen.

Emellertid saknas icke invändningar mot denna princip. Sålunda har anförts bland annat, att en dylik begränsning i urvalet av de sjuka ej väsentligt minskar möjligheterna till avlastning av A-avdelningarna. Vidare har framhållits, att det ur organisatoriska synpunkter skulle vara mindre lyckligt att fastlåsa annex- och konvalescentavdelningarna vid att avse uteslutande uppegående patienter. Förutom att genom sin billigare drift minska sjukhusets kostnader äro dessa avdelningar avsedda att betjäna sjukhusets skilda kliniker och på så sätt fungera såsom en säkerhetsventil för sjukhuset. Om emellertid en patient, som är i trängande behov av omedelbar sjukhusvård, kommer till en fullbelagd lasarettsklinik, bör ju, menar man, plats lättare kunna beredas patienten på kliniken, om en patient på denna, som visserligen icke är uppegående men står nära sin utskrivning, överföres till annex- eller konvalescentavdelningen. Sin funktion som säkerhetsventil för sjukhuset torde, framhålles det, dessa avdelningar icke i motsvarande grad kunna fullgöra, för den händelse de endast få mottaga uppegående patienter.

För sin del vill sjukhusutredningen i enlighet med den principiella ståndpunkt, som i sammanträngd form återgivits på s. 17, utgå från, att annex- och konvalescentavdelningarna böra beläggas med patienter, som i fråga om diagnostik och terapi endast i ringa grad belasta avdelningen och dess personal och som kunna sköta sig själva. Detta innebär, att avdelningarna i princip reserveras för uppegående patienter, som för sin personliga skötsel

behöva ingen eller obetydlig hjälp, som själva kunna förflytta sig till toiletter, tvättrum, matrum o. s. v. inom avdelningen och likaså till respektive kliniker för erforderlig specialbehandling eller specialundersökning. Denna uppfattning överensstämmer sålunda med den, som förfäktats av reumatikervårdssakkunniga och civila byggnadsutredningen och torde delas av de flesta, som yttrat sig i denna fråga.

Sjukhusutredningen finner det å andra sidan självklart, att ett godtagande av nyssnämnda princip ej får anses utesluta, att i trängande situationer även sängliggande patienter kunna få inläggas på en annex- och konvalescentavdelning. Men gör man detta till regel, har man all anledning räkna med att farhågan för att B-avdelningarna kunna bli undermåliga A-avdelningar blir verklighet. Härtill kommer, som i det följande skall visas, att den besparing i driftkostnader, som man väntar sig genom inrättandet av annex- och konvalescentavdelningar, huvudsakligen sammanhänger med möjligheten att minska personalen. Uppenbarligen reduceras eller bortfaller denna möjlighet, om på sådana avdelningar intagas och kvarhållas patienter, som äro helt sängliggande och ej kunna reda sig själva vid tvätt och måltider eller taga sig fram till kliniker, bad- och massageavdelningar m. m. Dessutom torde skötseln av sängliggande patienter på en sådan avdelning komma att bereda svårigheter, åtminstone om avdelningen är uppförd och utrustad enligt civila byggnadsutredningens och reumatikervårdssakkunnigas förslag, vilka grunda sig på förutsättningen, att patienterna i regel kunna gå uppe.

Naturligtvis vore det lyckligt, om man kunde angiva mera bestämda regler än som här skett för beläggningen av ej blott dessa avdelningar utan också sjukhusen i övrigt — alltså om man kunde närmare precisera indikationer för sluten sjukhusvård överhuvud. Detta är emellertid icke möjligt. Man måste som hittills nöja sig med att fastslå, att patient bör intagas på sjukhus endast på rent medicinska indikationer. Detta innebär, att det skall vara sjukdom eller misstanke om sådan, som föranleder behovet av sluten sjukhusvård. Ännu har emellertid ingen kunnat ge en tillfredsställande definition av sjukdomsbegreppet. Sjukdomens grad bestämmes dessutom ej blott av organiska förändringar eller misstanken om sådana utan också av den sjukes upplevelse av sjukdomen och av sådana omständigheter som t. ex. hans av sinnestillståndet beroende värdering av det upplevda. I sin tur påverkas behovet av sjukhusvård härav, liksom det också måste bli beroende av möjligheterna för patienten att erhålla vård i hemmet o. s. v. Huru man skall kunna göra rätt åt dessa och andra, behovet av sjukhusvård påverkande faktorer, kan ej anges i detaljerade regler. I praktiken måste man nu som förr överlämna beläggningen av tillgängliga vårdplatser åt sjukhusläkarna och lita på deras omdöme, deras kännedom om sjukhusets resurser i form av vårdplatser och dylikt och deras ansvar gentemot sjukhuset och den sjuka individen, vari ingår ansvaret för en av graden av behovet reglerad beläggning av vårdplatserna.

Vidare ansluter sig sjukhusutredningen oförbehållsamt till det numera väl av de flesta uppställda kravet, att behovet av inläggning på annex- och konvalescentavdelning skall prövas och konstateras av någon av lasarettets ansvariga läkare. Kravet, att annex- och konvalescentavdelningarna skola tjäna till avlastning av klinikerna och att beläggningen av dessa avdelningar på ovan anförda skäl skall ske genom huvudsjukhuset och icke direkt från den öppna vårdens läkare, utesluter helt naturligt icke, att en patient, som en vid lasarettets mottagningsavdelningar verkställd undersökning visar vara i behov av sluten sjukhusvård men icke den mera kvalificerade å A-plats, direkt intages på en annex- eller konvalescentavdelning utan att först ha vårdats på A-avdelning.

Då annex- och konvalescentavdelningarna äro avsedda att betjäna och avlasta sjukhusets skilda kliniker, kan konkurrens om plats på dylik avdelning tänkas uppstå bland sjukhusets olika läkare. Ur angivna synpunkt samt för att övervaka och gentemot sjukhusets direktion och huvudman vara ansvarig för att ifrågavarande avdelning belägges endast med klientel, som där bör mottagas, finner sjukhusutredningen sig slutligen böra föreslå, att någon av sjukhusets överläkare — i regel styresmannen — utses att ha överinseendet och ansvaret för avdelningens beläggning.

Klientelets omfattning. Betydande svårigheter göra sig gällande, då man söker för riket i dess helhet bilda sig en uppfattning rörande behovet av platser på annex- och konvalescentavdelningar vid lasaretten.

Det är helt naturligt, att såväl det verkliga som det uppskattade behovet av dylika platser i betydande grad varierar icke blott mellan skilda delar av landet utan jämväl mellan olika lasarett inom ett och samma sjukvårdsområde. Detta kan sammanhänga med lokala olikheter dels i vårdbehovet, dels i sättet för och graden av sjukvårdens utbyggnad. Sålunda torde ligga i sakens natur, att behovet av platser för eftervård i viss utsträckning stegras, i den mån avstånden till närmaste lasarett ökar, och att därför detta vårdbehov generellt sett är större i de vidsträckta norrlandslänen. Redan avståndet från vederbörandes hemort till närmaste lasarett kan med hänsyn till svårigheten för patienten att åter söka sig in på lasarettet i händelse av en efterföljande komplikation leda till att patienten kvarhålles på lasarettet under så lång tid, att risken för komplikation praktiskt taget upphört. Det klientel, som av dylik anledning kvarhålles på vederbörande lasarett, torde i betydande utsträckning tillhöra det s. k. eftervårdsklientelet. Lika självklart får det anses vara, att behovet av B-platser i hög grad påverkas av det sätt och den omfattning, i vilken sjukhusvården redan är utbyggd inom vederbörande sjukvårdsområde eller del därav. Ju större antal A-platser man ställt till förfogande för invånarna inom ett lasaretts upptagningsområde, desto mindre bör behovet av särskilda annexavdelningar bli, särskilt om den väl utbyggda A-vården kompletterats med erforderligt antal vårdplatser för kroniskt sjuka m. m.

Emellertid är det icke endast angivna faktiska förhållanden, som påverka bedömandet av behovet av särskilda B-platser. Bakom de vid skilda tillfällen från vederbörande lasarettsläkare inom landet i dess helhet eller inom vissa sjukvårdsområden i samband med verkställda enquêter inhämtade uppgifterna angående behovet av B-platser måste uppenbarligen ligga en i hög grad subjektiv uppskattning hos vederbörande lasarettsläkare. Då man här rört sig med en ny vårdform, om vilken erfarenhet i allmänhet saknats och beträffande vars karaktär, omfattning och utformning hittills mera klara och preciserade gränslinjer icke uppdragits, är det naturligt, att av lasarettsläkarna gjorda bedömanden och i anslutning härtill lämnade uppgifter kommit att jämväl under till synes relativt ensartade faktiska vårdförhållanden i betydande grad variera.

Det bör vidare framhållas, att de undersökningar och beräkningar, för vilka i det följande kommer att redogöras, alla hänföra sig till det på sjukhusen intagna klientelet. De kunna sålunda belysa behovet av annex- och konvalescentplatser enbart ur sjukhusens synpunkt och med utgångspunkt från rådande beläggningsförhållanden. Om det verkliga, i samhället föreliggande behovet ge de ingen upplysning. Om vårdkapaciteten vid ett sjukhus är låg i förhållande till behovet, finns där tydligen endast plats för ett ringa antal B-fall. De flesta av dem måste vårdas ambulant vid sjukhusens mottagningar eller i hemmen, på pensionat, fattigvårdsanstalter och dylikt. Är återigen vårdkapaciteten vid lasaretten stor, måste relativa antalet intagna B-fall stiga.

Med vad sålunda anförts har sjukhusutredningen, redan innan den här lämnar en sammanfattning av de undersökningar och uttalanden, som gjorts angående behovet av vårdplatser för B-vården, velat understryka, att de framkomna beräkningarna angående platsbehovet icke böra generaliseras utan betraktas endast som en vägledning för huvudmannen vid planering av annex- och konvalescentavdelningar inom visst sjukvårdsområde eller del därav.

I ett år 1940 avgivet *betänkande angående dispositionen av platser för sjukhusvård m. m. i Stockholms stad* har professor Wahlund framlagt resultaten av viss år 1939 vid stadens sjukhus verkställd patienträkning, vilken avsåg att lämna en analys av de på de egentliga sjukhusen inneliggande patienternas verkliga behov av att kvarligga på sjukhuset. Som resultat av undersökningen framkom, att 22 % av det inneliggande klientelet på stadens fyra lasarett icke voro »rena sjukhusfall» utan efterbehandlingsfall, konvalescentfall, kroniskt sjuka m. fl. Även »undersökningsfall» ingingo i nämnda uppgift. Räknas dessa ifrån, sjunker frekvensen till 19 %. En motsvarande undersökning år 1942 gav frekvenserna 10 respektive 8 %. (Patienträkningen 1942, stencil, s. 16 o. f.)

Reumatikervårdssakkunniga ha i sitt förut berörda betänkande angående efterbehandling och konvalescentvård efter inhämtande i augusti 1942 av yttrande från landstingens sjukvårdsberedningar och sjukhusdirektioner i städer utanför landsting sökt uppskatta behovet av vårdplatser vid lasarett för efterbehandlings- och konvalescentfall. De sakkunniga konstatera bland

annat, att av de 44 läkare vid lasarett, som svarat på rundfrågan, endast 7 uppgivit, att något behov av dylika platser icke förelåge och att samtliga dessa svar gällde odelade lasarett med ett medeltal av 100 platser, under det att 37 av de tillfrågade uttryckte sig positivt i fråga om det aktuella behovet, vilket ansågs variera mellan 9 och 39 % av antalet A-platser. I hälften av de sistnämnda svaren angavs behovet ligga mellan 12 och 25 % av antalet A-platser. Medianvärdet utgjorde 13 %. För egen del ansågo sig reumatikervårdssakkunniga 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. Med utgångspunkt härifrån skulle, frånsett Norrbottens och Västerbottens län, ett lasarett behöva 200 platser för att förses med en E-avdelning om 40 vårdplatser, vilket vårdplatsantal ansetts böra vara det högsta för en dylik avdelning. För att något av lasaretten i de båda nordligaste länen skulle vara i behov av en E-avdelning borde lasarettet ha en storlek av omkring 160 vårdplatser. Med dessa krav skulle sjutton lasarett få 1 E-avdelning, femton lasarett 2, två lasarett 3, tre lasarett 4, tre lasarett 5 och två lasarett 6 E-avdelningar. Sålunda skulle 42 lasarett kunna bära tillhopa 92 E-avdelningar om vardera 40 patienter, vilket motsvarar 3 680 E-platser i riket. Återstående smålasarett och sjukstugor skulle kunna bära högst 20 E-avdelningar om 40 platser, eller sålunda tillhopa 800 E-platser.

I en i februari 1945 av byråchefen Arne Jörnstedt i samråd med styresmannen medicine doktorn Sten von Stapelmohr upprättad *P. M. angående avlastningsmöjligheterna å Norrköpings lasarett,* vilken fogats som bilaga till hälso- och sjukvårdsstyrelsens i Norrköping betänkande nr 1 år 1945 angående lasaretts- och epidemivården i staden, ha vidare lämnats bland annat följande upplysningar i ämnet. Under tiden den 1 oktober 1943—30 september 1944 pågick vid Norrköpings lasarett en undersökning rörande möjligheterna att hålla behovet av vårdplatser för egentlig lasarettssjukvård nere genom åtgärder, vilka avsågo att åvägabringa ett så intensivt utnyttjande av dessa vårdplatser som möjligt. Därvid antecknades bland annat data för de tidpunkter under vårdtiden på lasarettet, vid vilka vederbörande patient enligt avdelningsläkarens åsikt borde ur medicinsk synpunkt kunnat överföras till E-avdelning eller avdelning för kroniskt sjuka, därest plats på sådan avdelning stått till förfogande. Av utredningen framgår, att 15 707 vårddagar, eller cirka 17 % av det totala antalet vårddagar på samtliga avdelningar med undantag för B. B.- och konvalescentavdelning, skulle kunnat överföras till enklare och därmed billigare sjukhus. Av ifrågavarande patienter ha praktiskt taget samtliga, eller 98 %, vårdats på de kirurgiska och medicinska avdelningarna. Övriga lasarettskliniker anses under tiden för undersökningen ha varit så intensivt utnyttjade, att där intagna patienter utskrivits, så snart de nått det tillstånd, att de lämpligen kunnat överföras till en annex- eller E-avdelning. Med utgångspunkt från beläggningsförhållandena under tiden för den verkställda undersökningen uppskattar utredningsmannen behovet av

vårdplatser på till Norrköpings lasarett förlagda annex- och konvalescentavdelningar till cirka 50, motsvarande omkring 25 % av antalet tillgängliga A-platser på lasarettets medicinska och kirurgiska kliniker. Emellertid framhålles, att vid bedömandet av berörda platsbehov för efterbehandlingsfall m. m. hänsyn icke tagits till att på dylik avdelning skulle i enlighet med reumatikervårdssakkunnigas förslag få intagas endast uppegående patienter. Med detta villkor för intagning skulle platsbehovet vara väsentligt mindre än det antagna.

Sjukhusutredningen har sökt inskaffa visst eget material för sitt bedömande av det aktuella behovet av vårdplatser på avlastningsavdelningar av olika slag. Efter att med utgångspunkt från klientelet ha, på sätt framgår av kap. 3 här ovan, differentierat ifrågavarande B-vård i tre olika vårdtyper, nämligen I annexavdelning, II konvalescentavdelning och III vårdhem och avdelningar för kroniskt sjuka, anmodade utredningen lasarettsläkarna lämna uppgift på antalet av de på vederbörandes klinik viss dag (den 6 juni 1945) vårdade patienter, som ansåges skulle ha kunnat överflyttas till angivna typer av B-avdelningar, om möjlighet därtill förelegat. Oaktat från utredningens sida i görligaste mån sålunda angivits, hur klientelet på de olika B-avdelningarna enligt utredningens uppfattning skulle vara beskaffat, föreligga på skäl, som tidigare framhållits, betydande variationer i de platsbehovssiffror, som lämnats såväl beträffande B-vårdfallen i allmänhet som beträffande de tre olika kategorierna av dessa vårdfall.

Efter av förste aktuarien Olof Olinder verkställd statistisk bearbetning av det inkomna siffermaterialet har upprättats följande tab. 1, angivande fördelningen på lasarettskliniker och odelade lasarett av det av vederbörande läkare uppgivna procentuella antalet B-fall överhuvudtaget i förhållande till antalet vid lasarettet eller kliniken tillgängliga A-platser.

Tab. 1. Fördelningen av lasarett och kliniker efter procentuella antalet B-fall bland de den 6 juni 1945 inneliggande patienterna.

% B-fall	Lasarett			Därav de särskilda klinikerna på delade lasarett			
	Delade	Odelade	Samtliga	Medicinska	Kirurgiska	Röntgen	Övriga
0— 5	1	7	8	1	4	2	7
5—10	5	11	16	3	6	—	6
10—15	8	9	17	5	7	1	7
15—20	11	10	21	5	5	1	5
20—25	7	5	12	3	5	1	1
25—30	4	3	7	4	1	—	2
30—35	1	4	5	5	2	—	—
35—40	1	1	2	3	—	1	—
40—50	—	—	—	3	—	1	—
50—	—	1	1	1	—	4	2
Summa	38	51	89	33	30	11	30
Medelprocent	17·7	15·6	17·1	25·1	15·2	29·2	10·8

Tab. 1 bekräftar, att uppfattningen om förekomsten av B-fall varierat mycket starkt. Om man bortser från de extremt höga och låga talen, som sannolikt bero på någon missuppfattning från uppgiftslämnarnas sida, finner man, att det stora flertalet uppgifter samla sig rätt väl i eller kring grupperna 10—20 %. Medelfrekvensen för hela antalet redovisade patienter utgör som synes 17,1 %. Inom de enskilda grupperna synes B-fallsfrekvensen vara särskilt hög på de medicinska klinikerna, där ungefär var fjärde patient tydligen hänförts till B-fallen. Än högre procenttal uppvisa röntgenavdelningarna, vars procenttal dock måste anses särskilt osäkert med hänsyn till att antalet dylika avdelningar endast uppgår till sammanlagt 11. En uppdelning av »övriga avdelningar» på ytterligare undergrupper såsom ögon- och öronkliniker etc. har icke företagits, enär antalet avdelningar i grupperna därvid skulle blivit för lågt.

Vidare har upprättats motsvarande tabell för B-fall av typ I, annexfall, och typ II, konvalescentfall (tab. 2), i vilka dock icke spridningen angivits särskilt för radiologiska och övriga specialkliniker.

Tab. 2. Fördelningen av lasarett och kliniker efter procentuella antalet B-fall av typ I (annexfall) och II (konvalescentfall) bland de den 6 juni 1945 inneliggande patienterna.

% B-fall av typ I resp. II	Lasarett			Därav vissa kliniker på delade lasarett	
	Delade	Odelade	Samtliga	Medicinska	Kirurgiska
Typ I (annexfall)					
0— 5	2	9	11	3	7
5—10	12	21	33	8	7
10—15	11	9	20	5	9
15—20	10	7	17	5	5
20—25	2	—	2	6	2
25—30	1	3	4	3	—
30—35	—	1	1	2	—
35—40	—	1	1	1	—
Summa	**38**	**51**	**89**	**33**	**30**
Medelprocent	12·4	11·1	12·0	16·4	11·1
Typ II (konvalescentfall)					
0— 5	32	43	75	24	26
5—10	5	5	10	5	4
10—15	—	2	2	3	—
15—20	1	1	2	1	—
Summa	**38**	**51**	**89**	**33**	**30**
Medelprocent	2·8	2·2	2·6	3·5	2·2

Vid en jämförelse mellan tab. 1 och 2 framgår, att B-fallen av typ I (annexklientelet) utgöra det övervägande flertalet. Om B-fallskvoten för samtliga lasarett utgör 17 %, falla omkring 12 % på typ I, under det att hälften av återstoden eller cirka 2,5 % faller på typ II (konvalescentfall).

Utöver de uppgifter, som redovisats i tabellerna, kan nämnas, att sjukhusutredningens material antyder, att någon större skillnad i B-fallsfrekvensen vid lasaretten icke skulle finnas mellan Norrland och det övriga landet, vilket man måhända kunde väntat sig, men att Stockholm sannolikt ligger avsevärt över genomsnittet.

Sålunda erhålles för 15 lasarett i Norrland frekvenstalet 16 % (avseende samtliga typer av B-fall) och för 65 lasarett i övriga landet (bortsett från de fyra största städerna) samma tal. Detta förhållande behöver givetvis icke anses motsäga den inledningsvis i detta kapitel uttryckta förmodan, att behovet av eftervårdsplatser till följd av de stora avstånden skulle vara större i Norrland än i det övriga landet.

För 5 lasarett i Stockholm blev frekvensen B-fall 24 %, eller ungefär samma tal (22 %) som enligt ovan framkom vid patienträkningen år 1939, om vissa undersökningsfall m. m. då inräknades, men betydligt högre än motsvarande frekvens vid patienträkningen år 1942 (10 %). Det är emellertid svårt att avgöra, om resultatet från patienträkningarna är fullt jämförbart med det, som erhållits vid sjukhusutredningens enquête. Exempelvis råder tveksamhet, icke blott i fråga om hur de s. k. undersökningsfallen vid patienträkningarna skola bedömas, utan även beträffande en grupp, som i patienträkningen kallats »övriga icke rena sjukhusfall». Vid jämförelsen här ovan ingår denna grupp i sin helhet bland B-fallen. Det är känt, hurusom B-fallsfrekvensen i Stockholm efter en avsiktlig nedpressning mellan åren 1939 och 1942 åter tillåtits stiga. Huruvida de vid sjukhusutredningens enquête funna 24 % ange rätt nivå i förhållande till patienträkningarna är, som av det anförda framgår, ovisst. Det enda som torde kunna sägas är, att resultaten av sjukhusutredningens enquête och av patienträkningarna icke behöva anses strida mot varandra.

För fullständighetens skull skall även resultatet av enquêten i vad den angår Norrköpings lasarett beröras med några ord, eftersom staden själv gjort en utredning i frågan. Vid enquêten erhölls för Norrköpings del den 6 juni 1945 ett antal av 8 % B-fall av alla tre typerna, medan stadens egen utredning för perioden 1 oktober 1943—30 september 1944 som nämnts gav talet 17 %. (Egentligen avsåg detta tal vårddagarnas antal, men det innebär detsamma som det genomsnittliga antalet inneliggande patienter.) Av patienträkningarna i Stockholm har framgått, att B-fallens antal kan växla starkt från gång till annan, i varje fall om sjukvårdsmyndigheterna påverka utvecklingen i ena eller andra riktningen. Det är sålunda icke uteslutet, att en stark sänkning av B-fallens antal kan ha ägt rum under det halvår, som ligger mellan undersökningarna, men de skiljaktiga metoderna vid dessa måste också tagas med i beräkningen. I kommentaren till Norrköpings stads utredning angavs ju också, att frekvensen (17 %) skulle varit väsentligt lägre, om endast uppegående patienter medräknats bland efterbehandlingsfall m. fl. i likhet med vad som sedermera skett vid sjukhusutredningens enquête. Under i övrigt lika förhållanden bör givetvis en undersökning, som sträcker sig över ett helt år, ge långt säkrare resultat än en, som blott avser belägg-

ningen en viss dag. De spridningstabeller, som ovan uppställts över sjukhusutredningens material, visa för övrigt, att uppgifter från enstaka lasarett knappast böra tillmätas representativ betydelse. Först då ett flertal dylika tagas tillsammans, så att olikheter beträffande uppgiftslämnarnas noggrannhet och individuella åsikter om fakta samt tillfälligheter i beläggningen få möjlighet att jämna ut sig, torde man kunna inlägga sådan betydelse i frekvenstalen.

Sammanfattningsvis vill sjukhusutredningen uttala, att man trots vissa brister i enquêtematerialet med tämligen stor säkerhet torde kunna räkna med att antalet B-fall — i den betydelse utredningen inlagt i detta ord — ingå i lasarettens klientel med i genomsnitt 15 à 20 %. Anges medeltalet för enkelhetens skull till 17 %, skulle detta i sin tur fördela sig med omkring 12 % på annexfall (typ I) och omkring 2,5 % vardera på konvalescenter (typ II) och kroniska fall (typ III). Tillhopa skulle annex- och konvalescentfallen uppgå till omkring 15 %. Vid sina överväganden i det följande kommer utredningen att utgå från dessa frekvenser.

Såvitt man synes kunna döma med ledning av det framlagda materialet, ha reumatikervårdssakkunnigas utredning i motsvarande delar givit relationstal av samma storleksordning som dem sjukhusutredningen funnit vid sin enquête.

Kap. 6. Driften.

Läkarvården. Vad läkarvården på en annex- och konvalescentavdelning angår ha olika synpunkter gjort sig gällande.

Reumatikervårdssakkunniga ha gjort sig till tolk för den troligen mest gängse uppfattningen, då de härom anföra: »Vad beträffar specialpersonal är avsikten, att huvudanläggningens läkare skola omhänderhava undersökning och vård av E-avdelningens patienter. Det är möjligt, att detta i vissa fall kan betinga en jämkning i normerna för antalet läkare å A-avdelningar. Patienterna böra söka den läkare, som förut skött dem å A-avdelningen, på tid och plats, som lämpar sig bäst för denne. Är läkarens arbetskraft redan helt eller till och med otillbörligt utnyttjad, får annan åtgärd vidtagas.» Av samma mening är civila byggnadsutredningen.

I diskussionen om denna fråga har emellertid också, särskilt från representanter för sjukvårdsområden med större sjukhusanläggningar, en annan åsikt framträtt, nämligen att det bör uppdragas åt en fristående läkare att ansvara för åtminstone den mera rutinmässiga vården på annex- och konvalescentavdelningen. Reumatikervårdssakkunniga stå icke främmande för tanken att ställa avdelningen under särskild läkare men förorda en ordning, som kan betraktas som en modifikation av den nyssnämnda. De yttra härom följande: »All egentlig medicinsk behandling, frånsett distribuering av medicin och enklare injektioner, sker lämpligast å huvudsjukhuset och handhaves som nämnts av den läkare, som tidigare vårdat patienten. Dagligen bör

läkarrond göras å E-avdelning. Skyldigheten att fullgöra denna bör tilldelas någon av sjukhusets läkare, vilkens dagliga arbetsbörda tillåter detta. En sådan rond av någon därtill bland sjukhusets läkare utsedd, vilken icke gives fullt heltidsarbete å sjukhuset i övrigt, bör vid en enstaka vårdavdelning om exempelvis 40 sängar endast behöva taga kort tid i anspråk, genomsnittligt måhända 1/2 timme. Denna rond avser i första rummet att upprätthålla ordning samt öva tillsyn, att intet mera akut inträffat. Den kan lämpligen förläggas till eftermiddagen, då patienterna äro samlade å E-avdelningen.»

I avsikt att få kännedom om hur landets lasarettsläkare ställa sig till frågan om läkarvårdens ordnande på B-avdelningar av olika typer, har densamma upptagits i utredningens enquête till nämnda läkare. Frågans formulering och lasarettsläkarnas svar framgå av nedanstående tabellariska sammanställning.

Fråga: »Hur bör enligt Eder uppfattning läkarvården vid avdelningar av typ I och II ordnas?»

	Antal överläkare på								
	Delade lasarett							Odelade lasarett	Summa
	Medicinska kliniker	Kirurgiska kliniker	Röntgenkliniker	Öron-, ögon-, gynek. obstetr. kliniker	Barnkliniker	Psykiatriska kliniker	Övriga kliniker		
Antal deltagare i enquêten..	37	34	30	50	17	2	6	51	**227**
Svar beträffande typ I (annexavdelning)									
Läkarvården bör anförtros:									
A-avdelningens läkare....	35	22	17	38	15	2	2	44	**175**
Fristående läkare.....	2	6	3	4	1	—	1	—	**17**
Frågan ej besvarad.....	—	6	10	8	1	—	3	7	**35**
Svar beträffande typ II (konvalescentavdelning)									
Läkarvården bör anförtros:									
A-avdelningens läkare....	35	20	13	34	15	2	2	42	**163**
Fristående läkare.....	2	9	3	5	1	—	1	1	**22**
Frågan ej besvarad.....	—	5	14	11	1	—	3	8	**42**

En betydande majoritet eller icke mindre än 175 respektive 163 av de tillsammans 227 lasarettsläkare, som på denna punkt besvarat sjukhusutredningens rundfråga, ha sålunda givit uttryck åt den uppfattningen, att ansvaret för läkarvården på en annex- och konvalescentavdelning bör åvila vederbörande läkare på den A-avdelning, varest patienten tidigare vårdats.

Sjukhusutredningen ansluter sig till denna av lasarettsläkarnas majoritet hävdade uppfattning, vilken överensstämmer med den, som företrädes av

reumatikervårdssakkunniga och civila byggnadsutredningen, och anser alltså, att vården av patienterna på annex- och konvalescentavdelningar bör omhänderhas av läkarna vid A-avdelningarna. Men utredningen håller före, att detta endast bör gälla i princip och att principen bör ges allmängiltighet endast i vad angår ledningen av och de allmänna direktiven för vården, d. v. s. bestämmandet av diet och för grundsjukdomen avsedda läkemedel, sättet och tidpunkten för omläggningar, de undersökningar som skola göras och tidpunkten för dem, de symptom som böra uppmärksammas och dylikt. Förhållandena på de skilda sjukhusen äro alltför olika för att man skall kunna uppställa bindande regler för ordnandet i övrigt av läkarvården på annex- och konvalescentavdelningar. Ser man bort från ledningen av och de allmänna direktiven för vården, kan man inom läkarvården på en sjukhusavdelning skilja mellan den mera rutinmässiga vården och specialvården. Den rutinmässiga vården, i huvudsak utövad i samband med ronderna, avser upprätthållandet av ordningen, iakttagandet av akuta försämringar, överhuvudtaget efterforskandet av nytillkomna symptom, avgörandet om dessa äro av den betydelse, att de kräva särskild observation eller annan behandling, förordnandet av tillfälliga rogivande eller smärtstillande medikament, utskrivning av läkemedel till avdelningens läkemedelsförråd m. m. sådant. Specialvården omfattar de speciella undersökningarna och behandlingarna. Enär det här gäller uppegående patienter, kan specialvården till allra största delen lämnas på klinikerna, varigenom också — förutsatt riktig ledning av vården — nödig kontakt åstadkommes mellan patienten och den för ledningen av vården ansvarige läkaren. För specialvårdens skull behöva A-avdelningarnas läkare sålunda ej ofta besöka en annex- och konvalescentavdelning.

I likhet med reumatikervårdssakkunniga anser sjukhusutredningen vidare, att det med hänsyn till den rutinmässiga vården torde komma att visa sig behövligt med daglig läkarrond, detta åtminstone på större annex- eller blandade annex- och konvalescentavdelningar. På en avdelning för enbart konvalescenter synes däremot så ej behöva vara fallet.

Att på ett delat lasarett låta var och en av klinikerna genom sina av specialvården inom kliniken oftast hårt belastade läkare ombesörja den dagliga, rutinmässiga vården av sina till annex- och konvalescentavdelningen överförda patienter, synes vara ett slöseri med arbetskraft och ge föga garanti för ordning och enhetlighet i den rutinmässiga vården. Sjukhusutredningen vill därför för sin del, vad angår annexavdelningar och blandade annex- och konvalescentavdelningar, livligt tillstyrka reumatikervårdssakkunnigas förslag, att skyldigheten att på avdelningen fullgöra regelbunden rond tilldelas någon av sjukhusets läkare, vilkens arbetsbörda tillåter detta. Säkerligen kommer ett ordnande av den rutinmässiga vården enligt detta förslag att bespara klinikernas läkare många onödiga besök på avdelningen och därmed klinikerna många onödiga avbrott i deras arbete. Likaså anser utredningen, att ronden på eventuellt förekommande avdelning med enbart konvalescenter — vilken rond i regel torde komma att gå viss eller vissa dagar i veckan —

bör uppdragas åt särskild läkare. Akuta försämringar har man ej att räkna med så ofta på en dylik avdelning. Även om sådana försämringar i regel torde vara av den art, att de måste bedömas med hänsyn till den föregående sjukdomen och sålunda påfordra tillkallandet av läkare från den klinik, där patienten vårdats för denna sjukdom, kommer därför detta icke att i högre grad belasta kliniken.

På större annex- och konvalescentavdelningar, t. ex. inom en storstad, torde anställandet av en självständig läkare på avdelningen kunna befinnas ändamålsenligt. Men även för sådana avdelningar bör i princip gälla, att specialundersökningar och specialbehandlingar utföras på klinikerna, respektive de centrala avdelningarna för undersökning och terapi.

Sjukvården i övrigt. Sjukvården i övrigt bör på en annex- och konvalescentavdelning bestridas av personal med samma utbildning som personalen på en A-avdelning. Varje vårdavdelning bör förestås av en skolad sköterska. I fråga om ledningen av sjukvården måste hennes uppgifter och ansvar anpassas efter det sätt, på vilket läkarvården ordnats. Den lägre sjukvårdspersonalens uppgifter bli i stort sett desamma som på en klinik, endast modifierade därav, att patienterna äro uppegående och förutsättas kunna sköta sig själva och deltaga i vissa av de inom avdelningen förekommande arbetena. Erfarenheten har visat, att en rätt skött B-avdelning ställer stora krav på personalen. Avdelningssköterskan, som självständigt skall svara för patienterna och för tonen på avdelningen, måste också snabbt kunna sätt sig in i patienternas föregående sjukdomshistoria och ett flertal läkares arbetsmetoder. Av såväl henne som övrig personal kräves stort intresse, gott handlag och lämpligt sätt mot patienterna för att kunna sysselsätta dem på sätt, som för var och en lämpar sig bäst.

Särskilt beaktande förtjänar frågan om ordnandet av nattövervakningen på en annex- och konvalescentavdelning. Denna fråga har varit föremål för mycken diskussion. I stort sett är det kring spörsmålet, huruvida på en sådan avdelning kräves särskild nattpersonal, som meningarna brytas. Reumatikervårdssakkunniga ha för sin del, under åberopande av förhållandena på B-avdelningen vid Örebro lasarett, ansett, att nattövervakning i vart fall vid avdelningar om t. ex. 40 platser skulle kunna ordnas så, att endast underordnad personal ligger i beredskap. Ringklockorna ställas till dennas sovrum, och vederbörande har rättighet att vid behov tillkalla avdelningssköterskan eller annan sköterska, som har beredskap. Vid större E-paviljonger, t. ex. på tre eller flera vårdavdelningar, torde man dock, framhålla de sakkunniga vidare, ur ordningssynpunkt knappast kunna undgå en mera permanent nattövervakning. Å andra sidan uttalas i bland annat vissa av de över reumatikervårdssakkunnigas betänkande avgivna yttrandena betänkligheter såväl ur medicinsk synpunkt som med hänsyn till ordningens upprätthållande mot att särskild nattpersonal icke skulle behöva avdelas även

på enstaka avdelningar om t. ex. 40 vårdplatser, särskilt när fråga är om avdelningar, på vilka vårdas såväl män som kvinnor.

Säkerligen bero meningsskiljaktigheterna delvis därpå, att man med B-avdelning, E-avdelning o. s. v. ej menat ett och detsamma och följaktligen utgått från olika förutsättningar i fråga om klientelets art och annat. Det är ju tämligen klart, att man ej kan hysa samma uppfattning om nattövervakningens ordnande, i fall man tänker sig avdelningen belagd enbart eller huvudsakligen med konvalescenter, som om man utgår ifrån, att klientelet helt eller till en större del utgöres av patienter, vilka, ehuru de kunna vistas uppe, ännu bära på sjukdom, som kräver diagnostik och terapi, med andra ord om man tänker sig avdelningen tillhöra den ena eller den andra av de slag, som sjukhusutredningen i kap. 3 betecknat som typ I och typ II.

