National Library
of Sweden

Denna bok digitaliserades på Kungl. biblioteket år 2012

X. A

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1948:14
INRIKESDEPARTEMENTET

DEN ÖPPNA LÄKARVÅRDEN I RIKET

UTREDNING OCH FÖRSLAG

AV

MEDICINALSTYRELSEN

STOCKHOLM
1948

Statens offentliga utredningar 1948

Kronologisk förteckning

1. Betänkande med förslag rörande organisation och avlöningsförhållanden m. m. vid lantmäteristyrelsen och länslantmäterikontoren. Idun. 120 s. **Jo.**
2. Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av verksamheten för jordbrukets yttre och inre rationalisering. Idun. 220 s. **Jo.**
3. Betänkande med förslag till ändrad butikstängningslagstiftning. Norstedt. 148 s. **I.**
4. Markutredningen. 1. Betänkande med förslag till vissa ändringar i expropriationslagstiftningen. Marcus. 169 s. **Ju.**
5. Trädgårdsundervisningen. Norstedt. 200 s. **Jo.**
6. Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 6—7. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras råkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Jönköpings län och Kronobergs län. Beckman. 75 s. **K.**
7. Parlamentariska undersökningskommissionen angående flyktingärenden och säkerhetstjänst. 3. Betänkande angående säkerhetstjänstens verksamhet. Norstedt. 490 s., 1 pl. **I.**
8. Betänkande med förslag till ny Kungl. Maj:ts förordning angående explosiva varor m. m. Norstedt. 231 s. **H.**
9. Betänkande rörande Sveriges smalspåriga järnvägar. Del 3. Smalspåriga järnvägar i Östra Småland och Östergötland. Idun. 243 s. **K.**
10. Betänkande angående skärgårdstrafiken m. m. V. Petterson. 424 s. **K.**
11. Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 4. Förslag angående partiellt arbetsföras anställning i allmän tjänst. Katalog och Tidskriftstryck. 132 s. **S.**
12. Statens trädgårdsförsök. Norstedt. 75 s. **Jo.**
13. Betänkande angående statens järnvägars organisation. Del 1. Den centrala ledningen. Katalog och Tidskriftstryck. 55 s. **K.**
14. Den öppna läkarvården i riket. Idun. 411 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 1948: 14
INRIKESDEPARTEMENTET

DEN ÖPPNA LÄKARVÅRDEN I RIKET

UTREDNING OCH FÖRSLAG

AV

MEDICINALSTYRELSEN

STOCKHOLM 1948
IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG, ESSELTE AB
717266

KUNGL. BIBLIOTEKET STOCKHOLM

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.

Sid.

Skrivelse till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet 5

Inledande anmärkningar 9

Uppdragets innebörd och arbetets uppläggning..... 14

Det allmänna hälsotillståndet 17

Avd. I. Förhållandena inom den öppna sjukvården i Sverige..... 24

Kap. 1. Översikt av utvecklingen fram mot senare år 24

Den öppna sjukvården under tiden för tjänsteläkarorganisationens utdifferentiering..... 24

Poliklinikväsendet..... 27

Den öppna vården i övrigt vid sjukhusen 29

Specialiteterna vid och utanför sjukhus 34

Privatpraktiserande läkare 38

Särskilda enkäter och undersökningar..... 41

Kap. 2. Den öppna vården vid olika slag av anstalter 41

Vård vid polikliniker 41

Annan öppen vård vid kroppssjukhus 49

Vård av psykiskt sjuka 62

Kap. 3. Den öppna vården i övrigt 67

Provinsialläkare..... 67

Stadsläkare och andra kommunalt anställda läkare.. 74

Industri- och verksläkare..... 78

Privatpraktiserande läkare 80

Sköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster..... 84

Kap. 4. Allmänhetens syn på den öppna vården 86

Enkät till sjukkassor 87

Enkät till kvinnoorganisationer 88

Enkät till olycksfallsförsäkringsanstalter 88

Administration och ekonomi inom den öppna vården 90

Kap. 5. Administrativa förhållanden 90

Den rikscentrala hälso- och sjukvårdsledningen 90

Ledningen av hälso- och sjukvården inom sjukvårdsområdena 92

Kap. 6. Den öppna sjukvårdens förhållande till andra vårdformer 100

Relationer till den slutna vården 100

Relationer till hälsovården 105

Relationer till socialvården 107

Sid.

Kap. 7. Ekonomiska förhållanden 109
Allmänhetens kostnader 109
Taxor 113
Övriga ersättningsföreskrifter 114
Läkarnas inkomster av och kostnader för den öppna vården 116
Huvudmännens kostnader 130
Den allmänna sjukförsäkringen 138

Avd. II. Internationell översikt 141

Kap. 8. Notiser om fakta och planer, som berör den öppna läkarvården i följande länder 141
Danmark 141
Finland 149
Island 151
Norge 153
Australien 158
Canada 162
Frankrike 165
Förenta staterna 167
Nya Zeeland 176
Sovjetunionen 179
Storbritannien 183
Tyskland 192
Reflexioner kring innebörden av meddelade notiser 193

Kap. 9. Allmänna principer 195

Avd. III. Diskussion 199

Kap. 10. Principiell diskussion om läkarkonsten och formerna för dess utövning 199
Kap. 11. Otillräckligheten av vår nuvarande organisation för öppen hälso- och sjukvård 236
Svensk målsättning 241
Kap. 12. Möjligheterna att anpassa våra förhållanden efter uppställda principer 242

Avd. IV. Förslag 285

Kap. 13. Allmän organisationsplan för den öppna läkarvården 285
Kap. 14. Aktuella förslag 293
Kap. 15. Framtidsförslag 307
Kap. 16. Till utredningen hänskjutna frågor 319
Kap. 17. Författningsförslag och motivering 328
Kap. 18. Sammanfattning av förslagen 385
Kap. 19. Särskilda yttranden 393
P. M. beträffande hälsocentraler, upprättad inom centrala sjukvårdsberedningen 400

Till

Herr Statsrådet och chefen för inrikesdepartementet.

Genom skrivelse den 15 oktober 1943 uppdrog Kungl. Maj:t åt medicinalstyrelsen att efter samråd med styrelserna för svenska landstingsförbundet och svenska stadsförbundet verkställa utredning i syfte att få till stånd en reglering av den öppna vården vid av landsting eller kommun drivna sjukhus samt att inkomma med det förslag, vartill utredningen kunde föranleda.

De skäl, som närmast föranledde uppdraget och dettas utvidgande, i samband med antagandet av lagen om allmän sjukförsäkring, till att omfatta även vissa frågor, avseende den öppna sjukvården utanför sjukhusen och den förebyggande vården, redovisas i inledande anmärkningar.

För att fullgöra uppdraget utsåg medicinalstyrelsen den 26 oktober 1943 inom sig följande utredningsmän, nämligen generaldirektören J. Axel Höjer, tillika ordförande, medicinalrådet Einar Edén, medicinalrådet John Byttner samt numera byråchefen i medicinalstyrelsen, t. f. kanslichefen i handelskommissionen Erik Annell, varjämte styrelsen samma dag till biträdande sekreterare förordnade numera byråsekreteraren hos styrelsen Ann-Margret Lundgren.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 16 november 1943 hemställde styrelsen bl. a., att landstingsdirektören Einar Henrik Restad måtte förordnas såsom sekreterare för utredningen. Sedan Kungl. Maj:t i brev den 3 december 1943 uppdragit åt Restad att, räknat från och med den 10 november 1943 tills vidare i egenskap av sakkunnig biträda medicinalstyrelsen vid fullgörandet av ifrågavarande uppdrag, anmälde Restad vid utredningens sammanträde den 14 januari 1944 att han på grund av svårigheten att anskaffa vikarie på sin befattning såsom landstingsdirektör såge sig nödsakad att avsäga sig uppdraget som sekreterare; däremot vore han beredd att fortfarande såsom sakkunnig deltaga i utredningens arbete. Till sekreterare under det fortsatta utredningsarbetet i Restads ställe förordnades Lundgren.

Till representanter för svenska landstingsförbundet vid överläggningar med utredningsmännen utsåg förbundets styrelse, enligt skrivelse till medicinalstyrelsen den 29 oktober 1943, medlemmarna av förbundets lönedelegerade ledamoten av riksdagens andra kammare Erik Fast, ledamoten av riks-

dagens första kammare J. B. Johansson och förbundets sekreterare Ivar Dahlgren.

Till representanter för svenska stadsförbundet utsågs, enligt skrivelse den 4 november 1943, ordföranden i förbundets sjukvårdsdelegation, dåvarande borgarrådet Ivar Öman och vice ordföranden i samma delegation, sjukhusdirektören i Göteborg Hugo Höglund med sjukhusdirektören i Stockholm, doktor Nils Hansson såsom suppleant, samt dåvarande direktören i stadsförbundet Hemming Karlsson. Såsom representanter för stadsförbundet har vid olika överläggningar även deltagit kanslidirektören i Stockholms sjukhusdirektion K. G. Tham, ordföranden i Göteborgs sjukhusdirektion, inspektören E. Frankenberg, sekreteraren i Göteborgs sjukhusdirektion B. Grapengiesser samt ledamoten av riksdagens första kammare E. Berling. I skrivelse den 10 juli 1947 har från sjukvårdsdelegationen meddelats, att borgarrådet Öman såsom representant i utredningen efterträtts av den nyvalde ordföranden i sjukvårdsdelegationen, tjänstemannen Knut Andersson.

Under utredningens gång har i olika frågor sakkunnigutlåtanden inhämtats från medlemmarna av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professorerna S. Hellerström, G. Holmgren, S. Ingvar, A. Lichtenstein, K. G. Ploman, Nanna Svartz, G. Söderlund och A. J. Wallgren.

I frågor, som berört den öppna sjukvårdens lokaler, har centrala sjukvårdsberedningen ställt sig till utredningens förfogande dels för bedömande av de nuvarande förhållandena, dels — efter av chefen för socialdepartementet därtill lämnat bemyndigande — för uppgörande av principförslag till ändamålsenliga mottagningslokaler för olika grenar av öppen vård. Med sjukvårdsberedningens arkivavdelning har vid lösandet av denna uppgift samarbetat lasarettsläkaren A. Engel, lasarettsläkaren S. Lindgren, biträdande läkaren E. Lindgren samt provinsialläkaren J. Castenfors.

Såsom statistiker har utredningsmännen anlitat inspektören i statens arbetsmarknadskommission I. Lundgren, som bl. a. verkställt bearbetning av det insamlade enkätmaterialet samt av 1943 års läkardeklarationer, vilka sistnämnda för ändamålet av finansdepartementet genom ämbetsskrivelse den 17 november 1944 ställts till Lundgrens förfogande.

I det vidsträckta samarbete, som resulterat i den föreliggande utredningen, har — utom medicinalstyrelsen och de båda samrådsinstanserna — deltagit ett stort antal intresserade myndigheter och korporationer. Bland de läkarorganisationer, som varit representerade vid överläggningar, hörts genom enkäter eller på annat sätt beretts tillfälle att medverka vid utredningens planläggning, vid insamlandet eller bedömandet av det inkomna materialet samt vid formuleringen av de slutsatser, det gett anledning till, märkes Sveriges läkarförbund, svenska lasarettsläkarföreningen, förste provinsialläkarnas förening, svenska provinsialläkarföreningen, svenska stadsläkarföreningen, svenska sanatorieläkarföreningen, svenska psykiatriska föreningen, Sveriges yngre läkares förening och Sveriges praktiserande läkares förening.

Utom till olika läkarkategorier har enkäter utgått till de erkända sjukkassorna, riksförsäkringsanstalten och olycksfallsförsäkringsbolagen samt ett antall kvinnoorganisationer. Överläggningar har vidare hållits med representanter för pensionsstyrelsen och svenska sjukkasseförbundet. Olika lokala huvudmän har sökt och erhållit kontakt med utredningen. Också med en del andra utredningar, som sysslat med likartade eller närliggande problem, såsom läkarutbildningssakkunniga, sjukhusutredningen, Norrlandskommittén, Stockholms stads poliklinikutredning m. fl. har visst samarbete ägt rum.

Kapitlen om de utländska förhållandena inom den öppna läkarvården har utarbetats på grundval av litteratur, delvis redovisad i kap. 8 och 9, samt i övrigt tillgängliga författningsförslag och -texter, tidnings- och tidskriftsartiklar ävensom studieresor och intervjuer med besökande utländska experter. För uppgifter om Danmark har vi bl. a. att tacka medicinaldirektören i danska Sundhedsstyrelsen Joh. Frandsen och överläkaren i samma styrelse Eigil Juel Henningsen, som också granskat avsnittet i manuskript. På samma sätt är vi skyldiga helsedirektören i norska Helsedirektoriatet Karl Evang och doktor Otto Galtung-Hansen tack för uppgifter till och genomgång av det norska avsnittet samt medicinalrådet H. Lavonius för vissa uppgifter till avsnittet om finska förhållanden. Värdefulla uppgifter har också erhållits beträffande de danska förhållandena av bl. a. de danska läkarna Hilmar J. Fridericia, V. A. Fenger, K. H. Backer, Per Lous och Karl Teilmann och beträffande förhållandena i Norge de norska läkarna C. Saemb, H. J. Ustvedt och L. Linneberg. Doktor J. A. Charles i engelska hälsovårdsdepartementet och generalsekreteraren i motsvarande franska departement André Cavaillon har vid besök i Sverige granskat och kompletterat de insamlade uppgifterna om sina respektive länder. Från flertalet övriga länder har doktor J. B. Grant, Rockefeller Foundation, delgivit oss sina iakttagelser från fleråriga studieresor, avseende hälso- och sjukvårdens administration.

Två av utredningens medicinska ledamöter liksom också andra svenska läkare har under studieresor i olika länder haft sin uppmärksamhet riktad på förhållandena inom den öppna sjukvården. Rapporter från dessa resor har till utredningen avgivits av generaldirektör Höjer om danska, norska, engelska och skotska förhållanden, medicinalrådet Byttner om finska, lasarettsläkaren Lars Svante Svensson om franska, professorn Hilding Berglund, professorn Jan Waldenström och lasarettsläkaren H. Malmros m. fl. om nordamerikanska förhållanden.

Samtidigt som härmed ett tack uttalas till samtliga dem, som varit utredningen till hjälp, är det angeläget att betona, att utredningsmännen ensamma är ansvariga för innehållet i och formuleringen av de slutsatser och förslag, som här framlägges. Detta gäller också i förhållande till samrådsinstansernas representanter, vilka uttryckligen förbehållit sina uppdragsgivare rätt att vid en granskning av det färdiga betänkandet obundna av den föregående diskussionen taga ställning till förslagen.

Vid betänkandets utformning har samtliga utredningsmän deltagit, ehuru i olika grad, då medicinalrådet Edén av sin ställning som generaldirektörens ställföreträdare i medicinalstyrelsen under hela utredningen och landstingsdirektören Restad av sin tjänst under dess senare del hindrats att i större utsträckning deltaga i arbetet; dessa båda ledamöter är därför icke i samma utsträckning som de övriga utredningsmännen ansvariga för det framlagda resultatet.

I det följande kallar sig utredningsmännen *vi*. De bilagor, till vilka på åtskilliga ställen hänvisas, återfinnes i den separat publicerade bilagedelen till betänkandet.

Stockholm den 29 september 1947.

J. AXEL HÖJER

EINAR EDÉN JOHN BYTTNER

EINAR RESTAD ERIK ANNELL

/ *Ann-Margret Lundgren*

Inledande anmärkningar.

Sedan gammalt skiljer man i vårt land mellan sluten sjukvård, d. v. s. på sjukvårdsanstalt lämnad vård åt där intagna, öppen sjukvård samt hälsovård. Medicinalstyrelsen utövar under Kungl. Maj:t högsta tillsyn över dessa olika vårdformer, som handhas och finansieras av stat, landsting, primärkommuner, vissa halvofficiella sammanslutningar, enskilda m. fl.

Den slutna kropps- och sinnessjukvården samt den öppna vården genom allmänläkare på landsbygden, provinsialläkarvården, är i vårt land sedan länge i stor utsträckning ordnad genom det allmännas försorg. Även inom städer och stadsliknande samhällen är en del av den öppna vården genom allmänläkare (stads-, stadsdistrikts-, köpings- och municipalläkare) reglerad av det allmänna. Den personliga hälsoövervakningen genom individuell läkarundersökning av var och en inom vissa åldrar och kategorier är likaså sedan ett årtionde en angelägenhet, som det allmänna flerstädes åtagit sig. Av sjukvårdens olika delar är det endast den öppna specialläkarvården och den öppna allmänläkarvården av andra än tjänsteläkare, som ännu i stort sett saknar en närmare reglering.

Den utveckling och differentiering, som hälso- och sjukvården genomgått på senare tid, har särskilt understrukit behovet av en bättre samordning av de olika vårdformerna med varandra och med andra former för social omvårdnad. Gällande lagstiftning på området har visat sig i många avseenden otillräcklig och oändamålsenlig. Härigenom har skapats svårlösta konflikter och allmän oro. Utvecklingen själv har sålunda framdrivit kravet på en fullständigare reglering av hithörande förhållanden.

Belysande för dessa svårigheter är förhållandena på det s. k. *poliklinikväsendets* område. Beträffande de stora, av huvudmännen för den slutna vården drivna öppna mottagningarna,[1] »poliklinikerna», särskilt i storstäderna, genom vilka det allmänna på senare år i stigande omfattning sökt tillgodose de ökade kraven på specialläkarvård, har starka motsättningar mellan huvudmän och läkare kommit till synes. Även från allmänhetens sida har den s. k. poliklinikfrågan rönt ett stort intresse, som manifesterats bl. a. i dagspressen.

[1] Stundom begagnas om öppen vård, som ges vid anstalt åt där icke intagna, benämningen »halvöppen» vård. Vi använder icke detta uttryck.

I det följande skall några exempel ges på frågor av principiell betydelse, vilka föranlett stridigheter.

Ett problem utgör *huvudmannens behörighet och befogenhet* vid poliklinikerna. Frågan härom aktualiserades tillika med en del andra problem, då överläkaren vid Sahlgrenska sjukhusets radiologiska avdelning anförde besvär över några av gemensamma direktionen för Göteborgs sjukhus den 18 mars 1940 fattade beslut rörande arbets- och avlöningsförhållanden vid radiologiska polikliniken på nämnda sjukhus. Medicinalstyrelsen kom till den uppfattningen, att ett av de överklagade besluten innebar våda för patienterna och ansåg sig böra i denna del upptaga ärendet till prövning och avgörande. Kungl. Maj:t fann, att laglig grund för styrelsens ingripande i föreliggande fall saknades, och undanröjde därför styrelsens beslut. Avsaknaden av bestämmelser, som kunde möjliggöra en saklig och ej blott en formell prövning av denna punkt i ärendet, hade därigenom klarlagts.

Gången av detta ärende var följande: Medicinalstyrelsen, som ansett sig behörig att jämlikt 9 § i lagen den 22 juni 1928 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus till prövning upptaga de anförda besvären i vad dessa avsåge beslutet att »arbetet å polikliniken under överläkarens inseende skulle utföras av de vid sjukhusets radiologiska avdelning anställda underläkarna eller deras vikarier», prövade i sjukvårdens och patienternas intresse lagligt upphäva beslutet i denna del. Över styrelsens ifrågavarande beslut anförde direktionen besvär hos Kungl. Maj:t. I anledning härav framhöll styrelsen i sin förklaring hösten 1941 bl. a., att densamma »i det läge, vari arbetsförhållandena vid ifrågavarande poliklinik råkat» icke ansett det »vara med sin ställning som högsta tillsyningsmyndighet över sjukvården i riket förenligt att utan saklig prövning visa ärendet ifrån sig med påföljd, att ärendets avgörande skulle komma att överflyttas på myndighet, som endast ägde att anlägga rent formella synpunkter på denna för sjukvårdens behöriga handhavande så viktiga fråga». Medicinalstyrelsen ansåg sig med hänsyn till de svårigheter, som detta ärende återspeglade och som kunde väntas bli alltmer framträdande, allteftersom den öppna vården i samband med lasaretten utvecklades, böra framhålla angelägenheten av att poliklinikfrågan snarast underkastades en allsidig och förutsättningslös utredning. Genom beslut den 25 september 1942 i anledning av besvären förklarade Kungl. Maj:t, att, enär i målet icke kunde anses vara fråga om anstaltsvård, som avsåges i omförmälda lag eller i Kungl. Maj:ts reglemente den 16 september 1932 för Göteborgs stads sjukhus samt medicinalstyrelsen ej heller på annan grund ägt upptaga de av vederbörande överläkare anförda besvären till prövning, Kungl. Maj:t funnit lagligt undanröja medicinalstyrelsens beslut.