Hur landets lasarettsläkare ställa sig till ifrågavarande spörsmål, framgår av följande tabellariska sammanställning av svaren på en i utredningens förut berörda enquête framställd fråga.

Fråga: »Bör enligt Eder uppfattning vid B-avdelningar av typ I och II särskild nattövervakning ordnas och i så fall hur?»

	Antal överläkare på								Summa
	Delade lasarett							Odelade lasarett	
	Medicinska kliniker	Kirurgiska kliniker	Röntgenkliniker	Öron-, ögon-, gynek.-, obstetr. kliniker	Barnkliniker	Psykiatriska kliniker	Övriga kliniker		
Antal deltagare i enquêten..	37	34	30	50	17	2	6	51	**227**
Svar beträffande typ I (annexavdelning)									
Särskild övervakning bör ordnas genom:									
Sjuksköterska	7	5	6	8	2	—	1	11	**40**
Sjukvårdsbiträde	4	15	2	6	4	—	—	12	**43**
Ej angiven befattningshavare	10	6	4	6	9	—	3	6	**44**
Särskild övervakning ej behövlig	13	6	10	23	—	2	—	18	**72**
Frågan ej besvarad.....	3	2	8	7	2	—	2	4	**28**
Svar beträffande typ II (konvalescentavdelning)									
Särskild övervakning bör ordnas genom:									
Sjuksköterska	3	3	5	5	2	—	1	6	**25**
Sjukvårdsbiträde	3	11	1	6	4	—	—	11	**36**
Ej angiven befattningshavare	7	6	3	5	9	—	3	6	**39**
Särskild övervakning ej behövlig	21	12	13	27	—	2	—	24	**99**
Frågan ej besvarad.....	3	2	8	7	2	—	2	4	**28**

Dessa sammanställningar visa tydligt, hur meningarna om nattövervakningens ordnande på annex- och konvalescentavdelningar gå i sär. Av dem kan man dock utläsa en viss böjelse för en permanent nattövervakning. I fråga om annexavdelningar ha 127 lasarettsläkare uttalat sig till förmån för att en sådan övervakning i en eller annan form anordnas, under det att endast 72 förordat kallelseförfarandet. I vad gäller konvalescentavdelningarna (tabellens nedre hälft) äro meningarna lika representerade med siffrorna 100 respektive 99. På en avdelning med blandat klientel — sålunda en kombinerad annex- och konvalescentavdelning — måste väl det mest krävande klientelet bestämma ordningen. Alltså måste man säga, att svaren på den till lasarettsläkarna ställda enquêten givit uttryck för en, låt vara svag men dock viss övervikt av sympatierna för särskild nattövervakning på annex- och konvalescentavdelningar.

På uppdrag av sjukhusutredningen har dess arbetsstudiedelegation närmare studerat nattövervakningen på dels B-avdelningen vid Örebro lasarett dels en vid Malmö allmänna sjukhus anordnad annex- och konvalescentavdelning. På båda dessa anstalter var nattövervakningen ordnad på sätt reumatikervårdssakkunniga förordat, alltså med ett sjukvårdsbiträde i beredskap, ringledning indragen från sjukrummen till hennes sovrum och möjlighet och skyldighet för henne att vid behov tillkalla sjuksköterska. Med ledning av de sålunda vunna erfarenheterna uttalar sig arbetsstudiedelegationen till förmån för en permanent nattövervakning på annex- och konvalescentavdelningar. De anföra, att det hittills tillämpade systemet med nattövervakning i form av beredskapstjänst icke är tillfredsställande, enär nattjänsten på en sådan avdelning kan vara så betungande, att vederbörandes arbetsförmåga under påföljande dag nedsättes. Dessutom har det förekommit, att skärpt övervakning tidvis måst hållas på grund av avdelningens beläggning med både män och kvinnor, trots att de delar av avdelningen, som reserverats för de båda könen, voro rätt långt åtskilda.

Sjukhusutredningen var från början av den uppfattningen, att nattövervakningen på annex- och konvalescentavdelningar borde ordnas på sätt reumatikervårdssakkunniga förordat — i likhet med de sakkunniga med reservation för större, flera vårdenheter omfattande avdelningar. Utredningen är alltjämt benägen att tro, att en sådan enklare form av nattövervakning i många fall kan vara till fyllest. Huruvida så kan bli fallet, beror till stor del på arten av de fall, med vilka avdelningen belägges. På grund av vad genom enquêten framkommit och de av arbetsstudiedelegationen gjorda erfarenheterna anser sig emellertid sjukhusutredningen icke kunna ge ett bestämt förord åt en sådan enklare form av nattövervakning utan vill i stället påpeka vikten av att huvudmannen på detta liksom andra områden av den ännu föga prövade B-sjukvården förbehålles full frihet att ordna på sätt han med hänsyn till lokala förhållanden finner bäst. På många håll torde det bli möjligt att samordna nattövervakningen inom en annex- och konvalescentavdelning med nattövervakning inom en angränsande klinik- och vårdavdelning.

Klientelets sysselsättning. Den nu så aktuella frågan om sysselsättnings- och arbetsterapi samt omskolning även för lasarettens klientel har, som framgår av vad tidigare anförts, intagit en betydelsefull plats i diskussionen om B-sjukvården. Reumatikervårdssakkunniga framhålla sålunda, att vistelsen på en E-avdelning ofta kommer att för patienten bli en övergång mellan sängläge och arbetsförhet. Det är därför, mena de sakkunniga, av stor vikt ur medicinsk synpunkt, såväl somatisk som psykologisk, att patienterna beredas sysselsättning. De förutsätta i anslutning härtill, att patienterna på en B-avdelning hjälpa till med bäddning, dukning och servering — däremot ej med arbetet i kök och tvätt, ej heller i allmänhet vid städning — och förorda därjämte annan, särskilt anordnad sysselsättning, för vilken arbetslokaler alltid skola ingå i en E-avdelning, i den mån sådana ej stå till buds på annat sätt. Samtidigt betonas emellertid, att det inom lasarettsvården knappast kan bli fråga om yrkesutbildning i någon form och än mindre om s. k. omskolning. I vissa av de över reumatikervårdssakkunnigas betänkande avgivna yttrandena, särskilt i yttrandet från kommittén för partiellt arbetsföra men även i socialstyrelsens yttrande hävdas emellertid, att sysselsättningsterapien vid ifrågavarande lasarettsavdelningar i vissa fall jämväl bör ta sikte på sådan anlagsprövning, omskolning, yrkesutbildning och arbetsträning, som erfordras för att ifrågavarande klientel efter utbildningen lättare skall kunna inpassas i produktionslivet.

Sjukhusutredningen. Frågan om patienternas sysselsättning avhandlar sjukhusutredningen i sitt betänkande III (SOU 1947: 44). I detta sammanhang begränsar sig utredningen till att framlägga vissa synpunkter och spörsmål, som ha samband med sjukhusdriften. Enligt vad utredningen erfarit, är frågan om lämpligaste sättet att bereda vissa patienter vid lasaretten sysselsättning flerstädes under övervägande redan för A-avdelningarnas vidkommande och på sina håll ha övervägandena utmynnat i särskilda åtgärder. Självklart bör detta spörsmål ägnas än större uppmärksamhet, när det gäller avdelningar för praktiskt taget uteslutande uppegående patienter. Ur den synpunkt, som sjukhusutredningen framför allt har att anlägga på detta spörsmål, alltså sjukhusdriftens rationalisering och förbilligande, kan man skilja på två olika slag av sysselsättning för patienterna, nämligen dels sysselsättning med uppgifter, som tillhöra det dagliga arbetet inom avdelningen, alltså arbetsuppgifter, som eljest åvila personalen, dels särskild, utanför detta arbete organiserad sysselsättning. Det förra slaget är — om ingen ersättning för patienternas arbete utgår — uppenbarligen ägnat att minska driftkostnaderna, det senare slaget att höja dem. Patienternas biträde vid arbetet på avdelningen är till fördel ej blott därigenom, att det i någon mån minskar driftkostnaderna. Det kan också i många fall verka uppfostrande, föra samman patienterna och därigenom befordra känslan av kamratskap och höja tonen på avdelningen. Huvudmännen ha sålunda all anledning att gynna denna form av sysselsättning. Men å andra sidan är frågan om sådant biträde icke så enkel. Framför allt är den rätt känslig. Många

patienter delta gärna i arbetet på avdelningen och erbjuda sig själva därtill. Andra bli förvånade eller indignerade över att man kan förutsätta något sådant. De se däri ett otillbörligt utnyttjande av deras arbetskraft. Personalen ser ibland gärna, ibland ogärna, att patienterna delta i arbetet. Dessa förhållanden äro rätt olika inom skilda sjukvårdsområden, olika framför allt inom städer och landsbygd. Man måste därför även på detta område akta sig för att uppställa allmängiltiga regler. Om denna sysselsättning kan genomföras och bli till gagn, beror till stor del på personalen — alldeles särskilt på avdelningssköterskan och läkaren — på dess intresse för saken, takt, förståelse för individen och förmåga att påverka denne och hans inställningar. Det kräver också likformighet i grunderna för föreskrivandet av dylik biträdande sysselsättning. Detta i sin tur utgör ytterligare ett skäl för att *en* läkare har hand om avdelningen och lär känna patienterna. Patienternas biträde i avdelningsarbetet bör, som reumatikervårdssakkunniga förutsatt, kunna omfatta hjälp vid bäddning, dukning och servering. I motsats till dessa sakkunniga anser sjukhusutredningen, att ingenting hindrar, att patienterna hjälpa till även med städning, diskning, lagning etc. Det torde vara rätt viktigt, att denna sysselsättning inför patienter och allmänhet åtminstone i huvudsak får karaktär av behandling, att man sålunda vänjer sig att betrakta även denna form som sysselsättningsterapi.

Den ökning av driftkostnaderna, som en för patienterna särskilt anordnad sysselsättning — ledd av särskilt för uppgiften utbildade personer — kommer att medföra, torde mer än väl uppvägas av fördelar av medicinsk och annan art. Sjukhusutredningen anser, att en sådan sysselsättningsterapi är synnerligen önskvärd men att den ej bör bindas av snäva regler utan erfarenhetsmässigt utvecklas. Beträffande den särskilt anordnade sysselsättningen måste sjukhusutredningen ansluta sig till den av reumatikervårdssakkunniga gjorda begränsningen, att det knappast kan bli fråga om yrkesundervisning, än mindre om omskolning. Denna sysselsättning bör endast avse att stimulera patienterna och i förekommande fall upparbeta viss funktion i syfte att främja deras välbefinnande respektive underlätta deras återvinnande av full hälsa och återgång till normal livsföring. Skulle man eftersträva att därutöver bereda de på annex- och konvalescentavdelningar i allmänhet under kort tid vårdade patienterna en effektivare sysselsättning, omskolning eller verklig yrkesutbildning, kommer detta att kräva arbetsledning, teknisk utrustning och lokaler i sådan utsträckning, att dessa avdelningar i stället för besparingar komma att medföra betydande merkostnader för sjukhuset. Vidare måste man fråga sig, om en sådan verksamhet kan bli till verklig nytta med mindre patienterna en längre tid kvarhållas för själva omskolningens och yrkesutbildningens skull, i vilket fall B-avdelningarna skulle komma att tjäna helt andra ändamål än dem, för vilka de äro avsedda. Som reumatikervårdssakkunniga framhållit, bör frågan om yrkesutbildning och omskolning lösas separat. Skall en sådan verksamhet knytas till sjukhusen, bör den starkt

centraliseras och lämpligen anslutas till ortopedien, och frågan härom ej betraktas som ett detaljspörsmål i B-sjukvårdens stora problemkomplex med inflytande på B-avdelningarnas utformning och utrustning.

Driftkostnader. Som tidigare i detta kapitel framhållits, borde enligt *reumatikervårdssakkunnigas* uppfattning — vilken delats av samtliga de myndigheter och andra, som hörts över de sakkunnigas betänkande del II — med hänsyn till klientelets genomsnittligt mindre komplicerade sjukdomstillstånd en E-avdelning belasta sjukhusets läkare väsentligt mindre än en A-avdelning.

Beträffande personalförhållandena i övrigt framhålla berörda sakkunniga bland annat, att varje vårdavdelning bör stå under ledning av en sjuksköterska. Denna skall bland annat övervaka medicineringen. Då större omläggningar, förbandsbyten etc. avses ske på huvudanläggningen, blir kravet på biträdande sjukvårdspersonal betydligt lägre än på en A-avdelning. Patienterna förutsättas själva i stort sett sköta sin personliga vård, äta och kläda sig själva och hjälpa till med vissa arbeten på avdelningen, såvida ej lyte eller sjukdom hindrar. Uppskattningsvis borde det vara möjligt att på en E-avdelning reda sig med allra högst hälften av den sköterskepersonal och den underordnade personal, som kräves på en A-avdelning. Den personalbesparing, som sålunda beräknats uppstå, anses främst bero på att samtliga patienter äro uppegående. De förutsättas exempelvis inta sina måltider gemensamt i lokal, dit de själva bege sig. Vad angår driftkostnaderna uttala reumatikervårdssakkunniga följande: »En översiktlig beräkning av driftkostnaderna antyder, att dessa kunna begränsas till mindre än tre fjärdedelar av kostnaderna för en A-avdelning, då fråga är om för vuxna avsedd avdelning.»

Civila byggnadsutredningen är i fråga om driftkostnaderna på annexavdelning än mera optimistisk och uttalar som sin uppfattning, att dessa kostnader, under förutsättning att på avdelningen intages endast patient, som kan sköta sig själv och även i viss mån biträda med enklare sysslor, kunna beräknas väsentligt understiga huvudsjukhusens. Med ledning av föreliggande — visserligen begränsade — erfarenhet säger sig civila byggnadsutredningen uppskattningsvis kunna angiva annexavdelningens driftkostnad till omkring hälften av kostnaderna vid en akut- eller A-avdelning.

För egen del är *statens sjukhusutredning* icke beredd att taga ställning till frågan om annexavdelningarnas eventuella lönsamhet utan att göra ett försök till analys av samtliga de skilda utgiftsposter, som sammanhänga med och ligga till grund för dagkostnaden på ett sjukhus. Det bör nämligen beaktas, att dagkostnaden på sjukhusen inkluderar icke blott kostnader, som belöpa på själva vårdavdelningarna, utan även betydande kostnader, som sammanhänga t. ex. med den diagnostik och behandling, som patienten genomgår på sjukhusets mottagning, röntgen- och operationsavdelning samt laboratorium. Dessa kostnader, som nu avspegla sig i sjukhusens dagkost-

nader med belopp, vars storlek icke kunnat exakt särskiljas, drabba visserligen icke direkt själva annexavdelningen men belasta icke desto mindre alltjämt sjukhuset i dess helhet i motsvarande grad.

Vid bedömandet av frågan, huru en vid ett sjukhus nyinrättad annexavdelning kan beräknas komma att påverka sjukhusets dagkostnader, räcker det sålunda ej att konstatera, att personalen på en dylik vårdavdelning kan begränsas i förhållande till personalen på en A-avdelning av motsvarande storlek. Frågeställningen bör snarare vara denna: Blir för huvudmannen vårdkostnaden för en patient lägre, om patienten, sedan han uppnått det stadium, då han skulle kunna överföras till en annexavdelning, vårdas på en sådan, än om han motsvarande tid kvarstannar på A-avdelningen. För att besvara denna fråga måste man genomgå alla de poster, som tillsammans bilda dagkostnadsunderlaget, och undersöka, i vilken mån dessa kunna i den ena eller andra riktningen beräknas bli påverkade av att en annexavdelning anordnas. Dessa poster äro avlöningar eller med andra ord personalkostnaderna, vilka numera motsvara i runt tal 50 % av den totala dagkostnaden vid våra sjukhus, expeditionskostnader, läkemedel, förbrukningsartiklar för sjukvården, kosthåll, värme, lyse och vatten, tvätt och renhållning, inventariers och fastigheters underhåll samt en post diverse utgifter för traktamentsersättningar, skatter och försäkringar, facklitteratur etc.

Det är tydligt, att en patient har samma behov av livsmedel, läkemedel, förbandsartiklar, röntgen- och laboratorieundersökningar etc. vare sig han vistas på en A-avdelning under hela sin vårdtid eller under viss del därav på en annexavdelning. Man torde jämväl kunna förutsätta, att den på patienten belöpande andelen i kostnaden för tvätt blir praktiskt taget densamma, det senare dock endast under förutsättning, att patientens överflyttning till annexavdelningen icke föranleder, att han tilldelas ny omgång sängkläder, handdukar etc., som han icke skulle ha fått, därest han stannat kvar på A-avdelningen under återstående del av sin vårdtid. Beträffande expeditionskostnaderna komma jämväl dessa genom ökad belastning på kontor och expeditioner att påverkas i ogynnsam riktning, enär de patienter, som överföras till en annexavdelning, måste avföras från A-avdelningen och i stället påföras annexavdelningen. Vad angår kostnaderna för värme, lyse och vatten samt inventariernas och fastighetens underhåll, torde dessa kostnader, som dock äro av relativt obetydlig storleksgrad, kunna beräknas ställa sig något lägre på en annexavdelning med hänsyn till den mindre byggnadsvolymen per patient räknat.

Av vad ovan anförts torde framgå, att möjligheterna att genom inrättandet av annexavdelningar åstadkomma lägre driftkostnader för sjukhusen främst bero på om och i vilken mån man genom desamma kan vinna någon personalbesparing och att personalbesparingen bör avse *sjukhuset i dess helhet*. Det har redan konstaterats, att i den mån avlöningskostnaden belöper på sjukvårdspersonal, sysselsatt på sjukhusets gemensamma mottagnings- och behand-

lingslokaler, eller på förvaltningspersonal och ekonomipersonal i kök, tvätt och ångcentral, densamma icke kan beräknas bli i gynnsam riktning påverkad av att vissa patienter överföras från A-avdelning till annexavdelning, innan de utskrivas. Det är snarare uppenbart, att med en dylik överföring uppstår ett visst dubbelarbete för denna personal med hänsyn till med överflyttningen sammanhängande bokföringsåtgärder och övriga åtgärder för transporter, utbyte av sängkläder och sänglinne m. m.

I Stockholms stad och Norrköping, där denna fråga ägnats viss uppmärksamhet, har man kommit till den uppfattningen, att en vistelse på annexavdelning om 5 à 6 dagar är den kortaste tid, som kompenserar den beräknade överflyttningkostnaden. Sjukhusutredningen biträder för sin del den uppfattningen, att ett överflyttande av en patient till annexavdelning bör ske endast under förutsättning att patienten är i behov av vård på avdelningen under viss minimitid. Även om det möter stora svårigheter att fixera ett visst dagantal, då detta kan variera under växlande förhållanden, torde man dock med utgångspunkt från driftekonomiska synpunkter enligt utredningens uppfattning kunna räkna med att fråga i regel icke bör vara om kortare vårdtid på annexavdelning än en vecka.

I likhet med reumatikervårdssakkunniga anser sjukhusutredningen, under förutsättning att klientelet begränsas på sätt utredningen förordat, att vårdpersonalen på en annexavdelning bör kunna vara icke oväsenligt mindre än personalen på en A-avdelning. Det bör emellertid därvid beaktas, att i samband med inrättande av annexavdelningar och överförande dit av uppegående patienter från A-avdelningarna, vilka patienter krävt förhållandevis ringa arbete av avdelningspersonalen och kanske till och med i viss utsträckning varit densamma behjälplig med smärre sysslor, såsom byte av dricksvatten och passning av svårare sjuka patienter, hjälp vid diskning, budskickning, förbandsberedning etc., A-avdelningarna i stället bli belagda med ett mera tidskrävande och svårskött klientel, som kan komma att i så hög grad belasta personalen därstädes, att denna måste ökas. Endast i den mån den totala personalåtgången på sjukhuset vid vård av ett visst antal patienter blir mindre, då en del av patienterna överföras till annexavdelning, än då alla patienterna vårdas på A-avdelningar, har ur driftsynpunkt en verklig besparing vunnits genom anordnandet av annexvård.

Spörsmålet, huruvida en personalökning kan komma att bli nödvändig, om driftens intensitet på A-avdelningarna ökas genom tillkomsten av annexavdelningar, belyses i någon mån av svaren på följande fråga vid utredningens tidigare nämnda enquête till landets lasarettsläkare: »Kan den intensifiering av driften på en A-avdelning, som måste förutses vid anordnande av annex- eller konvalescentavdelning, anses tillrådlig?» Av de 227 tillfrågade läkarna svarade 85, att de ansågo intensifieringen tillrådlig utan villkor, 72 att de ansågo den tillrådlig blott under förutsättning att personalen ökades, medan 20 icke ansågo intensifieringen tillrådlig och 50 icke togo ställning till frågan. Om man bortser från de tveksamma 50 — vilket synes motiverat i detta fall — skulle

alltså 85 av 177 läkare, eller nära hälften, ansett intensifieringen utan vidare tillrådlig. Från det tjugotal lasarettsläkare, vilka icke ansett anordnandet av annex- eller konvalescentavdelningar tillrådligt, har den intagna ståndpunkten motiverats med bland annat följande synpunkter. Omsättningen och arbetstakten på en A-avdelning med intensifierad vård kan befaras komma att ökas på ett sådant sätt, att de sjuka berövas känslan av personlig omvårdnad. Förflyttningen till en annexavdelning betyder understundom för den sjuke en omkastning av miljö och personlig kontakt med personalen, som icke alltid främjar hans välbefinnande. Vidare framhålles från något håll, att det torde bli svårt hindra, att annex- och konvalescentavdelningar beläggas med ett klientel, som för närvarande anses tillhöra den öppna vården. Härigenom skulle den sammanlagda vårdtiden per patient bli förlängd, vilket dock icke finge antagas vara avsikten med avdelningarnas anordnande.

Statens sjukhusutredning har vid bedömandet av frågan om annexavdelningarnas förbilligande inverkan på driftkostnaderna haft att tillgå material, som av *utredningens arbetsstudiedelegation* insamlats från skilda sjukvårdsinrättningar, däribland tvenne med särskilda annex- och konvalescentavdelningar. Den fullständiga redogörelsen för arbetsstudiedelegationens verksamhet är avsedd att inflyta i ett senare utkommande betänkande, men följande *preliminära* data av betydelse för frågan om B-vården skola här redovisas.

Först må i korthet nämnas, att arbetsstudierna tillgått så, att särskilt utbildad personal under viss tid (en vecka) dag för dag registrerat arten av och tidsåtgången för varje av sköterske- och biträdespersonalen under dagtjänstgöringen utförd arbetsprestation vid vissa vårdavdelningar. Den sammanlagda, så erhållna s. k. tidskostnaden bör i stort sett överensstämma med antalet för dagtjänst anställda multiplicerad med den för dessa gällande arbetstiden plus eventuell övertid.

Den ena av de bägge annexavdelningarna fanns vid Örebro lasarett och hade varit i bruk sedan flera år. Den var inrymd i en tidigare för epidemivård använd byggnad och rymde 42 vårdplatser, men var vid tiden för undersökningen, som var sommaren 1945, belagd med 36 patienter. Då avdelningen var uppdelad på två våningar och bland annat saknade patientmatsal, kunna icke förutsättningarna för en rationell annexsjukvård sägas ha varit i allo gynnsamma. Den andra annexavdelningen — vid Allmänna sjukhuset i Malmö — låg även den i en tidigare till epidemisjukhus använd byggnad i ett våningsplan i närheten av medicinska kliniken och inrymde även dagrum, använda som matsalar. Den var inrättad år 1945 som studieobjekt för sjukhusutredningen. Den rymde 36 vårdplatser, vilka dock vid tiden för undersökningen (senare delen av år 1945) icke heller de voro fullt utnyttjade, i det patienternas antal var 29. Bland de A-avdelningar, från vilka B-fallen bortsorterats, ha en medicinsk och en kirurgisk avdelning i Örebro och två medicinska i Malmö tidsstuderats. Dessutom ha vanliga A-avdelningar studerats vid lasaretten i Borås år 1944, Sala och Värnamo år 1945 och Östersund år 1946.

Då arbetsstudierna som nämnts pågått endast under dagarna, ha beräknade tillägg måst göras för nattjänstgöringen, för att den totala tidskostnaden för avdelningarna skulle framkomma. Sålunda har antagits, att det vid normal nattövervakning krävs en sjuksköterska per tre avdelningar om sammanlagt cirka 90 patienter och ett biträde per en sådan avdelning om cirka 30 patienter. Om natten räknas till 10,5 timmar (t. ex. kl. 20—6.30), erhålles en tidskostnad för nattövervakning på en vanlig A-avdelning av 196 minuter per vårdplats och vecka. Nattövervakningen på en annexavdelning har antagits kunna besörjas av ett biträde per avdelning om cirka 40 patienter, vilket ger en tidskostnad av 110 minuter per vårdplats och vecka. Härjämte förutsättes, att sjuksköterska funnits i beredskap på annexavdelningen eller kunnat vid behov tillkallas från annan vårdavdelning, men tillägg härför till tidskostnaden har icke gjorts vid den kalkyl, som redovisas i tab. 3.

Tab. 3. Tidskostnad vid A-avdelningar och annexavdelningar enligt sjukhusutredningens arbetsstudier åren 1944—46.

	Tidskostnad i minuter per vårdplats och vecka			Tidskostnad i minuter per patient och vecka		
	Vid dagtjänstgöring	Tillägg för nattövervakning	Summa	Vid dagtjänstgöring	Tillägg för nattövervakning	Summa
Medeltal för 9 vanliga A-avdelningar vid fyra medelstora lasarett	907	196	**1 103**	884	191	**1 075**
Allm. sjukhuset i Malmö						
Annexavdelningen	422	110	**532**	525	137	**662**
Medeltal för två A-avdelningar med intensifierad vård	1 174	196	**1 370**	1 169	195	**1 364**
Örebro lasarett						
Annexavdelningen	539	[1] 110	**649**	641	[1] 131	**772**
Medeltal för två A-avdelningar med intensifierad vård	901	196	**1 097**	934	203	**1 137**

Jämför man de tal, som redovisats i tabellen, finner man otvetydigt, att tidskostnadernas summa (med fet stil) för annexavdelningarna avsevärt understiga tiderna för såväl A-avdelningarna vid respektive lasarett som de medeltal för 9 vanliga A-avdelningar, vilka redovisas på översta raden. Då det gäller att siffermässigt fixera graden av den skillnad, som skall anses råda, måste dock slutsatserna bli osäkra inom rätt vida gränser. En osäkerhet, som antydes redan av tabellens uppställning, består i att man kan välja mellan tal beräknade per vårdplats (tabellens vänstra del) och tal beräknade per patient (tabel-

[1] I verkligheten förekom ingen nattövervakning vid denna avdelning i annan mån än att personalen låg i beredskap.

lens högra del). Bägge tabellhalvorna grunda sig på samma primärmaterial, nämligen de för hela avdelningar observerade tidskostnaderna, vilka i det ena fallet dividerats med antalet vårdplatser och i det andra med antalet patienter på respektive avdelning. Resultaten äro helt naturligt icke fullt samstämmiga, eftersom antalet patienter icke på någon av avdelningarna helt överensstämde med antalet vårdplatser. Om man bortser från den osäkerhet, som ligger i de beräknade tilläggen för nattövervakning, återge de per patient beräknade talen förhållanden, som faktiskt rådde vid tiden för arbetsstudierna. Å andra sidan kan visas, att den underbeläggning, som då rådde på annexavdelningarna, icke var fullt normal och att dessa avdelningar vid andra tillfällen drivits med samma personal som vid undersökningstillfället, ehuru då fullbelagda. Då man önskar veta, hur tidskostnaden för en annexavdelning normalt förhåller sig till tidskostnaden för en A-avdelning, bör man därför sannolikt fästa största avseendet vid de tal, som beräknats per vårdplats. Dessa äro för Allmänna sjukhusets annexavdelning 532 minuter och för annexavdelningen vid lasarettet i Örebro 649 minuter per vecka.

Med vilka tal för normal A-vård skola nyssnämnda tidskostnader för annexvård jämföras? Ser man på A-vårdstalen för samma sjukhus, finner man, att relationerna äro följande: Annexavdelningen drevs för en tidskostnad, som i Malmö var 39 % och i Örebro 59 % av tidskostnaden för A-avdelningarna på respektive lasarett. Denna jämförelse ger emellertid icke ett korrekt utslag för relationen mellan annexvård och vanlig A-vård. Den A-vård, som bedrevs vid Örebro lasarett och Allmänna sjukhuset, avsåg nämligen rena A-fall, från vilka B-fallen bortsorterats. Vården på dessa avdelningar bör rimligtvis vara intensivare än på vanliga A-avdelningar och sålunda även draga större personal.

Frågan blir då, om bättre jämförbarhet råder mellan de undersökta annexavdelningarna och genomsnittet för de 9 vanliga A-avdelningarna, vilkas tidskostnad redovisas i tabellens översta rad. En av sjukhusutredningen utförd undersökning rörande personalbestånd, arbetstid m. m. vid rikets lasarett (avseende år 1943) har visat, att arbetsinsatsen per vårdplats är relativt stor på storstadssjukhus, som lasarettet i Malmö, och detta skulle tala mot en jämförelse med de nio avdelningarna.[1] Å andra sidan torde sagda förhållande beträffande arbetsinsatsen i huvudsak gälla storstadssjukhusens A-avdelningar och där sammanhänga med bland annat det mera svårskötta klientel, som söker sig till dylika sjukhus, men knappast annexavdelningarna. Ett allmänt uttryck för relationen mellan tidskostnaden för annexavdelningar och vanliga A-avdelningar erhåller man därför enligt utredningens uppfattning bäst, om man jämför medeltalen för annexavdelningarna (532 respektive 649 minuter) med medeltalet för de nio vanliga A-avdelningarna, eller 1 103 minuter. Resultatet av jämförelsen blir, att annexvårdens tidskostnad utgör 48 respektive 59 % av sistnämnda tal. Annexvård kan alltså i gynnsamma fall på

[1] En redogörelse för undersökningen, författad av byrådirektören vid centrala sjukvårdsberedningen, arkitekten M. E. Molander, har intagits i tidskriften Sjukhuset, nr 5 år 1946.

medelstora lasarett antagas kräva blott omkring hälften så stor personal som vanlig A-vård.

Det må tilläggas, att medeltalet för de fyra lasaretten enligt arbetsstudierna, eller 1 103 minuter, något överstiger medeltalet för samtliga lasarett i riket enligt den av sjukhusutredningen utförda undersökningen rörande personalbestånd och arbetsförhållanden m. m. under år 1943, som var 1 028 minuter per vårdplats och vecka. Vid sistnämnda undersökning redovisades emellertid endast ordinarie tid (ej eventuell övertid), och även i andra avseenden torde de bägge materialen icke vara fullt jämförbara. En på personalundersökningen grundad jämförelse mellan arbetsinsatsen på dels annexavdelningen i Örebro, dels A-avdelningarna därstädes och dels genomsnittet av A-avdelningarna vid samtliga lasarett ger ungefär samma relationer som arbetsstudierna. (Annexavdelningen vid Allmänna sjukhuset i Malmö inrättades, som ovan meddelats, först år 1945.)

Sedan frågan om arbetsinsatserna på annexavdelningar respektive A-avdelningar behandlats, övergår utredningen till spörsmålet om och i vilken mån personalbesparingen vid en annexavdelning kan beräknas få effekt på personalkostnaden för hela vårdavdelningskomplexet och för sjukhuset i dess helhet.

I det genomsnittliga fallet kan man, som framgått av föregående kapitel, räkna med en frekvens av annex- och konvalescentfall på 15 %. Då sålunda av 100 patienter 15 flyttas över till annexavdelning och utbytas mot rena A-fall, måste i enlighet med vad ovan anförts vårdintensiteten ökas. Var personalen före tillkomsten av annexavdelningen väl utnyttjad, kommer den ökade vårdintensiteten i sin tur att eventuellt medföra krav på ökning av personalen.

För att utröna, hur mycket arbetsbördan på detta sätt kan komma att ökas, har sjukhusutredningen med hjälp av det från lasaretten i Borås, Sala, Värnamo och Östersund insamlade materialet sökt beräkna, hur tidskostnaden förändrar sig på vanliga A-avdelningar, då vården intensifieras. Observationerna äro efter arbetets art indelade i inemot 100 moment, vilka i sammanträngd form återges i förspalten till tab. 4. Av den första sifferkolumnen ser man, hur många minuter per patient och vecka som vissa grupper av arbetsmoment i medeltal tagit i anspråk på de observerade lasarettsavdelningarna. Det är självklart, att dessa siffror, tagna var för sig, icke äga generell giltighet. De grunda sig på veckostudier från endast nio vårdavdelningar fördelade på nyssnämnda fyra lasarett. Tillfälligheter i arbetets gång, liksom olikheter i vårdmetoder och i beläggningens art och omfattning m. m. ha sålunda med säkerhet påverkat dem. Detta bekräftas av ett studium av de bakom medeltalen liggande observationerna, vilka vanligen uppvisa stark variation de nio avdelningarna emellan. Icke dess mindre torde uppgifternas representativitet vara fullt tillräcklig för här föreliggande syfte, som är att erhålla uppfattning om den allmänna storleksordningen av de skilda arbetsmomenten.

Genom att moment för moment granska arbetsstudierna har utredningen kunnat skaffa sig en allmän uppfattning om hur arbetstiden användes på en vanlig lasarettsavdelning. Med ledning härav kan man sluta sig till hur arbetet för-

ändras, då annex- och konvalescentfallens platser intagas av rena A-fall. Det sistnämnda åskådliggöres av de tre kolumnerna till höger i tab. 4. Till förklaring av siffrorna må nämnas, att då de till 15 % av patienterna uppgående annex- och konvalescentfallen utbytas mot rena A-fall, arbetsbördan (tidskostnaden) ökas på A-avdelningen i olika mån (0 respektive 9, 13 och 18 %), allteftersom nämnda B-fall tidigare belastat avdelningen. Ingen ökning i belastningen inträffar tydligen, då B-fallen tidigare belastat avdelningen lika mycket som A-fallen, och 18 % då de icke alls belastat avdelningen. I sistnämnda fall har ju hela arbetsmomentet orsakats av de rena A-fallen, vilka enligt förutsättningen voro 85 av 100 patienter. Då dessa rena A-fall ökas från 85 till 100, ökas även arbetsbelastningen i relationen 85 till 100, d. v. s. med i runt tal 18 %. Därav siffran. I fråga om de arbetsmoment, där B-fallen kunna antagas endast ha vållat hälften så mycket arbete som A-fallen, blir ökningen i belastningen 9 %. Beträffande vissa moment har slutligen antagits, att B-fall draga blott en fjärdedel av den tidskostnad, som A-fall förorsaka, och ökningen blir då 13 %. Avgörandet hur B-fallen belastat personalen i olika avseenden bygger givetvis på uppskattningar, och sjukhusutredningen inser väl, att inplaceringen av arbetsmomenten i de fyra grupperna med respektive 9, 13 och 18 % ökning i åtskilliga fall kunnat göras annorlunda. Med den kännedom om arbetsgången på sjukavdelningarna, som arbetsstudiedelegationen vunnit, anser utredningen det likväl knappast troligt, att sådana omplaceringar kunna motiveras, att grupperingens huvudresultat mera avsevärt ändras.

Som ytterligare kommentar till tab. 4 må framhållas, att även arbetsmoment i samband med nyintagning och utskrivning av patient uppenbarligen ökas, eftersom omsättningen av patienterna på A-avdelningen efter annexavdelningens tillkomst ökas. Slutligen må nämnas, att vid grupperingen av arbetsmomenten hänsyn tagits till att annexfallen på vanliga avdelningar i viss utsträckning biträda med arbetet vid måltider och diskning. Däremot har man icke kunnat räkna med den hjälp, som annexfallen lämna vid städning och med passning av patienter inne på salarna.

I summa skulle enligt sjukhusutredningens kalkyl arbetsbelastningen på en A-avdelning under ovan angivna betingelser ökas från 1 075 till 1 158 minuter per patient och vecka, vilket framgår av nedersta raden på tab. 4. Det kan konstateras, att det senare talet ligger 8 % högre än det förra, vilket betyder, att intensifieringen av vården på A-avdelningarna efter annexavdelningens tillkomst enligt föreliggande beräkning skulle medfört en arbetsökning med 8 %. Ehuru siffran uppenbarligen icke kan göra anspråk på exakthet, ger den dock enligt sjukhusutredningens uppfattning en nöjaktig föreställning om storleksordningen av den merbelastning, som vårdavdelningarna få vidkännas, då vården övergår att omfatta rena A-fall och frekvensen av annex- och konvalescentfall är 15 %.

Sedan intensifieringsfaktorn 8 % framräknats, är det möjligt att göra en jämförande beräkning över tidskostnaden vid vanlig A-vård å ena sidan och annexvård plus intensifierad A-vård å den andra. För 100 patienter ställer sig

Tab. 4. Beräkning av vårdarbetets ökning, då vården på vanlig A-avdelning intensifieras genom att 15 % av patienterna (konvalescent- och annexfall) överföras till annexavdelning.

	Tidskostnad i minuter per patient och vecka vid blandat klientel	Beräknat tillägg, då vården intensifieras		Summa (beräknad tidskostnad i minuter, då alla patienter äro A-fall)
		%	Minuter	
Arbetsmoment, beträffande vilka tidskostnaden antages vara:				
1. *Lika stor för annexfall som för A-fall.*				
Spolning av prostatafall, värmebehandling, bad med tillhörande transport, städning av avdelningens lokaler, fyllnadsarbete, personalens tid för egen hygien och personliga tid samt diverse småarbeten	190	—	—	190
2. *Hälften så stor för annexfall som för A-fall.*				
In- och utskrivning av patient, arbete i samband med läkarrond, medicinering, provtagning, ordnande av förband, diverse patientvård, sterilisering, bäddning, vädring, blomvård, arbetsledning, diverse skrivarbete och telefon, sköljrumsarbete, ordnande med tvätt, förrådsarbete, vakttjänst, väntetid, samtal med besökande..	279	9	25	304
3. *En fjärdedel så stor för annexfall som för A-fall.*				
Läkarrond, sköterskerond, temperatur- och pulstagning, insprutningar, journalarbete, omläggning, lavemang, tappningar, arbete med måltider inklusive matning av patienter. Transport med och utan patient utom i samband med operation, transport till underhållning samt ärenden utom avdelningen	326	13	42	368
4. *Ingen tidskostnad för annexfall.*				
Förberedelse för operation, patientpassning bl. a. med bäcken och urinflaskor, patienttoilett och arbete i samband därmed, passning med värmekrus och isblåsa, transport av patient till och från operation och loggia	89	18	16	105
Summa	**884**	—	**83**	**967**
Tillägg för nattövervakning	191	—	—	191
Total	**1075**	**8**	**83**	**1158**

beräkningen sålunda. Om tidskostnaden på vanlig A-avdelning betecknas med 1 enhet per patient, blir kostnaden för en patient på annexavdelning, om gynnsamma förutsättningar för annexvården föreligga, hälften, eller 0,5 enheter

(jfr s. 49), och på avdelning med intensifierad vård 8 % större, eller 1,08 enheter. På vanlig A-avdelning blir kostnaden för 100 patienter 100 enheter och vid uppdelning av patienterna med 15 på annexavdelningen och 85 på de intensifierade A-avdelningarna (15 × 0,5 + 85 × 1,08 =) 99,3 enheter. Besparingen skulle alltså belöpa sig till 0,7 % av tidskostnaden för samtliga avdelningar före annexavdelningens tillkomst. Denna besparing absorberas till viss del av den ökning i arbetstiden, som vid annexvård inträffar utanför avdelningarna med transporter, bokföring, tvätt m. m., som ovan berörts.

Att döma av denna, på resultaten av arbetsstudier grundade beräkning skulle inrättandet av en annexavdelning vid sjukhus medföra ringa eller ingen besparing av personal och sålunda, i enlighet med vad tidigare sagts, ej vara ett medel för sänkandet av sjukhusets totala driftkostnader. Arbetsstudierna visa sålunda det berättigade i den skepsis, som vissa representanter för sjukhusväsendet uttalat gentemot de stora förhoppningar, man på de flesta håll hyst i detta hänseende.

Denna teoretiska beräkning kan emellertid icke tillmätas generell giltighet. Förutsättningarna för att annexvård skall medföra en rationalisering av driften kunna i enskilda fall vara särskilt gynnsamma. Arbetsstudierna ha bekräftat, att det vid så gott som alla undersökta vårdavdelningar finnas längre eller kortare stunder av »tomgång», då arbetet för viss personal är intet eller ringa. Detta är helt naturligt. Det arbete, en vårdavdelning kräver, kan vara mycket växlande från dag till dag eller timme till timme. På somliga vårdavdelningar äro dessa variationer mycket stora, på andra jämförelsevis små. Om personalen, som hittills är fallet, helt eller till övervägande del är bunden vid vårdavdelningen — en ordning, vars lämplighet sjukhusutredningen kommer att behandla i annat sammanhang — måste personalbeståndet avvägas åtminstone efter medelbelastningen. I regel torde det hållas närmare toppunkten. Det låter sig mycket väl tänkas, att överförandet av mindre arbetskrävande vårdfall till en annexavdelning och beläggandet av A-avdelningen med uteslutande sådana fall, som kräva åtgärder för diagnostik och terapi, kan medföra sådan utjämning av arbetet på denna, att tomgången minskas eller undvikes. I dylika fall skulle den av B-klientelets överflyttande till annexavdelning förorsakade intensifieringen av arbetet på A-avdelningen ej behöva medföra den personalökning på denna, som den teoretiska, på arbetsstudier grundade beräkningen givit vid handen. Inrättandet av annexavdelning kan med andra ord vara en lämplig form för införande av en rationellare arbetsordning.

Ett stöd för detta resonemang ge erfarenheterna av försöket med annexavdelningen i Malmö. B-klientelets överförande till denna kunde ske utan ökning av personalen på A-avdelningarna, ehuru mot slutet av det under tre månader pågående försöket krav på en sådan ökning började göra sig gällande. Även med en mindre ökning av personalen på A-avdelningarna skulle emellertid annexavdelningen sannolikt varit fördelaktig ur personalkostnadssynpunkt. Maximalt, d. v. s. i gynnsammaste fall (då ingen ökning av personalen behöver ske) uppgår besparingen till det icke obetydliga beloppet av

7,5 % [100 — (15 × 0,5 + 85 × 1) = 100 — 92,5 = 7,5]. Tänker man sig, att B-fallsfrekvensen är större, blir också besparingen i sådana fall större. Vid 20 % annex- och konvalescentfall och samma förutsättningar beträffande annexdriften som förut blir sålunda besparingen maximalt 10 %.

Med hänsyn till alla de synpunkter, resultat och omständigheter, för vilka här redogjorts, vill sjukhusutredningen beträffande frågan om den personalbesparing, som sjukhusen kunna vinna genom inrättandet av annex- och konvalescentavdelningar, som sin mening uttala, att denna besparing säkerligen icke kommer att bli av det mått, som man på många håll väntat sig. Om det blir någon besparing överhuvudtaget, kommer detta till stor del att bli beroende av om den genom B-klientelets överförande till annexavdelning åstadkomna intensifieringen av arbetet på A-avdelningen kan kompenseras genom jämnare utnyttjande av arbetskraften på denna. På de ställen, där så helt kan ske, torde man av hittills tillgängligt material att döma kunna våga hoppas på en besparing av personalkostnaderna på de vårdavdelningar, som beröras av B-vården, med högst omkring 10 %. Med tanke på att de totala personalkostnaderna för lasarettens vårdavdelningar uppgå till betydande belopp, måste emellertid även en sådan vinst, eller till och med blott en del av densamma, få anses vara av den ekonomiska betydelse, att frågan om inrättandet av annex- och konvalescentavdelningar vid lasaretten trots allt måste anses förtjäna uppmärksamhet.

Kap. 7. Annex- och konvalescentavdelningars planläggning och utformning m. m.

Redan inledningsvis har utredningen erinrat om att *statens sjukvårdskommitté* i sitt betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket i samband med behandlingen av frågan om anstalter för beredande av konvalescentvård framhållit, att det kunde starkt ifrågasättas, om icke dylika anstalter borde anordnas som enklare inredda, mer eller mindre hembetonade avdelningar i samband med lasarett. Härutinnan anför kommittén bland annat följande.

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 mening 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 främst borde anordnas på enkelt inredda och utrustade avdelningar i omedelbar anslutning till lasarett, varvid lasarettets vårdtekniska hjälpmedel borde komma konvalescentavdelningen till gagn.

Sedermera ha *reumatikervårdssakkunniga* övervägt efterbehandlings- och konvalescentfrågan i dess helhet och därvid framlagt skisserade program och detaljförslag rörande dylika vårdavdelningar. De sakkunnigas förslag kan sammanfattas sålunda.

Enligt det till grund för de sakkunnigas förslag 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 uppställdes 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 anse de sakkunniga för dagrum en golvyta av cirka 1 kvm per patient tillräcklig. Toaletter föreslås skilda för män och kvinnor. Vidare räknas med städrum med utslagsback, arbetsplats för rengöring samt plats för städredskap och nödvändiga förbrukningsartiklar ävensom vaktrum, tillika expeditionsrum; däremot böra 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 souterrainvåningen till 2,6 m. Matsal med tillhörande serveringskök har synts vid lämplig byggnadsplats kunna förläggas till souterrainvåning; 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 souterrainvåningen återstående tillgängligt utrymme syntes böra reserveras för detta ändamål. Till samma våning förläggas badrum samt snyggningsrum liksom förvaringsrum för patienternas kläder.

Särskild uppmärksamhet har ägnats 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 i fråga 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 kvm total golvyta per våning. Oavsett att detta alternativ sålunda 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 ha särskilt av sistnämnda skäl stannat vid att förorda alternativet med tvättställ i varje sjukrum.

Reumatikervårdssakkunniga ha 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	Kbm	Kr/kbm	Kostnad/säng
Alternativ A	238 280 kr.	2 818	84: 50	5 673 kr.
Alternativ B	248 024 »	3 008	82: 45	5 905 »
Alternativ C	220 808 »	2 631	83: 90	5 257 »
Alternativ 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 kvm, två-sängsrum cirka 13,5 kvm och fyra-sängsrum cirka 21,5 kvm. 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 framhålles, 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.

I de över reumatikervårdssakkunnigas betänkande avgivna *yttrandena* har anförts, att de sakkunnigas typförslag icke borde göras ovillkorligt normgivande för huvudmännen utan endast utgöra exempel på hur en efterbehandlingsavdelning lämpligen skulle kunna ordnas.

Vad först angår sängplatsantalet i sjukrummen och behovet av en- och två-sängsrum har man ganska allmänt reagerat mot de sakkunnigas uttalande, såväl att större sjuksalar än fyra-sängsrum icke borde förekomma som att ifrågavarande avdelningar borde förses med ett relativt större antal en- och två-sängsrum än A-avdelningarna. I syfte att nedbringa byggnadskostnaden och öka avdelningarnas kapacitet borde utan olägenhet sjuksalarna kunna i allmänhet avses i varje fall för sex patienter, har man sagt. Den av de sakkunniga förordade anordningen med tvättställ i varje rum anses av åtskilliga remissinstanser vara av tvivelaktigt värde och i stället förordas särskilda tvättrum. Från flera håll understrykes, att jämväl på ifrågavarande avdelningar föreligger behov av särskilt undersöknings- eller behandlingsrum jämte särskilt utrymme eller förråd för madrasser, filtar och sängkläder, vilka utrymmen de sakkunniga icke ansett erforderliga. Under det att man på visst håll ansett de för patienterna föreslagna arbetslokalerna för knapphändiga, har bland annat svenska landstingsförbundets styrelse framhållit, att behovet av arbetslokaler för t. ex. snickeri, vävning eller bokbinderi torde vara relativt litet vid de flesta till lasarett förlagda avdelningar av nu ifrågavarande typ.

Härjämte har i några yttranden framhållits lämpligheten av att icke utnyttjade eller belagda avdelningar på epidemisjukhus finge tillfälligt utnyttjas som annex- och konvalescentavdelningar.

Slutligen har jämväl *civila byggnadsutredningen* i sitt den 15 december 1944 avgivna betänkande II med förslag till föreskrifter rörande planläggning och utförande av byggnad för lasarett, sanatorium, epidemisjukhus m. fl. (SOU 1944: 68) upptagit frågan om eftervårdens byggnadskrav till detaljbehandling. Efter att ha framhållit, att annexavdelning ansetts ur driftkostnadssynpunkt lämpligen böra omfatta lägst 40 vårdplatser samt att vid sådant förhållande, då behovet av platser å dylika avdelningar av CBU uppskattats till cirka 20 % av huvudlasarettets vårdplatsantal, en annexavdelning kan ifrågakomma först vid ett lasarett med 200 platser, finner sig CBU böra förorda, att eftervårdsfrågan vid mindre lasarett löses från fall till fall förslagsvis genom att invid lasarettet beläget epidemisjukhus kommer till användning. I övrigt anför CBU beträffande annexsjukhus vid lasarett följande (anfört betänkande s. 135 o. f.).

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. Frågan, huruvida tvättställ böra anordnas i sjukrummen eller koncentreras till toalettrum skilda för de olika könen, har utredningen ägnat 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 reumatikervårdssakkunniga 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 fyra-sängssalar än sex-sängssalar. Önskvärda isoleringsmöjligheter kunna beredas genom tillhandahållande av ett mindre antal två-sängsrum. För en vårdavdelning med 40 platser fördelas vårdplatserna lämpligen på åtta fyra-sängssalar och fyra två-sängsrum. För att emellertid icke försvåra planlösningen genom ett alltför detaljerat fastlåsande av rumsfördelningen, föreslår utredningen, att högst 20 % av vårdplatserna må anordnas i två-sängsrum. Golvytan av fyra-sängssal kan angivas till 20 kvm och av två-sängsrum till 12,5 kvm, vilka siffror något understiga de i reumatikervårdssakkunnigas huvudförslag angivna.

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

Av bilokaler ha 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 kvm, städrum 12 kvm, förråd 9 kvm, toalettrum sammanlagt högst 22 kvm och vaktrum 12 kvm. De nu nämnda bilokalerna ha en sammanlagd största golvyta av 90 kvm. Ytan av vårdrum och salar enligt ovan angivna rumsfördelning uppgår till 210 kvm. Sammanlagt skulle således erfordras en nettogolvyta av högst 300 kvm för 40 patienter, motsvarande 7,5 kvm per vårdplats. Därtill komma erforderliga kommunikationsytor avseende korridorutrymmen (men bortsett från trapphus med tillhörande korridordel) med omkring 55 kvm. 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 CBU 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 kvm, vilken siffra således innesluter önskvärd marginal med hänsyn till växlande organisatoriska förutsättningar.

I souterrainvåning 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 kvm, serveringsköket beräknas till 15 kvm. 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 kvm per samtidigt utspisad patient vara till fyllest för matsal och serveringskök.

Jämväl över CBU:s betänkande ha infordrats yttranden från åtskilliga myndigheter och sammanslutningar. Endast i relativt begränsad utsträckning ha i de inkomna remissvaren berörts de av CBU föreslagna normerna för annexsjukhusens eller annexavdelningarnas utformning. Emellertid påpekas bland annat från vissa håll, att den av såväl reumatikervårdssakkunniga som CBU föreslagna korridorbredden om 1,5 m på en E- eller annexavdelning icke tillåter säng- eller bårtransport av patient, vilket dock understundom kan bli nödvändigt.

Statens sjukhusutredning får för egen del framhålla, att den i huvudsak kan godtaga de principiella och i stor utsträckning sammanfallande riktlinjer för en till lasarett ansluten annex- och konvalescentavdelnings anordnande, som reumatikervårdssakkunniga och CBU i sina betänkanden framlagt. Detta gäller emellertid allenast under den uttryckliga förutsättningen, att berörda förslag endast må vara att betrakta som i huvudsak normgivande och vägledande exempel, utvisande att och på vad sätt ifrågavarande avdelningar kunna utföras till betydligt lägre kostnad än vanliga A-avdelningar. Enligt utredningens uppfattning är det av alldeles särskild betydelse, att de skilda huvudmännen — då det för dem gäller att på olika håll finna en lämplig lösning av frågan om B-sjukvården — utan att vara bundna av alltför snäva och teoretiska regler eller föreskrifter äga frihet att lösa därmed sammanhängande byggnadsfrågor under beaktande av förhandenvarande lokala eller eljest speciella förhållanden. Den kanske mest vanliga och till synes i princip ändamålsenligaste utvecklingen torde bli, att B-vårdens byggnadsfråga kommer att lösas icke genom nybyggnad utan genom ianspråktagande, efter eventuell ombyggnad, av äldre byggnader och avdelningar, som icke lämpligen kunna i fortsättningen nyttjas såsom A-avdelningar. Något som helst skäl för att man i dylikt fall icke skulle kunna såsom annex- eller konvalescentavdelning nyttja en byggnadskropp med tidigare A-avdelning därför, att densamma inrymmer salar med mer än 4 sängplatser, vilka salar icke utan byggnadstekniska svårigheter eller kostnader kunna omändras till mindre sådana, finns enligt utredningens uppfattning icke. Jämväl då fråga är om nybyggnad kunna, med utredningens ståndpunkt rörande klientelet på annex- och konvalescentavdelningar, vissa sjuksalar på sådana avdelningar, i den mån så befinnes ur anläggnings- och driftsynpunkt lämpligt, utan olägenhet avses för flera än fyra patienter. Med samma utgångspunkt och alltså med beaktande av att klientelet bör vara uppegående och icke, på sätt reumatikervårdssakkunniga förordat, bestå jämväl av väntande respektive nyförlösta mödrar eller barn, finner utredningen ingen anledning till erinran mot CBU:s förslag, att antalet smårum på en annexavdelning i vart

fall begränsas till högst 20 % av vårdplatserna. Ur praktisk synpunkt synes det åter önskvärt, att det s. k. vaktrummet, tillika expeditionsrum, icke göres mindre än att det i vissa fall kan utnyttjas såsom undersökningsrum, användbart även för enklare fysikalisk behandling, ävensom att korridorer och dörrar göras så breda, att transport av sängliggande patient möjliggöres. Frågan om tvättställ i varje rum eller om särskilda tvättrum, i senare fallet ett tvättrum för kvinnor och ett för män på blandad avdelning, finner utredningen, som anser det sistnämnda alternativet innebära vissa fördelar såväl ur trevnads- som hygienisk synpunkt, särskilt då fråga är om större salar, böra bedömas från fall till fall med hänsyn till anläggningskostnaden. På en annexavdelning bör anordnas särskild, relativt rymlig matsal med tillhörande serveringskök. Matsalen bör av patienterna tillika kunna utnyttjas såsom dag- och arbetsrum. Den torde lämpligen böra dubbleras i större avdelningar, särskilt om dessa äro avsedda för såväl män som kvinnor. I sådant fall bör rökning kunna tillåtas i en av matsalarna, helst som det kan ifrågasättas, om icke eljest särskilt rökrum bleve nödvändigt. Däremot är det tveksamt, om matsalen-dagrummet lämpligen bör, såsom reumatikervårdssakkunniga föreslagit, förläggas till annat våningsplan eller souterrainvåningen. Även om klientelet kan förflytta sig självt för att göra sin toalett, intaga sina måltider m. m., måste man dock räkna med att svårighet kommer att föreligga för åtskilliga patienter (svårläkta frakturer m. m.), som eljest utan olägenhet kunna vårdas på en annexavdelning, att förflytta sig i trappor. Det kan visserligen avhjälpas genom en personhiss, men denna är relativt dyrbar i anläggning och kan icke hindra, att avdelningens uppdelning på flera våningsplan i andra avseenden försvårar driften och övervakningen samt framkallar ett ökat personalbehov. I anslutning till de erinringar utredningen härovan anfört emot förslaget, att på lasaretten skulle bedrivas omskolning och yrkesutbildning av patienter, vill utredningen för sin del icke tillråda, att anordnandet i annex- och konvalescentavdelningar av särskilda arbetslokaler för patienternas sysselsättande med t. ex. enklare snickeri, vävning och bokbinderi göres obligatoriskt.

Huruvida den ur driftsynpunkt alltid lämpligaste vårdavdelningsenheten för annex- och konvalescentavdelningar är 40 vårdplatser — något som såväl reumatikervårdssakkunniga som CBU förordat — anser utredningen tveksamt. Enligt utredningens uppfattning bör jämväl denna fråga bedömas från fall till fall. I den mån behov föreligger vid visst lasarett av t. ex. ett åttiotal B-platser, synes det visserligen lämpligt att anordna två vårdavdelningar på vardera 40 platser, avsedda den ena för män och den andra för kvinnor, men utredningen vill framhålla, att så betydande fördelar ur ordnings- och driftsynpunkt äro förenade med att avdelningarna ordnas skilda för kvinnor och män, att detta bör kunna ske oberoende av om endera eller bägge vårdavdelningarna därigenom skulle komma att understiga ett fyrtiotal vårdplatser.

Reumatikervårdssakkunniga ha i sitt betänkande uttalat, att anläggningskostnaden för en efterbehandlingsavdelning för vuxna bör kunna per vårdplats räknat begränsas till högst hälften av kostnaden för en avdelning med A-platser. Sjukhusutredningen — som, med hänsyn till det labila läget på byggnadsmarknaden, finner det uteslutet att här anföra jämförelsesiffror — anser likaledes, att den genomsnittliga kostnaden per vårdplats på en nybyggd B-avdelning av här ifrågavarande slag bör kunna väsentligt understiga motsvarande kostnad på A-avdelning. Att den skall kunna nedbringas till eller till och med understiga hälften av denna kostnad, förefaller utredningen knappast möjligt med hänsyn till de krav, som enligt det föregående måste ställas på en annexavdelning, om driften på densamma skall kunna bli rationell.

Vidkommande utrustningskostnaden torde denna enligt sjukhusutredningens åsikt komma att hålla sig tämligen lika på annex- och A-avdelning. Visserligen synes utrustningen av sjuksalarna i en annexavdelning kunna något förenklas i förhållande till motsvarande utrustning i en A-sal, i det att, då patienterna förutsättas vara uppegående hela eller större delen av dagen, bland annat de mera komplicerade nattduksborden och transportabla sängarna kunna utbytas mot enklare. Å andra sidan tillkomma i en annexavdelning ökade kostnader för inventarier i dagrummen och viss enklare utrustning för sysselsättningsterapi.

Slutligen vill statens sjukhusutredning, i anslutning till vad utredningen tidigare anfört, understryka, att den ur engångskostnadens synpunkt mest beaktansvärda fördelen med anordnandet av annex- och konvalescentavdelningar kanske icke alltid kommer att ligga däri, att dessa avdelningar vid nybyggnad ställa sig billigare i anläggning än en A-avdelning utan i det förhållandet, att en befintlig äldre avdelning på en specialklinik eller ett epidemisjukhus, som av olika skäl blivit omodern och icke längre tillfredsställer nuvarande krav på en dylik avdelning, relativt ofta torde kunna för en understundom ganska obetydlig kostnad apteras till och tillfredsställande fungera som annexavdelning. En dylik åtgärd innebär sålunda, att det på den äldre avdelningen (sjukhuset) nedlagda engångskapitalet vid en tidpunkt, då avdelningen (sjukhuset) icke längre kan fylla sin ursprungliga uppgift utan eljest skulle rivas, ändock kan för en längre eller kortare tid nyttiggöras genom att avdelningen utnyttjas för B-vård.

Kap. 8. Frågan om statsbidrag.

Frågan om statsbidrag till den av landsting och städer utanför landsting bedrivna sjukvården är för närvarande föremål för utredning genom 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården. Enligt vad sjukhusutredningen inhämtat ha dessa sakkunniga beträffande byggnadsbidragen när-

mast tänkt sig ett bibehållande i princip av bidragens begränsning till vissa vårdgrenar, vilkas utbyggande staten anses ha ett speciellt intresse att befrämja. I fråga om driftbidragen ha de sakkunniga däremot preliminärt stannat för att förorda ett generellt bidrag till all sluten, sjukvårdsområdesvis ordnad kroppssjukvård, inklusive psykiatriska avdelningar vid lasaretten. Under sådana förhållanden anser sig sjukhusutredningen, som i princip delar statsbidragssakkunnigas uppfattning, sakna anledning att närmare ingå på prövning av hithörande spörsmål vad angår den lasarettsanslutna B-vården utan vill endast framföra några allmänna synpunkter beträffande frågan om statsbidrag till annex- och konvalescentavdelningar å ena samt lasarettens A-avdelningar å andra sidan.

Som i kap. 4 nämnts, utgår sjukhusutredningen från att annex- och konvalescentavdelningar — för korthetens skull kallade annexavdelningar — skola ha till uppgift att avlasta lasarettens olika kliniker, och väntar utredningen därav vinster för sjukhuset i form av minskade anläggningskostnader, möjlighet i vissa fall att för ett större klientel utnyttja förhandenvarande laboratorier, operations- och röntgenavdelningar m. m., ökade möjligheter att utjämna beläggningen på klinikerna och därigenom samt måhända också genom den billigare driften på annexavdelningen ernå besparing av sjukhusets totala driftkostnader. Under sådana förhållanden synes ett lasaretts utbyggande med dylik avdelning vara ett huvudmannens intresse, som i och för sig icke är i behov av annan stimulans än den, som ligger i de med utbyggnaden förenade fördelarna för huvudmannen själv.

Anledning för staten att lämna *byggnadsbidrag* till annexavdelningar föreligger endast, om dessa avses ingå som led i en till lasarettet förlagd sjukvård, vars utveckling staten anser sig böra gynna. I dylika fall måste det anses angeläget, att statens bidrag till lasarettets A- och B-avdelningar avvägas så, att de vid huvudmannens planläggning icke konkurrera med hänsynen till ovan nämnda fördelar av sjukhusets utbyggande med annexavdelning. En felaktig avvägning av de till A-vården respektive B-vården utgående statsbidragen kan uppenbarligen komma att — om den sker i ena riktningen — gynna en utveckling av B-vården på A-vårdens bekostnad med en eventuell sänkning av sjukhusens standard som följd eller — om den sker i andra riktningen — motarbeta B-vårdens utbyggande på sätt och i omfång som med hänsyn till de lokala förhållandena vore förmånligast.

Riktigast synes vara, att byggnadsbidragen avvägas i proportion till de verkliga anskaffningskostnaderna och att denna proportion — inom en och samma vårdgren — blir lika för A- och annexavdelningar och lika, om platser anskaffas genom ny- eller ombyggnad. I senare fall bör i anskaffningskostnaden inräknas byggnadens värde före omändringen. Med hänsyn till huvudmännens växlande krav på byggnadernas standard torde nyssnämnda proportionalitetsregel dock böra kompletteras med bestämmelser om de högsta belopp, som inom de olika vårdgrenarna finge utgå. Vare sig fråga är om ny- eller ombyggnad, komma vårdplatser på en annexavdelning att

i uppförande och inredning draga lägre kostnader än vårdplatser på en A-avdelning, varför tillämpandet av ovan angivna regel i princip innebär, att det statliga byggnadsbidraget blir lägre för B-plats än för A-plats.

I anslutning härtill vill sjukhusutredningen betona vikten av att villkoren för byggnadsbidragen till annexavdelningar — hur de än i övrigt bestämmas — så utformas, att därigenom hinder icke resas för en efter sjukhusets behov anpassad beläggning av desamma, med andra ord att icke visst antal av avdelningarnas platser ovillkorligen skall reserveras för klientel tillhörande viss vårdkategori. Det torde vara till fyllest, att byggnadsbidraget medför en företrädesrätt under viss tid, förslagsvis 5 à 10 år, för de avsedda vårdkategorierna vid konkurrens om platserna med andra patientgrupper. Efter periodens slut torde villkoret böra tagas under omprövning med hänsyn till då föreliggande förhållanden.

Önskvärdheten av ett generellt *bidrag till driften* av lasarettsvården belyses i sin mån av följande synpunkter berörande B-vårdens klientel.

Frånsett bidragen till ortopediska kliniker för bandage utgå för närvarande driftbidrag till följande kategorier av lasarettsvård: barnsjukvård, förlossningsvård, tuberkulosvård samt vård på psykiatriska kliniker. Som tidigare anförts, är sjukhusutredningen av den meningen, att en uppdelning på A- och annexavdelningar under nuvarande förhållanden icke är påkallad i fråga om barnsjukvårdens och förlossningsvårdens klientel. Återstår alltså tuberkulosvården och den psykiatriska lasarettsvården, vartill skulle komma reumatikervården, om denna enligt reumatikervårdssakkunnigas förslag kommer att understödjas med statsbidrag. Härvid må framhållas, att tuberkulosvården omfattar ett klart avgränsat klientel, medan gränserna mellan psykiatrisk vård och reumatikervård å ena samt övriga vid lasaretten representerade vårdgrenar å andra sidan äro flytande. Om nu statsbidrag bestämmes skola utgå för de annexavdelningars patienter, som tillhöra de båda sistnämnda vårdkategorierna, har man anledning befara, att dessa avdelningar till övervägande del komma att beläggas med dylika patienter och att sålunda i behov av B-vård varande patienter, lidande av andra sjukdomar, komma i efterhand. Av en sådan ordning har man likaledes att frukta en otillbörlig utvidgning av diagnosen ledgångsreumatism och, i all synnerhet, av diagnosen neuros eller däremot svarande. En patient med exempelvis misstänkt magsår och svår neuros blir på grund av den senare åkommans dominans i sjukdomsbilden intagen på den psykiatriska kliniken. Efter verkställda undersökningar och undfången specialbehandling befinnes patienten vara i behov av någon tids vård på annexavdelning. Om icke hinder mot en sådan, med sjukhusets bästa förenlig överflyttning skall resas, måste statsbidraget följa honom under vården på annexavdelningen, vilket fordrar, att neurosdiagnosen alltjämt skjutes i förgrunden. Men antag i stället, att patienten intagits på den medicinska kliniken, där undersökts och behandlats samt därefter befunnits vara i behov av vård på annexavdelning. Kommer då statsbidrag att utgå, om diagnosen ändras från magsår till neuros? Eller skall

statsbidraget bindas vid remiss från psykiatriska kliniken och patienten sålunda behöva inläggas där för att med rätt till statsbidrag få vårdas på annexavdelningen? Eller skall man överhuvudtaget genom att undandraga de till annexavdelningen överförda patienterna statsbidrag begränsa de psykiatriska klinikernas möjlighet till avlastning? Innan sistnämnda fråga kan besvaras, måste man på ett vida klarare sätt än hittills varit fallet angiva de uppgifter, dessa kliniker ha att fylla. Allt som allt måste det sägas, att svårigheter av här antytt slag tala starkt till förmån för den från landstingshåll föreslagna utjämningen av statsbidragen.

I sitt yttrande över reumatikervårdssakkunnigas betänkande del II hade sjukhusutredningen förordat, att något lägre bidrag för annexavdelningar än för A-avdelningar skulle gälla även i fråga om driftbidragen. Enär emellertid sjukhusutredningens senare utförda undersökningar givit vid handen, att inrättandet av en annexavdelning troligen ej i någon högre grad kommer att sänka sjukhusens totala driftkostnader, anser sig sjukhusutredningen böra frångå sin tidigare uppfattning och i stället tillråda, att driftbidragen bestämmas till samma belopp för A- och annexavdelningar.

Kap. 9. Sammanfattning.

De stora kostnaderna för sjukhusväsendet ha aktualiserat frågan om möjligheterna att under den fortsatta utbyggnaden av detsamma mera konsekvent än hittills genomföra en efter graden av vårdbehovet anpassad differentiering av vårdformerna. Inom sinnessjuk- och tuberkulosvården har man sedan rätt lång tid begagnat vårdformer, anordnade med hänsyn till graden av föreliggande vårdbehov, men inom sjukhusvården i övrigt har denna princip främst tagit sig uttryck i inrättandet av särskilda vårdavdelningar och hem för kroniskt sjuka.

Uttalanden till förmån för en ytterligare sådan differentiering av vårdplatserna saknas emellertid icke. Främst observeras de offentliga utredningar, som avhandlat ämnet, bland dem senast 1940 års civila byggnadsutredning och 1941 års reumatikervårdssakkunniga. Vidare ha enskilda, inom sjukvården verkande personer uttalat sig i frågan i föredrag och artiklar i fackpressen, och slutligen torde huvudmännen inom de flesta sjukvårdsområden dryftat densamma.

Som en sammanfattning av den förda diskussionen, i den del denna gäller sjukvården vid lasaretten, kan sägas, att sympatier tämligen allmänt uttalats för en differentiering av lasarettsvården på två typer av avdelningar lämpade efter graden av vårdbehovet hos klientelet. Från de vanliga lasarettsavdelningarna (A-avdelningarna) skulle lättare vårdfall, såsom konvalescenter och enklare behandlingsfall, överföras till särskilda, enklare inrättade och skötta avdelningar (kallade B-avdelningar, E-avdelningar o. s. v.), under det att de

med hänsyn till diagnostiska och terapeutiska resurser högkvalificerade A-avdelningarna skulle reserveras de mera krävande fallen. Genom en sådan uppdelning av klientelet menar man, att sjukhusens kapacitet skulle bli effektivare utnyttjad och dagkostnaden sänkt. Besparingar skulle sålunda uppstå såväl vid uppförande och utrustning som vid drift av B-avdelningar i jämförelse med vad fallet är vid A-avdelningar. Besparingen vid uppförandet och inredningen av byggnaderna skulle uppstå huvudsakligen därigenom, att utrymmet per vårdplats på B-avdelningarna kunde göras mindre än på vanliga A-avdelningar, att sålunda platsantalet där kunde vara något större, varigenom kostnaden för bilokaler bleve mindre per ytenhet, och att utförandet överhuvudtaget kunde göras enklare. B-avdelningarna skulle i åtskilliga fall lämpligen kunna inredas i äldre, till A-avdelningar ej längre lämpade byggnader. Vidare har man menat, att utvidgning av operations-, röntgen- m. fl. avdelningar icke bleve i motsvarande grad påkallad, då B-avdelningar byggas, till skillnad mot vad fallet vanligen är vid tillbyggandet av nya A-avdelningar. Driften återigen skulle bli billigare, framför allt därför att fallen på B-avdelningarna icke krävde vård och tillsyn av så många biträden och sjuksköterskor, ej heller av läkare, som A-fallen. Icke heller skulle på B-klientelet falla så stor andel av den dyrare behandling, som ges vid operations- och röntgenavdelningar o. s. v. Enstaka kritiska röster ha dock uttalat, att den ekonomiska vinsten med ett dylikt arrangemang vore tvivelaktig eller i varje fall ringa.

Med dessa inledningsvis berörda spörsmål har statens sjukhusutredning såsom ett på sjukhusdriftens rationalisering inriktat organ haft att taga befattning. Särskilt beaktande har därvid ägnats de synpunkter och förslag, som framlagts av reumatikervårdssakkunniga och civila byggnadsutredningen, och till vilka Kungl. Maj:t ännu icke tagit ställning. Bägge dessa organ ha som sin uppfattning uttalat, att betydande besparingar skulle vara att vinna genom en uppdelning av klientelet i antydd riktning, och förutsatt, att statsbidrag skulle utgå till uppförande och drift av lasarettsanslutna avdelningar för ändamålet. Reumatikervårdssakkunniga uppskatta personalbehovet på s. k. eftervårdsavdelningar (E-avdelningar) till blott hälften och hela driftkostnaden på sådana avdelningar till tre fjärdedelar av motsvarande kostnader på vanliga A-avdelningar. Civila byggnadsutredningen åter har utgått från att driftkostnaderna på E-avdelningarna kunna nedbringas till blott hälften mot på A-avdelningarna. I detta sammanhang kan nämnas, att reumatikervårdssakkunniga dessutom föreslagit, att sjukhusklientelet borde utvidgas, så att på de för mera lättskötta fall avsedda avdelningarna också finge intagas väntande mödrar och avlägset boende patienter, som besöka sjukhusets polikliniker.