Genom sitt den 15 oktober 1943 till medicinalstyrelsen givna uppdrag att verkställa här föreliggande utredning har Kungl. Maj:t tillmötesgått det av styrelsen vid dess behandling av detta ärende uttalade önskemålet om en utredning av poliklinikfrågan, ett önskemål, som i fråga om den öppna vården i allmänhet också i andra sammanhang framförts av styrelsen.

Ett annat problem, avseende lasarettsläkarnas öppna *enskilda* mottagning, aktualiserades ungefär samtidigt vid lasarettet i Eskilstuna. I detta fall gällde frågan bl. a. chefläkarens och underordnade läkares förhållande till den öppna vården vid öronavdelningen, där tillströmningen av vårdsökande var så stor, att huvudmannen ansåg en ytterligare läkarkraft böra anstäl-

las. Då medicinalstyrelsens beslut om avvisande av den härom gjorda framställningen vann laga kraft, får det anses sannolikt, att formella hinder förelåg för att på föreslaget sätt förstärka den öppna vårdens arbetskrafter.

Södermanlands läns landstings förvaltningsutskotts sjukvårdsavdelning hade i skrivelse till medicinalstyrelsen den 27 juni 1941 hemställt om rätt att vid öronavdelningen på nämnda lasarett anställa en extra läkare, i vars åliggande skulle ingå bl. a. att hålla viss taxebunden öppen mottagning samt att »till lasarettskontoret inleverera genom den taxebundna mottagningen influtet belopp». Medicinalstyrelsen, som ansåg sig icke kunna utfärda det begärda förordnandet, erinrade i skrivelse den 8 juli 1941 bl. a. om bestämmelserna i 12 § sjukhuslagen den 22 juni 1928, vari förfarandet vid anordnande av mottagning för öppen sjukvård på sjukhus vore reglerat, samt ifrågasatte, om icke stadgandet i 24 § 1 mom. 3) ävensom 27 § 2 mom. av sjukhuslagen lade hinder i vägen för bifall till framställningen.

Formerna för *lasarettsläkarnas ersättning för arbetet i den öppna vården* har även förorsakat svårlösta konflikter mellan läkare och huvudmän, stundom ledande till så allvarliga åtgärder som »blockad» från Sveriges läkarförbunds sida av ett stort antal ledigförklarade lasarettsläkarbefattningar, vilka dock tills vidare fått uppehållas genom vikarier. Ofullständigheten i författningsbestämmelserna rörande den öppna vården vid anstalter har härvid spelat en roll, även om t. ex. i fråga om lasarettsläkartjänsten vid barnavdelningen i Landskrona liksom i fråga om överläkartjänsten som neurokirurg i Lund andra principiella tvistefrågor skärpt konfliktläget.

Frågan om en fortsatt reglering och formerna för en sådan aktualiserades också genom att landstinget i Norrbottens län våren 1940 för förhandsgodkännande underställde medicinalstyrelsen vissa förslag, sammanhängande med ett föregående år av landstinget fattat beslut om »åstadkommande av en billigare och taxebunden poliklinikverksamhet vid landstingens sjukvårdsanstalter».

Förslaget, som bl. a. innebar, att särskild busstrafik skulle anordnas för patienter till lasarettens öppna mottagningar, där en taxa av 1: — kr. per besök var avsedd att tillämpas, kunde bl. a. medföra risk för en belastning av anstalternas specialläkare med allmänna sjukdomsfall, som ur sjukvårdssynpunkt med större fördel skulle ha undersökts av provinsialläkaren i hemorten.

Förslagets närmare innebörd och behandling framgår av nedanstående redogörelse.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 6 maj 1941 angående ifrågasatt anordnande vid Norrbottens läns landstings sjukvårdsanstalter av en taxebunden poliklinikverksamhet m. m. meddelade medicinalstyrelsen med överlämnande av handlingarna i ärendet bl. a., att Norbottens läns landsting vid lagtima möte år 1939 beslutit,

att i princip godkänna förvaltningsutskottets i ämnet framförda förslag om besöksavgift för poliklinikpatienter och därmed i samband stående förändringar av den polikliniska verksamheten,

att bemyndiga förvaltningsutskottet att i samråd med vederbörande lasarettsdirek-

tioner och eventuellt även med representanter för medicinalstyrelsen fastställa nya löneförmåner för lasarettsläkare att tillämpas i samband med införande av besöksavgift på lasarettens polikliniker ävensom att fastställa löneförmåner, för eventuellt erforderliga biträdande polikliniläkare.

att bemyndiga förvaltningsutskottet att i samråd med respektive lasarettsdirektioner besluta om de ytterligare åtgärder, som visade sig erforderliga för genomförande av föreliggande förslag, samt

att uppdraga åt förvaltningsutskottet att igångsätta utredning samt vidtaga förberedande åtgärder för införande av besöksavgift jämväl på landstingets sjukstugor och tuberkulosanstalter.

Under åberopande av dessa beslut hade förvaltningsutskottet till medicinalstyrelsen med skrivelse den 11 maj 1940 översänt förslag till löneförmåner för lasarettsläkarna vid lasaretten i Luleå, Piteå och Gällivare att tillämpas sedan besöksavgifter införts.

Med anledning härav ville styrelsen erinra om sin i skrivelser den 9 februari 1939 och den 29 oktober 1940 gjorda hemställan, att Kungl. Maj:t måtte utse särskilda sakkunniga att verkställa utredning och avgiva förslag angående ändringar och tillägg till gällande sjukhuslag och -stadga. Enligt styrelsens mening borde vid verkställande av den sålunda ifrågasatta utredningen den av Norrbottens läns förvaltningsutskott framlagda, ovan omförmälda frågan, vilken torde beröra stora delar av den öppna kroppssjukvårdens organisation, bli ett av de centrala problemen. Medicinalstyrelsen hade därför funnit sig för det dåvarande icke böra besvara förvaltningsutskottets skrivelse utan istället till Kungl. Maj:t överlämna handlingarna i ärendet under hemställan, att, därest den av styrelsen förordade utredningen komme till stånd, ifrågavarande handlingar måtte överlämnas till de sakkunniga för att tagas i beaktande vid fullgörande av det dem lämnade uppdraget.

Förhållandena inom den öppna sjukhusvården kompliceras bl. a. av att klientelet indelas i så många olika grupper efter varierande indelningsgrunder. Man skiljer t. ex. på patienter, som söker för intagning, för eftervård, sedan de tidigare varit intagna, eller för rådfrågning och vård utan samband med intagning. Patienterna kan vidare vända sig till chefläkarens enskilda mottagning (utövad av honom själv eller annan läkare), till s. k. poliklinisk mottagning eller — utanför fastställd mottagningstid — till jourhavande läkare. Dessa olika mottagningar är ofta i praktiken sammanblandade. Tvekan har därför ofta visat sig råda, om en för viss patientkategori eller visst slag av mottagning utfärdad bestämmelse varit tillämplig i ett givet fall eller icke. I andra fall har bestämmelsernas knapphändighet visat sig icke utesluta en praxis, som otvivelaktigt strider mot deras andemening.

Exempel: Begäran om ersättning för råd eller recept, givna i samband med in- och utskrivning. Om vissa tolkningssvårigheter i fråga om de bestämmelser, som nu återfinns i 21 § i 1940 års sjukhuslag, se referat av medicinalstyrelsens beslut den 28 februari 1935 angående av en lasarettsläkare mottagen särskild ersättning för åtgärd (undersökning), som stått i omedelbart samband med intagning på lasarett. (M. F. 1935: 24, tryckt också i A. E. Bastman: Medicinalförfattningar 1945 sid. 287.)

I det ovanstående har några exempel givits på situationer, i vilka bristerna i den öppna vårdens reglering eller frånvaron av en sådan trätt i dagen. Det är här icke fråga om enstaka undantagsfall. I själva verket råder oenig-

het i fråga om själva huvudprinciperna för den öppna vårdens organisation. Denna synes bero på olikheter i själva grunduppfattningen av ändamål och syfte med ifrågavarande vård, såsom närmare utvecklas i kap. 10, 11 och 12.

Utöver de formella tolkningssvårigheter, som berörts i dessa exempel, har olägenheter av den bristfälliga regleringen på området i praktiken konstaterats av både allmänhet, läkare och olika myndigheter.

Från allmänhetens sida har bl. a. i pressen påtalats svårigheten att erhålla läkarhjälp i öppen vård, skillnaden i kostnader för en patient i den slutna vården och i den öppna vården samt långa väntetider framför allt på sjukhusmottagningar.

Mot lasarettsläkarnas öppna mottagningar har klagomål stundom rests från privatpraktiserande läkares sida, stundom också från tjänsteläkarna i den öppna vården, i det de menat, att allmän praktik icke borde utövas av sjukhusens specialläkare.

Då det allmänna sett sig föranlåtet att anförtro någon ny medicinsk eller hälsovårdande uppgift åt tjänsteläkare (allmän vaccination, förebyggande mödra- och barnavård etc.) mot viss taxa, har detta ej sällan föranlett klagomål från privatpraktiserande läkare och ibland även från lasarettsläkare med öppen mottagning, vilka menat sig obehörigen missgynnade.

Frånvaron av klara linjer inom den öppna sjukvården förorsakar större bekymmer i samma mån som den förebyggande vården ägnas allt större intresse av det allmänna. Som exempel kan nämnas den öppna psykiska hälso- och sjukvården samt dispensärvården. Sistnämnda vård omfattar både förebyggande vård, fortlöpande sjukvård och eftervård. Medicinalstyrelsen har vid handläggningen av hithörande ärenden ofta konstaterat omöjligheten att skilja på den läkarvård, som ersättes av samhället, och den av patienten ersatta vården. Genom denna dualism kan det allmännas åtgärder till förmån för de sjuka stundom bli illusoriska. Härtill återkommer vi i det följande.

Under senare år har man vid flera tillfällen upptagit skilda problem rörande den öppna sjukvården vart och ett för sig. Härvid har svårigheter yppats, betingade av att det behandlade problemet så intimt varit förenat med andra problem inom samma område, som icke heller fått sin lösning. Som exempel må nämnas de frågor, som behandlas i stadsläkarsakkunnigas betänkande angående de civila tjänsteläkarnas ställning i städer och stadsliknande samhällen (SOU 1932: 23), intygssakkunnigas betänkande angående utfärdande av samt ersättning för vissa läkarintyg (SOU 1940: 21) samt 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunnigas utredning och förslag om de yngre sjukhusläkarnas avlönings-, arbets- och bostadsförhållanden (SOU 1942: 4). Andra exempel på svårigheterna vid försöken att lösa isolerade problem erbjuder de långvariga förhandlingarna mellan befullmäktigade för landstingsförbundet och olika grupper av sjukhusläkare, vilka utmynnat i mer eller mindre varaktiga överenskommelser i avlönings- och taxefrågor.

Uppdragets innebörd och arbetets uppläggning.

Innebörden av det åt medicinalstyrelsen givna uppdraget att »verkställa utredning i syfte att få till stånd en reglering av den öppna vården vid av landsting eller kommun drivna sjukhus» har icke preciserats genom särskilda direktiv. Det torde i anslutning till den inför statsrådet Gustav Möller före uppdragets givande förda överläggningen vara klart, att utredningen måste komma att beröra bl. a. spörsmål sådana som den öppna sjukhusvårdens uppgifter och avgränsning gentemot annan öppen vård, formerna för den öppna sjukvårdens bedrivande (enskild mottagning eller poliklinik), huvudmännens ävensom över- och underordnade läkares rättigheter och skyldigheter beträffande den öppna sjukhusvården, formen för och avvägningen av ersättningen till över- och underordnade läkare för deras prestationer i den öppna sjukhusvården, bestridandet av kostnaderna för den öppna sjukhusvården vad beträffar lokaler, instrument och övriga förbrukningsartiklar samt assisterande personal. I den mån utredningen utmynnar i förslag, som innebär en mer eller mindre vittgående förändring av i dessa avseenden nu rådande system, måste det även anses ingå i uppdraget att ange åtminstone riktlinjer för ny eller ändrad lagstiftning på området jämte erforderliga övergångsbestämmelser.

Vid behandlingen av dessa spörsmål rörande den öppna sjukhusvården har det visat sig ofrånkomligt att ägna uppmärksamhet även åt övriga vårdformer, främst den öppna sjukvården utom anstalterna. Minskar eller förhindrar man tillströmningen till den ena vårdformen, stiger kraven — eller kan de åtminstone förväntas stiga — på övriga vårdformer eller någon av dem i motsvarande grad. Vill man utreda den aktuella frågan, huruvida en begränsning av den öppna vård, som meddelas på sjukhus, är att tillråda, är det därför nödvändigt att veta, till vilka andra vårdformer de vårdsökande kan hänvisas och på vilka villkor dessa står till buds. Att med praktiska anordningar leda strömmen av vårdsökande till de vårdformer, som bäst svarar mot behovet i varje särskilt fall, måste vara en huvuduppgift för den samhälleliga regleringen. Skulle nuvarande organisation av den öppna vården generellt visa tecken på överbelastning, måste planer för en utbyggnad uppläggas i syfte att uppnå jämvikt mellan vårdmöjligheter och vårdbehov. Effektivisering av redan bestående vårdformer eller tillskapande av nya sådana, eventuellt båda delarna, synes vara de metoder, som härvid kan komma i fråga.

Vi har därför icke kunnat nöja oss med att efter en granskning av den öppna sjukhusvården avge vissa fixerade, till denna vårdform begränsade reformförslag, såsom att mottagningstiden inskränkes till vissa timmar eller visst patientantal per läkare eller dylikt. De positiva förslagen till en reglering av den öppna sjukhusvården måste följa som en logisk konsekvens av *hela* den öppna vårdens planläggning och utbyggnad.

För oss har det framstått som naturligt att — då någon riksomfattande inventering av hälso- och sjukvårdens omfång och resurser, ägnad att läggas till grund för en avvägning mellan olika vårdformer tidigare icke synes ha verkställts — i första hand söka åstadkomma en om än summarisk sammanfattande översikt av dessa förhållanden inom den öppna sjukvården i dess helhet.

I Kungl. Maj:ts av riksdagen bifallna proposition nr 312 till 1946 års höstriksdag med förslag till lag om allmän sjukförsäkring m. m. omnämnes utredningen såsom den inom medicinalstyrelsen pågående utredningen av den öppna läkarvården och vissa därmed sammanhängande spörsmål.

I denna proposition sägs, att, när resultatet av denna styrelsens utredning föreligger, möjlighet torde finnas att bedöma, om läkarvårdsersättningen i den öppna sjukvården kan utbrytas ur ramen för den föreslagna sjukförsäkringen (för att ersättas direkt av allmänna medel liksom kostnaderna för sluten vård och läkemedel). Det bleve då ock tillfälle att taga ställning till spörsmålet om samordning av provinsialläkartaxan och läkartaxan för sjukförsäkringen liksom att slutgiltigt pröva frågan om hur man bäst skulle kunna förekomma, att de av läkarna för sjukkasseklientelet tillämpade taxorna — såsom för närvarande ej sällan är fallet — låge på en betydligt högre nivå än sjukförsäkringens läkartaxa. I propositionen förklaras vidare sjukförsäkringen i princip böra avse endast sådan sjukvård, som kan meddelas av envar legitimerad läkare. Såväl specialistvård (frånsett röntgen) som hälsovård uteslutes tills vidare från försäkringen. Det betonas dock, att detta ställningstagande är att anse som temporärt, betingat av försiktighetshänsyn; den förebyggande hälsovården vore av särskilt intresse för försäkringen. Utan allt för långt dröjsmål borde frågan därför åter upptagas till prövning.

Även de möjligheter till avlastning av den öppna sjukvården, som står till buds genom en fortsatt ändamålsenlig utbyggnad inom hälsovård och sluten sjukvård, eller kanske rättare avvägningen av dessa olika vårdformers omfattning i förhållande till varandra har vi ansett oss böra beakta vid utredningen.

För den slutna sjukvårdens del har en inventering av resurserna verkställts och förslag till utbyggnad framlagts i det av statens sjukvårdskommitté år 1934 avgivna betänkandet angående den slutna kroppssjukvården i riket (SOU 1934: 22). Frågan är emellertid, om icke tiden är mogen för en förnyad översyn av vårdmöjligheterna och utbyggnadsbehovet inom denna del av sjukvården. I själva verket borde en sådan översyn vara fortlöpande och då i första hand tillkomma det ansvariga ämbetsverket. Från tid till annan borde en sammanfattande översikt upprättas i samarbete med samtliga av saken intresserade parter. Formen för en återkommande samordnande översyn av läkarvårdens olika former (sluten sjukvård, öppen sjukvård och hälsovård) kommer att senare av oss beröras. När det nu närmast gällt att söka inventera den öppna sjukvårdens resurser, har vi gått till väga på följande sätt.

På grundval av uppgifter, hämtade ur utredningar och andra publikationer, som förelåg redan vid början av vår verksamhet (oktober 1943),

liksom av den kännedom om förhållandena, som vissa av utredningsmännen redan då förvärvat, har till en början sammanställts en historisk inledning, kap. 1.

Till komplettering av berörda uppgifter har vi därefter *dels* tagit del av de senare utredningar på området, som framlagts av olika organisationer, exempelvis en av läkarförbundets polikliniksakkunnige verkställd utredning rörande poliklinikväsendet och de privatpraktiserande läkarnas förenings utredning rörande dessa läkares inkomst- och arbetsförhållanden, *dels* själva utsänt en rad enkäter till intresserade parter om förhållandena inom olika former av den öppna vården, bl. a. till olika kategorier av i öppen sjukvård verksamma läkare, sjukkassor, försäkringsbolag etc., *dels ock* genom studieresor till olika orter sökt förvärva oss en på självsyn grundad föreställning om huru förhållandena praktiskt gestaltar sig (bil. 1). Då den lämpliga fördelningen av vårdfallen mellan special- och allmänläkare är ett centralt problem, har vi i olika sammanhang sökt få denna fråga belyst. För att få detta avsnitt av vårt ämne mera allsidigt diskuterat har vi också inhämtat yttranden däröver från olika medlemmar av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd.

Detta utrednings- och enkätmaterial är sammanfört i kap. 2, 3 och 4 med tillhörande textbilagor och tabeller.

I kap. 5, 6 och 7 redovisas material med uppgifter om administration, relationer till andra vårdformer och ekonomi inom den öppna vården, vilket kompletteras med en efter av Kungl. Maj:t lämnat medgivande verkställd bearbetning av läkarnas självdeklarationer 1943, som publiceras särskilt.

Vi har huvudsakligen fäst avseende vid öppen vård, meddelad av läkare, och mindre tagit upp till behandling de frågor, som berör annan vårdpersonal. Detta beror främst på innebörden i vårt uppdrag men också på att ifrågavarande personals förhållanden inom sjukvården i dess helhet för närvarande är föremål för särskilda utredningar. Detta gäller sköterskor, barnmorskor, kuratorer och tandläkare.

Samtliga dessa kapitel ingår i avd. I.

I avd. II har lämnats en översikt över förhållandena inom den öppna vården i olika länder, varvid erfarenheterna från gjorda studieresor i Danmark, Finland, Norge, England, Skottland, Frankrike och Nordamerikas förenta stater utnyttjats, kap. 8. En redogörelse för de allmänna principer för ordnandet av bl. a. denna vårdform, som på skilda håll uppställts, har lämnats i kap. 9.

Det i avd. I och II sammanförda materialet har därefter lagts till grund för diskussion, vilken lett oss fram till en viss målsättning för den fortsatta utvecklingen på detta område i vårt land, avd. III, kap. 10—12. Avd. IV, kap. 13—18, innehåller våra förslag till den praktiska gestaltningen av den öppna vården i dess helhet samt till lösningen av en del därmed samman-

hängande frågor. Kap. 19 i denna avdelning återger särskilda yttranden av vissa av utredningsmännen.