Diskussionen om den lasarettsanslutna B-vården har enligt sjukhusutredningens mening kommit att utmärkas av viss oklarhet i den använda terminologien och till följd härav en icke ringa osäkerhet beträffande själva premisserna för meningsutbytet. Utredningen har därför sett som sin uppgift

att först söka skapa klarhet i terminologien, vad angår de skilda slag av B-sjukvård, som kunna tänkas förekomma inom kroppssjukvården. För den skull har utredningen i en enquête bland landets lasarettsläkare inlagt bland annat frågor angående vissa preciserade förslag i detta hänseende. En stor majoritet bland nämnda läkare synes ha accepterat utredningens terminologi eller i varje fall icke framfört invändningar mot densamma. På grund härav anser sig sjukhusutredningen ha gott stöd för följande beteckningar och definitioner. För de vanliga sjukhusavdelningarna behålles den redan gängse benämningen A-avdelningar och som en sammanfattande benämning på de avdelningar, som avlasta dessa, den likaledes tidigare använda benämningen B-avdelningar. Inom gruppen B-avdelningar särskiljer utredningen tre typer, som ha eller kunna tänkas få praktisk betydelse, nämligen (I) annexavdelningar, (II) konvalescentavdelningar och (III) avdelningar för kroniskt sjuka. Som indelningsgrund har utredningen valt de kliniska funktioner — diagnostik, terapi och personlig skötsel — vilka B-avdelningarna förutsättas avlasta A-avdelningarna. Annexavdelningarna äro sålunda avsedda för fall, vilka behöva huvudsakligen enklare behandling (terapi) men föga eller intet av diagnostik och personlig skötsel, konvalescentavdelningarna för patienter, som behöva intet eller blott föga av någondera av funktionerna men likväl böra stå under tillsyn på ett sjukhus, och avdelningarna för kroniskt sjuka för fall, som huvudsakligen behöva skötsel. Som en fjärde typ av B-avdelning, som äger mindre intresse i detta sammanhang, kan man urskilja poliklinikhemmen, vilkas klientel huvudsakligen behöva diagnostik. Till följd av att typ II omfattar så ringa del av klientelet, har utredningen funnit lämpligt förutsätta, att typerna I och II i regel slås samman till en avdelning, en kombinerad annex- och konvalescentavdelning. Vidare har utredningen anslutit sig till reumatikervårdssakkunnigas förslag att kalla B-anstalter, som äro anslutna till sjukhus, för avdelningar, fristående dylika anstalter för hem, sålunda avdelningar respektive hem för konvalescenter och kroniskt sjuka. Det bör understrykas, att den anförda typindelningen givetvis är schematisk och har till huvudsyfte att bringa reda i begreppen.

I den del av föreliggande betänkande, som här sammanfattas, avhandlas endast anstalter av typ I och II, alltså annex- och konvalescentavdelningar. Vad först angår det klientel, som i förekommande fall bör vårdas på dessa avdelningar, har sjukhusutredningen (kap. 4) anslutit sig till dem, som tillråda, att detsamma endast må omfatta sådana kategorier av patienter, som enligt nuvarande regler intagas på lasaretten. Däremot synes man icke böra taga inrättandet av dylika B-avdelningar till intäkt för vidgade indikationer för sluten sjukvård och sålunda påföra sjukhusen nya uppgifter. Sådana nya uppgifter höra enligt utredningens uppfattning icke hemma inom lasarettsvården och kunna tillgodoses på ett för det allmänna billigare och ändamålsenligare, i många fall också för patienten bättre sätt inom den öppna sjukvården eller genom sociala åtgärder av annat slag. Sjukhusutredningen anser sålunda, att differentieringen av den slutna vården vid lasaretten bör

ses uteslutande ur synpunkten, att man därmed vill ernå besparingar i samhällets kostnader för sjukhusväsendet. B-avdelningarnas uppgift bör därför vara endast att avlasta de dyrbara A-sjukhusen och A-avdelningarna.

Av de definitioner, som ovan lämnats på annex- och konvalescentavdelningar, innebärande att sådana avdelningar äro avsedda för patienter, som i ingen eller blott ringa grad belasta sjukhuset i fråga om diagnostik och terapi och i övrigt kunna sköta sig själva, följer, att avdelningarna i princip böra reserveras för sådana uppegående patienter, som för sin personliga skötsel kräva ingen eller obetydlig hjälp. Denna uppfattning delas av de flesta, som yttrat sig i frågan.

Vid sin förutberörda enquête till lasarettsläkarna har sjukhusutredningen även sökt erhålla uppgift om antalet vid viss tidpunkt (den 6 juni 1945) vårdade patienter, som skulle ha kunnat överföras till annex- eller konvalescentavdelning, om möjlighet härtill förelegat (kap. 5). Resultatet anger, att i genomsnitt omkring 15 % av samtliga vårdfall på A-avdelningarna skulle kunnat överföras till nämnda två typer av B-avdelningar. De 15 procenten fördelade sig med omkring 12 % på annex- och 2 à 3 % på konvalescentfall. Ehuru en mycket stark spridning rådde kring dessa medelvärden, torde de ge en nöjaktig föreställning om storleksordningen av det klientel det här gäller.

De undersökningar, som sjukhusutredningen verkställt på sjukhusdriftens område (kap. 6), ha bibragt utredningen den uppfattningen, att det visserligen är riktigt, att annex- och konvalescentavdelningar kunna uppföras och inredas för icke obetydligt lägre kostnader än A-avdelningar och att driften av desamma bör kunna ställa sig avsevärt billigare, men att de föreställningar man på många håll hyst angående de ekonomiska fördelarna härav för sjukhusdriften i dess helhet varit betydligt överdrivna. Kort sagt, synes man i den allmänna diskussionen ofta ha förbisett, att annex- och konvalescentfallen icke taga sjukhusens utrustning och personal mindre i anspråk, blott därför att de sammanföras till särskilda avdelningar. De kräva ju i själva verket lika mycket, eller rättare sagt, lika litet därav, vare sig de uppehålla sig på A-avdelningar eller på B-avdelningar. En viktig förutsättning för att besparingar skola uppstå genom annexvård är därför, att utrustning, personal o. s. v. icke äro fullt utnyttjade vid vanlig A-vård. I annat fall torde vinsten bli ringa eller ingen. Var t. ex. operationsavdelningen fullt utnyttjad, redan innan annex- och konvalescentfallen fördes till särskild avdelning, lär den komma att bli för knapp och behöva utvidgas, sedan så skett, enär antalet rena A-fall då blir större på A-avdelningarna än förut. Men var operationsavdelningen icke fullt utnyttjad, kan annexavdelningens tillkomst innebära just den ökning i anspråken på densamma, som behövs för en rationell drift. I så fall medför den en vinst. Motsvarande gäller möjligheterna att göra besparingar på övriga i sammanhanget diskuterade punkter.

Det ligger i sakens natur, att om personalen på en vanlig A-avdelning med blandat klientel är normalt sysselsatt, kan man icke under längre tid intensifiera vården genom att föra över lättskötta fall till särskild avdelning utan

att samtidigt öka personalen på A-avdelningen. Enligt beräkningar, som utredningen verkställt på grundval av material insamlat av dess arbetsstudiedelegation, skulle vårdintensiteten på en A-avdelning normalt ökas med omkring 8 %, då annex- och konvalescentfall till ett antal av 15 % överföras till särskild avdelning. I sådant fall synes man i enlighet med ovanstående ha att räkna med att även personalkostnaden på A-avdelningarna stiger i samma proportion. Arbetsstudierna ha vidare givit belägg för att man i gynnsamt fall kan räkna med att personalåtgången på en annex- och konvalescentavdelning blir blott hälften mot på en vanlig A-avdelning. För ett helt lasarett, vars personal är normalt sysselsatt, som inför annexvård, skulle sålunda personalåtgången stiga med omkring 8 % på A-avdelningarna, samtidigt som man fick en annex- och konvalescentavdelning, där den kanske uppgick till hälften mot vanlig A-avdelning. Då A-avdelningarna hysa det ojämförligt största antalet fall (i genomsnitt 85 % av samtliga), absorberar personalökningen på dessa helt eller nästan helt besparingen genom annexavdelningen.

I åtskilliga fall torde dock personalen av olika anledningar icke vara i alla avseenden fullt utnyttjad på vårdavdelningarna — t. ex. på grund av att dessa äro dimensionerade snarare efter toppbelastningen än efter medelbelastningen — och då kan en viss besparing för vårdavdelningarna i deras helhet väl tänkas. Enligt utredningens uppfattning lär denna likväl knappast kunna överstiga 10 % av personalkostnaden för samtliga vårdavdelningar. Då vårdavdelningarnas personal endast utgör en del av hela lasarettets personal, blir besparingen på hela personalkontot givetvis lägre.

I den argumentering, som tidigare förts för B-vården, har man knappast gjort klart för sig, att dagkostnaden på ett sjukhus, som inför annexavdelning, icke sänkes i tillnärmelsevis samma grad som den eventuella sänkningen av personalkostnaden. Kostnaderna för kök, tvätt, operationsavdelningar o. s. v. minskas icke alls, blott genom att de lättskötta fallen föras tillsammans. Tvärt om torde smärre ökningar uppstå på sjukhuskontoret (för patientbokföringen) och i tvätten (för byte av sänglinne och sjukhuskläder).

Sammanfattningsvis vill sjukhusutredningen uttala, att besparingar i fråga om sjukhusens drift väl äro tänkbara, om annex- och konvalescentavdelningar inrättas, men att dessa besparingar i allmänhet kunna väntas bli av mycket blygsam storleksordning. Med hänsyn till de stora värden, som omsättas vid våra lasarett, bör man dock vid de skilda sjukvårdsinrättningarna icke se bort från den källa till besparingar, som annexvården kan utgöra, utan alltjämt ha uppmärksamheten riktad på de möjligheter, som vårdformen erbjuder. På ett sjukhus kan annexvården vara ett lämpligt medel att övergå till ett rationellare utnyttjande av den tekniska utrustningen, på ett annat av vårdpersonalen, på ett tredje av ekonomiavdelningarna. Stundom kunna kombinationer av dessa förutsättningar föreligga. På ytterligare andra ställen återigen kunna möjligheterna att utnyttja en äldre lokal vara speciellt gynnsamma. Ensamt detta kan vara skäl nog att införa annexvård. Väl så viktigt

torde vara, att man beaktar den fördel, som annexavdelningar kunna erbjuda, därigenom att de skapa möjligheter till utjämning av beläggningen på A-avdelningarna på sjukhus, vars patientantal är under tillväxt, under tiden innan patientantalet blivit så stort, att en eller flera nya A-avdelningar äro motiverade.

Avd. III.

Avdelningar och hem för kroniskt sjuka.

Kap. 10. Översikt över utvecklingen jämte allmänna synpunkter.

Medan det krav på differentiering inom kroppssjukvården, som utmynnat i förslag om inrättandet av annexavdelningar, konvalescentavdelningar och konvalescenthem, är av jämförelsevis sent datum, har man redan tidigt insett och som naturligt erkänt behovet att skilja vården av obotligt och kroniskt sjuka från lasarettsvården. I själva verket har denna insikt och inställning funnit uttryck i vår sjukhuslagstiftning från dess första början och skilsmässan även i verkligheten genomförts — i äldre tider väl så rigoröst som nu. Under den tid av ett och ett halvt århundrade, varunder denna skilsmässa bestått, ha de medicinska vetenskaperna gjort stora framsteg. Att utnyttja de ständigt och i allt hastigare takt ökade diagnostiska och terapeutiska möjligheterna har varit en uppgift, som måst påläggas lasaretten. Samhällets för sjukvård disponibla resurser ha därför under långa tider så gott som helt kommit att tagas i anspråk för lasarettsväsendets utveckling. Vården av de obotligt och kroniskt sjuka har kommit i efterhand. Helt åsidosatt har dock denna ej varit. I senare tid, särskilt under de två, tre sista årtiondena, har den utvecklats väsentligt med hänsyn till både omfång och kvalitet. Denna långa, mot slutet i snabbare takt skeende utveckling har dels utstakat vissa klara riktlinjer för den fortsatta utvecklingen, dels påvisat åtskilliga svårigheter och spörsmål, som förr eller senare måste övervinnas respektive lösas, allt av största betydelse när det gäller att undersöka möjligheterna att rationalisera vården i fråga och skapa de bästa betingelserna för en på en gång fullgod och billig vård.

Under tidernas lopp ha många olika synpunkter anlagts på kronikervården; författningar och föreskrifter ha tillkommit och ändrats; från olika synpunkter har vården berörts eller gjorts till föremål för mer eller mindre ingående utredningar av kommittéer och avhandlats i de yttranden, som avgivits över dessas betänkanden. Ehuru statsmakterna genom 1945 års kungörelser angående statsbidrag till uppförande och drift av hem för kroniskt sjuka (nr 335 och 336) och vid den riksdagsbehandling som föregick desamma nyligen tagit ställning till väsentliga delar av frågekomplexet, kvarstår åtskilligt, som ännu icke slutgiltigt behandlats och därför icke heller sammanfattats i någon kungl. proposition. Akterna rörande kronikervården äro sålunda rätt spridda, vilket försvårar överblicken över och insikten i sakförhållanden och problemställningar. Då nu kronikervården av allt att döma

står inför ett utbyggande av stora mått, finner sjukhusutredningen påkallat att — huvudsakligen till huvudmännens tjänst — sammanföra och avhandla det spridda materialet, såväl det äldre som det nyare.

Kronikervården och fattigvården. Ursprungligen betraktades som bekant vården av de obotligt och kroniskt sjuka som en hemmen åvilande uppgift. Skyldighet för samhället att träda hjälpande in ansågs föreligga endast beträffande fattiga sådana sjuka. Samhällets vård av obotligt och kroniskt sjuka kom därför helt naturligt att ingå som led i fattigvården, och denna sin karaktär av fattigvård fick den behålla under hela förra århundradet och rätt långt in på det nuvarande. Åtskilliga faktorer medförde dock småningom en annan inställning och reste krav på att vården av de kroniskt sjuka skulle lösgöras från fattigvården. I denna riktning verkade framför allt en ändrad uppfattning i fråga om samhällets skyldigheter mot den enskilde, kvinnans engagemang i förvärvsarbete utom hemmet jämte därmed och med andra omständigheter sammanhängande svårigheter även för burgna familjer att själva taga sig an sina av obotlig och långvarig sjukdom lidande medlemmar liksom också det förhållandet, att många kroniskt sjuka, trots restriktionerna i lagstiftningen, av humanitära skäl måste omhändertagas på lasaretten. Redan fattigvårdslagstiftningskommittén, vars betänkande låg till grund för 1918 års fattigvårdslag, gav uttryck åt uppfattningen, att kronikervården borde avse icke endast fattigvårdsbehövande sjuka utan även personer, som fölle utanför fattigvårdslagens tillämpningsområde. De för utredning och avgivande av förslag beträffande vården av kroniskt sjuka den 17 december 1920 tillsatta sakkunniga föreslogo i sitt den 24 februari 1921 avgivna betänkande visserligen icke direkt någon separation av denna vård från fattigvården, men den av dem förordade, statligt understödda organisationen av vården omfattade sjuka, oberoende av om dessa behövde omhändertagas av fattigvården eller ej.

De första bestämmelserna om statsbidrag åt sagda vård — kungl. kungörelserna den 27 juni 1927 nr 245 och 246 — visade tydligt, att lagstiftarna godtagit denna uppfattning, och i det följande har den meningen allt mer trängt igenom, att vården av kroniskt sjuka — av hänsyn såväl till de sjuka som till ålderdomshemmens klientel — bör vara ett led i den allmänna kroppssjukvården, ej i fattigvården. I stort sett torde den numera mest gängse åsikten om fattigvårdens befattning med sjukvård kunna formuleras så, att fattigvården bör ha möjligheter att själv på nöjaktigt sätt sörja för dem av sina skyddslingar, vilka lida av tillfälliga lättare sjukdomar, som ej kräva större diagnostiska och terapeutiska resurser, men att i övrigt den omständigheten, att en person är i åtnjutande av fattigvård, ej bör föranleda, att han vid sjukdom, den må vara av akut eller kronisk art, omhändertages på annat sätt och på annan anstalt än andra medborgare. Denna förskjutning i uppfattningen om fattigvårdens och den kroniska sjukvårdens relationer till varandra har också kommit till uttryck i lagstiftningen genom de vid-

tagna förändringarna av bestämmelserna om villkoren för statsbidrag. I de nya, den 8 juni 1945 utfärdade kungl. kungörelserna angående statsbidrag för anordnande och drift av hem för kroniskt sjuka föreskrives, att dylikt bidrag i princip endast utgår till landsting och städer utanför landsting men att, när särskilda skäl därtill äro, dylikt bidrag må utgå jämväl till kommun, som deltager i landsting, samt kommunalförbund för anordnande respektive drift av större, *från ålderdomshem fristående* anstalt för vård av kroniskt sjuka. Uppenbarligen vittnar denna förändring om en strävan från statsmakternas sida att än ytterligare befordra den kroniska sjukvårdens lösgörande från fattigvården.

Sedermera har socialvårdskommittén i sitt nyligen avgivna betänkande XIV: Utredning och förslag angående ålderdomshem m. m. (SOU 1946: 52) bestämt förordat en sådan utbyggnad av kronikervården, att den snarast möjligt blir i stånd att omhändertaga alla de kroniskt sjuka, som nu måste vårdas på de egentliga ålderdomshemmen eller på sådana för vård av kroniskt sjuka avsedda avdelningar vid dessa hem, som icke uppfylla de villkor, som gälla för statsbidrag. »Det är», säger kommittén, »för upprätthållandet av ålderdomshemmens rätta karaktär likaväl som för beredande av god vård åt de kroniskt sjuka en angelägen sak, att dessa sjuka erhålla den specialvård, av vilken de äro i behov».

I fråga om kronikervårdens emancipation från fattigvården kan man sålunda säga, att den hittillsvarande utvecklingen lämnat klart och definitivt besked.

Kronikervården och lasarettsvården. Att man strävat efter att lösgöra vården av de kroniskt sjuka från fattigvården för att i stället söka införa den som led i den allmänna kroppssjukvården, betyder icke, att man velat låta den utan gräns uppgå i den senare. I allra sista tid har visserligen en och annan röst höjts för en sådan ordning, men i stort sett är man ense om, att kronikervården allt framgent bör utgöra en självständig vårdform. Ser man på kronikervårdens utveckling hittills, finns det ingenting i densamma, som ger så mycket som en antydan om en strävan att frångå denna ordning. Även när man från olika håll som ivrigast förordar en viss anknytning till lasaretten, går man ut ifrån, att de kroniskt sjuka böra vårdas på särskilda avdelningar, och kravet härpå framstår i vår tid lika naturligt och självklart som det gjorde under 1700- och 1800-talen. De kroniskt sjuka fordra av personlig skötsel mycket, av behandling endast litet och av diagnostik praktiskt taget ingenting. Det kan då icke vara stor mening i att åt de dyrbara lasaretten och klinikerna, utrustade för att tillgodose alla krav på diagnostik och terapi, ge ett sådant omfång, att på dem skola kunna omhändertagas även de kroniskt sjuka. Detta skäl har särskild tyngd i en tid, då vetenskapen ständigt ställer nya diagnostiska och terapeutiska medel och metoder till sjukhusens förfogande och då omständigheter av olika slag föranleda människor i behov av undersökning och behandling att i sådan utsträckning vända sig till

sjukhusen, att dessa trots de största ansträngningar ingenstädes lyckats få tillgången av vårdplatser att motsvara efterfrågan. Den personliga skötseln av de kroniskt sjuka är ofta mycket krävande och fordrar särskild lämplighet av personalen. Så belastade som våra lasarettsavdelningar äro, kan det icke undvikas, att det blir ett jäkt över verksamheten där med hastig omsättning av klientelet och ett arbetsschema, enligt vilket ofta flera olika personer måste skiftas om att sköta patienten. Förlagd till ett lasarett torde vården av de kroniskt sjuka — väl ej så mycket själva den kroppsliga omvårdnaden som mycket annat, som ingår i denna vård — knappast kunna undgå att vid talrika tillfällen få stå tillbaka för akutsjukvårdens mera pressande uppgifter Överhuvud låter sig en godtagbar vård av kroniskt sjuka ej förenas med jäkt och täta förändringar i omgivningen. Livet på en avdelning för sådan vård bör fastmer vara präglat av lugn och kontinuitet. Det gamla kravet, att dessa anstalter såvitt möjligt böra erhålla karaktär av hem, måste än i dag tillerkännas giltighet. Ett viktigt skäl att förlägga vården av de kroniskt sjuka till särskilda enheter är slutligen, att dessa kunna beläggas med sjukdomsfall tillhörande olika specialiteter, invärtesmedicin, kirurgi, ortopedi o. s. v., och därför i likhet med annex- och konvalescentavdelningar tjäna till utjämning av vårdplatsbehovet inom de olika klinikerna vid ett sjukhus.

Om det sålunda får anses vara klart, att en separation från lasarettsklientelet är till fördel för de kroniskt sjuka, får det å andra sidan icke glömmas, att den är till fördel även för den förra parten. Många av de kroniskt sjuka äro i sådant tillstånd och förete sådana symtom, att deras sällskap är ytterst påfrestande för andra patienter och även kan påverka dessa menligt. Likaså har strävandet att lösgöra vården av de kroniskt sjuka från fattigvården delvis framgått av omtanke om fattigvårdens övriga klientel. Det i senare tid med ständigt ökad styrka framförda kravet, att anstalterna för vård av kroniskt sjuka, för att undgå karaktären av »dödssjukhus», böra beläggas även med annat, prognostiskt mera gynnsamt klientel, bland annat konvalescenter, bör sålunda ses ej enbart ur de kroniskt sjukas utan även ur konvalescenternas synpunkt.

Huvudmannaskapet. Med strävandet att skilja vården av kroniskt sjuka från fattigvården aktualiserades frågan om huvudmannaskapet. § 41 i 1918 års fattigvårdslag kan sägas innehålla en appell om initiativ ställd i synnerhet till primärkommunerna. Sannolikt har detta föranletts därav, att intresset för vården av de kroniskt sjuka på den tiden mest var förankrat i det primärkommunala livet. En mycket stor roll spelade därvid det enskilda initiativet. I alla tider har det ömkansvärda i de obotligt och kroniskt sjukas belägenhet talat till människornas medkänsla, och genom donationer av enskilda eller medel insamlade av välgörenhetsföreningar ha många hem för kroniskt sjuka blivit till och drivits, med eller utan bidrag av det allmänna. 1920 års sakkunniga beträffande vården av kroniskt sjuka beräknade, att av de dåvarande inom landstingsområdena befintliga platserna för vård av kroniskt

sjuka, 837 funnos på enskilda sjukhem, 683 på för landstingsbidrag godkända avdelningar vid kommunernas fattigvårdsanstalter och endast 181 på landstingsanstalter. Vidare funnos 940 dylika av städer utanför landsting anordnade platser. Att det med en sådan splittring av initiativ och regi på landsting, kommuner och enskilda ej kunde bliva nödig fart och planmässighet i utvecklingen stod redan tidigt klart. Sistnämnda sakkunniga hävdade för sin del, att frågan om den kroniska sjukvården utan tvivel skulle få den bästa lösningen, om den omhändertoges av landstingen och de städer, som ej deltogo i landsting, enär landstingen och dessa städer hade en rik erfarenhet i sjukhusfrågor och bäst förmådde överblicka frågan i stort.

I statsverkspropositionen till 1930 års riksdag framhöll chefen för socialdepartementet önskvärdheten av att länsstyrelserna efter samråd med medicinalstyrelsen, där så icke redan skett, påkallade landstingens och kommunernas intresse för ett mera rationellt ordnande av ifrågavarande sjukvård inom de särskilda landstingsområdena. I sitt år 1934 avgivna betänkande med förslag om kroppssjukvårdens ordnande (s. 305) har statens sjukvårdskommitté ingående övervägt fördelarna och olägenheterna med de tre härvid tänkbara linjerna, nämligen den primärkommunala, kommunalförbundslinjen och landstingslinjen, och därvid funnit sig böra starkt förorda den sistnämnda. Även lagstiftningen ger numera bestämt förord åt landstingslinjen. Vid en jämförelse mellan statsbidragsbestämmelserna i kungl. kungörelserna den 27 juni 1927 och den 8 juni 1945 framgår klart en strävan att föra huvudmannaskapet över på landstingen och städerna utanför landsting. Enklast och klarast anser sig sjukhusutredningen kunna belysa detta spörsmål om huvudmannaskapet och den nuvarande inställningen till detsamma genom att återge följande, av chefen för socialdepartementet i propositionen till 1945 års riksdag gjorda uttalande.

»Enligt gällande bestämmelser må statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka utgå till såväl landsting som kommuner och kommunalförbund. Driftbidrag må utgå även för hem, som drivas av föreningar och enskilda. Utvecklingen har gått efter skilda linjer inom olika sjukvårdsområden. I vissa län hava sålunda landstingen, i andra primärkommunerna huvudsakligen tagit hand om vården av de kroniskt sjuka. I åter andra län tillämpas ett blandat system utan att någondera linjen blivit särskilt framträdande. I en av besparingsberedningen med skrivelse den 11 februari 1943 överlämnad promemoria påtalades svårigheterna att med gällande definition av begreppet kroniskt sjuka avgränsa dithörande patienter från ålderdomshemmens klientel och ifrågasattes med hänsyn härtill bland annat, att statens bidrag till vården av kroniskt sjuka skulle begränsas till hem, som drevos av landsting och städer utanför landsting, eventuellt även till större fristående hem enligt en av medicinalstyrelsen godkänd plan. Därigenom skulle ock en lämplig fördelning av vårdplatserna inom sjukhusområdena och ett rationellt utnyttjande av desamma befrämjas. Beredningen åberopade härutinnan statens sjukvårdskommitté, som i sitt år 1934 avgivna betänkande (1934: 22, s. 305—309) ur i huvudsak enahanda synpunkter förordat ett utbyggande av ifrågavarande vårdform efter den s. k. landstingslinjen. Vid remissbehandlingen av besparingsberedningens promemoria tillstyrktes även en sådan utveckling i princip av såväl medicinalstyrelsen och statskontoret som landstingsförbundet och stadsförbundet. Svenska fattigvårds- och barnavårdsförbun-

det fann jämväl, att både vårdtekniska och driftekonomiska skäl talade för ett utbyggande av vården för de kroniskt sjuka enligt landstingslinjen, men betonade samtidigt att garantier måste skapas mot att vården koncentrerades till ett fåtal större anstalter i varje län. Enligt förbundets mening vore det nämligen ett humanitärt intresse av första ordningen att de kroniskt sjuka, som ofta långa tider vore bundna vid sjukbädden, icke berövades möjligheterna till det sällskap och den uppmuntran, som besök av anhöriga och vänner innebure.»

Efter hänvisning till att reumatikervårdssakkunnigas utredning, kompletterad med vissa andra uppgifter, synes giva vid handen, att någon markerad tendens till stark centralisering av vården för de kroniskt sjuka för närvarande icke föreligger och icke heller är att befara inom den närmaste framtiden, fortsätter departementschefen:

»Vid sådant förhållande och då det i övrigt allmänt vitsordats, att såväl sjukvårdsorganisatoriska som driftekonomiska skäl tala för en utbyggnad av vården genom landstingens och de därmed jämställda städernas försorg, anser jag mig böra förorda att staten, i vad det gäller *nya* hem för kroniskt sjuka, i princip begränsar sina bidrag till sådana hem, som uppföras, inrättas eller drivas av landsting och städer utanför landsting. — — — En generell förutsättning för statsbidrag bör vara, att hemmen ingå som led i en av medicinalstyrelsen för varje sjukvårdsområde godkänd plan. Vid prövning av dylika planer för landstingsområdena bör det åligga medicinalstyrelsen att särskilt beakta, att vården icke alltför mycket centraliseras utan att såvitt möjligt en ur olika synpunkter lämplig fördelning av vårdplatstillgången kommer till stånd.»

Detta departementschefens uttalande föranledde ingen erinran från riksdagens sida.

Såvitt man kan döma av den på detta område tämligen bristfälliga statistiken, ha de enskilda hemmens andel av hela antalet tillgängliga vårdplatser för kroniskt sjuka minskats under årens lopp från 32 % år 1921 till omkring 10 % år 1944. De primärkommunala, som år 1921 synas ha svarat för 25 à 30 % av hela platsantalet, ökades först och minskades därefter åter i relativ betydelse, så att de år 1944 svarade för cirka 30 % av platserna. Av landsting och städer utanför landsting drivna anstalter upptogo år 1921 42 % av hela platsantalet, nedgingo därefter i relativ betydelse för att åter växa och år 1944 svara för omkring 60 % av sagda antal.

Av vad här anförts torde framgå, att även i fråga om huvudmannaskapet utvecklingen av vården av kroniskt sjuka funnit en bestämd riktning — en riktning som utredningen för sin del anser vara mest ändamålsenlig. I varje fall anser sjukhusutredningen, att riktlinjen är så fastställd, att den — under nödigt hänsynstagande till att det här rör sig om en utvecklingsriktning och ej en ännu genomförd ordning — utan vidare kan antagas som norm och förutsättning vid utredningens överväganden i det följande. Som en följd härav förordar utredningen, att legalt huvudmannaskap för kronikervården ålägges landsting och motsvarande städer, och ansluter sig alltså härutinnan till socialvårdskommittén i dess betänkande XIV (SOU 1946: 52). Utredningen återkommer till denna fråga i kap. 15. Slutligen vill sjukhusutredningen som sin mening framhålla, att ett konsekvent fullföljande av strävandet att fri-

göra kronikervården från fattigvården för att i stället få den inlemmad i den allmänna kroppssjukvården fordrar, att huvudmannen — denne må vara landsting eller stad utanför landsting — ställer kronikervården under den för varje sjukvårdsområde centrala sjukvårdsmyndighetens ledning.

Centralisering eller decentralisering av vården av de kroniskt sjuka. Ungefär jämnårig med spörsmålet om huvudmannaskapet är frågan, huruvida kronikervården bör centraliseras till en eller ett fåtal större anstalter inom varje sjukvårdsområde eller decentraliseras på ett flertal över sjukhusområdet spridda smärre anstalter. Denna fråga har i sin tur ett intimt samband med spörsmålet om kronikervårdens anslutning till lasarett och sjukstugor, varvid från början en centralisering förutsatts innebära en mer eller mindre direkt sådan anslutning, under det att decentraliseringen ansetts liktydig med ett avstående från kravet därpå. Som bakgrund för det följande resonemanget lämnas i tab. 5 upplysning om utvecklingen av anstalternas storlek.

Tab. 5. Antalet anstalter och vårdplatser för kronikervård enligt den officiella statistiken för åren 1930, 1937 och 1944 procentuellt fördelat på storleksgrupper av anstalter.

	Anstalter (hem resp. avdelningar)			Vårdplatser		
	1930	1937	1944	1930	1937	1944
Antal anstalter resp. vårdplatser ..	[1] **166**	[1] **211**	[1] **215**	[1] **3 493**	[1] **4 802**	[1] **5 966**
Därav i % på anstalter med:						
Under 5 vårdplatser	4·8	4·3	2·8	0·8	0·7	0·4
5— 9 »	21·7	22·3	19·5	7·2	6·7	4·9
10— 14 »	27·7	25·6	23·3	15·1	13·1	9·6
15— 19 »	16·9	13·7	13·5	13·4	10·2	8·1
20— 24 »	6·6	8·5	11·2	6·9	8·3	8·6
25— 29 »	2·4	4·3	6·0	3·1	5·0	5·9
30— 39 »	9·7	9·0	10.2	15·7	12·9	12·1
40— 59 »	4·2	6·6	5·6	9·9	13·6	9·7
60— 79 »	2·4	1·4	2·3	8·2	4·4	5·9
80— 99 »	1·8	1·9	1·4	7·5	7·1	4·4
100—199 »	1·8	1·9	2·8	12·2	11·0	15·2
200—299 »	—	—	0·9	—	—	8·0
300—	—	0·5	0·5	—	7·0	7·2
Summa	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**	**100·0**

[1] Totalantalet anstalter och vårdplatser var sannolikt större än det som här redovisas och som grundar sig på den officiella statistiken. Jfr härom sid. 97.

Ehuru siffrorna i tab. 5 för de olika åren ej torde vara fullt jämförliga, visa de dock, att kronikervården i landet är fördelad på anstalter av mycket olika storleksordning. De torde även visa, att under den tid översikten omfattar, en tydlig förskjutning mot större anstalter ägt rum. Om man betraktar en anstalt med 30 à 40 vårdplatser som en medelstor anstalt, finner man, att

år 1944 anstalter med högre platsantal utgjorde 13,5 % av hela antalet anstalter och omfattade drygt hälften (50,4 %) av hela antalet vårdplatser.

I frågan, huruvida kronikervården borde utbyggas enligt centraliserings- eller decentraliseringslinjen, ha meningarna länge varit delade. En stadgad uppfattning eller klart uttalade direktiv från auktoritativt håll ha ända till allra sista tid saknats. Därför torde huvudmännens åtgöranden beträffande kronikervården hittills bestämts väl så mycket av tvånget att med enklast möjliga medel och på minst föregripande sätt tillgodose behovet som av insikter grundade på rön och erfarenheter samt på undersökningar och överväganden om utvecklingslinjerna. Även om den ej är så starkt framträdande, torde dock den konstaterade förskjutningen mot större anstalter få anses utgöra ett vittnesbörd om en strävan från huvudmännens sida att komma ifrån den alltför långt drivna decentraliseringen.

Ett säkrare underlag för ett ställningstagande i fråga om kronikervårdens centralisering eller decentralisering ger den sedan mer än 25 år förda diskussionen i denna fråga. De synpunkter, som under denna diskussion anlagts på sagda fråga torde tämligen uttömmande framgå av följande kortfattade redogörelse för vad som i saken anförts av för utredningen av bland annat denna fråga tillsatta statliga kommittéer och andra intresserade parter.

Frågan om centralisering eller decentralisering eller en kombination av båda dessa linjer förelades redan 1920 års sakkunniga för utredning beträffande vården av kroniskt sjuka. I sitt betänkande utgingo dessa från att alla tre möjligheterna borde hållas öppna för huvudmannen och att tillgången på äldre, för deras ursprungliga ändamål ej längre brukbara byggnader borde få utöva ett bestämmande inflytande vid valet mellan dessa möjligheter. Vidare borde i händelse av centralisering hemmen för kroniskt sjuka vara belägna i närheten av redan befintliga lasarett. Därigenom möjliggjordes, att obotligt sjuka kunde utan dröjsmål överföras från lasarett till sjukhemmet ävensom att sjukhemmets patienter vid behov kunde komma i åtnjutande av lasarettets diagnostiska och terapeutiska resurser. Troligen bleve det också i allmänhet ekonomiskt fördelaktigare att ej bygga sjukhemmen alltför små. Att det för de sjukas skötsel vore bättre med något större anstalter syntes otvivelaktigt. Å andra sidan vore en decentralisering av vården till ett flertal smärre sjukhem i många fall önsklig för underlättande av de patologiskt senilas överförande från ålderdomshemmen till sjukhemmen. De sakkunniga framhöllo även, att sjukhemmen så vitt möjligt borde inredas så, att patienterna där finge en känsla av hem.