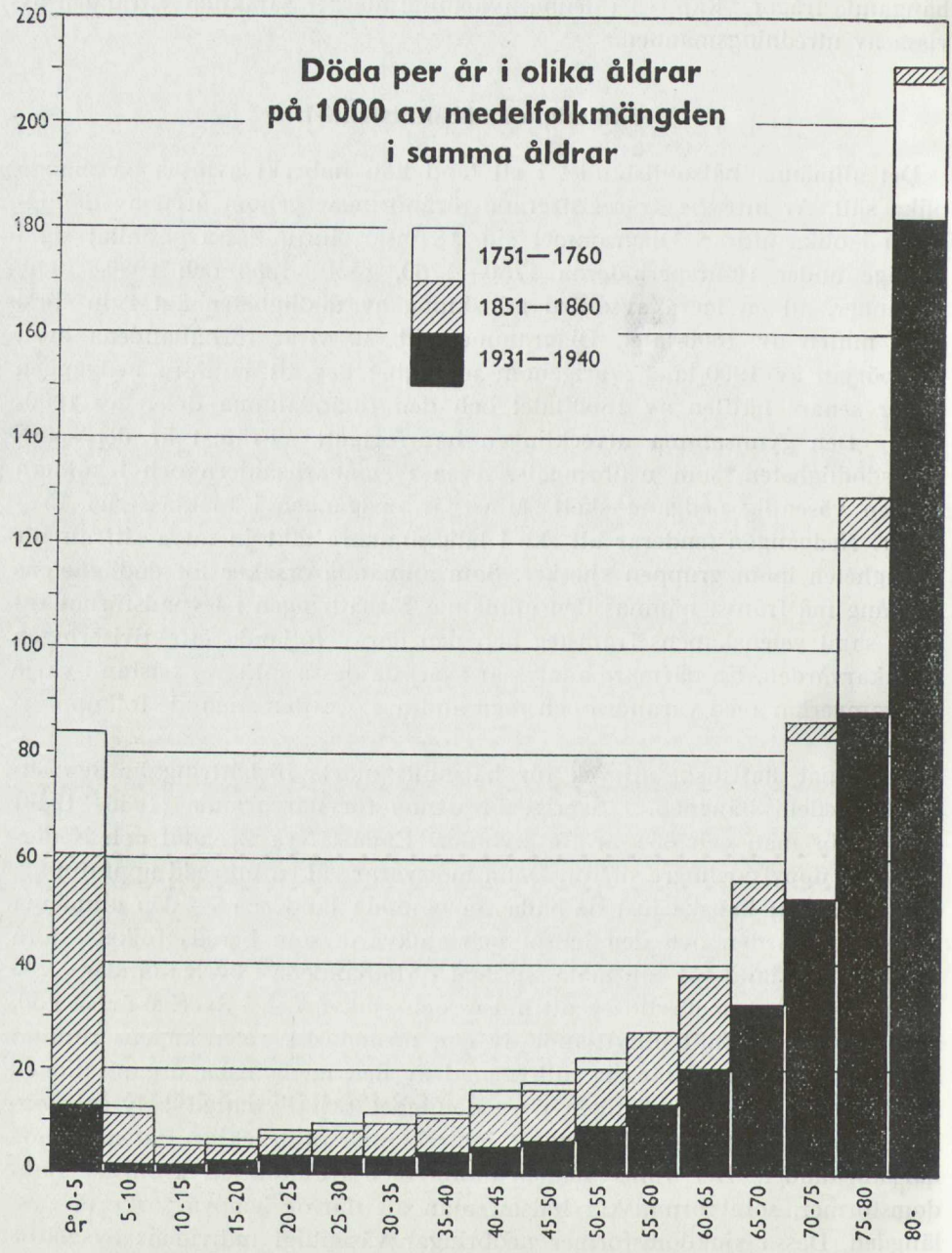
Det allmänna hälsotillståndet.

Det allmänna hälsotillståndet i ett land kan indirekt avläsas på många olika sätt. Av intresse är registrerade förändringar genom åren av dödligheten i olika åldrar. Diagrammet sid. 18 visar, huru dessa gestaltat sig i Sverige under 10-årsperioderna 1750—1760, 1850—1860 och 1930—1940. Vi finner, att en mera avsevärd minskning av dödligheten ägt rum först efter mitten av 1800-talet. Diagrammet sid. 19 visar förhållandena även vid början av 1900-talet, varigenom möjlighet ges att jämföra nedgången under senare hälften av 1800-talet och den tilländalupna delen av 1900-talet. Den gynnsamma utvecklingen har fortgått. Främst är det spädbarnsdödligheten, som nedbringats. Även i småbarnsåldern och lekåldern har en väsentlig nedgång skett. Minst är nedgången i årsklasserna 15—30 år. Nedgången tenderar att ske i långsammare takt ju mera siffran för dödligheten inom gruppen sjunker. Som allmänna orsaker till dödlighetens nedgång må främst nämnas den allmänna förbättringen i levnadsförhållandena samt vetenskapens framsteg och den därav följande effektiviseringen av läkarvården. En närmare analys är svår, då dessa faktorer nästan i varje fall samverkar med varandra och med andra, t. ex. den stigande folkupplysningen.

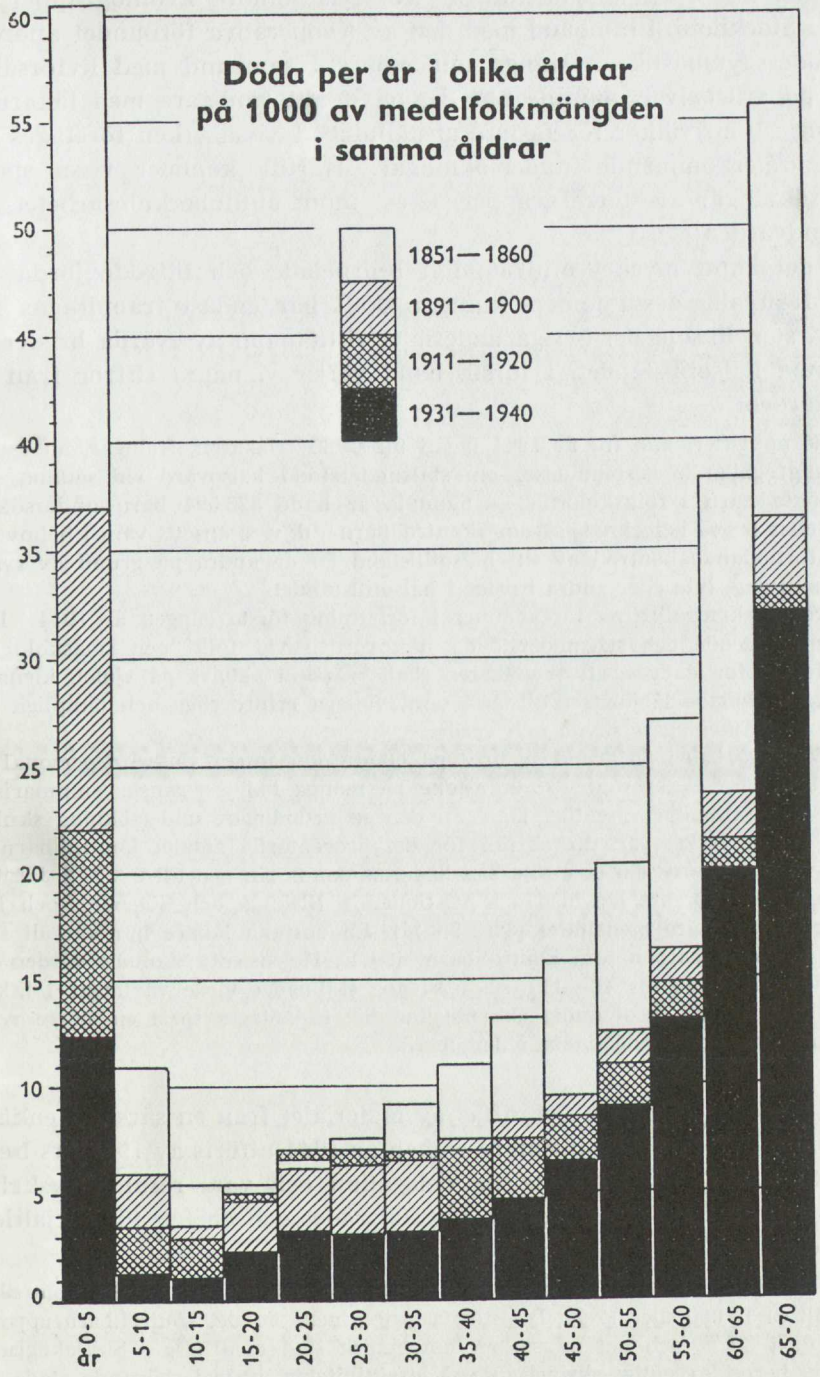
Ett annat statistiskt uttryck för hälsotillståndets förbättring är den stigande medellivslängden. I Sverige är denna för närvarande (1936—1940) 64·3 år för män och 66·9 år för kvinnor. Endast Nya Zeeland och Nederländerna uppvisar högre siffror. Detta motsvarar väl en utbredd uppfattning, att — frånsett kanske just de båda nu nämnda länderna — den allmänna levnadsstandarden och den hälso- och sjukvård, som bereds folkets stora massa, i vårt land väl kan mäta sig med förhållandena i övriga länder.

Detta betyder emellertid ej, att hälso- och sjukvården i Sverige är så god, som den vid ett fullt utnyttjande av den medicinska vetenskapens resultat bl. a. genom en tillräcklig utbyggnad av den medicinska organisationen skulle kunna vara. Statistiken över dödlighet och livslängd belyser nämligen som förut framhållits endast indirekt och otillräckligt det allmänna hälsotillståndet. Det finns många akuta men framför allt kroniska sjukdomsformer, som förminskar hälsan utan att därför behöva förkorta livslängden. Dessa sjukdomsformer nedbringar väsentligt individens livsglädje och arbetsförmåga och föranleder stora kostnader både för de enskilda och för samhället.

Mera direkta uppgifter om hälsotillståndet erhålles av siffrorna från den systematiska hälsokontroll, som införts för vissa delar av befolkningen samt från invalidvårdens statistik. För blivande mödrar samt för spädbarns- små-



barns- och skolåldrarna är den personliga hälsokontrollen ordnad, om än inte fullt utbyggd. För den manliga ungdomen blir det en förnyad hälsokontroll i värnpliktsåldern. För kvinnor över skolåldern har någon motsvarande, alla eller flertalet omfattande undersökning icke förekommit. I olika sam-


Döda per år i olika åldrar
på 1000 av medelfolkmängden
i samma åldrar
1851—1860
1891—1900
1911—1920
1931—1940
60
55
50
45
40
35
30
25
20
15
10
5
0
0-5
5-10
10-15
15-20
20-25
25-30
30-35
35-40
40-45
45-50
50-55
55-60
60-65
65-70

manhang har dock undersökningar av vissa mindre kvinnogrupper skett, t. ex. i Stockholm i samband med den av Kooperativa förbundet anordnade husmodersgymnastiken. Många undersökes i samband med livförsäkring. Även på arbetslivets område har det blivit allt vanligare med läkarundersökning såsom villkor för fastare anställning. I vissa yrken företages regelbundet återkommande undersökningar. Härtill kommer vissa speciella undersökningar av större grupper, t. ex. inom antituberkulosarbetet, inom folktandvården etc.

Av det ännu mycket ofullständigt bearbetade och tillgodogjorda materialet från alla dessa undersökningar skall här endast framdragas några siffror, som liksom det övriga materialet vittnar om avsevärda brister i det allmänna hälsotillståndet. I första hand väljer vi några siffror från skolhälsovården.

Av de uppgifter, som för år 1944 ingått till skolöverläkaren, framgår, att av samtliga enligt gällande bestämmelser om statsunderstödd hälsovård vid sådana skolor undersökta barn i folkskolorna — nämnda år hade 325 594 barn undersökts — 28 651 eller 8·8 % betecknats såsom »kontrollbarn», d. v. s. ansetts vara i behov av en tätare fortlöpande kontroll av sitt hälsotillstånd än de andra på grund av svaghet, sjukdomsanlag, lyte eller andra brister i hälsotillståndet.

Uttrycket »kontrollbarn» förekommer i författning första gången år 1944. I kungörelsen angående den statsunderstödda hälsovården vid folk- och småskolor samt högre folkskolor stadgas, att skolläkaren skall »särskilt aktgiva på sjuka, klena eller av sjukdom hotade lärjungars tillstånd samt vidtaga erforderliga och lämpliga åtgärder för dessa lärjungars skydd och vård».

Då skolsjukvården på grund av brist på läkare och annan sjukvårdspersonal ännu så länge får betecknas som — åtminstone på många håll — ganska summarisk, är denna siffra sannolikt väsentligt lägre än den en grundligare undersökning skulle ha givit. I själva verket varierar siffran för det procentuella antalet kontrollbarn från 17·2 % i Kopparbergs län och 16·6 % i Södermanlands län ned till 2·2 % i Jämtlands län och 3·0 % i Örebro län medan t. ex. Gotlands, Blekinge och Göteborgs och Bohus län har värden nära medeltalet (8·2—9·8 %). En enstaka läkare har anmält sig ha mer än 40 % av barnen som kontrollbarn. (Se E. Hejenstedt: Skolhälsovården [Soc. Med. tidskrift 1945 nr 10—11].) För sådana skillnader torde växlingar i läkarens undersökningsteknik, bedömning och noggrannhet få antagas spela en större roll än växlingar i hälsotillståndet inom olika distrikt.

Den anförda slutsatsen bekräftas av materialet från en särskild enkät till städer med mer än 8 000 invånare, vilken år 1944 utförts av 1941 års befolkningsutrednings socialpedagogiska delegation och vars resultat i skrivelse den 19 februari 1946 redovisades för statsrådet och chefen för socialdepartementet.

I 52 skoldistrikt med tillsammans ca 130 000 skolbarn angavs antalet kontrollbarn uppgå till ca 15 000 eller 12 %. Det största procentuella antalet kontrollbarn uppvisade Malmö med 30 % och det minsta en norrländsk stad med 1 %. »Skiljaktigheterna härvidlag berodde» enligt skrivelsen »på effektiviteten av vederbörande stads skolhälsovård vid tiden för undersökningen samt de grunder, efter vilka man klassificerade barnen i kontrollbarn eller icke.» Detta framgår också av utlåtanden från läkare

i till skrivelsen fogade bilagor. Delegationens enkät avsåg behovet av miljöombyte vintertid. I de städer, vars skolmyndigheter svarade jakande, var antalet skolbarn 64 395 och antalet kontrollbarn 6 989. 28 % av de sistnämnda (1 986 av 6 989) angavs vara i behov av miljöombyte även vintertid. Siffran motsvarar 3 % av samtliga 64 395 skolbarn.

För de åldersgrupper, som ligger mellan skolåldern och värnpliktsåldern, kan belysande siffror fås från kontrollen av de minderåriga inom industrin. Dessa sammanfattas av 1938 års arbetarskyddskommitté i dess betänkande med förslag till lag om skydd mot ohälsa och olycksfall i arbete m. m. (SOU 1946: 60 sid. 434 ff.). Under 10-årsperioden 1935—1944 har årligen i medeltal undersökts 37 596 ungdomar. För dessa minderåriga har besiktningsläkarna gjort anteckning om missförhållande med avseende på hälsotillstånd eller kroppsbeskaffenhet hos i medeltal per år 9 308 eller 24·8 %. Ungefär var 18:e minderårig företedde sådant missförhållande i avseende å hälsotillstånd eller kroppsbeskaffenhet, att särskilda åtgärder påkallades i fråga om sysselsättningen.

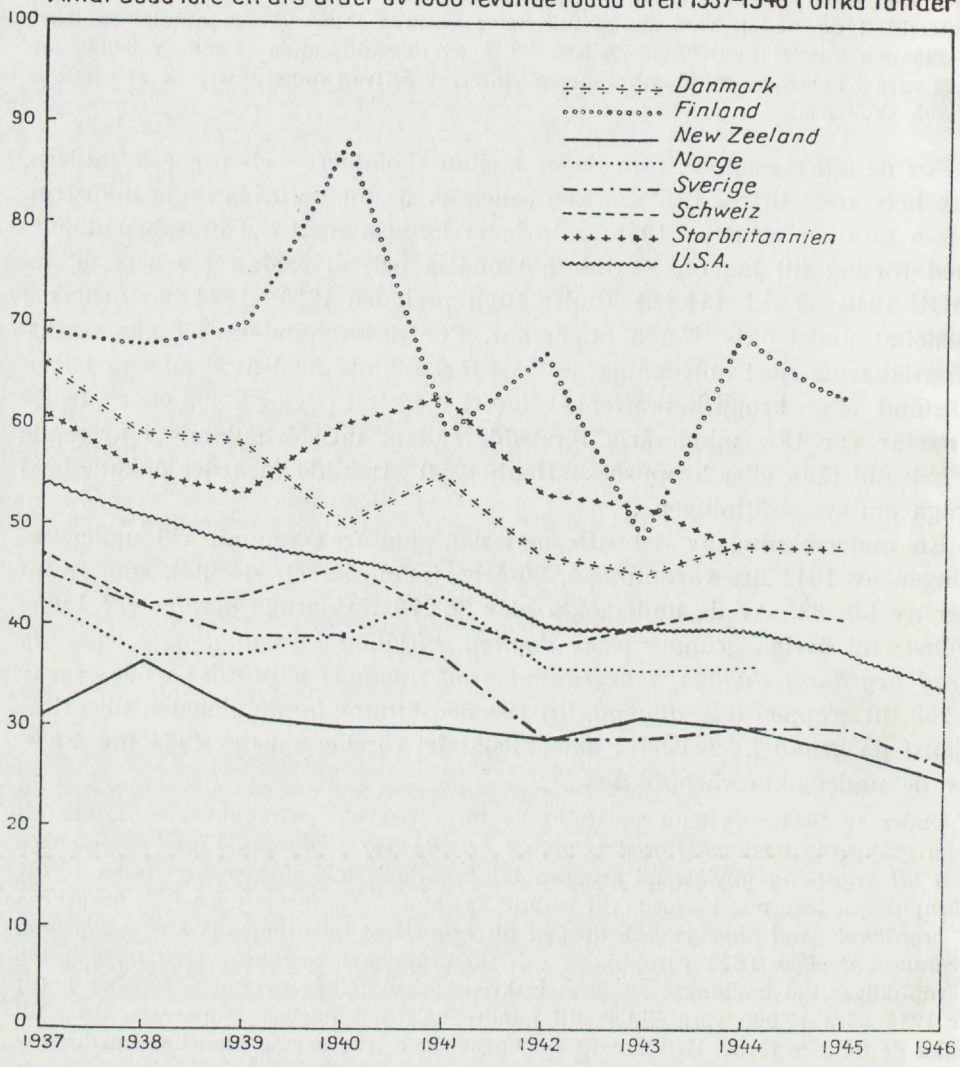
En undersökning av det siffermaterial, som framkommit vid undersökningen av 1944 års värnpliktiga, 20-åriga män, ger ett resultat, som framgår av bil. 33. Av de undersökta blev 36 273 förklarade *dugliga till krigstjänst;* till övriga grupper *(icke dugliga, tillfälligt icke dugliga, i väsentlig grad begränsat dugliga, i begränsad grad dugliga)* hänfördes 9 695, varav 1 753 till gruppen *icke dugliga.* En viss nedsättning av dugligheten till krigstjänst på grund av brister i hälsotillståndet förelåg således 1944 hos 21 % av de undersökta värnpliktiga.

Under år 1944 verkställd besiktning av förut inskrivna värnpliktiga medförde, att från grupperna *i väsentlig grad begränsat krigsdugliga, i begränsad grad krigsdugliga* och *till krigstjänst dugliga* till gruppen *till krigstjänst icke dugliga* överfördes 13 791 värnpliktiga. Icke nog härmed, vid berörda besiktning överfördes även från grupperna *i begränsad grad dugliga* och *dugliga till krigstjänst* till grupperna *i väsentlig grad begränsat dugliga* 2 629 värnpliktiga och till gruppen *i begränsad grad dugliga* 488 värnpliktiga. Vid besiktning av förut inskrivna värnpliktiga överfördes således under år 1944 nära 17 000 värnpliktiga till mindre krigstjänstdugliga grupper än dem, till vilka de tidigare förts. Hela antalet besiktigade kan icke anges. Man kan därför icke ange den riktiga procentsiffran för de årligen genom ohälsa krigsodugligförklarade värnpliktiga i förhållande till hela antalet besiktigade. Att en vitt utbredd ohälsa bland vår värnpliktiga ungdom föreligger, är dock redan av anförda siffror klart.

Till jämförelse må nämnas, att enligt meddelande från försvarets sjukvårdsförvaltning år 1937 av 50 031 vid inskrivningsförrättningarna prövade 20-åringar 4 084 (8 %) blev förklarade *icke dugliga till krigstjänst,* medan tillfällig oduglighet eller nedsatt duglighet ansågs föreligga hos ytterligare 9 271. Tillsammans nära 27 % befanns sålunda nämnda år på grund av brister i hälsotillståndet förete oduglighet till krigstjänst eller nedsatt duglighet därtill.

Vad beträffar hälsotillståndet hos vuxna kvinnor, särskilt husmödrar, hänvisar vi till vad härom finns anfört i befolkningsutredningens betänkande om familjeliv och hemarbete, kap. 7 (SOU 1947: 46). Uppgifterna synes

Antal döda före ett års ålder av 1000 levande födda åren 1937–1946 i olika länder



antyda, att hälsotillståndet även bland kvinnorna lämnar mycket övrigt att önska.

Siffrorna från vår ålders- och invalidförsäkring bestyrker ytterligare den uppfattning om det allmänna hälsotillståndet, som här kommit till uttryck. Det må vara tillräckligt att hänvisa till vad som anföres i kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande, del I (SOU 1946: 24, sid. 17 ff.). Antalet personer med arbetshinder räknas där i hundratusental (enligt den allmänna folkräkningen 1935 något över 100 000 helt eller delvis arbetsoförmögna, enligt den partiella folkräkningen 1936 uppräknat till över 300 000!). Antalet den 31 december 1944 på grund av olika sjukdomar förtidspensio-

nerade uppgick till inalles ca 143 000 personer. I socialvårdskommitténs betänkande XI med utredning och förslag angående lag om folkpensionering (SOU 1945: 46) har antalet förtidsinvalider uppskattats till ca 252 000 vid utgången av år 1947 och ca 260 000 vid utgången av år 1950. Man kan med bestämdhet våga det påståendet, att en stor del av den ohälsa, som föranlett dessa siffror, vid tillräckligt tidig och tillräckligt god läkarvård skulle givit mindre nedslående följder.

Det beror väl mest på personlig läggning, om hälsotillståndet i vårt land, sådant det framgår av de anförda siffrorna, främst inger stolthet över vårt goda läge i förhållande till andra länder eller beklämning över så mycken sjuklighet, som redan med en förbättrad medicinsk organisation borde kunna om icke undvikas dock väsentligt minskas. Det framgår av dödlighetssiffrornas nedgång i olika länder trots krig och kriser, som vi i stort sett undsluppit, att det endast är genom en oavlåtlig förbättring av våra egna resultat, som vi kan behålla vår ställning i främsta ledet. På sid. 22 återges det sista årtiondets förändringar i spädbarnsdödligheten för ett antal återges det senaste årtiondets förändringar i spädbarnsdödligheten för ett antal länder. För U. S. A. gäller, att sydstaternas siffror för spädbarnsdödligheten i allmänhet ligger högre, medan vissa av nordstaterna har ungefär samma siffror som Sverige.

Avd. I. Förhållandena inom den öppna sjukvården i Sverige.

Kap. 1. Översikt av utvecklingen fram mot senare år.

Utöver den litteratur, som finnes allmänt tillgänglig angående utvecklingen inom landet fram mot senare år, har av notarien i Stockholms stads sjukhusdirektion *M. Thylén* utarbetats en redogörelse för poliklinikväsendets utveckling i Stockholm. Denna ger en fyllig och objektiv historik, väl ägnad att tillgodose behovet av en solid grund för diskussioner om poliklinikinstitutionens roll i stadens öppna sjukvård. För poliklinikerna vid Akademiska sjukhuset i Uppsala har motsvarande uppgifter sammanställts av professor *Fredrik Berg*. Dessa båda redogörelser är tryckta såsom bil. 2 och 3. Härjämte har vi tagit del av åtskilliga fortlöpande publikationer, som stått eller välvilligt ställts till vårt förfogande av sjukvårdande myndigheter i landet. Ur det sålunda tillgängliga materialet kan följande allmänna utveckling av den öppna vården i vårt land och de principiella linjer, efter vilka den försiggått, utläsas.

Den öppna sjukvården under tiden för tjänsteläkarorganisationens utdifferentiering.

Sedan svenska läkare i mitten av 1600-talet bildat en sammanslutning (collegium medicorum) för tillvaratagande av sina intressen, fick deras skrå stadfästelse av drottning Hedvig Eleonora år 1663. Samtliga collegii medlemmar ålades skyldighet att utöva enskild sjukvård mot en taxa, som upprättades av collegium och magistraten i Stockholm gemensamt. Vidare ålades ledamöterna vissa skyldigheter i fråga om bekämpande av epidemier. Någon särskild ersättning av det allmänna erhöll läkarna icke såsom kompensation för dem ålagda skyldigheter.

Sedan några provincialmedici förordnats att svara för sjukvården ute i landet, envar i ett eller flera län, utfärdades år 1688 mera utförliga medicinalordningar för collegium medicum, som namnet numera löd. Praktiktvånget var nu inskränkt till provincialmedici och vissa städers medici och endast dessa läkare var förpliktade att ingiva årsrapporter. Däremot ålåg fattigsjukvården samtliga praktiserande läkare och samtliga var också underkastade taxebestämmelser.

Provincialmedici bodde i residensstäderna och åtnjöt för sina omsorger någon ersättning från statsverket. Detta var emellertid mycket återhållsamt

med anslagen och ännu efter ett århundrade saknades provinsialläkare i 4 residensstäder. En del av de befintliga provinsialläkarna avlönades därför från mitten av 1700-talet genom sammanskott. På samma sätt hade vissa städer redan i slutet av 1600-talet tillskjutit medel för anställande av en tjänsteläkare. Någon bestämd skillnad mellan stads- och provinsialläkare fanns ännu under förra hälften av 1700-talet ej, och provinsialläkarinstruktionen av år 1744 hade avseende på bådas verksamhet. Vare sig »provincialdoctorerna» njöt »någon viss och ständig lön» av Kronan eller på städernas stater, var deras huvudsakliga åliggande den öppna sjukvården. Fattigsjukvård skulle de meddela gratis, övrig sjukvård mot fastställd taxa. Fanns sjukhus (»hospital») inrättat i den stad, där tjänsteläkaren bodde, ingick i hans skyldigheter att vårda där intagna sjuka.

År 1773 upphörde sammanskotten i orterna till provinsialläkarnas löner, i det samtliga då befintliga 32 provinsialläkare upptogs i medicinalstaten, medan stadsläkarna, vilkas antal vid denna tid var minst 11, fortfarande lämnades utanför. Provinsialläkarnas löner förbättrades; deras allmänna skyldigheter med hänsyn till sjukvården förblev i stort sett desamma.

Även om stadsfysici i 1774 års instruktion för collegium medicum liksom i senare författningar nämnes skilda från provinsialläkarna, hade de för sina stadsdistrikt motsvarande skyldigheter som dessa, såsom att ombesörja den allmänna sjukvården och att ingiva årsredogörelse till collegium medicum liksom också att ha inseendet över den allmänna hälsovården, sedan denna i 1822 års instruktion för första gången ålagts provinsialläkarna. Detta gällde i trots av att det icke på något sätt stadgades, att städerna skulle utbrytas ur provinsialläkardistrikten. Under 1800-talets lopp fastställdes emellertid i allt större utsträckning särskilda instruktioner för stadsläkarna. Först i och med den allmänna läkarinstruktionen av år 1890 blev stadsläkarinstitutionen föremål för reglering i allmän författning.

Denna författning stadfäste den praxis, som utbildat sig, att stadsläkarna ej utnämndes genom kungl. fullmakt utan valdes av stadsfullmäktige i respektive städer och att städerna hade rätt att i särskilda instruktioner bestämma mera detaljerade arbetsuppgifter. För en del av dessa erhöll stadsläkarna i motsats till provinsialläkarna ej någon ersättning utom lönen. Å andra sidan var stadsläkarna och med dem likställda tjänsteläkare icke bundna vid någon taxa för av dem meddelad sjukvård.

Trots dessa i viss mån ogynnsamma förhållanden för de kommunala läkarna ökades deras antal, så att de snart nog blev flera än provinsialläkarna. Till de kommunala läkarna räknas då även innehavarna av ett antal s. k. distriktsläkartjänster, som en del »menigheter» på landsbygden i början av 1800-talet inrättat och som år 1840 tillerkändes tjänsteårsrätt. Dessa tjänster tillkom på grund av missnöje med den långsamma takten i utbyggnaden av den statliga provinsialläkarorganisationen. År 1890 uppgick dessa tjänster i de då nybildade extra provinsialläkartjänsterna, i regel

under huvudmannaskap av landstingen och skilda från provinsialläkartjänsterna bl. a. därigenom, att en huvudsaklig del av läkarnas avlöning erlades av det lokala distriktet.

Den extra provinsialläkaren övertar för sitt område från den provinsialläkare, av vilkens distrikt hans eget utgör en del, skyldigheterna enligt instruktionen, men vid extra provinsialläkarens sjukdomsfall eller frånvaro av annan anledning har provinsialläkaren att träda in i hans ställe. De extra provinsialläkartjänsterna tillsattes i allmänhet för viss kortare tid, varigenom dessa läkare hade en mycket osäker ställning. Tjänsternas antal översteg i början av 1900-talet de ordinarie provinsialläkarnas. Det har varit ett mycket angeläget önskemål hos både läkare och menigheter att få de extra provinsialläkartjänsterna ersatta med ordinarie statstjänster, vilket också numera i stor utsträckning genomförts.

Genom 1890 års läkarinstruktion tillkom även förste provinsialläkartjänsterna för uppgifter, vilka huvudsakligen tillhör den allmänna hälso- och sjukvården.

De numerära förhållandena inom de olika slagen av tjänster genom tiderna framgår översiktligt av följande av dåvarande förste byråsekreteraren I. Flygare år 1937 uppgjorda och här för år 1940 kompletterade sammanställning. I svenska läkartidningen år 1938, nr 2, där den ursprungliga sammanställningen återfinnes, har ett flertal preciserande och förklarande detaljuppgifter intagits, vilka av oss utelämnats.

Sammanställning över vissa läkartjänster i öppen vård under olika tider.

Art av tjänst	Antal tjänster vid utgången av år									
	1700	1773	1840	1886	1890	1905	1911	1920	1936	1940
Förste provinsialläkare	—	—	—	—	24	24	24	24	24	24
Biträdande förste provinsialläkare[1]	—	—	—	—	13	22	8	24	24	24
Provinsialläkare	7	32	47	137	138	139	161	200	317	337
Extra provinsialläkare	—	—	24	55[2]	73	169	148	112	38	27
Stads-, köpings- och municipalläkare	6	11	53	131	134	155	160	188	205	204
Summa	**13**	**43**	**124**	**323**	**382**	**509**	**501**	**548**	**608**	**616**
Folkmängden i riket i miljoner, ungefär	1·5	2.1	3·2	4·7	4·8	5·3	5·6	5·9	6·3	6·4

[1] delvis innehavda av provinsialläkare.
[2] flertalet s. k. distriktsläkartjänster.

Vid utgången av juni 1947 var antalet provinsialläkartjänster 442 och antalet extra provinsialläkartjänster 56.

Poliklinikväsendet.[1]

Det är redan nämnt, att när de första sjukvårdsinrättningarna började uppstå, sjukvården där som en bisyssla handhades av läkare, vilkas huvudsakliga uppgift var den öppna sjukvården. Dessa läkare höll inte mottagning vid sjukhusen utan på annat håll i staden. Så småningom förlades viss öppen mottagning till sjukhusens lokaler. Detta skedde först — redan tidigt på 1700-talet — vid *undervisningssjukhusen i Uppsala* och *Stockholm*, i främsta rummet för att tillgodose den medicinska undervisningens behov. Under senare hälften av 1800-talet upprättades sådana öppna mottagningar även vid *lasarettet i Lund* och vid de *kommunala sjukhusen i Stockholm*. I denna stad ordnade de kommunala myndigheterna även fristående mottagningar i särskilda lokaler. Ändamålet med de kommunalt anordnade mottagningarna vid och utanför sjukhus var främst att tillgodose de obemedlades och mindre bemedlades sjukvårdsbehov genom kostnadsfri behandling. Initiativet till de *fristående* mottagningarna togs ofta av privatpraktiserande läkare, som utan ersättning ställde sig till förfogande viss eller vissa timmar i veckan mot att staden bidrog med lokaler. Längre fram erhöll läkarna arvoden av huvudmännen och verksamheten utsträcktes från allmän »inre och yttre» vård till specialistvård genom anställande av särskilda läkare för barn-, kvinno-, ögon-, öron-, näs- och hals-, mag- och tarm-, hud- och tandsjukdomar, ja, även för »elektrisk behandling». De polikliniska mottagningar, som samtidigt växte fram vid Stockholmssjukhusen, hade en något annan karaktär. Som läkare fungerade där i allmänhet sjukhusens underläkare, som var anställda för och i regel hade full sysselsättning med vården av de inneliggande patienterna. I lokalerna, som från början icke var avsedda eller reserverade för poliklinisk vård, trängdes med de patienter, som sökte öppen — ambulatorisk — vård, sådana, som önskade intagning, och sådana, som kom för eftervård efter utskrivning, samt olycksfall och jourfall.

De fristående poliklinikerna med sin särskilda budget och sina för ändamålet förhyrda lokaler hade de senaste årtiondena av 1800-talet en blomstringsperiod. I början av 1900-talet inträdde häri en förändring, som med tiden alltmera accentuerats. Särskilda lokaler började uppföras eller anordnas vid sjukhusen för dessa anstalters polikliniska mottagningar. Den tekniska utrustning, som anskaffades till sjukhusens olika laboratorier — de för röntgen-, de för kemiska och de för serobakteriologiska undersökningar — blev med den fortgående utvecklingen allt mera betydelsefull för diagnostik och behandling. Då de fristående poliklinikerna ej utrustades på motsvarande sätt, föredrog den hjälpsökande allmänheten i allt större utsträckning att anlita sjukhusens öppna mottagningar. Både i Stockholm och Göteborg har de fristående poliklinikernas procentuella andel i besöks-

[1] Poliklinikbegreppets innebörd diskuteras närmare sid. 42 ff.

frekvensen vid samtliga polikliniker sjunkit avsevärt under de senaste decennierna. Utvecklingen ter sig emellertid, såsom påvisats av Sveriges läkarförbunds polikliniksakkunniga i deras betänkande (1944), väsentligt olika för olika slag av polikliniker. Av samma skäl började även sjuka, som förut i regel sökt privatpraktiserande läkare mot av dessa betingade arvoden, att allt mera vända sig till sjukhusmottagningarna. Denna klientelets förändrade sammansättning på sjukhuspoliklinikerna och nödvändigheten av att hålla tillströmningen inom rimliga gränser motiverade införandet av avgifter för personer över viss inkomstgräns. I trots härav har det årliga patientantalet mer än fördubblats under tiden 1920—1940.

I *Göteborg* har poliklinikernas utveckling skett efter något andra linjer än i Stockholm. Redan från början av verksamheten vid Sahlgrenska sjukhuset i slutet av 1700-talet inrättades genom donationsbestämmelser öppna mottagningar för stadens fattiga sjuka, vilka hölls av överläkarna. Ungefär hundra år senare överflyttades dessa mottagningar till underordnade läkare, som i allt större utsträckning mottog även bemedlade patienter mot ersättning, som icke var taxereglerad. I slutet av 1800-talet hade denna verksamhet gradvis så förändrats, att den ansågs förtjäna beteckningen poliklinisk. Fristående polikliniker upprättades först från och med år 1920. Av sådana har inrättats dels specialkirurgiska (öron-, ögon-, kvinnosjukdomar), dels allmänkirurgiska polikliniker, huvudsakligen för mindre olycksfall m. m., den s. k. chirurgia minor. Ökningen av patientantalet har vid Göteborgs polikliniker försiggått i ännu något snabbare takt än i Stockholm.

Poliklinikernas utveckling i Stockholm och Göteborg åren 1921—1940 jämföres i nedanstående tabell, närmast hämtad ur SOU 1945: 56 »Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen, avgivet av inom ecklesiastikdepartementet tillkallade sakkunniga. III. Utbildningen efter med. lic.-examen», där den ingår som tab. 18 sid. 32.

	Stockholm			Göteborg		
	Medelantal nybesök per år	Medelfolkmängd	Årligt antal nybesök per 1 000 inv.	Medelantal nybesök per år	Medelfolkmängd	Årligt antal nybesök per 1 000 inv.
1921—1925	95 095	429 300	222	22 445	223 900	100
1926—1930	135 971	470 200	289	30 683	235 800	130
1931—1935	165 400	520 000	318	38 163	251 600	152
1936—1940	203 115	563 500	360	56 386	271 700	207

I *Malmö* infördes på allmänna sjukhuset kostnadsfri mottagning för medellösa först från år 1902. År 1918 reglerades de olika specialiteternas öppna mottagningar för allmänheten med kostnadsfri vård av de medellösa och en till legosängsavgiftens belopp maximerad avgift per besök för betalande patienter. Endast den medicinska avdelningen undantogs. Den öppna mottagningen där var privat och icke avsedd för medellösa. En del sådana mottogs likväl, dock endast eftervårdsfall, vilka med vissa reservationer

kunde erhålla kostnadsfri vård. För övriga eftervårdsfall krävdes avgifter enligt de i staden privatpraktiserande läkarnas minimitaxa.

För *Norrköpings* del motsvaras poliklinikväsendet av den av stadens fattigvård anordnade öppna mottagningen på fattigbyrån för staden tillhörande obemedlade, varjämte enligt uppgift överenskommelse träffats, att »patienter från stadens sjukvårdsinrättningar eller patienter, som remitterats av läkaren på stadens fattigvårds mottagning, skola mottagas till öppen vård av lasarettsläkarna på lasarettets avdelningar, där staden medgivit rätt för lasarettsläkaren att utan ersättning till lasarettet hålla öppen mottagning».

Ehuru polikliniker sedan lång tid existerat i vårt land, har de lämnats utanför de detaljerade bestämmelser för sjukhusens drift, som givits i de olika versionerna av sjukhuslag och sjukhusstadga. Ej heller regleras deras verksamhet närmare genom de för vederbörande sjukhus utfärdade särbestämmelserna. Man har nöjt sig med någon enda grundläggande föreskrift, såsom t. ex. den, att poliklinikta xan bestämmes av vederbörande sjukhusdirektion.

Den öppna vården i övrigt vid sjukhusen.

Att häftigt insjuknade och svårare olycksfall, som icke annorstädes kunnat erhålla fullgod vård, sökt vård direkt vid sjukhusen med förbigående av praktiserande läkare, är naturligt. Likaså att vissa patienter, som vid utskrivningen från sjukhuset ännu icke är fullt återställda, känt större trygghet genom att även den fortsatta vården lämnats av samma läkare eller åtminstone vid samma sjukvårdsinrättning som den tidigare. Patienter, som sökt för intagning men icke erhållit plats, antingen emedan sådan icke funnits ledig eller emedan läkaren på sjukhuset ansett sluten vård obehövlig, har gärna begagnat tillfället att åtminstone få konsultera sjukhusläkaren. Då härtill kommit de svenska sjukhusläkarnas höga medicinska standard och den tekniska utvecklingen av sjukhusets hjälpmedel, som ovan nämnts som medverkande till tillströmningen till de egentliga poliklinikerna, är några av skälen till att den öppna sjukvården utvecklats så starkt vid de flesta sjukvårdsanstalterna runt om i landet givna. Så har skett trots att de flesta huvudmän icke visat större intresse för verksamhetens utvidgning utan densamma i stort sett ansetts vara chefläkarnas privata angelägenhet. Andra faktorer kan också ha medverkat. Huvudmännen, som gärna sett att chefläkarnas intresse koncentrerats till sjukhuset, har länge utan ersättning och därefter på mycket fördelaktiga villkor låtit chefläkarna för sin privata praktik utnyttja lokaler, teknisk utrustning och personal. Chefläkarnas inkomster från denna verksamhet har tillåtit dem att acceptera förhållandevis låga löneförmåner från huvudmännens sida. Båda dessa parter har sålunda haft fördelar av arrangemanget, vilket på flera olika sätt varit till förmån även för allmänheten, som därigenom fått tillgång till specialläkarvård för

en kostnad, som i regel hållit sig inom sådana gränser, att den icke veterligen föranlett missnöje hos orternas befolkning. Denna chefläkarnas verksamhet har liksom den egentliga poliklinikverksamheten utvecklats nästan helt utan av det allmänna givna reglerande bestämmelser.