I den senare diskussionen om riktlinjerna för utbyggandet av kronikervården ha hänsyn till möjligheten att för denna vård utnyttja äldre byggnader fått träda i bakgrunden för överväganden om centraliseringens och decentraliseringens fördelar och olägenheter ur humanitära, vårdtekniska och driftekonomiska synpnkter.

Ur humanitär synpunkt har decentraliseringen till många och smärre anstalter rätt allmänt ansetts vara att föredraga. En liten anstalt har helt na-

turligt större betingelser än de stora att få den karaktär av hem, som enligt allas mening är så önskvärd för de kroniskt sjukas trivsel. Genom spridningen av många och små sjukhem inom landstingsområdet få dessutom — och därvid fästes den allra största vikt — de flesta patienterna möjlighet till vård i närheten av hemorten och därigenom till nära förbindelse med anförvanter och vänner, som gör skilsmässan från hemmet mindre tung. En centralisering av vården till en eller ett par större anstalter kommer att för flertalet kroniskt sjuka innebära en vida mer kännbar separation från hemmet, vilket befarats kunna leda till, att många av dem känna sig obenägna för vården därstädes.

Statens sjukvårdskommitté, som ägnat särskild uppmärksamhet åt denna fråga, anför bland annat, att man under tidigare år haft mycket begränsad erfarenhet av centraliserad kronikervård, vilket bör obeserveras, då man tar del av de mot denna vård framförda betänkligheterna. Vidare ha olägenheterna av de stora avstånden genom vägväsendets förbättring och automobilismens tillväxt avsevärt minskats under senare år. Ifrågavarande betänkligheter hade därför numera förlorat i betydelse. Detta bekräftas av en av kommittén verkställd enquête bland läkare vid landstingsanstalter, som givit vid handen, att ingen obenägenhet försports från mera avlägset boende patienter att söka inträde vid dessa anstalter och att hemlängtan icke föranlett utskrivningar förhållandevis mera bland dessa sjuka än bland dem, som bott i sjukhemmens grannskap.

I fortsättningen synas sympatierna för en konsekvent genomförd decentralisering av vården av de kroniskt sjuka ha svalnat. Men fortfarande erkännes tämligen allmänt, att de ovan nämnda synpunkterna på de små och spridda sjukhemmens företräden äga visst berättigande. Å andra sidan har övertygelsen, att ur vårdteknisk synpunkt centraliseringen erbjuder de större fördelarna blivit alltmer stadgad och allmän. På en större anstalt har man bättre möjlighet att anpassa vården efter de olika sjukdomskategoriernas behov och att få den härför erforderliga erfarenheten representerad inom vårdpersonalen. Vidare ställer det sig vid sådana större anstalter i regel lättare att på ett nöjaktigt sätt ordna läkarvården. Alldeles särskilt stor betydelse ur vårdteknisk synpunkt tillmätes den redan från början förutsatta anknytningen av större anstalter för kroniskt sjuka till lasarett och sjukstugor. Genom närheten till sjukhusen underlättas dessa anstalters uppgift att avlasta klinikerna, och man får överhuvudtaget lättare att överblicka och utnyttja möjligheterna till utjämning av beläggningen under de växlande påfrestningarna på sjukhuset respektive anstalten för kroniskt sjuka. Men dessutom — och det anses väl så viktigt — lida många av de till vård på anstalter berättigade kroniskt sjuka av åkommor, som av och till kunna förorsaka en försämring eller en komplikation, som kan nödvändiggöra tillgång till ett sjukhus' diagnostiska eller terapeutiska resurser. Vid en kronisk ledgångsreumatism kan tillståndet i en led så förvärras, att en röntgenundersökning eller ortopedisk eller kirurgisk hjälp blir nödvändig. En inoperabel kräfta kan likaledes någon gång

under det ofta långa förloppet orsaka symtom, som för att lindras kräva kirurgiskt ingrepp, eller komplikationer, som kräva undersökning eller behandling med röntgen. Kroniska sjukdomar i hjärta och kärl, blod eller nervsystem kunna av och till komma att erfordra undersökningar på röntgenavdelning eller centrallaboratorium eller assistens av invärtesmedicinsk sakkunskap o. s. v. Det kan ju icke vara ekonomiskt försvarligt att utrusta anstalter för kroniskt sjuka så, att de bli i stånd att tillgodose alla dessa olika krav på sakkunskap och på diagnostiska och terapeutiska hjälpmedel.

Emellertid äro ju icke alla fall av kroniskt sjuka sådana, att de på grund av sjukdomens benägenhet för försämringar eller komplikationer måste vårdas på anstalt mer eller mindre direkt ansluten till lasarett eller sjukstuga. I fråga om en rätt stor kontingent av kroniskt sjuka föreligger ingen särskild sådan fara för försämring eller komplikation. De kunna få ett njurstensanfall eller en blindtarms- eller gallblåseinflammation eller dylikt, men i stort sett är risken för dessa sjuka att råka i behov av lasarettsvård ej större än för andra människor. Ur rent vårdteknisk synpunkt finns det ingen större anledning att sammanföra även denna kontingent på stora, till sjukhus anslutna anstalter. Ur sagda synpunkt torde det inte finnas något hinder för att denna kontingent, åtminstone inom landstingens mera vidsträckta sjukhusområden, fördelas på spridda, smärre sjukhem. En sådan anordning ter sig rationell också i det hänseendet, att man därigenom undviker att ytterligare belasta de vanligen hårt ianspråktagna lasarettstomterna.

Huruvida det ur ekonomisk synpunkt blir fördelaktigast att sammanföra vården av de kroniskt sjuka till ett fåtal större eller förlägga dem till flera och smärre anstalter, är en fråga, till vilken ännu ingen kunnat taga definitiv ställning. Som tidigare omtalats, höllo 1920 års sakkunniga för troligt, att det i allmänhet skulle ställa sig ekonomiskt fördelaktigare att ej bygga sjukhemmen alltför små. Samma uppfattning utgör utgångspunkten för 1940 års civila byggnadsutrednings förslag beträffande utformningen av hem för kroniskt sjuka. Frånsett dylika, på antaganden grundade uppfattningar, har diskussionen i denna fråga måst inskränka sig till sådana slutledningar, som kunna dragas av de redovisade kostnaderna per underhållsdag vid stora och små anstalter. Men även om dessa kostnader överallt uträknats efter samma grunder, vilket säkerligen ej varit fallet, äro dylika jämförelser av begränsat värde, enär, som statens sjukvårdskommitté — vilken själv framlagt en dylik statistik för år 1929 utvisande, att större anstalter i regel ställa sig dyrare i drift — framhållit, vårdens standard och effektivitet är så ytterligt olika på de olika anstalterna.

De länge rådande motsättningarna i åsikterna beträffande frågan om den kroniska sjukvårdens centralisering eller decentralisering, för vilka här redogjorts, ha så småningom utjämnats och på de flesta håll ersatts av uppfattningen, att utvecklingslinjen för sagda vård bör vara en kombination av centralisering och decentralisering. Reumatikervårdssakkunniga ha troligen givit uttryck åt den nu härskande åsikten i denna fråga, då de därom anföra:

»Den differentiering inom kategorien vårdhem för kroniskt sjuka, som är på väg att utveckla sig, finna de sakkunniga lycklig. En del sådana hem, ofta med ett större antal patienter, förläggas intill en annan anstalt (lasarett, sjukstuga) och kan därigenom få tillgodogöra sig dennas tekniska vårdresurser och konsultationsmöjligheter. En del mindre hem, och dessa utgöra för närvarande det överväldigande flertalet, äro placerade ute i bygderna, varigenom patienterna hava större utsikt att kunna uppehålla kontakten med hemorten (familj, närstående, vänner). I den mån ett landsting anskaffar båda dessa vårdformer av hem för kroniskt sjuka, kan man tänka sig en fördelning mellan dem allt efter patienternas behov och eventuellt en förflyttning av patienter dem emellan. De sakkunniga anse, att en sådan utveckling bör rekommenderas».

Som synes av det tidigare, s. 74, återgivna uttalandet, har departementschefen i propositionen till 1945 års riksdag i stort sett anslutit sig till denna uppfattning. Uttalandet i fråga ger vidare uttryck åt den åsikten, att — ehuru de verkställda undersökningarna visat, att den tendens till stark centralisering, som på olika håll befarats skola bliva följden av huvudmannaskapets överflyttande på landstingen, för närvarande icke är förhanden och icke heller är att befara inom den närmaste framtiden — det likväl är en allt för långt gående tendens till centralisering man numera har anledning frukta skola komma att störa den lyckliga avvägningen mellan dessa båda organisationsformer.

För sin del finner sjukhusutredningen de under diskussionen anlagda synpunkterna på frågan om kronikervårdens centralisering eller decentralisering riktiga och de för den ena och andra utvecklingslinjen anförda skälen bärande. Det enda spörsmål, på vilket denna diskussion ej kunnat giva något svar, är huruvida centraliseringen eller decentraliseringen kommer att ställa sig billigast. Enligt sjukhusutredningens mening äro emellertid spekulationer och — av tidigare anförda skäl — även utredningar härom onödiga. I första hand gäller det att ordna vården ur humanitära och vårdtekniska synpunkter. Därefter har man att tillse, att det, som ur dessa synpunkter befinnes riktigt och gott, tillskapas och drives så billigt som möjligt.

Med stöd av den diskussion, för vilken här redogjorts, anser sig sjukhusutredningen berättigad att betrakta en uppdelning av sagda vård på dels till lasarett eller möjligen sjukstugor anslutna anstalter, dels ock anstalter utan dylik anslutning, samt därmed sammanhängande differentiering av klientelet som en godtagen utvecklingslinje, vilken utredningen även för egen del önskar biträda. I enlighet med den i kap. 3 förordade nomenklaturen kommer sjukhusutredningen i det följande att kalla de förra anstalterna »avdelningar», de senare »hem» för kroniskt sjuka. Med hänsyn dels till att kronikervården enligt en så gott som enhällig uppfattning ännu är allt för starkt decentraliserad, dels till behovet att genom inrättandet av kronikeravdelningar få till stånd en avlastning av lasaretten anser sjukhusutredningen vidare, att den första etappen av den kommande stora utbyggnaden av kronikervården bör kunna ske tämligen helt i centraliseringens tecken, utan att en ändamålsenlig avvägning mellan centralisering och decentralisering därmed behöver riskeras.

Kap. 11. Begreppet kroniskt sjuk.

Av det redan under 1700-talet uppställda kravet på den kroniska sjukvårdens skiljande från lasarettsvården följde behovet att begreppsmässigt avgränsa de kroniskt (obotligt) sjuka från lasarettsklientelet. Under långa tider förefaller frågan härom ej ha förorsakat något nämnvärt bryderi. Uppenbarligen har behovet av klara definitioner och begrepp ej varit så stort, så länge den av det allmänna anordnade vården av de kroniskt sjuka helt ingick som led i fattigvården och bekostades av denna. Större betydelse fick frågan om gränsdragningen i och med att den kroniska sjukvården lösgjordes från fattigvården och inlemmades som ett lasarettsvården sidoordnat led i den allmänna sjukvården. Det som givit frågan om avgränsningen av den kroniska sjukvårdens klientel en verkligt stor betydelse är emellertid statens bidrag till anstalter för sådan vård. Med tillkomsten av statsbidragen följde omedelbart behovet av klarare och skarpare gränser, som skulle skilja den kroniska sjukvårdens patienter ej blott från lasarettens utan också från ålderdomshemmens klientel. Nödvändiga som de äro för ernåendet av syftet med statsbidragen och av stort inflytande på beläggningen av anstalterna för kroniskt sjuka och därmed på driften på dessa anstalter och på deras utformning, utrustning m. m. ha definitioner, begreppsbestämningar och regler, ägnade att ange sådana skarpa gränser, under de sista tjugofem åren icke upphört att vara föremål för diskussioner, förslag, anvisningar och bestämmelser. Lösandet av denna fråga har visat sig vara förenat med synnerligen stora svårigheter.

För att karakterisera ifrågavarande klientel användes ursprungligen benämningen obotligt sjuka. Denna benämning utträngdes småningom av uttrycket »obotligt eller svårbotligt sjuka», vilket i sin tur kompletterats med eller ersatts av uttrycket »kroniskt sjuka». I denna namnförskjutning har man uppenbarligen att se eftergifter för en helt naturlig önskan att såvitt möjligt undvika benämningar, som väcka fruktan eller motvilja för vården och anstalterna. Namnförskjutningen torde emellertid också vara uttryck för en vidgning av indikationerna för vården i fråga, kanske också tecken på ett sökande efter mera adekvata, avgränsningen av klientelet underlättande benämningar.

I fråga om svårigheten att begränsa begreppet kroniskt sjuka ej blott gentemot de fall, som borde behandlas på kommunernas ålderdomshem, utan även gentemot lasarettsfallen, ha 1920 års sakkunniga anfört bland annat följande.

Strängt taget vore det endast sjukdomstidens längd, som avgjorde, var gränsen mellan en akut och en kronisk sjukdom skulle sättas. Sjukhus och lasarett vore både skyldiga och villiga att för diagnos och viss tids behandling mottaga även kroniskt eller till synes obotligt sjuka. Men om dessa efter en begränsad tids behandling ej kunnat botas, måste de utskrivas eller avvisas såsom »obotliga». Även termen »obotlig» vore ett mycket vagt begrepp, då erfarenheterna visade, att patienter, som av läkare förklarats obotliga, kunnat förbättras eller till och med tillfriskna. En något så när uttömmande beteckning på den kategori sjuka, åt vilken det nu gällde att skaffa sjukhusvård, syntes vara följande: »kroniskt —

obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka, vilka fordra sjukhusvård, som ej står att erhålla på redan befintliga sjukhus eller sjukvårdsanstalter». De sjukdomar, som med denna utgångspunkt företrädesvis borde ifrågakomma till behandling vid anstalter för kroniskt sjuka, vore följande:

1) elaktartade svulster (kräfta, sarkom o. s. v.);
2) hjärn- och ryggmärgssjukdomar samt andra nervsystemets sjukdomar;
3) den kroniska reumatismen och närstående sjukdomar;
4) cirkulationsorganens sjukdomar;
5) den patologiska seniliteten; samt
6) vissa andra sjukdomar, såsom lungsjukdomar, i synnerhet kronisk astma samt hopplösa fall av lungtuberkulos, då patienterna ej kunnat få plats på sanatorierna.

I kungl. kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 245) ang. statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka ingingo bestämmelserna om avgränsningen av det klientel, för vilket hemmen för kroniskt sjuka äro avsedda, i 1 §, som har följande lydelse:

»Statsbidrag må utgå — — — för anordnande — — — av hem för sådana kroniskt — obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka (företrädesvis sådana sjuka, som lida av elakatade svulster såsom kräfta, sarkom m. fl. hjärn- och ryggmärgssjukdomar samt andra nervsystemets sjukdomar, kronisk reumatism och denna närstående sjukdomar, svår vanförhet, cirkulationsorganens sjukdomar, patologisk senilitet samt kronisk astma), vilka äro i behov av sjukhusvård men vilkas tillstånd icke berättigar till och vilka icke heller kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda.»

Av enahanda innebörd voro i här ifrågavarande avseende bestämmelserna i kungl. kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 246) ang. statsbidrag till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka. Ur den av 1920 års sakkunniga föreslagna förteckningen över de sjukdomar, som företrädesvis borde erhålla vård på hemmen för kroniskt sjuka, hade sålunda utgått hopplösa fall av lungtuberkulos; i stället hade i författningarna medtagits kategorien sjuka lidande av svår vanförhet.

Den i nämnda författningar angivna avgränsningen av klientelet har i oförändrad form bibehållits i kungl. kungörelserna den 8 juni 1945 (nr 335 och 336) om ändring i vissa delar av kungörelserna den 27 juni 1927 (nr 245 och 246) angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av respektive till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka.

Att de sålunda givna bestämmelserna om arten av de sjukdomar, för vilkas vård hemmen för kroniskt sjuka äro avsedda, ej givit tillräcklig vägledning, framgår bland annat därav, att medicinalstyrelsen vid två tillfällen, nämligen den 19 maj 1928 och den 27 mars 1930, i cirkulärskrivelser till samtliga förste provinsialläkare och med dem likställda stadsläkare — vilka läkare ha överinseendet över statsunderstödda hem för kroniskt sjuka — funnit nödvändigt förtydliga och komplettera bestämmelserna vad angår urvalet av klientelet. I den sistnämnda av dessa cirkulärskrivelser (M. F. 1930: 22) framhålles,

att efter tidpunkten för avlåtandet av den tidigare cirkulärskrivelsen vid flerfaldiga tillfällen mellan den läkare, som är ansvarig för vården på anstalt för kroniskt sjuka, och den, som har att författningsenligt utöva överinseende över

anstalten, meningsskiljaktigheter yppat sig vad angår frågan, huruvida vissa kategorier kroniskt sjuka vore berättigade till statsunderstödd vård på anstalt för dylika sjuka. Vidare erinrar medicinalstyrelsen om att ett oeftergivligt villkor för att statsbidrag må utgå vore, att den sjuke lede av kronisk, obotlig eller svårbotlig kroppssjukdom och vore i behov av sjukhusvård. Varken sinnessjuka eller sinnesslöa kunde därför få vård på ifrågavarande anstalter.

Efter att tillika ha omnämnt de sjukdomar, för vilkas vård enligt den här ovan återgivna 1 § i kungl. kungörelserna den 27 juni 1927 hemmen för kroniskt sjuka företrädesvis äro avsedda, anför medicinalstyrelsen:

»Erfarenheten har ådagalat, att det företrädesvis är tolkningen av vad som avses med nervsystemets sjukdomar samt patologisk senilitet, som vid tillämpningen av ifrågavarande stadganden vållar svårigheter.

Beträffande den förra gruppen synes enighet numera råda därom, att fall av neurasteni och hysteri ej skola vårdas å hem för kroniskt sjuka, enär dylika anstalter icke äro ägnade för lämplig vård åt dessa sjukdomsformer. Svårare är emellertid att i förevarande avseenden göra något bestämt uttalande om epileptiker. Att alla fall av epileptiska sinnessjukdomar äro uteslutna från vård å hem för kroniskt sjuka är dock självfallet».

Därefter redogör medicinalstyrelsen närmare för sin uppfattning angående de omständigheter, som i undantagsfall kunna motivera intagning av epileptiker på hem för kroniskt sjuka.

Beträffande den andra gruppen, fallen av patologisk senilitet, åberopar styrelsen bland annat följande uttalande av 1920 års sakkunniga beträffande vården av kroniskt sjuka.

»De svårare akuta liksom påverkbara kroniska sjukdomar hos åldringarna behandlas lika väl på sjukhus och lasarett som motsvarande sjukdomar hos ej åldringar. Det är först sedan en kronisk irreparabel skada stött till, vilken gör patienten i behov av sjukhusvård eller omöjlig att utan vantrevnad för andra ha på ålderdomshem eller i familjen, som den gamle kan betraktas såsom patologiskt senil. Vanligen är det fråga om förändringar i kärlsystemet, den s. k. arteriosklerosen med förändringar i hjärna, hjärta eller njurar. Han är då ej i stånd att vara uppe. Ofta är han delvis förlamad, psyket är omtöcknat eller fullt av defekter, brand har tillstött o. s. v. Ej sällan är den gamle i detta tillstånd ytterst osnygg, varför han även vid förstklassig skötsel sprider omkring sig en svår stank.»

Medicinalstyrelsen avslutar sin cirkulärskrivelse med att särskilt framhålla, att en ständigt sängliggande person oavbrutet torde vara i behov av den vård, som på sjukhus lämnas av sjukvårdskunnig personal, exempelvis till förekommande av liggsår och andra tillstötande komplikationer.

Benämningen »hem för obotligt sjuka» har i det allmänna medvetandet stundom givit dessa anstalter en karaktär av hem för dödsdömda. Som ovan sagts torde det åtminstone delvis vara för att mildra det anstötliga häri, som man infört den mindre skrämmande benämningen »hem för kroniskt sjuka». Det har emellertid länge varit ett allmänt önskemål, att man i strävandet att ge dessa hem en mera humanitär karaktär ej skulle stanna vid en namnförändring utan göra dem till anstalter för ett klientel, som omfattar även andra än hopplöst sjuka.

Hindrande i vägen för en sådan uppblandning av klientelet ha stått de i kungörelserna den 27 juni 1927 uppställda fordringarna, att hem för kroniskt sjuka för att vara berättigat till statsbidrag skall vara anordnat som fristående anstalt eller avdelning av anstalt för annat ändamål, vilket villkor medicinalstyrelsen ansett innebära, att vårdplatserna på ett hem för kroniskt sjuka skulle vara samlade i fristående byggnad eller, vid annat förhållande, i första hand i avgränsad avdelning av större byggnad.

I sitt betänkande II (s. 28) ha reumatikervårdssakkunniga upptagit denna fråga till behandling och framhållit följande.

»En del andra (än reumatikerfall) sängliggande sjuka, t. ex. lårhalsfrakturer som icke längre äro i behov av att stanna på A-plats, kunna emellertid icke rubriceras som statsbidragsberättigade kroniskt sjuka. För denna kategori finnas för närvarande knappast några vårdmöjligheter utanför huvudsjukhuset. Dessa patienter bereda därför ofta svårigheter, då det gäller utskrivning från lasarett. Från olika håll har vid besvarandet av de sakkunnigas enquête ifrågasatts att bereda dessa patienter plats på efterbehandlingsavdelning. Skulle man blanda sådana patienter med de uppegående på samma efterbehandlingsavdelning, skulle de av de sakkunniga föreslagna efterbehandlingsavdelningarna icke kunna byggas, inredas och drivas för de låga kostnader och på det sätt de sakkunniga föreslagit. En sådan sammanblandning är oekonomisk och olämplig. Återstår möjligheten att bereda dessa sjuka vård å annan avdelning. Rent medicinskt skiljer sig deras vård, med hänsyn till de tekniska resurser, som krävas, icke från vården av kroniskt sjuka. Även de kroniskt sjuka kunna skiljas i två grupper: sådana som äro i behov av lasarettets tekniska utrustning, och sådana som icke behöva denna. Nu har från landstingshåll uttalats en mycket bestämd önskan, att man icke skulle skapa nya kategorier av vårdfall eller anstalter med eller utan särskilda statsbidragsbestämmelser, där så icke är alldeles nödvändigt. De sakkunniga finna sig därför böra ifrågasätta, om icke de sängliggande efterbehandlingsfall, som för närvarande icke falla under bestämmelserna i ovanberörda kungörelser om statsbidrag till hem för kroniskt sjuka, borde beredas plats inom en utbyggd organisation av vården för kroniskt sjuka, utan att för dem statsbidrag skulle utgå i annan mån än de redan därtill äro berättigade.»

Med utgångspunkt från dessa överväganden ha reumatikervårdssakkunniga föreslagit, att Kungl. Maj:ts kungörelser den 27 juni 1927 angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av eller till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka så omändras, att sängliggande efterbehandlingspatienter, som icke äro berättigade till statsbidrag, där måtte få vårdas, ändock att statsbidrag icke utgår till deras vård.

Av de över reumatikervårdssakkunnigas här ifrågavarande betänkande avgivna yttrandena framgår, att detta deras förslag fått stöd av en rätt allmän opinion. Därvid synes man i allmänhet mest ha fäst sig vid, att dessa hem genom en sådan blandning av klientelet skulle fråntagas något av sin karaktär av asyler för hopplöst sjuka. Men å andra sidan ha också uttalats betänkligheter. Sålunda har ifrågasatts, om icke en viss begränsning av rätten att på hem för kroniskt sjuka vårda andra än statsbidragsberättigade med hänsyn till vårdfallens art borde ske, så att icke alltför olikartade patienter bli sammanförda på dessa avdelningar. Särskilt anmärkes på de sakkunnigas

oklara avgränsning av de fall, som utan att åtnjuta statsbidrag skulle få vårdas på anstalter för kroniskt sjuka. Med de föreslagna bestämmelserna skulle, har det framhållits, kanske 60—70 % av alla invärtesmedicinska fall och även en stor del av sjukhusens kirurgiska klientel ha rätt att vårdas på dessa anstalter. Finge utvecklingen gå dithän, komme det att medföra, att kraven på byggnader, inredning, utrustning i stort sett bleve desamma för sådana anstalter som för de nuvarande medicinska och kirurgiska klinikerna och att man samtidigt förlorade de med specialiseringen på klinikerna förbundna fördelarna. Vidare uttalas fruktan för att beläggningen av anstalter för kroniskt sjuka med icke statsbidragsberättigade sjuka kunde komma att medföra tvister om vilka sjuka, som vore statsbidragsberättigade, och vilka som ej vore det. Slutligen har yrkats, att en revision sker i fråga om avgränsningen av de fall, som rubriceras som statsbidragsberättigade kroniskt sjuka.

I Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen den 16 februari 1945 (nr 113) angående statsbidrag till hem för kroniskt sjuka har föredragande departementschefen i denna fråga uttalat sig som följer.

»Förslaget att hemmen för kroniskt sjuka skulle i viss utsträckning få beläggas med andra patienter än dem, som kunna betecknas såsom kroniskt sjuka, ter sig onekligen ur sjukvårdssynpunkt tilltalande under förutsättning, att platstillgången inom visst sjukvårdsområde lämnar utrymme för en utvidgning av klientelet. Såsom medicinalstyrelsen påpekat, torde emellertid en åtgärd av denna art vara ägnad att i icke ringa grad försvåra kontrollen i statsbidragshänseende, enär bidrag förutsatts icke skola utgå för andra patienter än de kroniskt sjuka. Därest statens bidrag till hemmens drift på sätt jag förordat alltjämt begränsas till visst mindre kvottal av folkmängden, synes dock anledning icke föreligga att av hänsyn till kontrollsvårigheterna motsätta sig, att hemmen för kroniskt sjuka, i den mån platser finnas lediga och icke erfordras för sitt egentliga ändamål, må tillfälligtvis beläggas med andra än statsbidragsberättigade patienter. Ett dylikt medgivande bör dock tills vidare givas karaktären av ett provisorium under en tid av förslagsvis tre år, och torde det sedan få bero av erfarenheterna, huruvida och i så fall på vilka villkor en förlängning av detta medgivande må lämnas.»

I enlighet härmed har i de den 8 juni 1945 utfärdade kungörelserna (nr 335 och 336) om ändring i vissa delar av kungörelserna den 27 juni 1927 (nr 245 och 246) införts följande bestämmelse:

»Utan hinder av vad i § 1 är stadgat må, i den mån sjukplatser å anstalt för kroniskt sjuka finnas lediga och icke erfordras för sitt egentliga ändamål, intill den 1 juli 1948 å sådan plats tillfälligtvis vårdas sängliggande patient, för vilken statsbidrag enligt bestämmelserna i kungörelsen icke utgår.»

Sjukhusutredningen. Den i 1927 års statsbidragsförfattning givna definitionen av gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka blev, som framgår av den lämnade redogörelsen, mycket snart efter författningens ikraftträdande utsatt för kritik. Det framhölls, att definitionen föranledde tolkningssvårigheter och att den avgränsade gruppen på ett sätt, som föga överensstämde med verklighetens krav. Denna kritik har ännu ej tystnat. Sjukhusutredningen har dock det intrycket, att de i medicinalstyrelsens ovannämnda cirkulärskrivelser meddelade anvisningarna ävensom de genom inspektioner upp-

rätthållna förbindelserna mellan styrelsen och anstalternas läkare småningom åstadkommit en viss enhetlighet i tolkningen och därmed en minskning av klagomålen. Sjukhusutredningen stöder denna sin uppfattning ej blott på egna erfarenheter utan också på uttalande från landets lasarettsläkare. I sin tidigare omnämnda enquête bland dessa uppställde utredningen även denna fråga: »Anser Ni, att gällande författningars definition av begreppet kroniskt sjuka är tillfredsställande?». Av de 166 läkare, som uttalat någon bestämd mening härutinnan, ha ej mindre än 137 besvarat frågan jakande. 29 ha förklarat den otillfredsställande eller framlagt vissa ändringsförslag. Liksom i vissa över reumatikervårdssakkunnigas betänkande II avgivna yttranden riktas i dessa ändringsförslag anmärkningar särskilt mot den i författningen innehållna sjukdomsförteckningen, vilken — så som bestämmelserna tillämpas — från rätten till statsbidrag utestänger åtskilliga slag av kroniska sjukdomsfall, som klart äro lämpade för och i behov av vård på hem för kroniskt sjuka.

Uppenbart är det svårt att definitionsmässigt klart och uttömmande karakterisera gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka. Under alla omständigheter torde det vara omöjligt att finna en definition, som alltid och på alla håll ger en klar avgränsning av gruppen och avlägsnar alla tolkningsskiljaktigheter. Då förhållandena äro sådana, skulle man kunna ha anledning att i fortsättningen godtaga författningens, nu i snart 20 år gällande begreppsbestämning, vilken, kompletterad med medicinalstyrelsens ovan nämnda anvisningar, lyckats åvägabringa en viss enhetlighet i uppfattningen. För sin del skulle sjukhusutredningen vara benägen att tillråda detta, om man kunde vänta, att de förhållanden inom den kroniska sjukvårdens område, av vilka tydningen och tillämpningen av författningarna och anvisningarna bero, bleve bestående. Men det finns ett förhållande, som i detta hänseende är av största betydelse och som säkerligen icke länge kommer att förbli detsamma som det nu är, nämligen tillgången på platser för kroniskt sjuka.

På så gott som alla håll råder det nu stor brist på sådana vårdplatser. Under dylika omständigheter kunna endast de allra mest behövande fallen komma i fråga vid beläggningen av dessa platser, och i stort sett sker urvalet uteslutande bland sökande, som alla äro klart bidragsberättigade enligt författningarnas och anvisningarnas anda och bokstav. Men när vårdplatserna ökas till ett antal, som täcker behovet, kommer man i bredare kontakt med gränsfallen, och då kunna bristerna i avgränsningen väntas göra sig allvarligt gällande. Sjukhusutredningen menar därför, att man gör klokt i att i tid beakta de mot författningarna gjorda anmärkningarna och att såvitt möjligt söka avlägsna förefintliga brister.

Granskar man den i nu gällande författningar givna definitionen av gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka, finner man, att den utgår från begreppet kroppssjuka och utgöres av en rad specifikationer, som innebära utbrytningar ur detta begrepp. Till gruppen höra sålunda kroppssjuka som 1) äro kroniskt — obotligt eller svårbotligt — sjuka, 2) företrädesvis sådana

som lida av vissa uppräknade slag av sjukdomar, 3) som äro i behov av sjukhusvård men 4) vilkas tillstånd icke berättigar dem till och vilka icke heller kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda.

Ordet »kronisk» användes i olika betydelser. I medicinskt språkbruk användes det för att i fråga om vissa slag av sjukdomar och sjukdomsprocesser beteckna motsatsen till akut. Egentligen betyder ordet långvarig och den betydelsen har det i det allmänna språkbruket. Denna innebörd torde definitionen i kungörelserna också ge åt ordet, då den talar om »kroniskt — obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka», antingen därmed avses kroniskt sjuka, som samtidigt äro obotligt eller svårbotligt sjuka, eller det menas, att kroniskt är liktydigt med obotligt eller svårbotligt. I varje fall torde man i allmänhet — kanske under tryck av oviljan mot uttrycket obotlig — vara av den uppfattningen, att definitionen med kronisk menar långvarig, och man kan ha viss rätt därtill, eftersom kroniska eller långvariga fall praktiskt taget alltid äro svårbotliga eller obotliga, ehuru det omvända visst icke har allmän giltighet. Under sådana förhållanden anser sig sjukhusutredningen böra utgå från att ordet kronisk är liktydigt med långvarig.

Det är tydligt, att patienterna på hem för kroniskt sjuka böra tillhöra de långvarigt sjukas kategori. På lasarett och sjukstugor vårdas emellertid och komma allt framgent att vårdas många kroniskt sjuka — flera än på kronikerhemmen. I vissa stadier höra nämligen dessa lasaretten till, i andra hemmen för kroniskt sjuka. Sjukdomens kroniska (långvariga) karaktär är sålunda i och för sig en alldeles för vid bestämning för att kunna ge en avgränsning, och dessutom borde denna egenskap ej fästas vid sjukdomen utan vid sjukdomsstadiet och patientens tillstånd. Detsamma gäller om orden »obotligt» eller »svårbotligt» sjuka. Hjärtfel, kräfta, ledgångsreumatism och andra sådana kroniska, obotliga eller svårbotliga fall kräva i vissa stadier vård på lasarett, i andra kunna de lämpligen vårdas på hem för kroniskt sjuka. Men under det att specifikationen kronisk (= långvarig) är oumbärlig för karakterisering av det klientel, av vilket gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka skall utgöra en del, fylla orden obotlig och svårbotlig ingen uppgift i definitionen och böra därför saklöst kunna utgå ur densamma.

Den i författningarna lämnade förteckningen över sjukdomar, som företrädesvis skola berättiga till vård på statsunderstödda anstalter för kroniskt sjuka, är den del av definitionen, mot vilken den skarpaste kritiken riktas. Det är ju klart, att även denna begreppsbestämning är för vid för att i och för sig kunna avgränsa gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka. Ett stort antal patienter, som lida av elakartade svulster, hjärn- och ryggmärgssjukdomar, kronisk reumatism, svår vanförhet o. s. v., måste vårdas på lasarett. Även här är det sålunda sjukdomsstadiet eller tillståndet och icke sjukdomen, som måste bli det avgörande, då det gäller att bestämma, om den sjuke bör omhändertagas på lasarett eller på hem för kroniskt sjuka. Det

kan därför starkt ifrågasättas, om denna sjukdomsförteckning är nödvändig för definitionen. Som exempelsamling — och ordet »företrädesvis» anger klart, att den avsetts att vara en sådan — kan den emellertid vara lämplig, dock endast under förutsättning, att den får förbli exempelsamling. Exempel kunna emellertid lätt stelna till regler, och det är nog detta som skett. Varför, frågas det, skulle inte kroniska fall av sjukdomar i njurarna, levern, protstata, för att icke tala om de svåra fallen av lårhalsfrakturer lika väl vara berättigade att med statsbidrag vårdas på hem för kroniskt sjuka, när deras tillstånd kräver just den vård, som dessa hem äro avsedda att ge?

Att behov av sjukhusvård skall föreligga, för att den kroniskt kroppssjuke skall kunna räknas till gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka, är en fordran, mot vilken ingenting torde kunna invändas.

Ur hittills nämnda sjukdomsgrupper avsöndras så den statsbidragsberättigade gruppen av kroniskt sjuka genom den sista specifikationen: »vilkas tillstånd icke berättigar till och vilka heller ej kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda». Denna särskilda specifikation bygger alltså på förutsättningen, att »den vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda» är något utan vidare bekant, och alltså motsvarar ett med hänsyn till sin innebörd klart begrepp. Enär varje definition ytterst utgår från något odefinierat eller odefinierbart allmännare eller sidoordnat begrepp, vore härom ingenting att säga, om förutsättningen motsvarade ett verkligt förhållande. Men så är ingalunda fallet. Dagliga erfarenheter visa nogsamt, att uppfattningen i fråga om den vård, lasaretten etc. äro avsedda att lämna, icke är så klar och enhetlig, att den kan tjäna som utgångspunkt för en avgränsning av det klientel, som är i behov av sagda vård. Oavsett detta kan mot specifikationen i fråga anmärkas, att den ej heller ger någon antydan om hur det tillstånd skall vara beskaffat, som frånhänder den statsbidragsberättigade kroniskt sjuke rätten till vård på lasarett. Om man låter sjukdomsförteckningen få vara vad den är avsedd att vara, nämligen en exempelsamling, blir den i författningen givna definitionen på så sätt nära nog intetsägande. Mot bakgrunden av den av reumatikervårdssakkunniga föreslagna, sedermera i författning fastställda försöksordningen, att vissa långvarigt sjuka, ehuru icke berättigade till statsbidrag, må intagas på anstalter för vård av kroniskt sjuka, framstår definitionens brist på innehåll med än större skärpa.