När 1864 landstingen inträdde såsom huvudmän för sjukhusvården, togs i Kungl. Maj:ts instruktion för lasaretten ingen hänsyn till den öppna vården vid sjukhusen på annat sätt än att läkaren ålades vid inträffade olyckshändelser »ofördröjligen» besöka inrättningen. Lasarettsstadgan av 1901 talar däremot om denna vård i sin 29 § (se bil. 9). I motiveringen till detta stadgande anges klart fördelarna för lasaretten, för huvudmännen och för läkarna av att »poliklinisk mottagning» hölls av lasarettsläkarna på sjukhuset. Det tillkom direktionen att medge sådan verksamhet och att bestämma den ersättning läkaren borde lämna lasarettet för nyttjande av dess resurser och biträde av personal. Detta stadgande går med i stort sett samma innehåll igen i 12 § 1928 års sjukhuslag och i 15 § 1940 års sjukhuslag. Dessemellan hade emellertid ett anmärkningsvärt försök gjorts att införa verkliga polikliniska mottagningar vid lasaretten under direktionens huvudmannaskap och med av medicinalstyrelsen bestämd taxa. Förslaget återfinns i 1920 års lasarettsstadgekommittés betänkande (referat i bil. 9).

Enligt detta förslag skulle »vederbörande läkare», d. v. s. chefläkaren, föreslå den polikliniska mottagningen för sjuka. Vederbörande underläkare var liksom sjukhusets personal skyldig att biträda. Då patienten av poliklinikens föreståndare helt överlämnats till underläkarens åtgärd, skulle denne äga uppbära ersättning enligt taxa. Eljest skulle chefläkaren uppbära den taxebestämda ersättningen, medan det belopp, som enligt huvudmannens bestämmande eventuellt lämnades såsom ersättning för förbandsartiklar m. m., skulle gå till sjukhuset. Såsom utgångspunkt för dessa bestämmelser uppställde kommittén satsen, att den polikliniska verksamheten, som dittills reglerats huvudsakligen från sjukhusläkarens synpunkt som en honom tillkommande *rättighet,* i stället borde betraktas som en läkaren åvilande *skyldighet,* och saken hädanefter ses förnämligast från den sjukvårdsbehövande allmänhetens synpunkt. Oss veterligt är det första gången som denna moderna regel klart framförts i den offentliga diskussionen som riktlinje för ordnandet av den öppna vården. Den ene av kommitténs två läkare reserverade sig mot förslaget, vars fördelar han fann svåra att förstå. Med utgångspunkt från hans reservation riktades från landstingsförbundet till samtliga lasarettsdirektioner i riket en fråga om behovet av ändrade bestämmelser angående ersättning för polikliniken. Redan före betänkandets avlämnande gavs av så gott som samtliga lasarettsdirektioner det svaret, att någon annan poliklinik vid lasaretten ej funnes än läkarens där förlagda enskilda mottagning samt att någon ändring av rådande förhållanden icke ansåges påkallad. 1920 års lasarettsstadgekommittés ovan återgivna framsynta förslag, enligt vilket huvudmannen, som i motiveringen anföres, skulle haft att tillse,

att mottagningen bleve till största nytta för den hjälpsökande allmänheten med hänsyn till mottagningstider, antal mottagningar, lokaler, enhetlighet i avgifter o. s. v., ledde icke till något resultat. Vid den överarbetning, som verkställdes av 1926 års lasarettsstadgesakkunniga, ingick man icke närmare på frågan utan hänsköt den till framtiden. Den modifiering i dittills gällande bestämmelser, som föreslogs och blev antagen, har i praktiken icke lett till större resultat. Givetvis är det omöjligt att säga i vilket läge vi nu skulle befunnit oss, om landstingen redan för mer än tjugo år sedan blivit huvudmän för den öppna vården vid sjukhusen. Den fortsatta utomordentliga utvecklingen av den slutna vården under landstingens egid ger dock anledning att anta, att den öppna vården vid sjukhusen skulle ha blivit i motsvarande grad tillgodosedd.

Enligt den av 1926 års lasarettsstadgesakkunniga lämnade motiveringen var innebörden av den av dem föreslagna formuleringen av sjukhuslagens 12 § att lämna vägen öppen för genomförande av ordningen med taxebunden mottagning vid lasarett efter överenskommelse mellan vederbörande parter och slutlig fastställelse av medicinalstyrelsen. En förutsättning för införandet av en sådan ordning har varit och är, att ett villkor härom intagits redan vid tjänstens ledigförklarande, såvida icke vederbörande läkare gått med på ändring, vilket i regel icke skett. I de fall, då huvudmannen önskat ta ansvar för den öppna vården vid sjukvårdsinrättningen, har emellertid paragrafens formulering bidragit till att förhindra realiserandet av denna avsikt.

Ett försök att införa en sådan taxa gjordes i Blekinge enligt beslut i december 1930. Lasarettsläkare skulle motta obemedlade och mindre bemedlade under viss tid (fastställd till 2 timmar dagligen) och mot viss låg taxa. I praktiken befanns dessa bestämmelser obekväma. År 1935 modifierades de. Den fixerade mottagningstiden avskaffades, men fortfarande skulle lasarettsläkaren i den utsträckning tiden medgav med hänsyn till vården av inneliggande patienter ägna sig åt öppen vård, varvid för bestyrkt medellösa och mindre bemedlade skulle tillämpas en av medicinalstyrelsen fastställd reducerad taxa. Trängande fall och olycksfall skulle äga rätt till sådan billigare sjukvård när som helst på dygnet. En garanti för medellöshet skulle dock presteras av fattigvårdsstyrelsen. Denna form för poliklinisk mottagning utan fixerad mottagningstid var omgärdad av ytterligare restriktioner och synes icke ha varit tillfredsställande för någon part.

Statens sjukvårdskommitté berörde i sitt betänkande angående den slutna kroppssjukvården (SOU 1934: 22) i förbigående även den öppna vården och frånvaron av reglerande bestämmelser för denna. Kommittén fann i stort sett ingen anledning till ändring av gällande praxis, i annan mån än att den uttalade sig för en viss begränsning av tillträdet för invärtes sjuka till taxebundna mottagningar på lasarett ävensom på sjukstuga, som förestodes av annan läkare än civil tjänsteläkare. För övrigt sade sig kommittén finna det konsekvent, att, så snart taxebestämmelser befunnits erforderliga, sådana i föreskriven ordning skulle fastställas.

I cirkulärskrivelse till landstingens förvaltningsutskott den 17 november

1937 anhöll landstingsförbundets styrelse, att utskotten ville meddela sina erfarenheter rörande de dåvarande mottagningarna för öppen vård på sjukhusen och om dessa fungerade till belåtenhet samt begärde upplysningar i ett antal därmed sammanhängande frågor (bil. 10). De inkomna svaren var ganska likformiga. Endast enstaka klagomål hade försports över dåvarande förhållanden. Klagomålen avsåg taxorna särskilt för röntgen. Intet behov av särskilda polikliniklläkare ansågs föreligga. Från flera håll framfördes, att det vore önskvärt, att taxefrågan kunde ordnas, och likaså att landstinget finge någon ersättning för den personal, materiel och lokal, som det tillhandahöll, samt att landstingsförbundet borde verka i sådant syfte.

Som ett resultat av underhandlingar med lasarettsläkarföreningen, upptagna i anslutning till dessa önskemål, publicerade svenska landstingsförbundets styrelse den 19 juni 1939 ett förslag angående reglering av sjukhusläkarnas mottagningar för öppen sjukvård på lasaretten såsom sitt meddelande nr 2 1939 (bil. 11). Förslaget innehöll allmänna principer och fixerade rekommendationer om ersättning till läkaren och till sjukhuset. Direktionen borde bestämma dagordning för sjukhusarbetet och även mottagningstid i öppen vård. Det sades icke vara något landstings- och sjukvårdsintresse, att den öppna sjukvården koncentrerades till lasaretten utom i de fall, där lasarettens resurser samt läkarnas specialutbildning och specialkunskaper vore erforderliga för meddelandet av sådan vård. Lasarettsläkarnas öppna mottagningar skulle vara tillgängliga för alla kategorier av vårdsökande. För vissa kategorier borde gälla en på visst sätt maximerad sjukkassetaxa (obemedlade och mindre bemedlade, frånsett olycksfallsförsäkrade, samt patienter från huvudmannens andra sjukvårdsinrättningar). För övriga ägde läkaren bestämma arvodet men även där fastställdes viss maximering.

Det har från läkarhåll betygats, att detta förslag till överenskommelse påverkat storleken av de ersättningar, som lasarettsläkarna begärt av patienter i den öppna vården. Direkta överenskommelser med huvudmannen i enlighet med rekommendationerna synes däremot sällan ha förekommit.

I 1939 års förslag till reglering av lasarettsläkarnas mottagningar för öppen vård hade de underordnade läkarnas ställning och villkor i den öppna vården icke berörts. Sveriges yngre läkares förening anmälde sig som deras talesman och år 1943 avgav svenska lasarettsläkarföreningen och denna förening förslag till överenskommelse om arbets- och inkomstfördelningen på lasaretten dels mellan över- och underordnade läkare, dels mellan de underordnade läkarna inbördes (bil. 12). Förslaget innehöll ingående bestämmelser om jourtjänst och fritid, semester och annan tjänstledighet, ersättning för intyg, efterbehandling m. m. samt detaljerade föreskrifter om uppdelning av mottagning för öppen sjukvård mellan de olika läkarna och ersättningen härför. I detta sammanhang må vidare nämnas, att överenskommelse år 1944 träffats mellan landstingens centrala lönenämnd och Sveriges läkarförbund angående de underordnade läkarnas anställnings- och avlönings-

förhållanden vid landstingens sjukvårdsinrättningar (bil. 13 a; ny överenskommelse 1946, bil. 13 b).

Vid uppgörandet av den s. k. 1939 års taxa vid lasarettsläkarnas öppna mottagning hade Sveriges läkarförbund icke deltagit. Då efter några år förhandlingar åter upptogs i frågan, tillkom Sveriges läkarförbund såsom tredje part jämte landstingens centrala lönenämnd och svenska lasarettsläkarföreningen. Efter långvariga förhandlingar kom överenskommelse att i maj 1945 slutas endast mellan landstingens centrala lönenämnd och svenska lasarettsläkarföreningen. De allmänna principerna var i stort sett desamma som i »1939 års taxa» men bestämmelserna något utförligare. Lasarettsläkarens arbetstid för öppen sjukvård borde icke mera regelmässigt överstiga tre timmar per dag. I övrigt bestämdes tiden av honom själv. Vid mottagningen ägde han lämna företräde åt remissfall. Bestämmelser hade införts om de underordnade läkarnas deltagande i den öppna sjukvården. Patientens ersättning till läkaren reglerades genom en taxa (bil. 14).

Slutligen må nämnas, att under senare år vid ledigförklarande av lasarettsläkartjänster av landstingen enligt bestämmelserna i 15 § sjukhuslagen föreskrivits skyldighet för blivande lasarettsläkare att vid anordnande av öppen mottagning dels lämna ersättning för användande av sjukhusets lokaler, instrument, personal m. m., dels icke överskrida en av medicinalstyrelsen fastställd taxa. Från och med slutet av år 1943 ansåg sig Sveriges läkarförbund icke böra godkänna dylika förbehåll i kungörelsen utan vägrade intagande i sin tidskrift av annonser med nämnda villkor. Enligt meddelande av läkarförbundet till dess medlemmar finge tjänst, som icke annonserats i dess tidskrift, icke sökas. Ett flertal ledigblivna lasarettsläkartjänster kunde härigenom icke återbesättas och inrättandet av planerade nya tjänster måste uppskjutas. Sålunda kunde t. ex. lasarettsläkartjänsten vid Kalmar lasaretts kirurgiska avdelning av bl. a. detta skäl icke tillsättas under åren 1943—1946. Sedan mellan landstingens centrala lönenämnd och svenska lasarettsläkarföreningen träffats ovan nämnda överenskommelse i maj 1945, vilken Sveriges läkarförbund i januari 1946 förklarade sig godkänna såsom ett provisorium, kunde tjänsterna tillsättas respektive inrättas. Berörda överenskommelse är numera förlängd att gälla t. o. m. den 31 december 1949 med nio månaders uppsägningstid och ett års automatisk förlängning, därest uppsägning ej sker.

I skrivelse till medicinalstyrelsen den 10 juni 1945 hemställde Gotlands läns landstings förvaltningsutskott, att medicinalstyrelsen ville jämlikt 15 § sjukhuslagen godkänna den ovan nämnda taxan för den mottagning för öppen sjukvård, som vid lasarettet i Visby anordnats av lasarettsläkarna på allmänna avdelningen, på röntgenavdelningen samt på barnavdelningen. Vederbörande lasarettsläkares skriftliga godkännande fanns bifogade. I anledning härav meddelade styrelsen den 1 november 1945, att, ehuru den ej helt kunde gilla den taxesättning, som förekommer i den föreliggande överens-

kommelsen, styrelsen dock funnit skäl att fastställa den att gälla tills vidare för ifrågavarande öppna mottagningar. Styrelsens beslut, som avsåg att förhindra, att en ny konflikt skulle uppstå, innan vår utredning av vissa principfrågor slutförts, var dock icke enhälligt. Medicinalrådet Byttner och byråchefen Annell menade, att »medicinalstyrelsen bort förklara, att styrelsen icke är beredd att för närvarande godkänna taxan». (Se bil. 15, medicinalstyrelsens protokoll den 1 november 1945.)

Härefter har liknande framställningar till medicinalstyrelsen besvarats på enahanda sätt.

Specialiteterna vid och utanför sjukhus.

De båda diagrammen sid. 35 och 36 belyser de medicinska specialiteternas utveckling vid sjukvårdsanstalterna, dit specialläkarnas verksamhet huvudsakligen varit förlagd. Samma uppgifter återfinnes i tabellform sid. 201, där även vissa kommentarer göres.

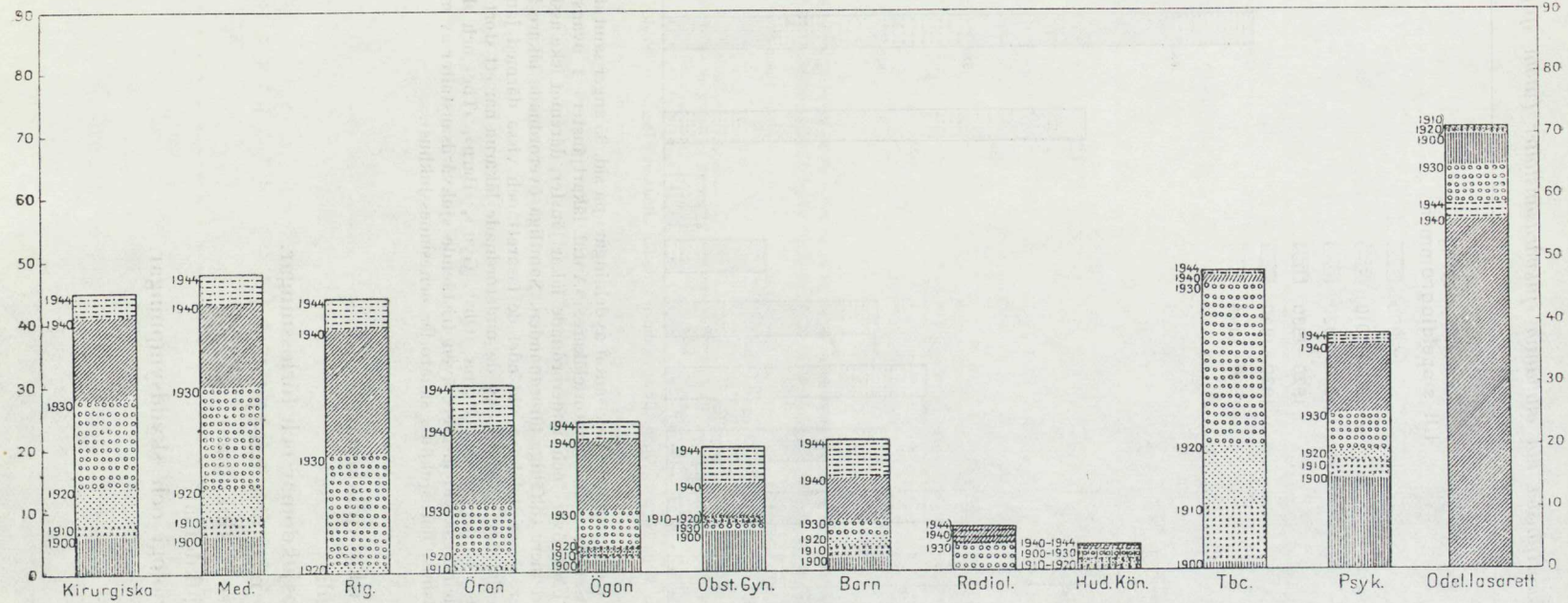
Tablån sid. 28 anger omfattningen av specialläkarnas verksamhet vid vissa städers polikliniker. Motsvarande statistiska uppgifter rörande annan öppen specialistvård saknas.

Specialvårdens utveckling i vårt land har betingats av olika faktorer. Vetenskapens framsteg har medfört ett medicinskt kunskapsmaterial av sådan omfattning, att en enda person icke längre kan behålla översikten av hela området, än mindre följa de aktuella framstegen eller behärska tekniken inom skilda avsnitt. Utvecklingen av undersöknings- och behandlingsmetodiken har dessutom framdrivit en specialisering, som gått efter något olika linjer. Specialister finns för invärtessjukdomar och kirurgiska sjukdomar, för vissa åldrars sjukdomar (t. ex. barns och åldrandes), för vissa organsystem eller -funktioner, (t. ex. obstetrik-gynekologi, oftalmologi), för vissa särskilda sjukdomar med större omfattning (t. ex. tuberkulosläkare), för teknisk undersökning och behandling (t. ex. röntgen- och narkosläkare).

Sveriges läkarförbund upptar följande specialiteter i sitt specialitetsschema:

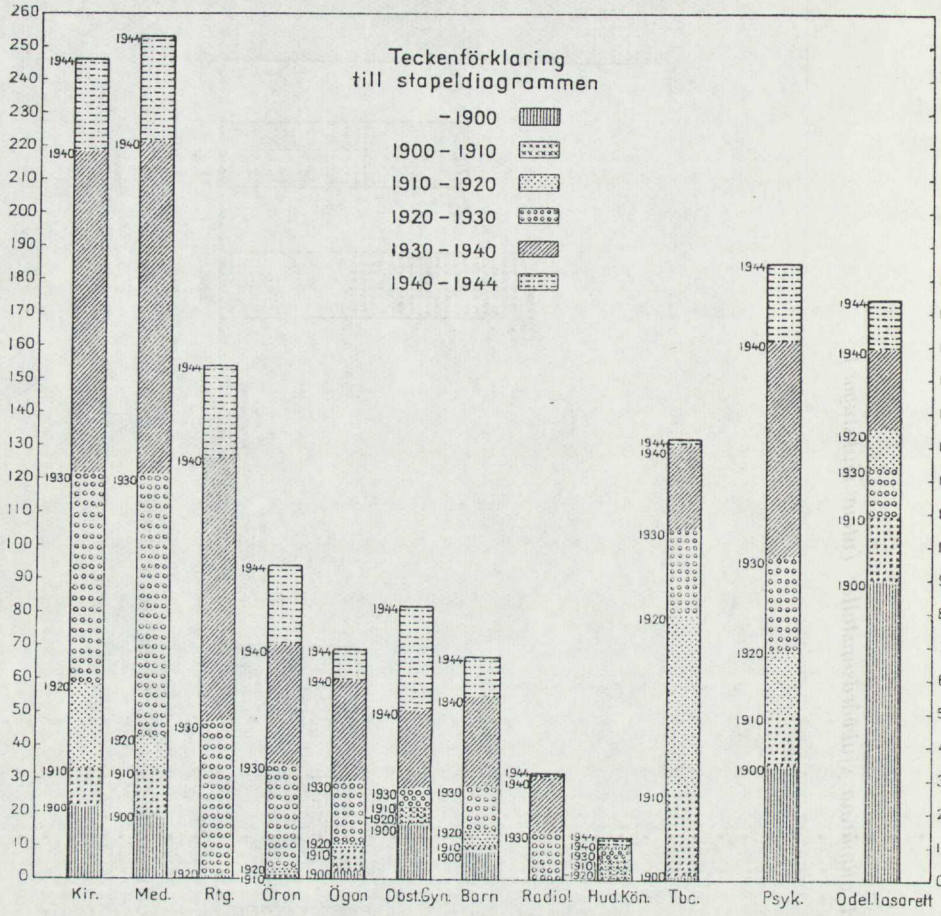
1. Invärtes medicin i allmänhet (invärtes sjukdomar).
2. Hjärtsjukdomar.
3. Matsmältningsorganens sjukdomar.
4. Ämnesomsättningens sjukdomar (sockersjuka, gikt, fettsot).
5. Lungsjukdomar.
6. Nervsjukdomar.
7. Psykiska sjukdomar.
8. Barnsjukdomar.
9. Hudsjukdomar.
10. Könssjukdomar.

Antal avdelningar vid allmänna sjukvårdsanstalter (utom sjukstugor).



Teckenförklaring och *anm.* sid. 36, avser även detta diagram.

Antal läkartjänster vid allmänna sjukvårdsanstalter (utom sjukstugor).



Anm. Siffrorna i diagrammet över »antal avdelningar» på sid. 35 anger samtidigt antalet överläkare, lasaretts- och sanatorieläkare. »Antal läkartjänster» i ovanstående diagram omfattar både över- och underordnade läkartjänster, däremot icke assistent- och extra läkare med mera tillfälliga förordnanden. Samtliga överordnade läkare är att räkna som specialister, lasarettsläkare vid odelade lasarett och vissa därmed jämförliga sjukhus såsom specialister i kirurgi. Av de underordnade läkarna har ett stort antal specialistkompetens. Under specialiteterna »Obst. Gyn.», »Barn», »Tbc» och »Psyk.» upptages utom avdelningar vid lasarett även fristående sjukvårdsanstalter av motsvarande slag (barnbördshus, barnsjukhus, sanatorier och sinnessjukhus).

11. Kirurgiska sjukdomar.
12. Ortopedi.
13. Kvinnosjukdomar och förlossningar.
14. Öron-, näs- och halssjukdomar.
15. Tändernas sjukdomar.
16. Ögonsjukdomar.
17. Bakteriologi och skyddsympningar.

18. Röntgenundersökning, röntgen- och radiumbehandling.
19. Massage och sjukgymnastik.
20. Röst- och talrubbningar.

Några specialiteter, som icke finns upptagna i det svenska schemat — ett kompletterande tillägg är för närvarande (september 1947) under behandling — har godkänts av American Medical Association, nämligen

endokrinologi
allergi
anaestesi
tarmkirurgi
plastisk kirurgi
neurokirurgi.

Denna förteckning kunde kompletteras med ytterligare ett antal, såsom inom invärtesmedicinens ämnesgrupp

epidemiologi och
reumatologi

samt inom den kirurgiska ämnesgruppen

munhålans kirurgi
brösthålans kirurgi och
maligna tumörers kirurgi.

Bland de teoretiska ämnena börjar utom bakteriologi och serologi även kemi, fysiologi och patologi bli representerade på sjukhusen. Sistnämnda ämne finns även upptaget på det amerikanska läkarförbundets specialitetslista.

Specialiseringsprocessen har fortgått och fortgår med allt större hastighet. I vilken utsträckning den bör få ta sig uttryck i den medicinska organisationen är ett av dennas huvudproblem, som ständigt måste bli föremål för förnyad prövning.

I olika länder har olika utbildningskrav uppställts för rätten att kalla sig specialläkare. Vanligen är det läkarorganisationerna, som uppställt dessa krav och själva haft hand om kontrollen. I vissa länder har samhället övertagit denna uppgift och kombinerat den med förbud mot missbruk av specialistbeteckningen. Så förklaras i Danmark, där den allmänna läkarföreningen förut omhänderhade denna angelägenhet, en läkare numera för specialläkare av Sundhedsstyrelsen efter av inrikesministern givna allmänna regler; en speciell nämnd avger utlåtanden i sådana ärenden (se sid. 146 ff.).

I vårt land bestämmes fordringarna för rättighet att annonsera sig som specialläkare av Sveriges läkarförbund för dess medlemmar (bil. 24). Härvid må även erinras om de bestämmelser rörande *behörighetskrav* för

vissa lasarettsläkartjänster, som finns i Kungl. kungörelsen den 17 december 1915 med däri vidtagna ändringar. En överblick av den aktuella tillgången på specialister av olika slag försvåras av att icke alla, som förvärvat sådan utbildning, begär kompetensförklaring. För närvarande diskuteras inom läkarförbundet ett förslag att höja fordringarna på utbildningstiden från 3 till 5 år.

Gällande föreskrifter rörande specialistutbildningens fullgörande synes stundom något stela. Så t. ex. kräves inom den pediatriska specialiteten utbildning vid barnavdelning med minst 15 platser för spädbarn, vilket omöjliggör utbildning av behövligt antal pediatriker.

För till förbundet icke anslutna läkare och för icke-läkare gäller i Sverige inga bestämmelser. Intet hinder föreligger därför för t. ex. kvacksalvare att annonsera sig såsom specialläkare för en mängd olika sjukdomar, vilket också dagligen sker.

Utbildningskraven för läkare avser huvudsakligen viss tids tjänstgöring vid sjukhus av olika slag. Såsom specialläkare i ett fack räknas därför innehavare av överordnad läkartjänst vid sjukhus eller sjukhusavdelning, där tjänstgöring som underordnad läkare medför specialistkompetens i facket enligt läkarförbundets bestämmelser, oberoende av om kompetensförklaring begärts och erhållits från läkarförbundet.

Privatpraktiserande läkare.

Som redan nämnts var i slutet av 1600-talet alla svenska läkare praktiker med mottagning i egna lokaler. Efter år 1663 gällde för alla, att de var bundna av taxa och skyldiga att sköta de fattiga utan ersättning. När tjänsteläkarnas antal ökades, fick de i sina instruktioner bl. a. även föreskrifter om taxebundenhet och fattigsjukvård. Först år 1890 lämnades ersättning av kommunerna för fattigsjukvården. Bestämmelserna blev väl aldrig direkt upphävda för de privatpraktiserande men kan sägas ha fallit i glömska. De svenska läkarna har dock även under senaste århundrade ganska ofta framhållit ej blott som en moralisk skyldighet utan också som ett privilegium, att det ankomme på dem att utan ersättning hjälpa »de högst nödträngdom», som termen löd år 1663, men numera förbindes detta ofta med krav på obundenhet av taxebestämmelser vid vård av mera bemedlade.

Antalet enbart privatpraktiserande läkare är svårt att ange för gångna tider. Till och med för innevarande tid är den exakta siffran svår att få fram, då vissa läkare vid sidan av sin privata praktik har en eller flera smärre tjänster och andra har en verksamhet, t. ex. inom industrin, som föga skiljer sig från de allmänna läkartjänsterna. Till de enbart privatpraktiserande bör lika litet räknas t. ex. medicine professorer eller medicinaltjänstemän, vilka vid sidan av annan huvudsaklig statlig verksamhet utövar viss privatpraktik, som de läkare, vilka genom vikariat etc. utbildar sig för

viss tjänsteläkarverksamhet. Så mycket torde kunna sägas, att privatläkarkårens medlemsantal under 1800-talet aldrig uppgick till 200. Av dessa var de flesta bosatta i de största städerna. Under 1900-talet, då läkarkåren tillvuxit i hastigare takt än antalet tjänster, har siffran ökat och torde nu — om man endast räknar med läkare under 70 år — röra sig om ett antal av ca 500. Räknar man däremot till privatläkarkåren de läkare, som vid sidan av annan tjänst, som militärläkare, järnvägsläkare, lasarettsläkare etc., även utövar privatpraktik, stiger siffran till åtskilligt över 1 000-talet.

Läkarnas fördelning på olika kategorier åren 1920, 1930 och 1940.

(Siffrorna hämtade ur SOU 1945: 56 »Betänkande med utredning och förslag angående läkarutbildningen, avgivet av inom ecklesiastikdepartementet tillkallade sakkunniga. III. Utbildningen efter med. lic.-examen». Tab. 6, sid. 18.)

	1920	1930	1940
Totala antalet läkare under 65 år[1]	1 591	2 158	3 165
Antal tjänster[2]	1 429	1 675	2 347
»Läkare utan tjänst» under 65 år[3]	562	892	1 427

[1] Enligt G. Dahlberg.
[2] Enligt Sveriges officiella statistik.
[3] Citationstecknet insatt av oss.

Vill man från siffran för »läkare utan tjänst» komma fram till siffran för enbart eller huvudsakligen privatpraktiserande har man att göra vissa avdrag för vikarierande, vare sig de uppehåller fasta vakanta tjänster eller mera tillfälliga vikariat, och för läkare, som lämnat sin verksamhet, av dem ett stort antal kvinnor. Från siffran 1 427 läkare utan tjänst år 1940 kommer man på detta sätt ned till ett antal enbart privatpraktiserande av ungefär 500. I läkarutbildningssakkunniges betänkande anges siffran till 459 för år 1942. Hur många av dessa, som är allmänpraktiker och hur många som är specialläkare, är svårt att överblicka, då ett stort antal av de sistnämnda även annonserar sig som allmänpraktiker. (Se härom sid. 80 ff.)

Det är väl möjligt att få en *allmän* föreställning om huru behovet av öppen sjukvård på detta sätt blivit genom tiderna tillgodosett eller icke tillgodosett. Medan verksamheten *inom sjukvårdsanstalternas slutna vård* noga kan följas genom mångsidiga uppgifter i årsredogörelsen, är det — utom för senaste år och för poliklinikerna — däremot omöjligt att få en motsvarande *detaljerad* uppfattning om den *öppna vården,* då siffermaterial saknas både för den öppna vården vid anstalterna och för den öppna vård, som bedrivs av de i egentlig mening privatpraktiserande läkarna och av tjänsteläkarna.

Läkarkårens fördelning på olika län och läkartätheten framgår av följande tabell. Av densamma kan omedelbart konstateras, att läkarkåren är starkt koncentrerad till de större städerna och att en stor ojämnhet råder i dess fördelning inom landets olika delar.

Fördelningen av landets läkare den 1 januari 1947.

Sjukvårdsområde	Invånarantal	Antalet läkare	
		Absolut	per 10 000 invånare
Stockholms stad	690 108	1 326	19
Stockholms län	336 955	102	3
Uppsala län	148 277	207	14
Södermanlands län	204 727	85	4
Norrköpings stad	80 228	45	6
Östergötlands län	256 312	106	4
Jönköpings län	258 819	129	5
Kronobergs län	155 349	65	4
Kalmar län	232 190	81	3
Gotlands län	58 986	27	5
Blekinge län	145 274	57	4
Kristianstads län	254 923	98	4
Malmö stad	176 659	139	8
Hälsingborgs stad	69 051	58	8
Malmöhus län	315 177	279	9
Hallands län	156 950	62	4
Göteborgs stad	325 563	277	8
Göteborgs och Bohus län	198 031	55	3
Älvsborgs län	343 782	142	4
Skaraborgs län	245 062	80	3
Värmlands län	273 166	108	4
Örebro län	238 147	106	4
Västmanlands län	187 198	71	4
Kopparbergs län	255 385	98	4
Gävleborgs län	276 812	97	3
Västernorrlands län	279 080	115	4
Jämtlands län	142 784	62	4
Västerbottens län	228 627	76	3
Norrbottens län	230 063	81	4
Hela riket	**6 763 685**	**4 234**	**6**

Anm. Uppgifterna i den andra sifferkolumnen är hämtade ur en av medicinalstyrelsen och arméinspektionens sjukvårdsavdelning gemensamt verkställd utredning (jämför sid. 256 och bil. 25). Då siffrorna avser hela läkarkåren ingår i dem också administrativt verksamma läkare, teoretici, överåriga, gifta kvinnliga läkare m. fl. kategorier, som ofta ej alls eller endast i ringa utsträckning ägnar sig åt individuell hälso- och sjukvård.

Särskilda enkäter och undersökningar.

Kap. 2. Den öppna vården vid olika slag av anstalter.

Den öppna vården vid polikliniker.

Poliklinikväsendet har under senare år varit föremål för livlig diskussion, varvid många motståndare till denna vårdform hävdat, att den ur såväl principiella som praktiska synpunkter vore behäftad med svåra brister.

I sin 1943 avgivna utredning angående poliklinikväsendet i Sverige (ref. bil. 4) kommer Sveriges läkarförbunds polikliniksakkunnige till det resultatet, att »polikliniskt bedriven sjukvård måste betraktas som i och för sig mindervärdig».

Poliklinikerna tillgodoser enligt berörda utredning »varken ur social eller medicinsk synpunkt ett sjukvårdskrav, som icke lika väl eller bättre kan fyllas genom på annat sätt utformad vård — ej heller synas de ur samhällsekonomisk synpunkt fördelaktiga». Författarna hävdar vidare, att poliklinikerna, i de delar »där den egentliga, av läkarna bedrivna polikliniska sjukvården utövas, måste anses vara obehövliga ur andra synpunkter än de didaktiska».

Andra, särskilt många patienter, har vänt sig mot sådana olägenheter som den ofta långa väntetiden, men har i andra avseenden funnit vårdformen tillfredsställande. Om uppskattning från patienternas sida vittnar den ständigt ökande tillströmningen till poliklinikerna. Det är också denna pågående utvidgning av den polikliniska verksamheten och »dess mer och mer uttalade inkräktande på de praktiserande läkarnas arbetsområde och tendenserna till dess införande även utanför de stora städerna», som framför allt säges ha motiverat inlägget av läkarförbundets polikliniksakkunnige.

Poliklinikbegreppet.

Såsom i den på läkarförbundets initiativ verkställda utredningen framhållits, saknas entydiga begreppsbestämningar i den hittills förda poliklinikdiskussionen. Ej ens begreppet poliklinik har erhållit någon allmänt erkänd definition. De mottagningar, om vilka denna term brukar begagnas, är också av mycket olika struktur. Läkarförbundets polikliniksakkunnige söker definiera begreppet poliklinik såsom »en av samhälle eller institution anordnad, utrustad och driven större mottagning för öppen specialistvård».

De polikliniksakkunnige har själva påpekat, att icke heller denna definition är utan brister. Utöver deras egna påpekanden må här endast framhållas, att icke blott specialläkarvård utan även *allmän* sjuk- och hälsovård torde kunna meddelas polikliniskt, samt att uttrycket »större mottagning» innebär en oklarhet, som tarvar närmare förtydligande.

Måhända borde man hellre reservera termen poliklinik för *en av samhälle eller institution anordnad, utrustad och driven, kostnadsfri eller taxebunden, tidsbestämd mottagning för öppen hälso- och sjukvård.* Genom kravet på tidsbestämdhet uteslutes jour- och olycksfallsmottagningen. Däremot kan såväl hälso- som sjukvårdande mottagningar av allmän karaktär inrymmas under definitionen. Mellan de fristående poliklinikerna och andra mottagningar för öppen vård utanför sjukhusen torde gränsdragningen med denna definition i allmänhet bli rätt enkel liksom också mellan sjukhuspoliklinikerna och den av sjukhusläkare jämlikt 15 § sjukhuslagen meddelade öppna vården. Då emellertid de båda sistnämnda typerna av mottagningar kan finnas vid samma sjukhus eller avdelning och utövas av samma eller delvis samma läkare, ja, stundom växelvis under samma timme, kan dock även med denna definition den praktiska gränsdragningen mellan dem i vissa fall vålla svårigheter.

Med den förbistring, som i fråga om ordet poliklinik föreligger i det allmänna språkbruket, — till och med en privat enmansmottagning av en allmänläkare har nyligen annonserats som poliklinik — förefaller det emellertid tämligen meningslöst att försöka komma till någon enighet om rätta bruket av denna beteckning.

Om begreppet poliklinik gives det innehåll, som ovan ifrågasatts, torde därunder falla dels de medicinska undervisningsanstalternas polikliniker i Uppsala, Lund och Stockholm, dels ock vissa kommunala polikliniker — fristående eller förlagda till sjukhus — i Stockholm, Göteborg och Malmö. Även i Norrköping och vid vissa landstingssjukhus föreligger eller har förelegat i vissa avseenden med poliklinikväsendet analoga förhållanden. Slutligen torde hit vara att hänföra vissa specialpolikliniker, särskilt inom vanförevården, hud- och könssjukvården samt tuberkulosvården (central- och distriktsdispensärer). Redan vid de båda sistnämnda slagen av specialpolikliniker är det profylaktiska inslaget i vården starkt, medan det i mödra- och barnavården är helt dominerande.

Också vid ett historiskt studium av poliklinikdiskussionen är det av vikt att hålla i minnet, att termen poliklinik i litteratur och språkbruk använts och användes i växlande betydelser. Särskilt förtjänar det framhållas, att uttrycket »poliklinisk vård» respektive »poliklinisk mottagning» sedan länge och fortfarande ofta användes om lasaretts- och sjukstugeläkarnas öppna mottagning över huvud taget. (Jämför statens sjukvårdskommittés betänkande om den slutna kroppssjukvården i riket, SOU 1934: 22, sid. 333.) Av en i svenska läkartidningen 1929, n:ris 31 och 32, publicerad P. M. angående vissa med den öppna läkarvården på rikets lasarett och därmed jämställda och jämförliga sjukhus sammanhängande frågor, baserad på en i november

1927 verkställd enkät, framgår (se exempelvis sid. 913 och 914 l. c.) likaledes den rådande terminologiska oredan på området. Denna har menligt påverkat den förda diskussionen och torde i många fall ha föranlett missförstånd och onödiga meningsskiljaktigheter.

Ett exempel på vanskligheter, vållade av den bristande klarheten i poliklinikbegreppet, erbjuder tolkningen av civila avlöningsreglementets bestämmelser i fråga om specialläkarvård, vilka stadgar, att kostnaden för specialläkarvård, som meddelas vid poliklinik på allmänt sjukhus, helt bestrides av statsmedel även i fall, då verksläkare eller annan läkare, som tjänsteman ägt anlita, icke förklarat sådan vård nödvändig. Samma bestämmelse finnes intagen såsom 51 § i statens allmänna avlöningsreglemente den 30 juni 1947 (SFS 411).

Officiellt tillfrågad om innebörden av begreppet »poliklinik vid allmänt sjukhus» meddelade medicinalstyrelsen i skrivelse till järnvägsstyrelsen den 10 mars 1941, att i § 36 i civila avlöningsreglementet åsyftade polikliniker »endast finnas i Stockholm och Göteborg samt vid universitetssjukhusen i Lund och Uppsala». I ett den 31 augusti 1942 till Kungl. Maj:t avgivet utlåtande kompletterade styrelsen detta sitt uttalande på följande sätt:

»Med poliklinik i egentlig mening har ursprungligen endast avsetts av huvudman anordnad öppen mottagning vid sjukhus. Sådan öppen mottagning har hittills endast funnits i Stockholm, Göteborg samt vid undervisningssjukhusen i Lund och Uppsala. Överläkarnas öppna mottagningar, som regleras i gällande sjukhuslag (15 §) och vilka i allmänhet finnas inrättade vid landstingslasaretten, hava däremot tidigare icke innefattats under nämnda beteckning. Efter hand har emellertid beteckningen i dagligt tal ofta kommit att omfatta även dylika mottagningar.

När i civila avlöningsreglementet beteckningen 'poliklinik vid allmänt sjukhus' använts såsom motsvarighet till 'enskild specialist', torde mindre avseende hava fästs vid huvudmannaskapet, medan i stället det allmännas intresse av att icke behöva lämna onödigt stor ersättning torde hava stått i förgrunden.