Tydligen äro de gjorda begreppsbestämningarna icke tillräckliga för en definition. De vidare begreppen »kroppssjuk», »kroniskt sjuk» och »i behov av sjukhusvård» bestämma på ett något så när tillfredsställande sätt de grupper av sjuka, inom vilka i sin tur den mindre gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka skall avgränsas. Som ovan framhållits torde den för sistnämnda ändamål nödvändiga begreppsbestämningen böra hänföra sig till sjukdomsstadiet eller tillståndet och ej till sjukdomen. Sjukdomstillståndet kan lämpligen karakteriseras genom arten av den vård, det kräver. Sjukhusutred-

ningen kommer sålunda tillbaka till sin tidigare (i kap. 3) gjorda typindelning. Anstalter för kroniskt sjuka äro avsedda för sådana kroniskt (långvarigt) kroppssjuka, vilkas tillstånd kräver intet eller relativt litet av diagnostik eller behandling men mycket av personlig skötsel och som för erhållande av sådan behöva intagas på kroppssjukhus. Att, som nu sker, uppdela detta klientel i en statsbidragsberättigad och en icke statsbidragsberättigad grupp förefaller knappast berättigat.

Varken diagnostik eller behandling äro klart bestämda begrepp. Diagnostik kan omfatta allt från undersökning av liggsår till röntgen- och laboratorieundersökningar; behandling likaledes allt från omvårdnaden av liggsåret till stora operativa ingrepp. Båda uttrycken behöva därför närmare förtydligas. Det torde lämpligen kunna ske genom att man preciserar den för diagnostiken och behandlingen erforderliga sakkunskapen och utrustningen. Den statliga inspektionen av anstalten skulle i så fall framförallt gå ut på att fastställa, att på densamma icke vårdas andra fall än sådana, som — frånsett komplikationer eller vissa tid efter annan återkommande specialundersökningar och behandlingar — icke äro i behov av ett lasaretts, sanatoriums eller en sjukstugas diagnostiska och terapeutiska resurser i fråga om specialutbildade läkare, annan personal och utrustning. Göres ej detta, kan den från olika håll uttalade farhågan, att på kronikeravdelningarna ställas samma krav som på klinikerna bli verklighet. Noga taget borde också begreppet kronisk eller långvarig närmare preciseras genom en undre tidsgräns. Att finna en sådan, som motsvarar verklighetens krav och samtidigt är praktiskt tillämplig, är emellertid uteslutet.

Sjukhusutredningen vill sålunda föreslå följande definition: Statsbidragsberättigade anstalter för kroniskt sjuka äro avsedda för sådana långvarigt — dock icke tuberkulöst — kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd äro i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras av krav på personlig skötsel men icke eller endast i mindre grad av krav på sådan diagnostik eller terapi, som erfordrar de resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärka lasarett och sjukstugor.

Sjukhusutredningen är väl medveten om, att ej heller denna definition drar skarpa gränser kring gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka. Men en definition, som ger sådana gränser och samtidigt gör rätt åt verkligheten, kan icke uppställas av det skälet, att skarpa gränser mellan akut och kroniskt och mellan behov och icke behov av sjukhusvård av det ena eller andra slaget icke finnas i verkligheten. Sjukhusutredningen hyser likväl förhoppningen att med sin definition ha utsagt något positivt om det för avgränsningen i fråga mest väsentliga.

Kap. 12. Klientel och beläggning.

Klientelets art, beläggningen. Den i kap. 11 av sjukhusutredningen uppställda definitionen av begreppet kroniskt sjuk ger i huvuddrag en karakteristik av det klientel, som avses skola vårdas på anstalter för sådana sjuka. För att kunna ge nödig ledning för urvalet av klientelet och därmed för planeringen av anstalten och driften på densamma är denna karakteristik i behov av viss komplettering.

Som av definitionen framgår, skall kronikerklientelet tillhöra de kroppssjukas kategori — varvid dock som vanligt i detta sammanhang bortses från de tuberkulöst sjuka. Som närmare specifikationer på klientelet användes dels långvarigheten, dels sjukdomstillståndet och arten av det därav betingade vårdbehovet, däremot ej kroppssjukdomens art. I likhet med definitionen i gällande författningar utgår därvid sjukhusutredningens från att kroppssjukdom är ett så klart och välbekant begrepp, att det ej är i behov av att närmare karakteriseras. Så är det emellertid ingalunda. Åderförkalkning är otvivelaktigt en kroppssjukdom men i många fall ter den sig som en sinnessjukdom. På samma sätt är det med t. ex. syfilis, hjärntumörer och vissa slag av hjärninflammationer. I en del fall av hjärtfel eller fel i den inre sekretionen m. m. kunna psykiska rubbningar dominera sjukdomsbilden, så att de i vida högre grad än de kroppsliga symtomen bestämma behandlingen. Vidare är det t. ex. i många fall av s. k. nervös sjukdom ovisst, huruvida denna skall räknas som kroppslig eller själslig.

Även här synas de i sjukhusutredningens definition använda specifikationerna, alltså långvarigheten och arten av sjukvårdsbehovet, böra få vara det bestämmande vid avgörandet i frågan om en sådan patients omhändertagande på anstalt för kroniskt sjuka. På en anstalt för vård av kroniskt sjuka bör kunna lämnas all den psykiska vård, som man har rätt att fordra av varje läkare och varje sköterska i samband med vården av vilken kroppsligt sjuk som helst. Vidare bör man åt den andliga vården ge ett större utrymme än på andra anstalter för kroppssjuka. Däremot kan det icke vara någon mening i att belägga kronikeranstalter med ett klientel, som kräver speciell psykoterapi. Patienter, de må lida av vilken kroppssjukdom som helst, vilka förete psykiska rubbningar av sådan art, att vården under hela sjukdomstiden eller för längre tid framåt helt eller i avsevärd grad måste inriktas härpå, böra icke omhändertagas på anstalter för vård av kroniskt sjuka.

Som i kap. 10 nämnts, betraktar sjukhusutredningen kronikervårdens uppdelning på större, till lasarett eller sjukstugor anslutna anstalter, »avdelningar för kroniskt sjuka», och ett flertal smärre, över sjukvårdsområdet spridda anstalter utan sådan anslutning, »hem för kroniskt sjuka», som godtagen princip för sagda vårds fortsatta utveckling. Denna princip medför och är själv motiverad av ett behov av differentiering av klientelet.

Såsom utslagsgivande för driften, utformningen och utrustningen av de båda slagen av anstalter måste så klara normer som möjligt angivas för denna differentiering. Det ligger i sakens natur att indelningsgrunden bör vara det ur vårdens art framgångna behovet av kontakt med laserettsvården och graden av detta behov. Det kan vara skäl framhålla, att valet av denna indelningsgrund icke betyder, att man ser hela frågan om kronikervårdens differentiering ur vårdteknisk synpunkt. Även ur humanitär synpunkt är det ett krav av första ordningen, att patienterna omhändertagas på anstalter, där de få den för deras tillstånd mest lämpliga vården. Tillgodoseendet av t. ex. patienternas och anförvanternas önskningar att få vården förlagd så nära hemorten som möjligt är endast en av de fordringar, som göra sig gällande vid anläggandet av humanitära synpunkter på kronikervården. Enligt sjukhusutredningens åsikt torde det komma att visa sig möjligt, att vid en differentiering av klientelet efter vårdbehovet i vidsträckt grad kunna tillmötesgå även denna fordran.

På de centrala, sjukhusanslutna anstalterna för vård av kroniskt sjuka bör i enlighet med ovanstående omhändertagas alla kronikerfall, där man har anledning vänta sådana komplikationer eller är inställd på sådana tid efter annan återkommande diagnostiska och terapeutiska eller till den personliga skötseln hörande åtgärder, som kräva ett sjukhus' resurser i sakkunskap och utrustning. En differentiering av klientelet enligt här angiven norm är ej liktydig med en uppdelning av lättskötta och svårskötta patienter på hem respektive avdelningar, men ur rationaliseringssynpunkt vore det dock önskvärt, att man vid klientelets fördelning såvitt möjligt toge hänsyn även härtill.

Som tidigare framhållits, bör frågan om kronikervårdens centralisering eller decentralisering och därmed frågan om dess differentiering först i andra hand ses ur ekonomisk synpunkt. Gör man nu detta, finner man lätt, att vissa ekonomiska fördelar äro att vinna genom en differentiering av klientelet efter arten av vårdbehovet. Det finns kroniskt sjuka, som i stort sett ej kräva annan vård än personlig skötsel av sådan art, att den kan ges av sköterskor och annan vårdpersonal, liksom det finns andra, som kräva daglig eller nära nog daglig tillsyn av läkare. Sår och utslag kunna behöva ändring av omslag, salvor och dylikt, fall av maligna svulster växlande medikamentös behandling efter de olika symtomen (kräkningar, diarréer, smärtor, hosta m. m.), nytillkomna symtom kunna behöva följas, en tillstötande utgjutning i lungsäck eller bukhåla kan kräva tappning, vissa fall av t. ex. ledgångsreumatism eller kronisk nervsjukdom fordra gymnastik, massage och värmebehandling för att patienten skall få behålla sin förmåga att gå eller använda sina armar. All sådan vård kan mycket väl lämnas på en kronikeranstalt, förutsatt att där göres något så när regelbundna besök av läkare och att där finns nödigt stor och skolad personal samt viss enklare utrustning för behandling. Även på annan utrustning, t. ex. för badet, kunna de skilda klientelkategorierna ställa olika fordringar. Detsamma gäller i fråga

om kravet på kvalificerad nattövervakning. På grund av de olika krav på vård de uppställa böra dessa båda grupper av kroniskt sjuka i princip skiljas åt och omhändertagas på mot de båda gruppernas vårdbehov svarande typer av anstalter, varvid självfallet de sjukhusanslutna kronikeravdelningarna böra vara de, som inredas och utrustas för den mera komplicerade vården. Genom att på här nämnt sätt utforma, inreda och driva de sjukhusanslutna anstalterna erhållas väsentligt ökade möjligheter att avlasta sjukhusens kliniker.

Naturligtvis skulle det vid utbyggandet av kronikervården vara till stor fördel, om man kunde ange storleksförhållandet mellan de grupper av kroniskt sjuka, som enligt nämnda indelningsgrunder äro i behov av vård på sjukhusanslutna, för en mera komplicerad vård avsedda anstalter och de som ej äro i behov därav utan kunna vårdas på enklare, i regel smärre anstalter. Detta är emellertid omöjligt och för närvarande ej heller så starkt av nöden, enär, som utredningen framhållit, den första etappen av utbyggnaden synes böra omfatta huvudsakligen lasarettsanslutna anstalter.

Sjukhusutredningen vill här i förbigående tillägga, att den i likhet med 1920 års sakkunniga anser, att tillgången på äldre, men fortfarande i gott stånd varande byggnader bör beaktas vid uppgörandet av planer för kronikervårdens ordnande. Ett sådant inflytande på planeringen låter sig väl förenas med här angivna principer för vårdens differentiering.

Av det anförda framgår, att en med utgångspunkt från den givna definitionen av begreppet kroniskt sjuka konsekvent genomförd avgränsning av klientelet är av betydelse för såväl staten som huvudmännen. För staten betyder en sådan avgränsning medlet att nå den med statsbidragen avsedda verkan på vårdens utveckling och omfång. För huvudmännen innebär den besparingar genom att den möjliggör en rationell fördelning av kronikerklientelet på å ena sidan enklare och å andra sidan mera väl utrustade anstalter. Samtidigt förhindrar den att de sistnämnda tagas i anspråk av personer, vilka icke kräva vård på kronikeranstalt.

För en riktig avgränsning av kronikerklientelet och en rationell fördelning av detsamma på dels enklare och dels för mera komplicerad vård utrustade anstalter fordras en viss översikt av och en viss enhetlighet i beläggningen av kronikervårdens anstalter inom varje län. En sådan översikt och enhetlighet kan nås på olika sätt. Bäst torde vara att överlåta åt huvudmannen att bestämma sättet och organet härför. I många fall torde det vara lämpligt att låta läkaren vid den centrala anstalten för kronikervården utöva översynen och ledningen av beläggningen inom sjukvårdsområdet eller i varje fall ha en viss bestämmanderätt. Det kan övervägas att låta ett visst inflytande på beläggningen tillkomma även styresmannen vid det lasarett, till vilket anstalten i fråga är ansluten. Självfallet bör det tillkomma vederbörande sjukvårdsberedning att utfärda sådana bestämmelser och föreskrifter rörande patientintagningen på sjukvårdsområdets olika kronikeranstalter, som kunna befinnas erforderliga för ett ändamålsenligt utnyttjande av de tillgängliga platserna.

Klientelets omfattning. Säkerligen ha de av statsmakterna fastställda kvoterna för statsbidragen haft ett normgivande inflytande på kronikervårdens hittillsvarande utbyggnad, i det att dessa kvoter för huvudmännen markerat en gräns, vilken man i möjligaste mån borde söka uppnå men ej utan tvingande skäl överskrida. Så som gränsen dragits, har den otvivelaktigt betytt en norm med betingelser såväl att stimulera som hämma utvecklingen. Om kronikervården skall kunna utvecklas i nödig omfattning, måste framdeles det i verkligheten föreliggande behovet av vårdplatser bli normgivande och gränsen, om annan sådan än den som angives av definitionen befinnes nödvändig, bringas i närmare överensstämmelse med detta behov än som nu är fallet. För att planmässigt och på mest rationella sätt kunna lösa kronikervårdens utbyggnadsproblem är det uppenbarligen av största vikt för huvudmännen att ha möjlighet att uppskatta storleken av sagda vårdplatsbehov. Under sådana omständigheter har sjukhusutredningen funnit angeläget att här sammanställa material, som kan tjäna som underlag för en sådan uppskattning.

För beräkningar av antalet sådana kroniskt sjuka i vårt land, som äro i behov av vård på anstalt, stå för närvarande endast vissa lokalt begränsade undersökningar till buds, nämligen inventeringar av sådana sjukdomsfall i Värmlands och Jämtlands län samt Norrköpings stad. Ehuru dessa inventeringar icke utan vidare kunna anses representativa för landet i dess helhet, torde resultatet av desamma — särskilt om detta kompletteras med uppgifter från en liknande utredning inom Stockholms stad — få betraktas som en något så när hållfast utgångspunkt för en uppskattning av den allmänna storleksordningen av ifrågavarande klientel inom hela riket.

Inventeringen i Jämtlands län verkställdes år 1944 av landstingets sjukvårdskommitté med anlitande av provinsialläkare och distriktssköterskor och omfattade kroniskt sjuka på lasarett, ålderdomshem och sjukhem samt i hemmen. Samtliga kommuner utom två ingingo i undersökningen. Med kroniskt sjuk avsågs person, som enligt gällande författning var kvalificerad för vård på statsbidragsberättigad plats för kroniskt sjuk. I Värmlands län utfördes inventeringen i maj 1946 under ledning av statens fattigvårds- och barnavårdsinspektör likaledes med hjälp av lokala myndigheter och funktionärer och omfattade samma kategorier av sjuka[1]. Gränsen för vad som räknades som kroniskt sjuk person var dock i fråga om ålderdomshemmens klientel något vidare, än den som anges i författningarna. Denna inventering omfattade icke länets hela landsbygd vad angår de sjuka, som vårdades i hemmet, utan observationerna härutinnan inskränkte sig till dels de fyra städerna, dels 51 landskommuner, motsvarande 67 % av länets på landsbygden bosatta befolkning. Undersökningen i Norrköping utfördes av lasarettsläkaren L. Brahme i maj 1944 och avsåg samma kategorier som inventeringen i Jämtlands län. Det är dock sannolikt, att antalet i hemmet vårdade sjuka här är ofullständigt redovisat. Sammanfattningsvis kunna om resul-

[1] Resultatet av inventeringen i Värmland redovisas i socialstyrelsens utlåtande den 29 oktober 1946 över socialvårdskommitténs betänkande XIV angående ålderdomshem m. m.

taten lämnas följande uppgifter, vilka delvis kompletterats av sjukhusutredningen[1].

Antal kroniskt sjuka vårdade:	Värmlands län (maj 1946)	Jämtlands län (1944)[2]	Norrköping (maj 1944)
I hemmet	666	333	60
På vanlig avdelning på ålderdomshem	149	105	—
På avdelning för kroniskt sjuka vid ålderdomshem	109		5
På anstalter för kroniskt sjuka utom ovan nämnda	126	24	185
På lasaretts och sjukstugors akutavdelningar	23	11	6
Summa	**1 073**	**473**	**256**
Folkmängd	272 500	138 900	74 700
Summa kroniskt sjuka på 1 000 av folkmängden	3,9	3,4	3,4

Ser man på slutsummorna i sammanställningen, finner man, att dessa i relation till folkmängdssiffrorna utgöra 3,9 ‰ för Värmlands län mot 3,4 för Jämtlands län och Norrköpings stad. Man bör vid bedömningen av dessa tal taga hänsyn till de lokala olikheter i betingelserna för uppkomsten av kronisk sjukdom, som kunna föreligga. Den dominerande bland dessa betingelser torde vara befolkningens åldersfördelning, ehuru även yrkes- och klimatförhållanden m. m. kunna antagas ha viss betydelse. Vad åldersfördelningen angår, kan nämnas, att åldrarna från och med 65 år och uppåt av hela folkmängden upptogo 10,4% i Värmlands län, 9,1% i Jämtlands län och 9,3% i Norrköpings stad vid slutet av år 1940. För hela riket var motsvarande tal 9,4 %. Ju större andel de högre åldrarna upptaga inom befolkningen, desto högre torde frekvenstalen för de kroniskt sjuka vara (jfr nedan). Det vill synas, som om olikheterna i åldersfördelning mellan Värmlands och Jämtlands län tämligen väl motsvarade skillnaden i frekvenstalen[3]. Övriga på sjukligheten inverkande faktorer saknar utredningen möjlighet att bedöma men förutsätter, att deras inflytande icke är tillnärmelsevis så stort som åldersfördelningens. Med hänsyn till det anförda, torde de framräknade frekvenstalen få betraktas som anmärkningsvärt väl överensstämmande.

---

[1] Antalet i hemmet vårdade kroniskt sjuka avser även för Värmlands del hela länet och har av sjukhusutredningen beräknats med ledning av uppgifterna från de undersökta länsdelarna. Det har därvid antagits, att antalet sjuka stått i direkt proportion till folkmängden. Antalet på sjukhem m. m. intagna kroniskt sjuka har vidare för Värmlands län kompletterats med uppgifter från sjukhusutredningens och centrala sjukvårdsberedningens inventering av vårdplatsernas antal den 1 januari 1944. Då vårdplatsantalet omräknats till patientantal, har beläggningsfrekvensen antagits vara 92 %, ett tal som framräknats med hjälp av den officiella sjukhusstatistiken för år 1944. Antalet kroniskt sjuka på sjukhusens akutavdelningar har, vad angår bägge länen, beräknats efter den vid sjukhusutredningens enquête funna medelprocenten för hela riket, som var 2,5 % (jfr s. 100 nedan).

[2] Utom Stugun och Sundsjö.

[3] En ungefärlig beräkning av åldersförskjutningens betydelse för frekvenstalen har utförts med ledning av uppgifter om antalet kroniskt sjuka i olika åldrar enligt den på s. 94 nämnda undersökningen om kroniskt sjuka i Stockholm. Materialet har härvid endast delats i de två grupperna personer över och under 65 år.

Av siffersammanställningen framgår vidare, att relativt många av de kroniskt sjuka inom länen vårdades i hemmet, nämligen 70% i Jämtlands och 62% i Värmlands län, mot endast 23% i Norrköping. I Norrköping var relativa antalet på anstalt vårdade så mycket större. Man observerar vidare den stora skillnaden beträffande de på särskilda kronikeranstalter och dylikt vårdade. Dessa olikheter sammanhänga givetvis med att anstaltsvården är betydligt mera utbyggd i Norrköpings stad än i länen, framför allt än vad förhållandet är i Jämtlands län.

I Stockholm verkställde stadens statistiska kontor i samband med patienträkningen år 1942 en utredning av förekomsten av kroniskt sjuka på olika sjukvårdsinrättningar med resultatet, att 3,1‰ av stadens folkmängd då befunnos tillhöra detta klientel. I talet ingår, som härav framgår, icke den del av klientelet, som vårdades i hemmet eller på vanliga avdelningar på ålderdomshem. Mot anförda tal för Stockholm svara i Värmlands län 1,5 ‰, i Jämtlands län 1,0 ‰ och i Norrköpings stad 2,6 ‰. Den högre frekvensen i huvudstaden kan tänkas i det väsentliga sammanhänga med att de sjuka därstädes till följd av bland annat bostadsförhållandena i blott mindre utsträckning vårdas i hemmen och att kroniskt sjuka på ålderdomshemmens vanliga avdelningar där torde vara fåtaliga, men det bör också nämnas, att begreppet kroniskt sjuk där synes ha givits en vidare innebörd än på övriga orter. Å andra sidan bör åldersfördelningen i Stockholm bidraga att hålla frekvensen nere, enär antalet personer i åldern 65 år eller däröver utgjorde 7,6 % av folkmängden, mot t. ex. 9,3 % i Norrköping enligt ovan. Från stockholmsundersökningen föreligga uppgifter om det undersökta klientelets fördelning på åldersgrupper, vilket må nämnas i sammanhanget, och därav framgår, att 73 % befunno sig i åldern 65 år eller däröver. Tillämpar man de i Stockholm för skilda åldersgrupper funna frekvenstalen på motsvarande åldersgrupper inom hela rikets folkmängd (vid slutet av år 1943), ger detta ett totalantal sjuka, som motsvarar en frekvens av 3,8 ‰ för riket och som fördelar sig med drygt 80 % på åldrarna 65 år och däröver.[1]

Då sjukhusutredningen övervägt möjligheterna att av det förebragta materialet bilda sig en uppfattning om antalet kroniskt sjuka i hela riket, har utredningen haft att taga hänsyn till å ena sidan materialets ringa omfattning och å andra sidan en viss, delvis anmärkningsvärt stor samstämmighet i de skilda materialens vittnesbörd. Sålunda har utredningen beaktat, att de bägge länsinventeringarna, vilka ju utförts oberoende av varandra, blott ensidigt belysa olika landsdelars förhållanden men att de tämligen väl kompletteras av inventeringen i Norrköping och den till sitt syfte mera begränsade undersökningen i Stockholm. Alla fyra undersökningarna äro samstämmiga såtillvida, som ingen av dem ger en antydan om att frekvensen kroniskt sjuka skulle vara lägre än 3 ‰ av folkmängden inom respektive område. Snarare skulle den vara högre.

[1] Enligt en summarisk inventering i Uppsala län år 1946 skulle i hemmen och på anstalter därstädes vårdas cirka 450 kroniskt sjuka. Inklusive ett beräknat tillägg för akutsjukhus blir totalantalet cirka 460, eller 3,2 ‰ av motsvarande folkmängd.

Med hänsyn tagen till de omständigheter, som sålunda redovisats, anser sjukhusutredningen det sannolikt, att frekvensen 3 à 4‰ av hela befolkningen anger den nuvarande storleksordningen av det klientel, som bör räknas till gruppen kroniskt sjuka. Dessa promilletal torde gälla, även om man strängt begränsar sig till sådana kroniskt sjuka, som avses i kungörelserna om statsbidrag till anordnande och drift av hem för kroniskt sjuka. Omräknade till absoluta tal motsvara de 20 000 à 27 000 personer. Till det så beräknade klientelet hör, som av det ovanstående torde framgått, sådana kroniskt sjuka, som vårdas i hemmet, på vanliga avdelningar av ålderdomshem, på anstalter för kroniskt sjuka och på lasaretts och sjukstugors akutavdelningar, däremot icke sjuka, som vårdas på tuberkulosanstalter, ej heller sinnessjuka eller sinnesslöa.

Förekomsten av kroniskt sjuka torde förete vissa skillnader mellan olika delar av landet, vilket antydes av talen för relativa antalet personer i åldern 60 år och däröver enligt kolumnen längst till höger i tab. 6. Man observerar

Tab. 6. Antal personer i åldern 60 år och däröver år 1940 och motsvarande antal beräknat för åren 1955 och 1970, länsvis, utom Stockholms stad. [1]

Län	Antal personer			Ökning procent		Antal personer i åldern 60 år o. däröver i % av hela folkmängden 1940
	Observerat 1940	Beräknat [2] 1955	Beräknat [2] 1970	1940–55	1940–70	
Stockholms	40 092	51 077	63 309	27·4	57·9	13·9
Uppsala	20 465	24 272	28 921	18·6	41·3	14·8
Södermanlands	28 210	34 008	41 023	20·6	45·4	14·7
Östergötlands	46 852	54 299	66 957	15·9	42·9	14·8
Jönköpings	34 527	40 582	50 777	17·5	47·1	14·3
Kronobergs	24 530	25 669	30 393	4·8	23·9	16·2
Kalmar	35 535	37 788	46 527	6·3	30·9	15·6
Gotlands	9 105	9 493	11 196	4·3	23·0	15·6
Blekinge	21 033	22 701	28 113	7·9	33·7	14·5
Kristianstad	37 190	41 286	48 127	11·0	29·4	15·0
Malmöhus	75 116	91 622	114 280	22·0	52·1	14·2
Hallands	22 730	25 391	31 132	11·7	37·0	15·0
Göteborgs o. Bohus	61 220	84 696	109 931	38·3	79·6	12·6
Älvsborgs	47 716	55 138	69 515	15·6	45·7	14·5
Skaraborgs	37 877	41 731	48 413	10·2	27·8	15·8
Värmlands	40 459	46 503	56 532	14·9	39·7	15·1
Örebro	34 350	40 077	49 843	16·7	45·1	15·2
Västmanlands	23 810	28 739	35 734	20·7	50·1	14·1
Kopparbergs	35 453	44 304	53 017	25·0	49·5	14·3
Gävleborgs	36 370	46 406	58 680	27·6	61·3	13·3
Västernorrlands	33 462	44 300	56 938	32·4	70·2	12·1
Jämtlands	18 023	22 044	27 372	22·3	51·9	13·0
Västerbottens	22 287	30 036	42 170	34·8	89·2	10·1
Norrbottens	20 555	27 301	39 979	32·8	94·5	9·5
Samtliga län	**806 967**	**969 493**	**1 208 879**	**20·1**	**49·8**	**14·0**

[1] Tabellen, utom kolumnen längst till höger, är hämtad ur Sociala Meddelanden årg. 1946, s. 315.
[2] Antagande: 1939 års dödlighet; ingen omflyttning.

särskilt de tämligen höga talen för Kronobergs, Kalmar och Gotlands län och de låga i de fyra nordligaste länen.

En stark ökning av antalet kroniskt sjuka såväl absolut som relativt till folkmängden kan väntas i framtiden, allt efter som de högre åldersklasserna tillväxa. Enligt en beräkning, som utförts av socialstyrelsen[1], skulle sålunda antalet personer över 60 års ålder i hela riket utom Stockholm ökas med omkring 50% mellan åren 1940 och 1970. Utvecklingen kan dock antagas förlöpa mycket olika inom skilda landsdelar. Exempelvis skulle nämnda åldersgrupp ökas relativt starkt i Norrland (med ända upp till 95% i Norrbottens län) och relativt svagt i vissa delar av södra Sverige. Dessa förhållanden framgå av tab. 6.

Någon minskning av de högre åldrarna är icke att motse under den tid befolkningsprognoserna omfatta, eller fram till 1985, vilket framgår av följande talserie sammanställd av uppgifter i socialvårdskommitténs betänkande XI[2].

Antal personer i åldersgruppen 65 år och däröver:

1942	623 000	1965	884 000
1947	668 000	1970	955 000
1950	701 000	1975	1 030 000
1955	759 000	1980	1 076 000
1960	818 000	1985	1 092 000

Talen avse hela riket och slutet av respektive år. För år 1942 är talet faktiskt observerat och för övriga år framräknat enligt metod, som beskrives i det anförda arbetet.

Huruvida antalet kroniskt sjuka i framtiden kommer att stå i samma relation till folkmängden och dess ålderssammansättning som för närvarande, vet man ju icke. Som redan nämnts, har man att bland faktorer, som påverka sjukligheten, också räkna med bland annat yrkesfördelning och lokal fördelning, vilka kunna ändras under tidernas lopp, varjämte icke minst hygienens landvinningar och sjuklighetens växlingar böra ihågkommas i sammanhanget. Sannolikt gör man dock klokt i att gå ut ifrån, att antalet kroniskt sjuka kommer att ökas i en proportion, som icke alltför mycket avviker från den kurva, som beskrives av talen för de högre åldrarna. Om också folkhälsan skulle komma att förbättras på det hela taget, är det icke givet, att förbättringen kommer att omfatta även de högre åldrarna. Den omständigheten, att den sedan mitten av 1800-talet fortgående, starka minskningen i dödsriskerna under perioden 1931—1940 upphört och förbytts i en ringa stegring för åldrarna över 67 år, manar till försiktighet i förväntningarna på en minskning av kronikerklientelet i samband med en genomsnittligt förbättrad folkhälsa.

Vårdplatsernas antal. Betydande olikheter föreligga mellan de uppgifter, som i skilda sammanhang framlagts om antalet vårdplatser för kroniskt sjuka.

[1] Redovisad i utlåtande den 28 februari 1946 över en inom socialdepartementet upprättad promemoria angående ifrågasatt övertagande från statens sida av patientavgifterna å allmän sal vid sjukhus inom riket. Tryckt i Sociala Meddelanden årg. 1946, s. 311 o. ff.

[2] SOU 1945: 46, bilaga B av professor S. Wahlund, s. 307 o. f.

Detta kan till en del förklaras av att uppgifterna hänföra sig till olika tidpunkter, men i huvudsak torde skillnaderna bero på att man i uttrycket plats för kroniskt sjuk inlagt olika betydelse och att sjukvårdsanstalternas huvudmän ofta själva haft svårt skilja de kroniskt sjuka från annat klientel.

Sålunda har man på sina håll till platser för kroniskt sjuka räknat endast statsbidragsberättigade platser, i andra fall däremot alla platser avsedda för detta klientel. Även i de fall, då man syftat till att erhålla uppgifter om alla vårdplatser för kroniskt sjuka, har resultatet av inventeringar blivit olika, beroende därpå, att uppgiftslämnarna till platser för kroniskt sjuka stundom hänfört för detta klientel reserverade platser, stundom alla platser, som vid inventeringstillfället råkat vara belagda med kroniskt sjuka. Till detta kommer, att anstalter, som icke åtnjuta statsbidrag, ofta nog icke ha anledning skilja det kroniskt sjuka klientelet från övriga vårdfall och därför vid besvarandet av enquêter i frågan finna det svårt att ange rätta antalet. Därför äro stundom gränserna flytande mellan kroniskt sjuka och akut sjuka på privata sjukhem och mellan kroniskt sjuka, akut sjuka och svårskötta ålderdomsvårdfall vid ålderdomshemmens sjukavdelningar, vilket sistnämnda har betydelse särskilt för de stora städernas vidkommande.

Vid den inventering av vårdplatser av skilda slag per 1 januari 1944, som sjukhusutredningen utfört i samarbete med centrala sjukvårdsberedningen och redovisat i sitt betänkande I, uppgavs totalantalet vårdplatser för kroniskt sjuka till 8 390. Av primärmaterialet framgår, att 4 680 av dessa platser kommo på landstingens sjukvårdsområden och 3 710 på städerna Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Hälsingborg och Gävle. Den officiella statistiken redovisade för år 1944 endast 5 966 platser i hela riket. Skillnaden mellan dessa uppgifter torde i det väsentliga bero på att den officiella statistiken huvudsakligen rör sig med sjukvårdsanstalter enbart avsedda för kroniskt sjuka, medan sjukhusutredningen tagit med vissa andra anstalter och instruerat uppgiftslämnarna att i tveksamma fall uppge alla platser, som vid inventeringstillfället voro belagda med kroniskt sjuka. I den officiella statistikens tal ingå av denna anledning i åtskilliga fall icke sjukavdelningarna vid de stora städernas ålderdomshem, ehuru dessa hysa ett stort antal kroniskt sjuka patienter. Å andra sidan torde sjukhusutredningen vid sin inventering på några orter råkat få med även platser för svårskötta ålderdomsvårdfall och för akut sjuka vid dessa ålderdomshem, varigenom dess tal blivit för höga. Enligt en av statens fattigvårds- och barnavårdsinspektör utförd enquête skulle antalet vårdplatser inom landstingsområdena i november 1945 uppgå till 4 473 platser[1], vilket är omkring 200 färre än enligt sjukhusutredningens citerade inventering. Sannolikt beror detta i åtskillig mån på att fattigvårds- och barnavårdsinspektören, till skillnad mot sjukhusutredningen, efter kvalitetsbedömning frånräknat vissa sjukavdelningar vid ålderdomshem.

De anförda differenserna ha föranlett sjukhusutredningen och centrala sjuk-

[1] Sociala Meddelanden årg. 1946, s. 312.

Tab. 7. Antalet vårdplatser för kroniskt sjuka på sjukvårdsinrättningar inom landstingens förvaltningsområden. (Uppgifterna avse i regel 1 januari 1944 men ha för vissa orter reviderats med hänsyn till förhållandena i början av år 1947).

Sjukvårdsområde, län	På av landsting drivna anstalter	På ålderdomshem el. övriga primärkommunala anstalter	På enskilda sjukhem	Summa	Antal platser på 1 000 av hela folkmängden [1]	Antal platser på 1 000 av folkmängden i åldrarna 65 år o. däröver [2]
Stockholms	150	130	—	280	0·9	10·3
Uppsala	90	59	—	149	1·1	10·4
Södermanlands	157	98	37	292	1·5	14·9
Östergötlands	71	121	35	227	0·9	8·8
Jönköpings	150	59	68	277	1·1	11·6
Kronobergs	41	82	—	123	0·8	7·1
Kalmar	135	95	—	230	1·0	9·2
Gotlands	66	30	28	124	2·1	19·5
Blekinge	18	88	—	106	0·7	7·3
Kristianstads	131	5	—	136	0·5	5·3
Malmöhus	156	83	84	323	1·0	9·5
Hallands	—	154	15	169	1·1	10·6
Göteborgs och Bohus	—	187	11	198	1·0	9·0
Älvsborgs	174	66	37	277	0·8	8·2
Skaraborgs	102	144	44	290	1·2	10·8
Värmlands	91	161	—	252	0·9	9·1
Örebro	30	224	—	254	1·1	10·6
Västmanlands	126	48	—	174	1·0	10·5
Kopparbergs	157	39	—	196	0·8	8·2
Gävleborgs	—	197	—	197	0·8	9·4
Västernorrlands	—	187	30	217	0·8	9·7
Jämtlands	20	16	—	36	0·3	2·9
Västerbottens	—	30	—	30	0·1	2·0
Norrbottens	—	83	—	83	0·4	6·1
Summa	1 865	2 386	389	4 640	0·9	9·1

[1] Den 1/1 1944.
[2] Vid slutet av år 1940.

vårdsberedningen att ånyo gå igenom materialet från vårdplatsinventeringen den 1 januari 1944 i belysning av övriga ovan angivna undersökningar och att samtidigt komplettera detsamma med nya uppgifter från några orter. Som resultat härav meddelas i tab. 7 och 8 reviderade uppgifter från utredningens vårdplatsinventering. I princip avse uppgifterna alla för kroniskt sjuka reserverade platser eller eljest av kroniskt sjuka disponerade platser vid sjukvårdsanstalter inrättade helt eller delvis för kroniskt sjuka. Kvalitetsbedömning har icke ägt rum, utan huvudmännens uppfattning om vad som varit att räkna som kronikerplats har godtagits.

I tab. 7 finnas uppgifter för landstingens sjukvårdsområden, i tab. 8 för städer, som icke deltaga i landsting. Beträffande de sistnämnda har det i så många fall rått osäkerhet om till vilket klientel vårdplatserna skolat hänföras, att tabellen uppdelats i två delar, angivande den övre respektive nedre

Tab. 8. Antalet vårdplatser på fristående anstalter för kroniskt sjuka och på sjukavdelningar vid vissa ålderdomshem inom städer, som ej deltaga i landsting. (Uppgifterna avse i regel 1 januari 1944, men ha för vissa orter reviderats med hänsyn till förhållandena i början av år 1947.)

Stad	Hela antalet platser [1] (övre gränsen för platsantalet)			Därav platser [2] för kroniskt sjuka (nedre gränsen för platsantalet)		
	Kommunala anstalter	Enskilda sjukhem	Summa	Kommunala anstalter	Enskilda sjukhem	Summa
Stockholm	1 657	190	1 847	1 234	190	1 424
Göteborg	585	99	684	142	99	241
Malmö	498	—	498	322	—	322
Norrköping	217	—	217	194	—	194
Hälsingborg	157	34	191	145	34	179
Gävle	60	28	88	40	—	40
Summa	3 174	351	3 525	2 077	323	2 400
Antalet platser på 1 000 av folkmängden den 1/1 1944	—	—	2·8	—	—	1·9

[1] Uppgifterna avse summan av antalet platser för kroniskt sjuka enligt tabellens högra hälft och de platser på vissa anstalter, som i okänd utsträckning belagts med kroniskt klientel.

[2] I regel avse uppgifterna platser reserverade för kroniskt sjuka, men även andra platser belagda med kroniskt sjuka ingå i fall, där uppgifter härom stått att få.

gränsen för det sökta platsantalet. Dels redovisas sålunda som en övre gräns hela antalet vårdplatser vid de ifrågakommande anstalterna eller avdelningarna (3 525), dels som en nedre gräns det antal av dessa platser (2 400), som antingen varit reserverat för kroniskt sjuka eller med säkerhet belagt med sådana patienter vid inventeringstillfället.

Lägger man samman platsantalet enligt tab. 7 och 8, kommer man till resultatet, att det i hela riket skulle finnas mellan 7 040 och 8 165 platser för kroniskt sjuka vid sjukvårdsinrättningar av något slag. Då det inom landstingsområdena torde finnas en och annan sjukavdelning vid ålderdomshem, som icke ingår i materialet, emedan huvudmannen icke ansett sig kunna skilja ut de kroniskt sjuka från de akut sjuka, och då enskilda sjukhem överhuvudtaget torde vara underrepresenterade, särskilt från storstädernas sida, synes det rimligt räkna med att totala platsantalet för hela riket ligger närmare 8 000 än 7 000.

Kronikervården är mycket ojämnt utbyggd i vårt land. Relativt många vårdplatser finnas i de större städerna, medan särskilt övre Norrland är tillgodosett i relativt ringa omfattning. På 1 000 av folkmängden utgjorde sålunda vårdplatsantalet den 1 januari 1944 enligt tab. 7 på Gotland 2,1, vilket var det högsta talet för något landstingsområde, mot endast 0,3 i Jämtlands och 0,1 i Västerbottens län. De sistnämnda länen ha ett mycket ringa platsantal även i förhållande till folkmängden i de högre åldrarna, vilket framgår av kolumnen längst till höger i tabellen. Genomsnittet för landstingsområdena var 0,9 ‰ och för hela riket omkring 1,2 ‰. För städer utom landsting kan, som av

det föregående torde framgått, i de flesta fall endast gränserna för det sannolika kvottalet anges. Det är emellertid tydligt, att kvoten här ligger i stort sett högre än inom landstingsområdena. För Stockholm var den exempelvis, räknat på folkmängden vid början av år 1944, 2,2—2,9 ‰ och för hela stadsgruppen i tab. 8 1,9—2,8 ‰.

Av de inemot 8 000 förefintliga vårdplatser för kroniskt sjuka, som sjukhusutredningen anser sig böra räkna med, torde 50—60 % numera vara berättigade till statsbidrag, vilket framgår av att medicinalstyrelsen för år 1946 beräknade antalet statsbidragsberättigade platser till 4 322. För budgetåret 1947/48 uppskattar styrelsen antalet högre, eller till över 5 000 platser.

Vid ålderdomshem och andra primärkommunala inrättningar inom landstingsområdena är enligt tab. 7 antalet platser för kroniskt sjuka 2 386. En av socialvårdskommittén i betänkande XIV redovisad utredning[1] har givit vid handen, att antalet platser för kroniskt sjuka vid ålderdomshem år 1938 var 2 198, varav 1 573 voro statsbidragsberättigade, medan 625 icke voro kvalificerade härför utan endast av förste provinsialläkaren intygats tillfredsställande enligt 41 § fattigvårdslagen och sålunda berättigade till landstingsbidrag. Även denna sistnämnda kategori av vårdplatser torde i regel ingå i de i tab. 7 angivna talen.

Däremot ingå icke i siffrorna i tab. 7 och 8 sådana med kroniskt sjuka belagda vårdplatser, som till äventyrs finnas vid anstalter avsedda för annat klientel än kroniskt sjuka, såsom lasarett, sjukstugor och vanliga avdelningar vid ålderdomshem. Naturligtvis inkludera talen ej heller vid anstalter för tuberkulosvård eller för sinnessjuka och sinnesslöa vårdade kroniskt sjuka, vilka överhuvud ej beröras i detta betänkande.

Vad ålderdomshemmen angår, har socialvårdskommittén i ovan angivna betänkande uppgivit, att år 1938 skulle befunnit sig 1 213 kroniskt sjuka på vanliga ålderdomsavdelningar, och statens fattigvårds- och barnavårdsinspektör har nyligen citerat talet med kommentaren, att antalet sedan nämnda år torde undergått en avsevärd ökning. Tillsammans med de personer, som vårdas på nyssnämnda 625 platser, skulle sålunda på ålderdomshemmen befinna sig minst 1 838 kroniskt sjuka personer (625 + 1 213) på icke statsbidragsberättigade platser.

Vad därnäst angår kroniskt sjuka vid sjukvårdsanstalter icke avsedda för kroniskt sjuka, är att nämna, att sjukhusutredningen i sin enquête till lasaretten angående förekomsten av B-fall efterfrågade även på lasaretten vårdade kroniskt sjuka med resultat, som i sammanträngd form återges i tab. 9. Denna tabell ansluter sig till de på s. 32 och 33 redovisade tabellerna 1 och 2 och avser liksom dessa förhållandena den 6 juni 1945.

Man observerar, att frekvensen är avsevärt högre på medicinska än kirurgiska kliniker. Tillämpar man genomsnittsfrekvensen 2,5 % på hela antalet

[1] SOU 1946: 52. De här ovan angivna platsantalen motsvara de i betänkandet s. 52 angivna men äro justerade i enlighet med uppgifter från socialvårdskommittén.

Tab. 9. Fördelningen av lasarett och lasarettskliniker efter procentuella antalet B-fall av typ III (kronikerfall)[1] bland de den 6 juni 1945 inneliggande patienterna.

% B-fall av typ III (kronikerfall)	Lasarett			Därav vissa kliniker på delade lasarett	
	Delade	Odelade	Samtliga	Medicinska	Kirurgiska
0— 5	32	46	78	21	27
5—10	6	4	10	8	2
10—15	—	1	1	4	1
Summa	38	51	89	33	30
Medelprocent[2]	2·6	2·3	2·5	4·8	2·0

[1] Beträffande typindelningen hänvisas till s. 17.
[2] Vägd med hänsyn till patienternas antal på de skilda lasaretten (resp. klinikerna).

vårdplatser på lasarett och sjukstugor enligt senast tillgängliga officiella uppgifter (avseende år 1944), erhålles som resultat, att 575 kroniskt sjuka skulle vid nämnda tidpunkt vårdats på dessa anstalter.

Till slut må sammanfattningsvis konstateras, att de tyvärr i många avseenden osäkra uppgifter, som kunnat framskaffas om antalet kroniskt sjuka och om antalet vårdplatser för dessa vid våra sjukvårdsinrättningar, synas ge vid handen, att mindre än hälften av de sjuka vårdas på anstalt av något slag. Vid anstalter avsedda för kroniskt sjuka har platsantalet angivits till inemot 8 000, vartill komma vid lasarett och sjukstugor kanske 575 kroniskt sjuka patienter och vid vanliga ålderdomsavdelningar över 1 200 sådana fall. Även om alla vårdplatserna vid kronikeranstalterna vore fullbelagda, är det tydligt, att det på anstalt vårdade klientelet icke kan uppgå till 10 000 personer. Då hela det sjuka klientelet som nämnts kan uppskattas till storleksordningen 20 000 à 27 000 personer, är det uppenbart, att kronikervårdens akuta utbyggnadsbehov är synnerligen stort.

Kap. 13. Driften.

Föreskrifter angående patienternas vård och personalen på hem för kroniskt sjuka äro meddelade i 6 och 7 §§ i kungl. kungörelserna den 27 juni 1927 angående statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka (SFS 1927: 245) respektive angående statsbidrag till driftkostnaderna vid dylika hem (SFS 1927: 246). Dessa bestämmelser ha följande, i båda kungörelserna lika lydelse.

»6 §. Anstalt, för vilken statsbidrag beviljats, skall stå under överinseende av vederbörande förste provinsialläkare eller med förste provinsialläkare likställd stadsläkare dock att sådan anstalt, som är anordnad vid länslasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning, skall stå under samma inseende, som vederbörande sjukvårdsinrättning i övrigt är underkastad.

Anstalten skall vara så anordnad, att de sjuka där kunna erhålla en ur medicinsk synpunkt tillfredsställande skötsel.

Vården vid anstalten skall stå under tillsyn av särskilt förordnad läkare, vilken är bosatt i anstaltens närhet.

Vid anstalten skall vara anställd vårdpersonal i tillräckligt antal och med erforderlig utbildning.

7 §. Läkare vid anstalt, för vilken statsbidrag beviljats, åligger

att tillse, att å sjukplatser för vilka statsbidrag åtnjutits, icke utan medicinalstyrelsens medgivande intagas andra än sådana sjuka, som avses i 1 §;

att vaka över att skötseln av de sjuka ur medicinsk synpunkt är tillfredsställande;

att tillse, att journal föres över de å anstalten intagna sjuka; samt

att årligen innan mars månads utgång till medicinalstyrelsen avlämna redogörelse för anstaltens verksamhet under närmast föregående år enligt av medicinalstyrelsen fastställda formulär och meddelade föreskrifter.»

Sjukhusutredningen finner för sin del de i §§ 6 och 7 av statsbidragskungörelserna meddelade bestämmelserna rörande läkarvården i stort sett väl avvägda och anser det lyckligt, att de formulerats som normer utan detaljerade föreskrifter, som onödigt inskränka huvudmannens handlingsfrihet. Utredningen anser sig sålunda icke ha anledning föreslå någon mera betydande ändring i sak utan nöjer sig med att framhålla följande.

Läkarvården. I av Kungl. Maj:t infordrat förslag rörande de fordringar i fråga om byggnadssätt, inredning m. m., som i allmänhet borde uppställas för beviljande av statsbidrag till anordnande av eller driften vid hem för kroniskt sjuka har medicinalstyrelsen (skrivelse den 23 december 1927) rörande frågan om läkarbesök vid dylika hem uttalat, att läkare vid hem för kroniskt sjuka borde vara skyldig besöka hemmet minst tre gånger i veckan vid hem med 20 patienter eller däröver och minst en gång i veckan vid mindre hem samt i båda fallen därutöver, så ofta en patients tillstånd fordrade det.

Sedan i vissa yttranden över medicinalstyrelsens förslag anförts, att antalet obligatoriska läkarbesök borde kunna inskränkas till i regel ett i veckan, har styrelsen förklarat sig kunna godtaga, att antalet regelbundet återkommande läkarbesök bestämdes, beträffande hem, som kunde beviljas statsbidrag efter 20—30 platser, till minst två och för hem med högre platsantal till minst tre besök i veckan. I statsrådsprotokoll över socialärenden med direktiv angående särskilda fordringar å hem för kroniskt sjuka för erhållande av statsbidrag m. m. den 11 maj 1928 har departementschefen som sin mening i denna fråga uttalat, att det torde vara tillfyllest att jämväl för större hem uppställa krav på endast ett besök i veckan. Det torde nämligen, säger han, ligga i sakens natur, att vid de större hemmen läkarbesöken, oberoende av föreskrifter, bliva talrikare, samt att läkaren skall vara skyldig besöka hemmet oftare, därest så på grund av särskilt sjukdomsfall erfordras. Då hem

för kroniskt sjuka skall äga tillgång till telefon, böra svårigheter ej möta att för sådant fall tillkalla läkaren.

I föregående kapitel, s. 91, har sjukhusutredningen tillrått, att huvudmännen uppdraga åt något centralt organ att ordna beläggningen på kronikeranstalterna så, att de inom sjukvårdsområdet tillgängliga vårdplatserna på sådana anstalter bli planmässigt utnyttjade. Detta organ bör äga lämna råd och anvisningar rörande antalet regelbundna läkarbesök på anstalterna.

Vid icke lasarettsanslutna hem för kroniskt sjuka torde det vara bäst att som hittills varit brukligt anställa en i orten verksam tjänsteläkare eller privatpraktiserande läkare såsom ansvarig för sjukvården.

Vid lasarettsanslutna avdelningar för kroniskt sjuka skulle läkarvården kunna tänkas anförtrodd åt någon vid lasarettet anställd underläkare. För sin del finner emellertid sjukhusutredningen en sådan lösning av läkarfrågan icke särdeles lycklig, enär anordningen i regel torde komma att medföra alltför täta ombyten i ledningen av verksamheten på avdelningen, vilket står i strid mot det berättigade önskemålet om största möjliga kontinuitet i de kroniskt sjukas vård. På sina håll är kanske situationen sådan, att någon av sjukhusets lasarettsläkare med sin tjänst som sådan skulle kunna förena den att vara läkare även vid kronikeravdelningen, om denna ej är alltför stor. Ur kronikervårdens synpunkt torde ingenting vara att anmärka mot en sådan ordning. Enligt sjukhusutredningens mening torde det dock ofta vara lämpligt att även för läkarvården på lasarettsanslutna kronikeranstalter anlita icke lasarettsanställd läkare.

I bidragskungörelsens 6 §, tredje stycket, föreskrives, att den för vården på kronikeranstalt ansvarige läkaren skall vara bosatt i anstaltens närhet. Ehuru det givetvis är önskvärt, att ifrågavarande läkare är så bosatt, att han kan tillkallas på kort varsel, synes det sjukhusutredningen med hänsyn till vårdbehovets karaktär icke nödvändigt vidhålla ett generellt krav av nyssnämnt slag. Utredningen vill därför förorda, att sagda föreskrift för framtiden måtte utgå.

Endast vid större kronikeravdelningar kan heltidsanställd läkare bli erforderlig. Frågan om vid vilken storlek behov av sådan tjänst kan anses föreligga kan med hittills föreliggande erfarenheter ej besvaras, lika litet som spörsmålet om vid vilken storleksordning underordnad läkare bör anställas. Som allmänt omdöme kan dock sägas, att läkarvården vid en kronikeravdelning kräver vida mindre arbetskraft än vid en lasarettsavdelning av samma storlek. Detta är helt naturligt, eftersom mycket av det som på en lasarettsavdelning hör till diagnostik, behandling och journalskrivning faller bort för kronikeranstalternas vidkommande.

Såsom mera belysande för det här avhandlade spörsmålet kan det vara skäl att peka på det förhållandet, att vid en medicinsk eller kirurgisk klinik med 120—150 sängar ofta tjänstgöra en lasarettsläkare och 4—6 eller flera underläkare, under det kronikeravdelningar av samma storlek befunnits kunna skötas av en läkare. Sjukhusutredningen anser sig emellertid i anslutning

till redan tidigare gjorda uttalanden böra understryka, att en förutsättning för att kronikervården skall kunna på tillfredsställande sätt tillgodoses med så ringa läkarkrafter är, att vårdplatserna på kronikeravdelningen rationellt utnyttjas och sålunda ej beläggas med patienter, vilkas vård ställer större krav på diagnostik och terapi.

Sjukvården i övrigt. När det gäller att bereda huvudmännen underlag för bedömandet av personalbehovet på kronikeranstalterna utöver anstaltsläkaren, har man givetvis att i första hand skaffa material, som belyser förhållandena inom den hittills bedrivna kronikervården. Till det ändamålet har sjukhusutredningen i samarbete med centrala sjukvårdsberedningen låtit verkställa en enquête rörande personalbestånd m. m. under år 1945 vid landstingsdrivna anstalter för kroniskt sjuka. Uppgifter, möjliga att bearbeta, föreligga för 53 anstalter med sammanlagt 1 841 platser, vilket är praktiskt taget hela antalet anstalter, som drivas i landstingens regi (jfr vårdplatsantalet enligt tab. 7).

Av enquêten framgår, att antalet vårdplatser per personalenhet vid vårdavdelningarna utgjorde 3,5 i genomsnitt för samtliga anstalter och att ingen tydlig skillnad rådde mellan anstalter av olika storlek. Motsvarande tal för lasarettens vårdavdelningar är 3,0 på delade och 3,4 på odelade lasarett, och det framgår härav, att kronikerhemmen i berörda avseende rätt nära överensstämma med de odelade lasaretten.

Delar man upp personalbeståndet på de två kategorierna sjuksköterskor och övrig personal (biträden, städerskor m. m.), visar det sig, att en viss skillnad råder mellan kronikeranstalterna å ena sidan och lasaretten å den andra, vad angår proportionen mellan dessa bägge personalkategorier. Vid kronikeranstalterna befunno sig sålunda på 100 vid vårdavdelning anställda personer i genomsnitt 18 sjuksköterskor (ungefär lika många vid större och mindre anstalter) mot omkring 25 vid lasaretten (ungefär lika många vid delade och odelade sådana). Talen avse genomsnittet för dag- och nattjänst. För enbart dagtjänst bli proportionerna ungefär desamma på lasaretten och i stort sett även för kronikeranstalterna. De individuella variationerna äro emellertid för de senare rätt stora. På en del kronikeranstalter utgör sjuksköterskornas proportion vid dagtjänst över 20, medan den på andra går ned emot 10 på 100 anställda. Antalet vårdplatser per sjuksköterska blir på grund av här berörda förhållanden större vid kronikeranstalterna än vid lasaretten, eller 19,0 i genomsnitt för dag- och nattpersonalen mot 11,5 vid delade och 13,6 vid odelade lasarett.

Slutligen må nämnas, att av de 53 undersökta anstalterna hade 10 tjänstgörande nattsköterska. Till dessa anstalter hörde de fem största på respektive 127, 79, 73, 70 och 68 vårdplatser, vilka hade egen nattsköterska. De övriga fem anstalterna voro lasarettsanslutna och hade nattsköterska gemensam med respektive lasarett. Vid de 37 andra anstalterna uppehölls nattjänsten av ett eller flera biträden, som vid behov ägde tillkalla i beredskap varande sjuksköterska.

De normer för kronikeranstalternas personalbestånd, som låta sig utläsas av vad här ovan anförts, bygga på erfarenheter samlade på många håll och under rätt många år och måste därför tillmätas viss betydelse. Men å andra sidan måste man räkna med, att det kan ligga något berättigat i det stundom hörda påståendet, att kronikervården ej blott är kvantitativt utan även kvalitativt efterbliven. De som föra detta resonemang, räkna tydligen med möjligheten, att det relativt mindre antalet sjuksköterskor, som för närvarande finns inom kronikervården, åtminstone icke enbart är ett uttryck för ett ur medicinsk synpunkt mindre behov av sjuksköterskor inom denna vård utan fastmer för en lägre vårdstandard. I vilket fall som helst gör man nog klokt i att räkna med, att kronikervårdens inlemmande i den allmänna kroppssjukvården kan komma att framkalla ökade krav på kronikervårdens kvalitet och därmed på personalbeståndet. Det synes därför motiverat att här anföra de fakta, som kunna uppbringas för att belysa frågan om tillräckligheten av den nuvarande personaluppsättningen vid kronikeranstalterna.

En sammanställning av vissa av de vid arbetsstudierna vunna resultaten är ägnad att belysa denna fråga. Det 100-tal arbetsmoment, i vilka arbetet på vårdavdelningarna uppdelats och som var för sig tidsstuderats, ha sammanförts i grupper efter den grad, i vilken de ansetts fordra medverkan av skolad sjuksköterska. I tab. 10 omfattar grupp A sådana arbetsmoment, som helt eller nära nog helt måste utföras av sjuksköterska (egen rond, deltagande i läkarrond, visst expeditionsarbete, injektioner och annan behandling, till

Tab. 10. Avdelningspersonalens arbetstid vid sex kronikeravdelningar fördelad på vissa huvudgrupper av sysslor enligt statens sjukhusutrednings arbetsstudier åren 1944—1946.

Anstalt m. m.	Minuter per patient och vecka						Arbetstidens procentuella fördelning					
	A	B	C		D		A	B	C		D	
	Provtagning, ronder m. m.	Personlig skötsel (inkl. transporter)	Materielvård	Lokalvård	Övrigt	S:a	Provtagning, ronder m. m.	Personlig skötsel (inkl. transporter)	Materielvård	Lokalvård	Övrigt	S:a
Jönköping, avd. 6 (manl.)	113	505	98	110	40	**866**	13·1	58·3	11·3	12·7	4·6	**100·0**
» , » 7 (kvinnl.)	122	454	120	82	34	**812**	15·0	55·9	14·8	10·1	4·2	**100·0**
Eskilstuna, » A (manl.)	110	432	106	72	49	**769**	14·3	56·2	13·8	9·4	6·3	**100·0**
» , » B (kvinnl.)	81	467	93	77	49	**767**	10·6	60·9	12·1	10·0	6·4	**100·0**
Malmö, » F »	103	590	135	167	107	**1 102**	9·3	53·5	12·3	15·2	9·7	**100·0**
» , » G (manl.)	130	487	141	117	172	**1 047**	12·4	46·5	13·5	11·2	16·4	**100·0**
Medeltal för kronikeravdelningarna.....	**111**	**489**	**115**	**104**	**72**	**891**	**12·4**	**54·9**	**12·9**	**11·7**	**8·1**	**100·0**
Medeltal för 13 akutavdelningar vid lasarett	244	392	126	106	86	954	25·6	41·1	13·2	11·1	9.0	100·0

Anmärkning. Antalet vårdplatser på de undersökta kronikeravdelningarna var i Jönköping 35, i Eskilstuna 25 och Malmö 26. Beläggningsfrekvensen var tämligen jämn och i genomsnitt 96 %. Antalet vårdplatser per personalenhet var i Jönköping och Eskilstuna 3·2 samt i Malmö 2·0. Antalet vårdplatser per sjuksköterska var resp. 17·5, 18·2 och 19·5. På 100 personalenheter kommo resp. 18, 17 och 9 sjuksköterskor.

diagnostiken hörande arbetsuppgifter, arbetsledning m. m.). Till grupp B ha förts sådana arbetsmoment, som kunna hänföras till personlig vård (matning, tvättning, på- och avklädning av patienter m. m.) och vid vilka medverkan eller mera beständig tillsyn av sjuksköterska är erforderlig. Grupp C omfattar material- och lokalvård och annat mera rutinmässigt arbete, som av sjuksköterskan endast fordrar föreskrifter och tillsyn. Grupp D omfattar vakttjänst, väntetid och personlig tid för personalen m. m.

Av tabellerna finner man, att arbetsmomenten inom grupp A på en kronikeravdelning ej upptaga mer än ungefär hälften så stort utrymme i dagsprogrammet som på en lasarettsavdelning av samma storlek, arbetsmomenten under grupp B däremot 20—25 % större utrymme, under det att i fråga om arbetsmomenten tillhörande grupp C ingen eller ringa olikhet föreligger mellan en kroniker- och en lasarettsavdelning. Man observerar, att arbetsmomenten i grupp A omfatta omkring 25 % av hela arbetstiden vid lasarettsavdelningarna, eller samma relativtal som, enligt vad ovan nämndes, anger sjuksköterskornas andel av vårdavdelningarnas personaluppsättning. För kronikeranstalternas del utgöra arbetsmomenten i grupp A endast 12 % av hela arbetstiden, medan sjuksköterskornas andel av personalen konstaterats vara 18 %. Ehuru dessa siffror givetvis icke ge ett uttömmande svar på frågan om behovet av sjuksköterkor vid kronikeranstalterna, är det tydligt, att de utgöra ett starkt indicium för att de mest kvalificerade arbetsuppgifterna därstädes icke bli eftersatta. Det kunde visserligen tänkas, att den relativt ringa arbetsinsatsen för moment under grupp A sammanhängde med att sjuksköterskan måste sätta in sin arbetskraft i största möjliga utsträckning för övriga arbetsmoment, främst för patienternas skötsel (grupp B). En genomgång av arbetsmomenten inom grupperna C och D ger emellertid icke intryck av att detta skulle vara fallet. Att materiel- och lokalvården får sin beskärda andel av arbetsinsatsen förefaller sålunda tydligt. En uppdelning av grupp D på de enskilda momenten visar vidare, att den ringa skillnad, som här råder mellan kronikeranstalter och lasarett, till hälften faller på posten väntetid. Att denna skulle vara lägre på kronikeravdelningarna, synes blott vara i sin ordning, då arbetet där följer en från dag till dag mera likartad rutin. Hade arbetskrafterna varit otillräckliga för uppgifterna under B, bör man kunna räkna med att momenten under C och D blivit satta i efterhand. Då detta icke synes vara fallet, ledes man till slutsatsen, att icke heller momenten under grupp B och — som en följd härav — under grupp A blivit eftersatta.

Resultatet av denna, på en uppskattning av de olika arbetsmomentens krav på sjuksköterskeutbildning grundade undersökning synes alltså ådagalägga, att kronikervården till sin art är sådan, att den erfordrar mindre av skolad sjuksköterskekraft än lasarettsvården, och att, om någon förändring i proportionerna av olika personalkategorier skulle äga rum, denna i varje fall icke bör gå emot en relativ ökning av sjuksköterskornas antal.

Sjukhusutredningen anser sig dock böra påpeka följande. Den påvisade

förskjutningen av tidskostnaderna för arbetsmoment tillhörande grupp A till sådana tillhörande grupp B är liktydig med en minskning av arbete, som helt eller nära nog helt måste utföras av sjuksköterska, men en ökning av det arbete, personlig skötsel, som kräver endast medverkan och tillsyn av sjuksköterska. Om den besparing, som ligger däri, att kronikervården kan omhänderhas av ett jämförelsevis ringa antal sjuksköterskor, skall kunna bestå, fordras, att minskningen av det arbete, som helt eller nära nog helt måste utföras av sådana, ej motväges av ökade krav på sköterskans medverkan i den personliga skötseln. Den personliga skötseln är mycket krävande och fordrar därför personal med vana och gott omdöme. Av tabellerna framgår, att den personliga skötseln på en kronikeranstalt tar mer än hälften av den totala arbetstiden på anstalten i anspråk. Härav följer, att det är särskilt angeläget, att sjuksköterskorna på kronikeranstalter ha till sitt förfogande ett tillräckligt antal erfaren och väl utbildad biträdespersonal.

Sitt uttalande här ovan om behovet av sjuksköterskor vid kronikeranstalter har sjukhusutredningen grundat uteslutande på sin kännedom om arbetsuppgifternas art och omfattning. Emellertid måste även beaktas, att arbetsuppgifterna på anstalterna böra kunna ordnas så, att personalens berättigade krav på fritid kunna tillgodoses utan att vården behöver bli lidande. Det visar sig, att förutsättningarna för en sådan ordning icke överallt äro förhanden. *En* förklaringsgrund till det relativt ringa antalet sjuksköterskor ligger nämligen i att dessa vid många anstalter sakna skolad ersättare under ledighet, ett missförhållande, som givetvis icke kan tillåtas bestå i längden. En viss ökning av sjuksköterskornas antal vid de befintliga anstalterna torde sålunda på denna grund vara ofrånkomlig. Förhållandet, att sjuksköterskorna vid en del kronikeranstalter sakna skolad ersättare, sammanhänger ytterst med att dessa anstalter icke äro lämpligt dimensionerade. De äro för små för att ur vårdteknisk synpunkt bära mer än en heltidsanställd sjuksköterska, och i de fall, då skolad vikarie icke funnits att tillgå på orten, har resultatet ofta blivit, att man avstått från sådan.

Vårdavdelningarnas dimensionering. Frågan om kronikeranstalternas dimensionering och byggnadstekniska utformning är under utredning i annat sammanhang genom de av Kungl. Maj:t tillkallade vårdhemssakkunniga, och med anledning härav kommer sjukhusutredningen icke att i detta betänkande gå närmare in på densamma. Utredningen vill endast lämna några allmänna anvisningar, som äga omedelbart samband med de förhållanden, som ovan diskuterats.

Det av utredningen förebragta materialet synes ge vid handen, att varje skolad sköterska kan ha ansvaret för 20—25, möjligen ända upp till 30 kronikerplatser.

Inom lasarett anordnade eller till lasarett eljest anslutna kronikeravdelningar synas lämpligen böra omfatta lägst 25 platser med en sköterska per avdelning. Avlösning på sköterskans lediga dagar förutsättes kunna ordnas an-

tingen genom att sköterskorna vid två eller flera dylika avdelningar avlösa varandra eller genom anlitande av vid modersjukhuset för detta ändamål anställd ambulerande sjuksköterskepersonal.

Vad åter angår fristående vårdhem för kroniskt sjuka, synas dessa icke lämpligen böra anordnas för lägre platsantal än 35, eller sålunda med två sjuksköterskor, som vid förekommande ledigheter kunna avlösa varandra.

Kap. 14. Frågan om statsbidrag.

Med hänsyn till att frågan om statsbidragen på sjukvårdens område hänskjutits till särskilda sakkunniga, anser sig sjukhusutredningen ej heller beträffande kronikervården böra framlägga några förslag rörande eventuella ändringar av gällande statsbidragsgrunder i annan mån än vad den s. k. kvotgränsen angår utan nöjer sig med att anföra vissa synpunkter på statsbidragsfrågans betydelse för kronikervårdens sunda utveckling.

Statsbidragens betydelse för kronikervårdens utveckling. Det torde vara en rätt allmän uppfattning, att de statsbidrag, som under de sista tjugo åren utgått till kronikervården, varit en pådrivande faktor av ej ringa betydelse för den utbyggnad av vården, som ägt rum under sagda tidsperiod. Som väl känt är, har denna utbyggnad emellertid ej varit på långt när tillräcklig för att tillgodose behovet av vårdplatser. I betraktande av de krav på platser, som de senare åren ställts, och de än större krav, som under den närmaste framtiden lära komma att ställas på kronikervården, torde man med fog kunna säga, att denna vårdgren blivit eftersatt.

För sin del biträder sjukhusutredningen uppfattningen, att statsbidragen — framför allt byggnadsbidragen — stimulerat utbyggnaden av kronikervården. På grund av det skick, vari denna vård trots desamma ännu befinner sig, synes emellertid deras stimulerande förmåga icke ha varit tillräcklig. Detta kan delvis, åtminstone under senare år, tillskrivas den omständigheten, att bidragsbeloppen ej stå i rimlig proportion till de verkliga drift- och byggnadskostnaderna. I närvarande stund torde man för övrigt vara berättigad fråga sig, om icke den ändrade uppfattningen om samhällets skyldigheter gentemot den enskilde, kraven på sjukvårdens skiljande från fattigvården, kraven från hemmen att under nu rådande förhållanden få sina kroniskt sjuka anhöriga omhändertagna och kraven från sjukhusen på avlastning i högre grad än statsbidragen utgöra incitament för huvudmännen att i nödig omfattning utbygga kronikervården.

Som i kap. 8 (s. 61) omtalats, lära enligt vad sjukhusutredningen erfarit, statsbidragssakkunniga överväga en utjämning av de till landsting och stä-

der utanför landsting utgående statsbidragen för den slutna sjukhusvården, innebärande, att i stället för de nu mycket växlande driftbidragen till de skilda sjukvårdsgrenarna skulle utgå ett för alla enhetligt beräknat driftbidrag. Däremot skulle de speciella byggnadsbidragen i princip bibehållas. Genom en utjämning av driftbidragen skulle den stimulerande effekten av dem på kronikervårdens utbyggnad i stort sett gå förlorad, vilket med tanke på vårdens efterblivenhet kan synas betänkligt. Å andra sidan tala starka skäl, vilka bland annat hänföra sig till det administrativa och bokföringsmässiga området, för en sådan utjämning. Härjämte bör följande beaktas.

Som tidigare utvecklats, finns det grundad anledning att organisatoriskt hålla kronikervården skild från den egentliga lasarettsvården. För huvudmannen betyder en sådan åtgärd lägre kostnader för byggnader, inredning och utrustning samt minskade krav på specialutbildade läkare och annan personal. En dylik separation är även till fördel för vården av såväl de kroniskt sjuka som det egentliga lasarettsklientelet. Som likaledes tidigare framhållits, är det mycket svårt att definitionsmässigt avgränsa gruppen kroniskt sjuka. Arten av vårdbehovet, såsom detsamma preciserats i kap. 11 och 12 av detta betänkande, är det man framförallt har att lita till vid avgränsningen mellan kronikervårdens klientel å ena samt fattigvårdens och lasarettens klientel å andra sidan. Långt gående avvikelser från denna avgränsning kunna säkerligen ge verklighet åt de från skilda håll uttalade farhågorna, att kronikervårdens anstalter kunna komma att bli antingen en ny form av ålderdomshem eller anstalter med klinikernas krav på sakkunskap, inredning och utrustning men utan dessas anpassning för viss specialitet. Att märka är tillika, att en bedömning av vårdbehovet i det enskilda fallet mången gång kan bli osäker. Även om man tillerkänner driftbidragen blott ringa utvecklingspåverkande och riktningsgivande betydelse, är det därför klart, att de, om de begränsas till endast en av de nyssnämnda vårdgrenarna, ha betingelser att gynna en oproportionerlig utbyggnad av denna vårdgren.

Utgående från önskemålet att få kronikervården på rätt sätt inordnad i den allmänna sjukvården skulle man sålunda utan betänkligheter kunna förorda en utjämning av driftbidragen. Å andra sidan torde man icke helt kunna bortse från behovet att genom statliga bidrag stimulera kronikervårdens utveckling. Ur denna synpunkt vore ett bibehållande av de speciella driftbidragen till kronikervården önskvärt. Då emellertid vägande skäl av annan art tala för en utjämning av dessa bidrag, anser sig sjukhusutredningen kunna tillstyrka en sådan åtgärd. Härvid förutsätter utredningen, att den förlust i stimulerande inverkan, som följer av driftbidragens utjämning, kompenseras genom höjning av byggnadsbidragen, helst som en höjning i och för sig synes påkallad på grund av penningvärdets fall under de gångna åren.

Kvotbegränsningen. Statsbidrag till hem för kroniskt sjuka utgå enligt gällande kungörelser för ett antal sjukplatser, som beträffande stad, som ej deltager i landsting, bestämts till en och en halv på varje tal av tvåtusen

invånare ($^3/_4$ ‰ av folkmängden) och för landstingsområde till en och en halv på varje tusental invånare ($1\,^1/_2$ ‰ av folkmängden). Före den 1 juli 1945 var det statsbidragsberättigade platsantalet inskränkt till $^1/_2$ ‰ för stad utom landsting och 1 ‰ för landstingsområdena. Tillämpar man de nu gällande promillesatserna på hela rikets folkmängd vid slutet av år 1945, får man till resultat, att landstingsområdena voro berättigade till statsbidrag för omkring 8 000 platser och städerna utanför landsting till omkring 1 000 platser, eller tillhopa i runt tal 9 000 vårdplatser.