Under sådana omständigheter torde, enligt medicinalstyrelsens förmenande, de i styrelsens ovanberörda skrivelse till järnvägsstyrelsen lämnade uppgifterna om de polikliniker i civila avlöningsreglementets mening, som funnes i riket, icke utesluta den tolkning av civila avlöningsreglementets ifrågavarande bestämmelse, som kommit till uttryck i av generalpoststyrelsen omförmälda praxis, nämligen att full ersättning skulle utgå för å öppen mottagning meddelad sjukvård i samtliga de fall, då kostnaden för den öppna vården icke överstigit det belopp, som skulle hava utgått enligt de vid poliklinik i egentlig mening gällande taxorna.»

En annan tolkning av begreppet poliklinik har lämnats av professor M. Ljungdahl i hans uppsats »Poliklinikfrågan med särskild hänsyn till förhållandena i Malmö och vid Malmö Allmänna sjukhus» (svenska läkartidningen 1942, nr 13 sid. 874). Ljungdahl definierar begreppet poliklinik i motsats till »personlig mottagning» såsom »en av myndighet, i detta fall sjukhuset, inrättad och ledd institution för ambulant *vård av vissa sjukdomar,* under det att personlig mottagning är en läkares omhändertagande i ambulant *vård av människor lidande av vissa sjukdomar*». Denna distinktion har vi ej funnit användbar, då det uppenbarligen vid varje form av läkarvård ehuru i olika grad allt efter fallets art gäller att — såsom redan den tyske läkaren Hufeland för mer än hundra år sedan uttryckte det — »lära känna icke blott sjukdomen utan också den sjuke».

En dansk iakttagare — dåvarande ordföranden i Danmarks almindelige lægeforening — V. A. Fenger, som under år 1945 studerat den öppna vården på de svenska sjukhusen, gör (Ugeskrift for læger Nr. 47, 22 november 1945) följande konstaterande: »Naar uklarheden straks forekommer saa stor, be-

ror det for en del paa, at en række betegnelser, 'poliklinik', 'öppen vård eller mottagning', 'enskild mottagning' o. fl. anvendes i flæng. Et sted pointerer man f. eks., at der ikke findes poliklinikker, kun overlægers og reservlægers private konsultationer, og dog kan det for en fremmed iakttager være svært at faa øje paa forskellen paa dette arrangement og en poliklinik i almindelig dansk forstand. Selv om man fastholder ved den i Sverige almindeligt gængse fortolkning af begrebet poliklinik: 'En af samfundet eller en institution oprettet, udrustet og drevet større modtagelse af patienter til ambulant behandling', hjælper det ikke synderligt til at klare begreberne. Poliklinikker i den forstand findes, men adskillige steder afholdes udgifterne ved driften af samfundet eller institutionen, medens intægterne ubeskaaret eller kun lidet beskaaret tilfalder Lægerne, og dog bærer virksomheden saadanne steder for en dansk iakttager i udpræget grad poliklinikkens præg.»

Doktor Fengers iakttagelse, att det kan vara svårt att se någon väsentlig skillnad mellan driften av en poliklinik och en lasarettsläkares enskilda mottagning, belyses närmare i den kommande framställningen. Det torde av den lämnade skildringen framgå, att ordet poliklinik är moget för avskrivning. Sedan man har enats om organisationen av olika slag av öppna mottagningar, bör man också förse dem med lämpligare beteckningar.

Författningsbestämmelser och andra stadganden om poliklinikvården.

För poliklinikerna i de olika städerna gäller följande föreskrifter:

Uppsala. I det den 5 december 1941 utfärdade reglementet för akademiska sjukhuset i Uppsala (SFS 934) saknas speciella föreskrifter om poliklinikerna utom i § 17, där det stadgas, att 15 § sjukhuslagen ej skall äga tillämpning på den polikliniska verksamheten vid sjukhuset. Bestämmelser för denna verksamhet är utfärdade av universitetskanslern att gälla från och med den 1 juli 1944 (bil. 5).

Lund. Det likaledes den 5 december 1941 utfärdade reglementet för Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund (SFS 935) är i stort sett överensstämmande med reglementet för akademiska sjukhuset i Uppsala men innehåller i § 2 följande bestämmelse: »Vid lasarettet skall finnas polikliniker för de olika avdelningarna i den utsträckning, som finnes nödigt eller nyttigt för undervisningen och specialvården.» Taxa för den polikliniska verksamheten är godkänd av landstinget år 1925 (bil. 6).[1]

Karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet. Bestämmelser för poliklinikerna vid karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet återfinnes i Kungl. Maj:ts reglemente den 22 juni 1939 (SFS 416). Klinikerna skall vara förenade med polikliniker (§§ 34 och 35). På serafimerlasarettet finns dessutom en kvinnopoliklinik, en öron-, näs- och halspoliklinik samt en ögonpoliklinik,

[1] Sedan 1 jan. 1947 tillämpas i stället den genom 1945 års överenskommelse mellan landstingens centrala lönenämnd och svenska lasarettsläkarföreningen antagna taxan (se bil. 14).

för vilka överläkarna vid motsvarande kliniker på karolinska sjukhuset är föreståndare. Bestämmelserna för överläkarna såsom chefer för respektive klinik och poliklinik är desamma (§ 38). Vad i reglementet sagts om överläkare skall i tillämpliga delar gälla även poliklinikföreståndare (§ 36). Så t. ex. åligger det överläkare att utan särskild ersättning från sjukhusen stå till förfogande för konsultation och erforderliga specialundersökningar på honom icke underställd klinik, poliklinik eller avdelning (§ 39).

Underläkare vid sjukhusen äger ej utöva självständig läkarpraktik (§ 44). Direktionen äger medge överläkare rätt att på sjukhuset anordna öppen mottagning. Villkoren härför bestämmes av direktionen (§ 40).

Social kurator har att utreda och ombesörja ärenden rörande bistånd åt de vid sjukhusens kliniker och polikliniker vårdade sjuka (§ 75).

Avgift för poliklinisk undersökning och vård av sjuka bestämmes av direktionen. På poliklinikerna tjänstgörande läkare må icke av de sjuka uppbära ersättning vare sig för undersökning eller vård (§ 86).

I reglementena för *Stockholms- och Göteborgssjukhusen* finns inga bestämmelser om polikliniker. Icke heller de fristående poliklinikerna i dessa städer är reglerade i allmän författning. Poliklinikerna därstädes administreras i enlighet med av sjukhusdirektionerna i varje fall fattat beslut, i allmänhet berörande de ekonomiska frågorna. Till bestämmelserna återkommer vi vid behandlingen av dessa frågor.

Som exempel på andra bestämmelser må nämnas de regler om olika former för begränsning av poliklinikmottagningar, som gäller för 18 av de 43 poliklinikerna i Stockholm (se bil. 2), bl. a. sex medicinska polikliniker, tre ögonpolikliniker och tre gynekologiska polikliniker. Nybesöken kan vara inskränkta till högst två per mottagning (allergiska polikliniken), tre (karolinska sjukhusets psykiatriska poliklinik), fem (södersjukhusets medicinska poliklinik) men är i allmänhet maximerade till 15—20, medan återbesökens maximala antal växlar mellan 5 och 60 utom för radioterapeutiska poliklinikeu, där de uppgår till ännu flera (100).

Sjukhusdirektören i Stockholm har den 22 januari 1940 utfärdat föreskrifter för Stockholms stads polikliniker. (Se bil. 2.)

Sveriges läkarförbunds utredning av poliklinikfrågan.

Den av Sveriges läkarförbunds polikliniksakkunnige 1944 gjorda utredningen om poliklinikväsendet i vårt land refereras utförligt i bil. 4 och skall därför här endast i förbigående beröras.

Resultatet av utredningen, som innehåller många fakta och synpunkter av intresse, kan summariskt sammanfattas så, att författarna i anslutning till av dem konstaterade brister i den nuvarande poliklinikvården — långa väntetider för patienterna, pressad arbetstakt och låg inkomst för läkarna etc. — ansett sig kunna rätt kategoriskt avvisa den polikliniska vårdformen.

Motiveringen till detta ställningstagande synes dock mindre övertygande,

då bl. a. någon undersökning av möjligheterna att undanröja förefintliga brister icke redovisats.

Vissa svårigheter att följa framställningen vållas av den — också i utredningen ofta påpekade — djupt rotade terminologiska oklarheten på området, vilken icke endast gäller själva poliklinikbegreppet utan också åtskilliga andra termer.

Då statistiskt bearbetat siffermaterial endast företeits från poliklinikerna, medan något motsvarande material, t. ex. rörande lasarettsläkarnas enskilda sjukhusmottagningar eller andra former av öppen vård icke presenterats, har någon på fakta grundad jämförelse mellan de olika vårdformerna icke kunnat verkställas. Förff:s slutsatser framstår därför i vissa avseenden som otillräckligt styrkta.

Flera av förff:nas uttalanden synes jämväl bottna i att de icke tillräckligt beaktat poliklinikfrågans sociala aspekter. Det synes för dem (l. c. sid. 62) framstå såsom axiomatiskt, att »social rättvisa» på förevarande område icke kan realiseras på annat sätt än genom en gradering av läkartaxorna med hänsyn till de vårdsökandes inkomstförhållanden. De mindre bemedlade vårdsökandes arbetstid säges (l. c. sid. 62—63) vara dyrbarare än andra personers och de påstås med denna sin arbetstid »i realiteten finansiera poliklinikerna». Det viktigaste skälet mot ett vidgande av »den polikliniska s. k. vården» (l. c. sid. 58) säges ligga i dess olyckliga inflytande på den av de praktiserande läkarna bedrivna öppna vården (l. c. sid. 73).

Av det ovan anförda torde framgå, att de av läkarförbundet tillsatta poliklinikSakkunnige i sitt betänkande väl snarast kommit att ge uttryck åt en bland många läkare rådande uppfattning om poliklinikväsendet i dess nuvarande gestaltning. Som en kodifiering av denna uppfattning har betänkandet sitt intresse. Vissa av de däri framförda rekommendationerna synes väl värda uppmärksamhet. Detta gäller främst förslagen om att tjänsteläkarkåren utökas med specialläkare inom flera discipliner än den invärtesmedicinska, att de privatpraktiserande läkarna ingår kontrakt med kommunen samt att en utvidgad jourtjänst bland de självständigt arbetande läkarna åvägabringas.

Bestående värde har utredningen i den historiska delen (l. c. kap. I—IV), i den statistiska (l. c. bil. I) samt i litteraturförteckningen (l. c. bil. II). Ur tabellmaterialet har vi i vårt referat avtryckt tabell 3 till jämförelse med det material, vår egen utredning framlägger från lasarettens öppna vård enligt 15 § sjukhuslagen.

Statistiska uppgifter om poliklinikerna,

Följande uppgifter är hämtade ur en av fil. lic. G. Ahlberg gjord undersökning, publicerad som bil. I till den av Sveriges läkarförbunds poliklinikSakkunnige gjorda utredningen, och kompletterade med uppgifter för år 1945.

Ahlbergs undersökning omfattar huvuddragen av utvecklingen åren 1911—1940. Patientantalet har under denna tid på poliklinikerna i Stockholm och Göteborg företett en tämligen jämn och under periodens senare hälft accen-

tuerad ökning. Sedd i relation till folkökningen befinnes frekvensen av nybesök ha fördubblats. Att den relativa ökningen i förhållande till befolkningen förefaller större i Göteborg än i Stockholm beror på att Stockholm redan vid periodens början hade ett förhållandevis stort antal besök. Medan i Göteborg antalet besök per tusen invånare under tiden 1936—1940 uppgick till 207 var motsvarande siffra för Stockholm 360. Ahlberg har även försökt att göra en prognos och menar att om ca 30—40 år besöksfrekvensen sannolikt skall ha nått en nivå, som ligger minst 50 % och snarast omkring 100 % över den nuvarande, under förutsättning av en i det stora hela oförändrad organisation av poliklinikerna. Efter 1940 vidtagna åtgärder har snarast syftat till att minska tillströmningen (höjda poliklinikavgifter, maximering av antalet patienter per mottagning). I trots härav synes den av Ahlberg förutspådda minsta ökningen redan efter 5 år i det närmaste ha uppnåtts (jämför sid. 48 och 49).

Ett undantag från den allmänna ökningen av besöksfrekvensen visar barnpoliklinikerna, där snarast en nedgång ägt rum. Ahlberg hänför detta till den förebyggande barnavårdsverksamheten. Sannolikt har denna verksamhet också på andra håll kraftigt bidragit till att minska tillströmningen till mottagningarna för barnsjukvård. Om denna iakttagelse är riktig, leder den till betydelsefulla konsekvenser.

Växlingarna i den ekonomiska konjunkturen synes ha relativt litet inflytande på besöksfrekvensen. Ej heller ikraftträdandet av 1917 års lag om obligatorisk försäkring mot olycksfall i arbete synes ha medfört någon påvisbar ökning av besöksfrekvensen vid de såsom olycksfallsstationer fungerande kirurgiska poliklinikerna.

Även de från sjukhusen fristående poliklinikerna, vilka i Stockholm numera är dels hud- och könspolikliniker och dels mottagningar för öron-, ögon- och kvinnosjukdomar, i Göteborg framför allt mottagningar för kirurgiska sjukdomar, visar mot periodens slut en markerad uppgång i besöksfrekvens men representerar dock föga över 5 % av de totala besöken på poliklinikerna i Stockholm, i Göteborg ungefär 10 %.

Tendensen till ökning av det årliga antalet nybesök är även i Malmö mycket stark på den kirurgiska polikliniken samt på ögonpolikliniken, medan de ortopediska och barnpoliklinikerna visar en jämförelsevis oförändrad besöksfrekvens. I Lund är tendensen långsamt stigande intill år 1940. Ögonpolikliniken synes 1935 ha nått sin övre gräns. Barnpolikliniken visar snarast nedgång liksom i Stockholm och Göteborg. Övriga polikliniker visar år 1940—45 en kraftig ökning. Denna kan dock icke mäta sig med den oerhörda ökningen i de största städerna.

Poliklinikerna i Uppsala visar under perioden en likartad utveckling och intar en mellanställning mellan storstäderna och Lund.

En särskild tabell visar medeltalet besök per patient vid olika polikliniker år 1941. De medicinska barnpoliklinikerna och ögonpoliklinikerna har i

allmänhet ett återbesök, de invärtesmedicinska poliklinikerna i allmänhet två återbesök. Kvinnopolikliniker och radiologiska polikliniker samt ortopediska polikliniker ligger däremellan, medan de kirurgiska och ögonpoliklinikerna i allmänhet har mellan två och tre återbesök, de psykiatriska två till sju. Växlingarna är emellertid mycket stora. Som exempel må pekas på den ena av de medicinska poliklinikerna vid Sahlgrenska sjukhuset, där varje patient gör i medeltal tio besök mot tre besök vid den andra medicinska polikliniken, beroende på att huvudparten av den förras klientel representeras av vissa kroniska sjukdomar (sockersjuka och ondartad blodbrist).

Rätt stor uppmärksamhet ägnas åt besöksfrekvensens växlingar under olika månader. Analysen av dessa har i vårt sammanhang mindre intresse, frånsett iakttagelsen, att de medicinska polikliniker, som fixerat ett mycket lågt övre besökstal per mottagning, knappast uppvisar några säsongvariationer.

En summering av besökssiffrorna i tabell 3 i Ahlbergs undersökning (se bil. 4) ger följande resultat i fråga om poliklinikverksamheten år 1941 i de olika städerna:

Stad	Totala antalet besök	Antalet nybesök
Stockholm	647 177	237 289
Göteborg	263 542	68 890
Malmö	19 824	18 958
Uppsala	61 825	34 190
Lund	57 704	31 924

Anm. Att sådan summering ej verkställts av Ahlberg torde bero på materialets ofullständighet. Så t. ex. saknas för Malmö uppgifter om totala antalet besök på kirurgiska och öronpolikliniken samt om antalet nybesök på sistnämnda poliklinik. Siffrorna är alltså för låga men torde dock belysa verksamhetens omfattning.

För år 1945 har vi sammanställt siffror om poliklinikverksamheten ur årsberättelser och andra källor (beträffande Stockholm se bil. 2) och därvid kommit till följande resultat:

Stad	Totala antalet besök	Antalet nybesök
Stockholm	968 185	336 599
Göteborg	418 911	108 302
Malmö	129 980	3 927
Uppsala	92 637	47 331
Lund	120 084	46 131

Anm. Också dessa siffror är ofullständiga. Stundom är nomenklaturen ej densamma i olika städer. I Lund synes den ha omlagts sedan 1941. För Lund och Malmö har vi, utom årsberättelsernas siffror för poliklinikbesök, också medräknat övriga redovisade besök, som ej avlagts hos överläkare. Dock har ej andra nybesök än de som polikliniska rubricerade medtagits för Malmö, då registreringen ej medgivit detta. Proportionen mellan återbesök och nybesök blir därför för Malmös del helt missvisande.

Siffrorna avser både fristående och till sjukhus förlagda polikliniker.

Där besök på mödra- och barnavårdscentraler redovisats har de medräknats i siffrorna för obstetrisk-gynekologisk poliklinik och barnpoliklinik.

Siffrorna för massage, ljusbehandling och tandvård har ej medräknats.

Vi finner det föga givande att ange poliklinikvårdens omfattning i de stora städerna i förhållande till invånarantalet. Visserligen har numera i Stockholm

och Göteborg anvisningar givits, som begränsar tillgången till poliklinikerna för personer, bosatta utanför sjukvårdsområdet. I Stockholm hänvisas dessa till de statliga poliklinikerna, vilka också besöks av ett stort antal av stadens egna invånare. För universitetspoliklinikerna är orimligheten i att räkna endast städerna såsom uppland uppenbar.

De i de föregående tablåerna redovisade besöken fördelar sig på de olika specialiteterna på följande sätt:

Specialitet	Totala antalet besök		Antalet nybesök	
	1941	1945	1941	1945
Med. pol.	123 228	166 425	43 515	49 734
Kir. pol.	403 797	618 724	147 984	179 181
Med. barnpol.	42 822	94 625	20 244	44 441
Kir. barnpol.	18 527		7 361	
Ögonpol.	81 704	95 544	54 125	55 819
Öronpol.	191 527	217 857	56 409	71 019
Kvinnopol.	60 502	92 883	22 106	33 248
Rad. o. rtg.pol.	50 737	78 828	16 810	24 245
Ortop. o. kir. tbc. pol.	42 147	44 464	14 627	17 464
Psyk. pol.	21 040	29 488	3 891	10 218
Neur. pol.	9 579		3 924	
Hud- o. könspol.	.	262 917	.	49 530
Diverse pol.	4 462	28 042	255	7 391
	(1 050 072)	(1 729 797)	(391 251)	(542 290)

I stort sett torde man — även med de ofullständigheter och övriga olikheter i materialet för de båda åren, som ovan konstaterats, — kunna våga påståendet, att den öppna vården vid ifrågavarande mottagningar från år 1941 till år 1945 ökat med närmare 40 % i fråga om totala antalet besök och med närmare 25 % i fråga om antalet nybesök. Hud- och könssjukvården, som helt synes ha utelämnats i 1941 års uppgifter, har då lämnats utanför den gjorda jämförelsen i likhet med några smärre mottagningar av diverse slag, vilka ej heller där återgivits.

Av tabellerna till Ahlbergs undersökning anger tabell 1 årliga antalet nybesök vid olika slag av polikliniker åren 1911—1941 för Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala och Lund. Tabell 2 ger siffrorna för antalet nybesök vid de särskilda poliklinikerna femårsvis. Tabell 3 visar besöksfrekvens, läkarantal och arbetstid vid de olika poliklinikerna år 1941 och återges, såsom redan nämnts, i vår bil. 4.

Annan öppen vård vid kroppssjukhus.

Som i kap. 1 redan nämnts, söker patienterna öppen vård vid lasarett i olika syften. Besöken kan sålunda ske för intagning, för eftervård, för vård vid olycksfall eller hastigt insjuknande, för s. k. jourfall och för allmänläkar- eller specialläkarkonsultation (rådfrågning och undersökning med

eller utan behandling). Besöken kan göras med eller utan remiss av annan läkare inom eller utom sjukhuset, med eller utan samband med sluten vård.