I sitt betänkande del II angående efterbehandling och konvalescentvård (SOU 1944: 28) ha reumatikervårdssakkunniga inventerat beståndet av statsbidragsberättigade platser för kroniskt sjuka i landet och beräknat vårdplatsantalets nuvarande procentuella utbyggnad i förhållande till det antal platser, för vilka statsbidrag skulle kunna utgå. Reumatikervårdssakkunniga anse sig på grundval därav kunna konstatera, att »åtskilliga landsting redan hava utbyggt sin vård för kroniskt sjuka till eller nära intill de givna statsbidragsnormerna». De sakkunniga anse rimligt, att kvoterna för statsbidragen väsentligt höjas eller helt slopas. Sedan de sakkunniga avlämnat detta betänkande, har som ovan omtalats, den övre gränsen för statsbidrags utgående höjts från den 1 juli 1945.

I sitt år 1946 avlämnade betänkande XIV angående ålderdomshem m. m. har även socialvårdskommittén uttalat sin anslutning till tanken, att nyssnämnda begränsning borde helt borttagas.

För egen del vill sjukhusutredningen framhålla, att bedömandet av ett vårdplatsbehov alltid är förenat med stora svårigheter. Trots lång erfarenhet har man ännu ej lyckats att fastställa hållbara normer ens för de mest välbegränsade och lättöverblickade specialområdena. Medicinens landvinningar och sjukdomars och sjuklighetens allt annat än lagbundna växlingar förändra ständigt premisserna för ett sådant bedömande. Härtill kommer, att gränsen mellan kronisk sjukdom och vissa normalt under åldrandet uppträdande förändringar i olika organ icke är skarp samt att gränsen mellan akut sjukdom och kronisk sjukdom, å ena, kronisk sjukdom och ålderdom, å andra sidan, i många fall är svävande och även kan växla under samma sjukdoms förlopp.

Dessa förhållanden mana till en viss försiktighet vid utbyggandet av kronikervården. Skulle den utvecklas därhän, att ett överskott av platser uppstode, komme detta säkerligen att resultera i en utvidgning av begreppet kroniskt sjuk. Så länge tillgången på vårdplatser är knapp, sker givetvis ett urval för intagning, och det är först när man närmar sig den optimala gränsen, som faran för missbruk börjar uppträda. Blir platstillgången riklig, riskerar man sålunda för det första, att normal ålders- och försörjningsvård överföres till sjukvård, d. v. s. att nya sjukvårdsbehov skapas. Detta torde — om kanske också i mindre mån — komma att gälla, även om de av socialvårdskommittén föreslagna statsbidragen till anordnande av ålderdomshem skulle

utgå. För det andra framgår av uttalanden, återgivna i eller senare gjorda över reumatikervårdssakkunnigas betänkande II samt i den tidigare nämnda, av sjukhusutredningen verkställda enquêten, att ett ej ringa antal lasarettsläkare på medicinska kliniker hysa den åsikten, att en relativt hög procent av klientelet på deras sjukavdelningar — väsentligt överstigande vid utredningens enquête framkomna medelsiffror — lika väl skulle kunna vårdas på avdelningar för kroniskt sjuka. Även här finnes sålunda en fara för missbruk såtillvida, att kronikervårdplatser skulle kunna komma att tjäna ett vårdbehov, för vilka de ej avsetts, ett förhållande, som vore ägnat att snedvrida den framtida utvecklingen av sjukhusväsendet.

Med hänsyn till dylika risker ställer sig sjukhusutredningen betänksam mot förslaget att helt slopa begränsningen av statsbidragsberättigade vårdplatser. En förutsättning för att så utan skada skulle kunna ske, är att definitionen av kroniskt sjuka kunde göras sådan, att den angåve en klar gräns mellan detta klientel och vanligt ålderdomshemsklientel respektive lasarettens och sjukstugornas klientel. Då en sådan definition, efter vad tidigare sagts, ej kan uppställas, anser sig sjukhusutredningen böra avråda från ett slopande av kvotbegränsningen.

Därest kvotbegränsningen skall bibehållas, bör den dock så nära som möjligt ansluta sig till det verkliga vårdplatsbehovet. Frekvensen av kroniskt sjuka har utredningen med ledning av ovan refererade undersökningar ansett sig böra uppskatta till 3 à 4 per 1 000 invånare. När det gäller att med denna frekvens som utgångspunkt föreslå en viss kvot, måste man först besinna, att icke alla kroniskt sjuka kunna förutsättas söka vård på statsunderstödd anstalt eller på anstalt överhuvudtaget. Under sådana förhållanden och med tanke på faran av överdimensionering anser sjukhusutredningen, att man för den närmaste framtiden bör räkna med en utbyggnad till gränsen 3 ‰ eller ungefär 20 000 vårdplatser i hela riket. Med hänsyn till de avsevärda olikheter, som råda beträffande platsbehovet inom olika sjukvårdsområden, bör emellertid den anförda promillesiffran betraktas som ett genomsnitt, kring vilket betydande fluktuationer kunna förekomma. För att möjliggöra sådana fluktuationer utan att riskera lokal överdimensionering synes det lämpligt att i bidragsförfattningen stipulera ett något lägre promilletal, t. ex. 2½, varvid det bör ankomma på Kungl. Maj:t att efter utredning och hemställan av vederbörande sjukvårdsberedning i särskilda fall medgiva bidrag för flera platser, dock högst för ett antal av förslagsvis 3½ ‰ av områdets folkmängd.

Vidare vill utredningen framhålla önskvärdheten av att bestämmelserna om antalet bidragsberättigade platser göras lika för landsting och städer utanför landsting. Faran för att inom de senare fattigvårdens klientel i större utsträckning än inom landstingen skulle överföras till kronikeranstalterna torde numera icke vara stor, sedan kronikervården i princip skilts från fattigvår-

den och dess organ. Vissa förhållanden i storstäderna, framför allt trångboddheten, torde medföra, att behovet av vårdplatser för kroniskt sjuka är väl så stort inom dessa städer som inom landstingen.

Kap. 15. Kronikervårdens lagliga reglering.

Gällande författningsbestämmelser. Innan sjukhusutredningen går närmare in på de författningsändringar, som böra vidtagas i anslutning till vad utredningen i det föregående föreslagit, vill utredningen angående innehållet i de gällande bestämmelserna på detta område sammanfattningsvis anföra följande.

Landstingens och kommunernas sjukhusväsende i allmänhet regleras genom sjukhuslagen den 20 december 1940 (nr 1044; ändr. nr 795/1943, 98/1944; 79/1945 och 129/1946).

Enligt 1 § nämnda lag åligger det landsting och stad, som icke deltager i landsting, att för dem, som ha sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada eller kroppsfel, i den mån annan icke drager försorg om sådan vård. Dylik vård må ock ombesörjas av kommun, vilken deltager i landsting.

Vissa slag av anstaltsvård, bland annat anstaltsvård för kroniskt kroppssjuka och konvalescenter, omfattas av sjukhuslagens bestämmelser endast i den mån detta särskilt föreskrives i lagen. De bestämmelser i lagen, som gälla för kronikervården äro, enligt 23 §, de under 6 §, 7 § 1 och 2 st., 8—12 §§, 14 § 2 mom. 2 st., 21 § 2 och 3 mom. samt 22 § upptagna föreskrifterna. Av dessa regler innehåller 6 §, att högsta tillsynen över sjukhus utövas av medicinalstyrelsen. I 7 § stadgas, under första stycket, att vid sjukhus skall finnas anställd för sjukhusets behöriga skötande erforderlig personal och att personalen skall vara så talrik och ha sin tjänstgöring så ordnad att nödig vila och ledighet kan beredas densamma, och under andra stycket att sjukhus skall vara försett med den utrustning, som med hänsyn till dess ändamål kan anses av behovet påkallad. 8 § innehåller föreskrifter om reglering av anställningsvillkoren för sjukhuspersonalen. I 9 § givas regler om medicinalstyrelsens medverkan vid anläggande av sjukhus. Enligt 10 § skall den närmaste tillsynen vid och ansvaret för förvaltningen av sjukhus utövas av en direktion, vilken utses av den som driver sjukhuset. I paragrafen givas närmare bestämmelser om direktions sammansättning och verksamhet. 11 § innehåller regler om inför direktionen ansvarig styresman för sjukhus. 12 § upptager föreskrifter om besvärsrätt över direktionens beslut. Enligt 14 § 2 mom. 2 st. skall läkare vid mindre sjukstuga — d. v. s. sjukstuga beträffande vilken medicinalstyrelsen ej medgivit inrättande av mer än 30 vårdplatser — samt tuberkulossjukstuguläkare och epidemisjukstuguläkare tillsättas av sjukvårdsberedningen efter hörande av vederbörande direktion genom förordnande för

viss tid eller tills vidare, i senare fallet med ömsesidig rätt till minst sex månaders uppsägningstid. Vidare stadgas här att sådan läkartjänst ej må besättas med annan än den, som av medicinalstyrelsen funnits enligt vederbörligen meddelade bestämmelser till tjänsten behörig, samt att i förordnande skall intagas förbehåll därom, att, därest beslut fattas om sådant utvidgande, att sjukstuguläkaren skall tillsättas enligt paragrafens första stycke (d. v. s. av Kungl. Maj:t) eller om sjukstugas omändring till lasarett, sjukstuguläkare skall vara pliktig avgå sex månader efter uppsägning. Enligt 21 § 2 mom. må läkare, som är ansvarig för sjukvården å tuberkulossjukvårds- eller epidemisjukvårdsanstalt, icke mottaga särskild ersättning vare sig för åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning å eller utskrivning från sjukhuset, eller för undersökning, behandling eller skötsel av intagen person. Enligt 21 § 3 mom. må annan å sjukhus anställd personal än för sjukvård ansvarig läkare icke fordra ersättning i någon form för behandling eller skötsel av där intagen person. 22 § innehåller bemyndigande för Konungen att beträffande sjukhus meddela bestämmelser i vissa angivna hänseenden.

De bestämmelser i sjukhuslagen, som för närvarande *icke* äga tillämpning på kronikervården, äro reglerna i 2—5 §§, 7 § 3—5 st., 13 §, 14 § 1 mom. och 2 mom. 1 st., 15—20 §§ samt övergångsbestämmelserna. Av dessa §§ innehåller 2 § vissa definitioner på olika slag av sjukhus m. m. Av övriga paragrafer handlar 3 § om det samfällda förvaltningsutskottets överinseende över den ekonomiska förvaltningen, 4 § om den centrala ledningen av landstingets sjukvårdsväsende, 5 § om sjukhus som drivas av kommun, 7 § 3 st. om antalet vårdplatser vid sjukstuga, 7 § 4 st. om isoleringsrum vid sjukhus med mer än 24 vårdplatser, 7 § 5 st. om beräkning av antalet vårdplatser, 13 § om uppdelning av lasarett på avdelningar, 14 § 1 mom. utnämning av lasaretts-, sanatorie- och epidemisjukhusläkare, 14 § 2 mom. 1 st. om utnämning av läkare vid större sjukstuga, 15 § om mottagning för öppen sjukvård vid sjukhus, 16 § om förordnande av underläkare, 17 § om förordnande av biträdande lasarettsläkare, 18 § om rätt till semester och rätt till enskild praktik, 19 § om intagning å sjukhus och 20 § om legosängsavgifter.

Tillämpningsbestämmelser till sjukhuslagen äro givna i sjukhusstadgan den 20 december 1940 (nr 1045; ändr. nr 796/1943). Enligt 56 § denna stadga skall vad i stadgan föreskrives om mindre sjukstuga med vissa undantag i tillämpliga delar lända till efterrättelse även för kronikeranstalterna.

Föreskrifter om kronikeranstalter finnas, såsom tidigare (kap. 13 s. 101) nämnts, vidare i kungörelsen den 27 juni 1927 ang. statsbidrag till uppförande eller inrättande av hem för kroniskt sjuka (nr 245; ändr. 83/1929 och 335/1945) samt kungörelsen den 27 juni 1927 ang. statsbidrag till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka (nr 246; ändr. nr 406/1938 och 336/1945).

Slutligen märkes stadgan den 29 maj 1931 (nr 172) ang. enskilda sjukhem och förlossningshem. Under denna stadga torde falla enskilda kronikeranstalter, som inrättats utan bidrag av statsmedel och vilka ej heller åtnjuta statsbidrag till driften.

Sjukhusutredningens förslag. Vad utredningen i det föregående förordat, påkallar vissa ändringar i gällande bestämmelser rörande kronikervården. Utredningen har i samband härmed övervägt att i en enda fristående författning sammanföra alla för kronikervårdens reglering erforderliga regler. En sådan lösning skulle onekligen ur överskådlighetssynpunkt vara förenad med vissa fördelar. Emellertid är att märka, att statsbidragsförfattningarna för närvarande äro föremål för översyn av särskilda sakkunniga. Då härtill kommer, att åtskilliga av de regler, som innehållas i sjukhuslagen och sjukhusstadgan, redan tillämpas och enligt utredningens uppfattning alltjämt — åtminstone efter vissa jämkningar — böra kunna tillämpas även på kronikervården och då tillskapandet av en särskild författning för kronikervården sålunda måste komma att innebära en upprepning av stora delar av nu gällande sjukhuslag och -stadga, har det synts sjukhusutredningen lämpligast att bibehålla den nuvarande ordningen. Utredningen har därför stannat för att föreslå vissa ändringar i de författningar, som nu gälla på detta område. Förslagen äro av följande lydelse.

A. Lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus.

Härigenom förordnas, att 1 §, 2 § 2 mom., 7 och 11 §§, 14 § 2 mom., 16 §, 19 § 1 mom., 21 § 2 mom. och 23 § lagen den 20 december 1940 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus[1] skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

1 §.

Landsting, så — — — vid barnsbörd.

Vård, som — — — i landsting.

Denna lag äger icke tillämpning å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet; och skall vad däri finnes stadgat endast i den mån nedan föreskrives gälla anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka eller konvalescenter.

2 §.

2. Med *sjukhus* — — — 20 § epidemilagen.

Sjukhus, som ej enligt vad nedan i detta stycke stadgas är att anse såsom tuberkulossjukvårdsanstalt, epidemivårdanstalt eller anstalt för kroniskt sjuka, benämnes *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.* Sjukhus, som till huvudsaklig del är avsett för vård av sjuka, behäftade med i 2 § 1 mom. epidemilagen omförmäld sjukdom *(epidemivårdanstalt),* benämnes *epidemisjukhus,* om det är avsett

[1] Senaste lydelse, se beträffande 1 §, 2 § 2 mom., 7 §, 14 § 2 mom., 16 §, 19 § 1 mom. 21 § 2 mom. och 23 § SFS 1946: 129. beträffande 7 § se SFS 1945: 79.

för dylika vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och eljest *epidemisjukstuga*. Sjukhus, som anordnats — såsom fristående anstalt eller anslutet till lasarett eller sjukstuga — uteslutande eller till huvudsaklig del för vård av långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel men vilka icke lida av tuberkulos, benämnes *anstalt för kroniskt sjuka*.

För sjukvård — — — epidemisjukstuga *epidemisjukstuguläkare*.

7 §.

Vid sjukhus — — — beredas densamma.

Sjukhus skall — — — behovet påkallad.

Sjukstuga må — — — sextio vårdplatser.

Sjukhus, som — — — särskilda rum.

Vid beräknande jämlikt tredje och fjärde styckena av antalet vårdplatser skola platser å anstalt för kroniskt sjuka, som är ansluten till sjukstuga, icke medräknas samt platser å barnbördsavdelning medräknas allenast i den mån antalet sådana platser överstiger femton.

11 §.

Den för sjukvården ansvarige läkaren eller, där inom en och samma sjukhusanläggning flera sådana finnas, den av dem, som därtill av sjukvårdsberedningen förordnas, är mellan direktionens sammanträden sjukhusets inför direktionen ansvarige styresman. Sjukvårdsberedningen må, när skäl därtill äro, återkalla förordnande och förordna annan styresman.

För sjukhus — — — direktionens hörande.

Om beslut — — — underrätta medicinalstyrelsen.

Från bestämmelserna — — — meddela undantag.

14 §.

2. Sjukstuguläkare vid — — — till efterrättelse.

Annan sjukstuguläkare ävensom tuberkulossjukstuguläkare, epidemisjukstuguläkare och läkare vid anstalt för kroniskt sjuka tillsättas av sjukvårdsberedningen efter hörande av vederbörande direktion genom förordnande för viss tid eller tills vidare, i senare fallet med ömsesidig rätt till minst sex månaders uppsägningstid. Sådan läkartjänst må ej besättas med annan än den, som av medicinalstyrelsen funnits enligt vederbörligen meddelade bestämmelser till tjänsten behörig. I förordnande, som för viss tid meddelas sjukstuguläkare, skall intagas förbehåll därom, att, därest beslut fattas om sådant utvidgande, att sjukstuguläkaren skall tillsättas enligt första stycket, eller om sjukstugans omändring till lasarett, sjukstuguläkaren skall vara pliktig att avgå sex månader efter uppsägning. Motsvarande förbehåll för det fall att tuberkulossjukstuga omändras till sanatorium eller epidemisjukstuga omändras till epidemisjukhus skall intagas i förordnande, som för viss tid meddelas tuberkulossjukstuguläkare eller epidemisjukstuguläkare.

16 §.

Vid lasarett — — — böra uppställas.

Vad i första stycket stadgas om sjukstuga skall äga motsvarande tillämpning med avseende å anstalt för kroniskt sjuka.

Underläkare tillsättes av sjukvårdsberedningen genom förordnande på viss tid, som i fråga om annat sjukhus än anstalt för kroniskt sjuka utan Konungens medgivande icke må överstiga tre år i sänder.

Tiden för — — — förordnande föreligger.

19 §.

1. Intagning å — — — därtill föranleda.

Är någon — — — spridande vidtagits.

Intagning av den, som lider av sinnessjukdom, må icke, ändå fråga är om vård som nyss sagts, äga rum, därest sjukdomen skulle medföra avsevärt obehag för andra sjuka.

Är sjukhus — — — sådan avdelning.

21 §.

2. För sjukvård å tuberkulossjukvårdsanstalt, epidemivårdanstalt eller anstalt för kroniskt sjuka ansvarig läkare må icke mottaga särskild ersättning för åtgärd, som avses i 1 mom. första eller andra stycket.

23 §.

Bestämmelserna i 6 §, 7 § första och andra styckena, 8—12 §§, 14 § 2 mom. andra stycket, 21 § 2 och 3 mom. samt 22 § skola i tillämpliga delar gälla även med avseende å anstalt för vård av konvalescenter, som drives av landsting eller kommun.

Denna lag träder i kraft den — — —.

B. Kungörelse om ändring i sjukhusstadgan den 20 december 1940 (nr 1045).

Härigenom förordnas, att 56 § samt rubriken till 4 kap. sjukhusstadgan den 20 december 1940 skola erhålla följande ändrade lydelse, att i samma stadga skall införas en ny paragraf, betecknad 56 a §, av nedanstående lydelse samt att närmast före sistnämnda paragraf skall införas en rubrik av lydelse som nedan angives.

4 kap.

Anstalter för kroniskt sjuka.

56 §.

Å anstalt för kroniskt sjuka skall med lämpliga mellantider verkställas inspektion av förste provinsialläkaren eller med honom jämställd stads-

läkare; dock skall sådan anstalt, som är anordnad vid lasarett eller därmed jämställd sjukvårdsinrättning, vara underkastad inspektion i enahanda ordning och omfattning, som gäller för sjukvårdsinrättningen i övrigt.

Vad som jämlikt 46 § tredje stycket, 47 och 48 §§, 49 § 3 mom. och 51 § gäller om sjukstuga, som avses i 46 § andra stycket, skall i tillämpliga delar lända till efterrättelse i fråga om anstalt för kroniskt sjuka; dock skall därvid följande iakttagas:

1) bestämmelserna i 48 § 2 mom. om kungörande av läkartjänst och om inhämtande av medicinalstyrelsens utlåtande skola icke tillämpas;

2) stadgandena i 23 § 1 mom. under 3) och 4) skola icke gälla;

3) sjukvårdsberedningen äger medgiva den jämkning i bestämmelserna i 4—18 §§ om direktionens verksamhet och 31—38 §§ om tillsättande av sysloman eller redogörare och om sådan befattningshavares åligganden, som må anses påkallad med hänsyn till anstaltens beskaffenhet;

4) husmoder må av direktionen antagas jämväl i annan ordning än i 39 § föreskrives.

Angående statsbidrag till anstalt för kroniskt sjuka gäller vad därom finnes särskilt stadgat.

5 kap.

Vissa andra sjukvårdsanstalter.

56 a §.

Vad i denna stadga föreskrives om sjukstuga, som avses i 46 § andra stycket, skall, med undantag av bestämmelserna i 45 §, i tillämpliga delar lända till efterrättelse jämväl för följande av landsting eller kommun drivna anstalter, nämligen dels anstalt för vård av personer, som äro behäftade med någon av de i 2 § 1 mom. epidemilagen uppräknade sjukdomar, dock ej för sådana tillfälliga sjukvårdslokaler som avses i 20 § nämnda lag, dels ock anstalt för vård av konvalescenter.

Denna kungörelse träder i kraft den — — —.

Kommentar. Införandet av ett legalt huvudmannaskap för landstingen i fråga om kronikervården synes böra medföra, att denna gren av sjukhusvården i *sjukhuslagen* regleras i samma omfattning som den sjukhusvård, beträffande vilken landstingen redan äro ålagda ett legalt huvudmannaskap.

I ovan framlagda förslag till lag angående ändring i sjukhuslagen har sjukhusutredningen upptagit de jämkningar, som torde böra föranledas av att de olika paragraferna komma att avse även kronikeranstalterna. Beträffande det närmare innehållet i av utredningen föreslagna ändringar hänvisar utredningen till lagförslaget. Följande torde dock i detta sammanhang böra framhållas.

Landstingens skyldighet att ombesörja även anstaltsvård för kroniskt kroppssjuka har utredningen ansett kunna enklast komma till uttryck genom en jämkning av sista stycket i 1 §.

Med sjukhus förstås i sjukhuslagen enligt 2 § 2 mom. första stycket sjukvårdsanstalt, som drives av landsting eller kommun och som ej är anordnad vid fattigvårdsanstalt eller lyder under militär myndighet. Med hänsyn till att kronikeranstalt enligt utredningens förslag skall betraktas som sjukhus i sjukhuslagens mening, blir följden, att de kronikeranstalter, som för närvarande äro anordnade vid fattigvårdsanstalter, liksom hittills komma att falla utanför lagen. På denna punkt synes genomförandet av utredningens förslag icke böra medföra någon ändring i vad nu gäller.

Genom att 3—5 §§ göras tillämpliga jämväl å kronikeranstalterna, fastslås bl. a. vederbörande sjukvårdsberednings befogenhet att utfärda sådana bestämmelser rörande patientfördelningen på sjukvårdsområdets kronikeranstalter, som kunna befinnas erforderliga för ett rationellt utnyttjande av de tillgängliga platserna.

Utredningen har ansett, att därest en anstalt för kroniskt sjuka är ansluten till sjukstuga, detta förhållande icke skall påverka vederbörande sjukhus' karaktär och därför heller icke föranleda, att man vid beräknandet av platsantalet enligt 7 § tredje stycket medräknar antalet platser för det kroniska klientelet. I anledning härav har föreslagits viss ändring i samma paragrafs sista stycke.

Genom formuleringen av 11 § första stycket har utredningen främst avsett att lagfästa, att för en i sjukhusanläggningen ingående kronikeranstalt må kunna förordnas samma styresman som för anläggningen i övrigt.

Reglerna i 13 § angående skyldighet för huvudmannen att inhämta Konungens tillstånd vid ifrågasatt uppdelning av sjukhus på flera ansvariga läkare synas icke böra göras tillämpliga å anstalt för kroniskt sjuka. Då emellertid till skillnad från vad gäller sjukstugor och tuberkulosvårdanstalter dylik uppdelning dock kan komma att befinnas påkallad vid större kronikeranstalter, synes det kunna överlämnas till vederbörande sjukvårdsberedning att avgöra, om i något fall en dylik anstalt finnes böra uppdelas på avdelningar.

14 § 2 mom. andra stycket har endast ändrats i så måtto, att i uppräkningen av sjukhusläkarna intagits även läkare vid kronikeranstalt.

Anledning att, på sätt enligt 16 § andra stycket gäller för lasarett m. m., tidsbegränsa förordnande för underläkare vid anstalt för kroniskt sjuka synes icke föreligga.

Bestämmelsen i 19 § 1 mom. tredje stycket har ändrats så, att förbudet mot intagning på sjukhus av patient, när sådan intagning skulle vålla obehag för andra sjuka, borttagits vad angår kroniskt kroppssjuk. Skyddet mot missbruk av akutsjukhusen anser utredningen tillräckligt tillgodosett genom stadgandet i första stycket och har med ändringen endast velat konfirmera en redan gällande praxis.

I detta sammanhang föreslås ingen ändring i den lagreglering av konvalescentvården, som enligt 23 § för närvarande gäller.

Vad härefter angår *sjukhusstadgan*, har sjukhusutredningen, när kronikervården regleras, ansett sig icke böra frångå den systematik som i fråga om sjukstugorna och tuberkulosvårdanstalterna kommit till uttryck i stadgan, ehuruväl metoden att hänvisa till reglerna för andra slag av sjukhus naturligen har sina olägenheter. Utredningen har emellertid funnit sig böra föreslå vissa förenklingar i de regler, som skola äga tillämpning på kronikeranstalterna. Sålunda ha sjukvårdsberedningarna ansetts böra få friare händer i fråga om direktionen och dess verksamhet, tillsättande av läkare, syssloman och husmoder. Skyldigheten för läkare vid kronikeranstalt att bo och vistas i närheten av anstalten har ansetts böra uppmjukas. Jämväl i övrigt ha vissa jämkningar vidtagits.

Skulle sjukhusutredningens här framlagda förslag vinna bifall, böra nu gällande statsbidragskungörelser överarbetas. Då emellertid frågan om bidragsgrunderna för den slutna kroppssjukvården överhuvudtaget äro föremål för särskild utredning, avstår utredningen från att framlägga förslag i ämnet.

Kap. 16. Sammanfattning.

Då kronikervården av allt att döma står inför ett utbyggande av stora mått, har sjukhusutredningen funnit det angeläget att sammanföra och avhandla det material, som i skilda sammanhang framlagts för att belysa denna vårdforms omfattning, karaktär, klientel och betydelse för sjukvården i dess helhet.

Av praktisk betydelse med hänsyn till såväl beläggningen som till rätten till statsbidrag är att definitionsmässigt avgränsa det kroniska sjukvårdsklientelet från å ena sidan de akut sjuka och å andra sidan sådana ålderdomssvaga, som behöva vård på anstalt. Utredningen föreslår fördenskull en ny definition av det författningsmässiga begreppet kroniskt sjuk, i vilken patientens tillstånd (sjukdomsstadiet) och arten av den vård han behöver framställes såsom det för avgränsningen väsentliga.

Till lasarett eller sjukstuga ansluten anstalt för vård av kroniskt sjuka benämner sjukhusutredningen »avdelning för kroniskt sjuka» och anstalt utan sådan anslutning »hem för kroniskt sjuka». På lasarettsanslutna avdelningar för kroniskt sjuka böra i första hand omhändertagas fall, vid vilka man har att räkna med komplikationer och ändringar i tillståndet som kräva ett lasaretts resurser. Hemmen för kroniskt sjuka böra i huvudsak befatta sig med de fall, vid vilka dylik anledning till vårdens anslutning till lasarett icke förefinnes. En sådan avvägning är av betydelse för en i ekonomiskt hänseende rationell utbyggnad och drift av kronikervården.

På grundval av vissa beräkningar och överväganden har utredningen kommit till uppfattningen, att hela antalet kroniskt sjuka i vårt land för när-

varande utgör 3 à 4 ‰ av hela folkmängden, eller 20 000 à 27 000 personer. Till följd av åldersförskjutningarna är en betydande tillväxt av detta klientel att motse under de närmaste årtiondena.

Enär man har anledning räkna med, att icke alla kroniskt sjuka komma att söka anstaltsvård, har utredningen stannat för att för den omedelbara framtiden förorda en utbyggnad av kronikervården intill 3 ‰ av nuvarande folkmängd, eller motsvarande 20 000 vårdplatser. Antalet för närvarande tillgängliga platser på allmänna och enskilda anstalter beräknar utredningen till inemot 8 000. Den förordade utbyggnaden bör främjas genom fortsatta bidrag till uppförande och drift. Viss bidragskvot bör därvid bibehållas, men gälla lika för landsting och städer utanför landsting. Det önskvärda genomsnittet på 3 ‰ bör uppnås på så sätt, att nuvarande kvot generellt höjes till 2½ ‰ av sjukvårdsområdenas invånarantal, med rätt för Kungl. Maj:t att, där så finnes motiverat, höja densamma till förslagsvis högst 3½ ‰.

Driften av anstalterna för kroniskt sjuka anser utredningen i stort sett kunna ske med nuvarande sammansättning av personalbeståndet, som karakteriseras av ett förhållandevis litet antal skolade sjuksköterskor.

Till lasarett anslutna kronikeravdelningar synas lämpligen böra omfatta lägst 25 platser. Fristående vårdhem för kroniskt sjuka böra i allmänhet icke anordnas för lägre platsantal än 35.

Med utgångspunkt från vad i betänkandet anförts, har utredningen upptagit frågan om kronikervårdens lagliga reglering till behandling i särskilt kapitel, vilket innehåller förslag till ändringar i sjukhuslagen och -stadgan, innefattande bland annat fastställande av legalt huvudmannaskap, jämte specialmotivering.

Statens offentliga utredningar 1947

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Förslag till konvention mellan Sverige, Danmark och Norge om erkännande och verkställighet av domar i brottmål m. m. [16]
Lagberedningens förslag till jordabalk. 1. [38]
Betänkande med förslag om upphävande av äldre giftermålsbalken. [43]
Förslag till tryckfrihetsförordning. [60]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Betänkande med utredning rörande riksräkenskapsverkets organisation. [13]
1945 års lönekommitté. 2. Betänkande med förslag till statens allmänna avlöningsreglemente m. m. [23]
Betänkande ang. reglering av anställningsförhållandena för viss civil personal inom statsförvaltningen. Del 2. Personal med teknisk utbildning m. fl. [58]

Kommunalförvaltning.

Betänkande med förslag till lag om regionkommuner m. m. [30]
Kommunallagskommitténs betänkande 1 med förslag ang. ändringar i kommunallagarnas bestämmelser om borgerlig primärkommuns kompetens och om kvalificerad majoritet. [53]

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Polisen och allmänheten. Betänkande med förslag till tjänstereglemente för polisväsendet. [45]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Kollektiv tvätt. Betänkande med förslag att underlätta hushållens tvättarbete. [1]
Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 2. Förslag angående yrkesvägledning och yrkesutbildning för partiellt arbetsföra m. m. [18] 3. Utredningar och förslag ang. sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. [44]
Kompetensfordringar för statliga, vissa halvstatliga och kommunala tjänster samt sådana yrken och befattningar, för vilkas utövande kräves av statlig myndighet utfärdad behörighetsförklaring eller legitimation. [19]
Socialvårdskommitténs betänkande. 15. Utredning och förslag ang. särskilda barnbidrag och bidragsförskott m. m. [21]
Betänkande rörande ett centralt arbetsmarknadsorgan. [24]
Slutbetänkande avgivet av bostadssociala utredningen. Del 2. Saneringen av stadssamhällenas bebyggelse. Organisationen av låne- och bidragsverksamheten för bostadsändamål. [26]
Stuveriverksamheten i svenska hamnar. [28]
Välfärdsanordningar för sjöfolk i hamn. [29]
1945 års skogshärbärgesutrednings betänkande. Del 1. Utredning rörande bostads- och levnadsförhållandena på hemmansskogarna med förslag till åtgärder för bostadsbeståndets komplettering och förbättrande. [37]
Statsmakterna och folkhushållningen under den till följd av stormaktskriget 1939 inträdda krisen. Del 7. Tiden juli 1945—juni 1946. [41]
Betänkande ang. familjeliv och hemarbete. [46]

Hälso- och sjukvård.

Statens sjukhusutrednings av år 1943 betänkande. 2. Den lasarettsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka. [61] 3. Utredningar och förslag ang. sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. [44]

Allmänt näringsväsen.

Elkraftutredningens redogörelse nr 1. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Inledande översikt. [3]
Betänkande med förslag till standardtariffer för detaljdistribution av elektrisk kraft. [4]
Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 15. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Älvsborgs län. [20] 2: 12. Malmöhus län. [35] 2: 11. Kristianstads län. [40]. 2: 8—10. Kalmar län, Gotlands län och Blekinge län. [48] 2: 25. Norrbottens län. [54] 2: 13—14. Hallands län samt Göteborgs och Bohus län. [57]
Möbler. Betänkande avgivet av 1946 års möbelutredning. [52]

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande ang. fiskerinäringens efterkrigsproblem samt den prisreglerande verksamheten på fiskets område. [2]
Betänkande med förslag ang. lantmäteripersonalens organisation samt avlöningsförhållanden m. m. [7]
Betänkande med förslag ang. fiskets administration m. m. [8]
Utredning med synpunkter på sågverksdriften i Norrland och förslag angående inrättande av en central sågverksskola. [32]
Redogörelse i sammandrag för utredning rörande planering av jordbruket och skogsbruket i Nedertorneå kommun. [33]
Vid andra riksskogstaxeringen av Norrland åren 1938—42 använd metodik och härom vunna erfarenheter. Redogörelse avgiven av 1937 års riksskogstaxeringsnämnd. [36]
Betänkande ang. organisationen av försöksverksamheten på jordbrukets område. [42]
Fiskerättskommitténs förslag till fiskelag jämte därmed sammanhängande författningar. [47]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Handeln med olja. Betänkande med förslag avgivet av oljeutredningen 1945. [14]
Betänkande med förslag till ändrad lagstiftning ang. handel med skrot, lump och begagnat gods. [22]
Sysselsättningsförhållandena inom varuhandeln. [50]

Kommunikationsväsen.

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Betänkande med förslag till geofysiskt observatorium i Kiruna m. m. [6]
Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m. m. Del 3. Tandläkarinstitutens organisation m. m. [9]
1940 års skolutrednings betänkanden och utredningar. 8. Utredning och förslag rörande vissa socialpedagogiska anordningar inom skolväsendet. [11] 9. Gymnasiet. [34] 10. Flickskolan. [49]
Ungdomens fritidsverksamhet. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 4. [12]
1941 års lärarlönesakkunniga. Betänkande med förslag till lönereglering för övningslärare. [15]
Stöd åt utvecklingshämmad ungdom. Ungdomsvårdskommitténs betänkande del 5. [17]
1945 års akademikerutredning. [25]
Betänkande med förslag till ändrad ordning beträffande vissa helgdagar. [27]
Betänkande med förslag ang. utbildning av befäl för handelsflottan m. m. [31]
Supplement nr 7 till Sveriges familjenamn 1920. [39]
Betänkande om granskning och antagning av läroböcker. [51]
Utredning med förslag ang. utbildning av lärare för industri och hantverk vid anstalter för yrkesundervisning m. m. [55]
Utredning ang. organisationen av den finska församlingen i Stockholm samt de tyska församlingarna i Stockholm och Göteborg m. m. [56]
Betänkande med förslag ang. forsknings- och försöksverksamheten samt undervisningen på mejerinäringens område m. m. [59]

Försvarsväsen.

1944 års militärsjukvårdskommittés betänkande. Del 2. [5]
Betänkande med förslag rörande civilförsvarets organisation m. m. [10]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Stockholm 1947. K. L. Beckmans Boktryckeri.

2219 46