Hösten 1943 gjorde vi till samtliga chefläkare vid kroppssjukhusen en enkät angående den öppna vården[1] vid sjukhusen, avsedd att lämna ett underlag till våra personliga undersökningar vid studieresor. Frågorna avsåg dock icke den öppna vården vid de av huvudmän organiserade poliklinikerna. Enkäten redovisas i bil. 7. Den avsåg förhållandena under tiden 1—15 december 1943 och skulle — i motsats till våra enkäter till provinsial- och stadsläkarna — i tillämpliga delar grundas på observationer under angiven tid, icke på uppskattningar. Varken svaren från lasaretts- och sjukstugeläkarna eller från provinsial- och stadsläkarna ger uppgifter om säsongvariationer. Sjukhusläkarenkätens undersökningstid, första hälften av december månad, torde — med enstaka, av speciella omständigheter betingade undantag vid några anstalter — representera en tid på året, då besöksfrekvensen vid landstingsanstalternas öppna mottagningar varken är särskilt stor eller särskilt liten i förhållande till övriga tider på året. Vid poliklinikerna ligger medelantalet nybesök per dag för hela december månad på få undantag när under årsmedeltalet (läkarförbundets polikliniksakkunniges utredning, tabell K). Under senare hälften av december månad kan besöksfrekvensen förutsättas vara lägre än under förra hälften av månaden, vilket påverkar månadsmedeltalet för december.

Från centrala sjukvårdsberedningen har vi vidare begärt och fått mottaga ett utlåtande, som dels anger beredningens krav på mottagningsavdelningar vid olika slag av anstalter och avdelningar, dels ett sammanfattande omdöme om i vad mån de nuvarande lokalerna uppfyller fordringarna och om orsakerna till bristerna (bil. 8).

Vi hänvisar till de båda bilagorna, som på många punkter belyser förhållandena inom den öppna vården vid anstalterna. Här skall endast några huvuddrag framhållas.

Vår enkät har besvarats av 139 chefläkare vid de delade lasarettens specialavdelningar. Vid en invärtesmedicinsk avdelning, en öronavdelning och en barnavdelning har öppen mottagning enligt 15 § sjukhuslagen icke ordnats. Svar från 53 av 56 chefläkare vid odelade lasarett, från 76 av 82 sjukstugeläkare och från 41 av 42 sanatorieläkare ingår också i undersökningen. Av dem har 4 sjukstugeläkare och 2 sanatorieläkare uppgett, att öppen mottagning vid anstalten icke är ordnad. Vid bearbetningen av uppgifterna har i viss utsträckning bortsetts från svaren rörande röntgenavdelningarna och sanatorierna. Beträffande röntgenavdelningarna har detta berott på att bestämd gräns icke dragits mellan läkarnas verksamhet i öppen och sluten

[1] Den terminologiska oklarheten medför, att svaren avser all vid sjukhusen meddelad öppen vård, ej endast den vård, som äger rum enligt 15 § sjukhuslagen. Att för vår undersökning uppdela de patienter, som söker öppen vård vid sjukhusen, efter ovan angivna anledningar till besöken eller de bestämmelser eller den praxis, enligt vilken de erhåller vård, har icke varit möjligt.

vård och att formuläret icke helt kunnat anpassas efter de vid dessa avdelningar rådande speciella förhållandena. Den öppna tuberkulosvården har till väsentlig del övertagits av dispensärväsendet. De av oss inhämtade upplysningarna om mottagningarna enligt 15 § sjukhuslagen vid sjukhusen i de tre största städerna samt i Uppsala och Lund har icke medtagits.

Fastställd tid för den öppna mottagningen.

Den för lasaretts- och sjukstugeläkarna fastställda mottagningstiden framgår av nedanstående tablå:

Avdelningar (anstalter)	Antal avdelningar (anstalter) med fastställd mottagningstid (timmar per vardag)					
	högst 1·5	1·6—2·5	2·6—3·5	3·6—4·5	ej fastställd	Summa
Kir.	6	17	4	1	2	30
Med.	10	11	2	—	5	28
Öron-, näs-, hals.	6	8	1	—	5	20
Ögon	7	5	—	—	6	18
Barn	2	3	—	1	2	8
BB och gyn.	3	—	—	—	3	6
Odel. las.	8	31	12	—	2	53
Sjukstugor	3	30	30	9	4	76

I enkätsvaren är fastställda mottagningstider för underläkarna angivna vid 9 kirurgiska avdelningar, 5 invärtesmedicinska avdelningar, 1 öronavdelning och 1 gynekologisk avdelning samt 15 odelade lasarett.

I synnerhet när den fastställda mottagningstiden är kort, ned till ½ timme, synes den närmast vara att anse som en anmälningstid och icke avsedd att vara normerande för mottagningstidens längd.

Under de fastställda mottagningstiderna medhinnes samtliga vårdsökande vid 13 avdelningar vid delade lasarett, därav 6 kirurgiska och 2 invärtesmedicinska avdelningar samt vid 9 odelade lasarett och 21 sjukstugor. De fastställda mottagningstiderna uppgår därvid till ½ timme (1 avdelning), 1 timme (3 avdelningar), 2 timmar (6 avdelningar, 4 odelade lasarett och 4 sjukstugor), 2½ timmar (1 avdelning), 3 timmar (2 avdelningar, 5 odelade lasarett och 12 sjukstugor), 4 timmar (4 sjukstugor) och 4½ timmar (1 sjukstuga). Vid 73 avdelningar med fastställd mottagningstid är denna otillräcklig. Där åtgärder icke vidtagits för att begränsa tillströmningen och den tid över den fastställda, som kan anslås till öppen mottagning, icke heller är tillräcklig, återstår endast att hänvisa vårdsökande, som icke medhinnes, till läkare utom sjukhuset eller till förnyat besök.

Tiderna för in- och utskrivning av patienter sammanfaller vid 58 avdelningar, 36 odelade lasarett och 60 sjukstugor med tiderna för de öppna mottagningarna, medan in- och utskrivningstiderna är förlagda före de öppna mottagningarna vid 14 avdelningar, 8 odelade lasarett och 1 sjukstuga. Vid

4 avdelningar, 5 odelade lasarett och 1 sjukstuga är inskrivningstiderna och vid 11 avdelningar, 4 odelade lasarett och 10 sjukstugor utskrivningstiderna förlagda före eller efter de öppna mottagningarna.

Läkarnas arbetstid i öppen vård.

Det må framhållas, att vid svenska sjukhus varken chefläkarna eller, med något undantag, underläkarna har någon bestämd arbetstid. Läkarnas sammanlagda arbetstid i sluten och öppen vård har icke efterfrågats i enkäten. Chefläkarna vid lasaretten har enligt enkäten en daglig medelarbetstid per vardag i öppen vård av något över 3 timmar. Motsvarande tid för de underordnade läkarna vid lasaretten och sanatorieöverläkarna är något över 1 timme och för sjukstugeläkarna något över 4 timmar. Medeltalen gäller för 250 läkare vid 105 avdelningar på delade lasarett (med undantag av röntgenavdelningarna), 114 läkare vid 44 odelade lasarett, 70 sjukstugeläkare och 27 överläkare vid sanatorier. Omkring dessa medeltal grupperar sig arbetstiden i öppen vård vid sjukhuset mellan 1 timme och 7 à 8 timmar per vardag. Ju flera läkare som på en avdelning deltar i den öppna vården, dess mera tenderar arbetstiden att för var och en av dem hålla sig inom rimliga gränser. 15 lasarettsläkare vid delade lasarett (därav en vid kirurgisk avdelning och 5 vid invärtesmedicinsk), 3 lasarettsläkare vid odelade lasarett, 8 underläkare vid delade lasarett och 24 sjukstugeläkare har dock en arbetstid av 27 timmar per vecka eller mer i öppen vård samtidigt med arbetet inom den slutna vården.

Jourtjänst.

Öppen mottagning för jourfall är, på något undantag när, ordnad vid alla sjukhus och avdelningar vid delade lasarett. Den utsträckning, i vilken läkarna deltager i denna jourtjänst, framgår av nedanstående tablå:

Avdelningar (anstalter)	Antal avdelningar (anstalter)								
	med ständig jour		med underläkare i jour				med annan jourordning	utan jour	Summa
	för sjukhusläkaren	för underläkaren	vartannat dygn	vart 3:e dygn	vart 4:e dygn	vart 5:e dygn			
Kir.	—	—	7	18	3	—	2	—	30
Med.	—	2	11	6	5	1	3	—	28
Öron-, näs-, hals.	10	6	—	—	—	—	4	—	20
Ögon-	15	1	—	—	—	—	1	1	18
Barn-	5	2	—	—	—	—	1	—	8
BB- och gyn.	—	3	1	—	—	—	2	—	6
Odel. las.	1	11	26	11	1	—	3	—	53
Sjukstugor	71	—	—	—	—	—	4	1	76

S. k. »andra jour» (»bakjour», »passiv jour»), beredskap för de icke-jourhavande läkarna att — eventuellt i viss turordning — tillkallas av jourhavande läkare, är organiserad vid 9 avdelningar vid delade lasarett och vid 5 odelade lasarett. Även där organiserad »andra jour» icke finns, har jourhavande läkare ofta möjlighet att tillkalla annan läkare vid behov av konsultation eller assistans.

Intagnings- och besöksfrekvens.

Besöksfrekvensen vid den öppna mottagningen och intagningsfrekvensen på avdelningarna och anstalterna framgår av tabellerna sid. 60—61. I allmänhet följer med större intagningsfrekvens även större besöksfrekvens vid öppen mottagning, vilket också borde vara förhållandet, om den öppna vården vore proportionerad efter den slutnas resurser. Om den slutna vården är underdimensionerad i förhållande till den öppna, då relativa antalet intagna är lågt, kan icke avgöras på grundval av detta material, icke heller om vid stigande besöksfrekvens ett större antal besök avläggs av patienter, som icke behöver sluten vård.

Antalet förstabesök i förhållande till samtliga besök vid öppen mottagning framgår av tabell sid. 62.

Återbesök.

Mer än 30 % av avdelningarna och anstalterna har i sin öppna vård mindre än ett återbesök för varje patient. Så var fallet för nära $^3/_4$ av ögon- och barnavdelningarna, för mer än $^1/_3$ av sjukstugorna och för $^1/_4$ av de invärtesmedicinska avdelningarna och de odelade lasaretten. Mer än 3 återbesök av varje patient förekom vid 10 % av samtliga avdelningar och anstalter. Till denna grupp hörde $^1/_3$ av öronavdelningarna, $^1/_6$ av de invärtesmedicinska och de gynekologiska avdelningarna, $^1/_{10}$ av de kirurgiska avdelningarna och de odelade lasaretten men endast $^1/_{25}$ av sjukstugorna och inga ögon- eller barnavdelningar.

Remissfall.

I allmänhet har mellan 10 och 30 % av alla första besöken vid lasaretten remiss från annan läkare. Sistnämnda tal överskrides vid hälften av alla medicinavdelningar men endast i enstaka fall vid ögonavdelningarna samt vid de odelade lasaretten och sjukstugorna. Alla kirurgiska avdelningar får mer än 10 % av förstabesökspatienterna genom remisser. Flera barnavdelningar och alla sjukstugorna får däremot mindre än 10 % av förstabesökspatienterna genom remiss.

I detta sammanhang kan anmärkas den olika roll, som av läkare utfärdade remisser spelar för intagning för sluten vård på olika avdelningar. På

invärtesmedicinska avdelningar och barnavdelningar ligger medianen vid ungefär 50 % intagna efter remiss. För kirurgiska avdelningar, ögonavdelningar och öronavdelningar ligger medianen vid ungefär 1/3 intagna genom remiss, vid gynekologiska avdelningar och odelade lasarett mellan 1/4 och 1/5. På 3 invärtesmedicinska avdelningar och 2 barnavdelningar kommer mer än 3/4 av alla intagna in på remiss.

Återgång av patienter till den inremitterande läkaren.

Enkäten ger också upplysning om, i huru stort antal patienterna återgår till den inremitterande läkaren efter konsultation på anstalt. Det finns ett par kirurgiska avdelningar, en ögon- och en öronavdelning, från vilka i medeltal två patienter återgår till den inremitterande läkaren från varje mottagning. För samtliga grupper av avdelningar ligger medianen under en återsänd patient per mottagning. Från invärtesmedicinska, gynekologiska och ögonavdelningar samt från odelade lasarett återsändes mindre än en patient varannan dag, från barnavdelningar endast en patient från vardera av två avdelningar under hela tvåveckorsperioden och från sjukstugor praktiskt taget inga patienter under hela perioden. Detta sammanhänger i första hand med antalet insända patienter. Där det är väsentligt större än antalet återremitterade kan orsakerna vara skiftande; fallets art, som kräver sjukhusets resurser hela vårdtiden, patientens önskan o. s. v. Siffrorna är av intresse, då man erfar en del allmänpraktiserande läkares klagomål över att en konsultation på lasarettet hos specialisten ofta är liktydig med att praktikern icke ser till patienten mer. I allmänhet torde den inremitterande läkaren, därest patienten blir intagen på sjukhuset, erhålla underrättelse därom. Blir patienten däremot icke intagen, torde bl. a. brist på skrivbiträdeshjälp för den öppna vården förklara, att den inremitterande läkaren ofta icke erhåller underrättelse om resultatet av lasarettets undersökning. En ändring härvidlag bör om möjligt komma till stånd.

Efterbehandling.

I rätt hög men mycket växlande grad bestämmes omfattningen av mottagningen av antalet patienter, som efter utskrivningen från den slutna vården återkommer till ett eller flera besök i den öppna. Dessa besök för efterbehandling kan uppgå till hälften av samtliga återbesök vid den öppna mottagningen eller mera. Så är förhållandet på 13 % av samtliga avdelningar vid delade lasarett, bl. a. på 16 invärtesmedicinska avdelningar. På de kirurgiska avdelningarna utgör eftervårdsbesöken i nära halva antalet fall mindre än 1/4 av samtliga återbesök, medan återbesöken av förut inskrivna på det stora flertalet (75—90 %) av öron-, barn- och gynekologiska avdelningar samt på sjukstugorna utgör mindre än 1/4 av samtliga fall. Vid de odelade lasarettens och ögonavdelningarnas mottagningar förhåller det sig i detta hänseende ungefär som vid de kirurgiska avdelningarnas.

Undersöknings- och behandlingstid per patient.

Av intresse är den tid, som ägnas de patienter, vilka söker öppen specialistvård vid sjukhusen. I nedanstående tablå redovisas den genomsnittliga tid, som ägnas en patient dels vid landstingslasarettens mottagningar för öppen vård enligt vår enkät, dels vid de egentliga poliklinikerna enligt polikliniksakkunniges utredning 1941:

Avdelning	Öppen mottagning 1—15 dec. 1943 (ej Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala, Lund)				Polikliniker 1941 i Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala, Lund			
	Antal avdelningar	Minuter per patient			Antal polikliniker	Minuter per patient		
		median	minimum	maximum		median	minimum	maximum
Kirurgisk	26	7	4	12	12	4·5[1]	3[1]	11[1]
Medicinsk	25	16	9	39	9	18	8	24
Öron-	20	9·5	4	17	7	9	5	12
Ögon-	18	16	7	29	7	14	8	19
Medicinsk barn-	7	18	15	31	7	21	9	35
BB och gynekologisk	6	14·5	10	21	8	13·5	6	39

[1] »Minutuppgifterna genomgående för låga» (de poliklinikssakkunniges egen uppgift).

Vid 43 odelade lasarett, varifrån uppgifter föreligger, ägnar läkarna genomsnittligt 9 minuter åt varje patient på den öppna mottagningen; tiden ansluter sig till de 7 minuterna vid de kirurgiska avdelningarna. Vid 68 sjukstugor är motsvarande tid 15 minuter, föga avvikande från de invärtesmedicinska avdelningarnas 16 minuter.

Betydelsen av överensstämmelsen mellan den genomsnittliga tid, som ägnas en patient vid besök på landstingslasarettens öppna mottagningar och vid de tre storstädernas och universitetssjukhusens polikliniker, bör icke överdrivas. I båda fallen är uppgifterna approximativa och jämförelsematerialet litet. För att erhålla säkert jämförelsematerial skulle erfordras omfattande tidsstudier, som vi icke kunnat genomföra. Den orubbade ordningsföljd, som specialiteterna uppvisar i fråga om genomsnittsarbetstid per patient vid landstingslasarettens öppna mottagningar och vid de egentliga poliklinikerna — lägst kirurgi, därefter i stigande ordningsföljd otiatrik, gynekologi, oftalmiatrik, invärtesmedicin och högst medicinsk pediatrik — tyder dock på att de angivna genomsnittstiderna ger någon möjlighet till jämförelse.

Om man bortser från jourfallen, för vilka — enligt vad poliklinikssakkunniga framhåller — sjukhusens mottagningar icke är av större omfattning, och förutsätter, att den tid, som ägnas intagnings- och eftervårdsfall icke alltför mycket avviker från den tid, som ägnas patienter, vilka mottages enligt 15 § sjukhuslagen, skulle anledning föreligga att förmoda, att förhållandena för de sistnämnda patienterna i flera avseenden icke alltför mycket

avviker från poliklinikpatienternas. De förmodade likheterna har avseende på tid per patient, frånvaron av fritt läkarval såväl på polikliniker som på landstingssjukhusens öppna mottagningar, förhållandet att åtgärder för patientbegränsning kan förekomma på båda slagen av mottagningar, men givetvis icke på patienternas kostnader för vården. Av poliklinikkunnige anförda argument mot poliklinikvården av innehåll, att internisterna, pediatrikerna, neurologerna och psykiatrikerna vid poliklinikerna till följd av knapphet i tid skulle vara sämre ställda än kollegerna i fristående öppen vård, synes om de skulle visa sig riktiga, vara tillämpliga även på den öppna vård, som bedrives av sjukhusläkarna enligt 15 § sjukhuslagen.

Underläkarnas kompetens.

Vid våra resor fann vi endast i fall, då underläkare hastigt utkallats till beredskapstjänstgöring, att en i den öppna vårdens mottagning tjänstgörande vikarie icke var väl meriterad. Självfallet kan detta vid minskad läkartillgång förändras. De minst meriterade underläkarna deltar enligt enkäten i jouren i samma utsträckning som de övriga lägre underläkarna; för förste underläkarna förekommer inskränkningar i jourtjänstgöringen. Gruppen minst meriterade underläkare består icke uteslutande av unga läkare. Av de vid varje avdelning minst meriterade underläkarna vid 62 avdelningar vid delade lasarett har endast en läkare ett års eller kortare utbildning efter licentiatexamen (mot 4 vid 48 odelade lasarett). 7 läkare vid delade och 4 vid odelade lasarett har över 1 och högst 2 års utbildning efter examen och 10 läkare vid de delade och 4 vid de odelade lasaretten har över 2 och högst 3 års utbildning efter examen. De övriga har över 3 års utbildning efter examen. 23 av de »yngsta» läkarna vid avdelningar på delade lasarett och vid odelade lasarett har mer än 5 års utbildning efter examen.

Av minst meriterade underläkare vid 56 avdelningar vid delade lasarett, för vilka läkare specialutbildning angivits, har 19 läkare specialutbildning inom samma fack, där de tjänstgör, i högst 1 år, 15 läkare i mer än 1 och högst 2 år, 10 läkare i mer än 2 och högst 3 år och 12 läkare i mer än 3 år.

Ansvarsfördelning.

En särskild fråga i vår enkät behandlar ansvarsfördelningen för på den öppna mottagningen lämnad vård. De bestämmelser, som finns i sjukhusstadgan 23 § om ansvarets fördelning, torde huvudsakligen avse den slutna vården. Olika uppfattning om lasarettsläkarens ansvar för den vid avdelningen eller anstalten meddelade öppna vården råder i varje fall bland läkarna.

Laborationer.

Vid sjukvårdsanstalternas laboratorier utföres laborationer för patienter i såväl sluten som öppen vård. Medelantalet laborationer per dag är ca 100 vid kirurgiska avdelningar, 200 vid invärtesmedicinska avdelningar, 40 vid barnavdelningar, 70 vid odelade lasarett och 20 vid sjukstugor. Vid öron-, ögon- och gynekologiska avdelningar utförs endast ett obetydligt antal laborationer; erforderliga sådana synes i viss utsträckning utföras på de medicinska avdelningarnas laboratorier och inräknas i uppgifterna för dem. Växlingen i laboratoriefrekvensen förefaller naturlig. Den tekniska sakkunskap, som t. ex. otiatrikern erbjuder, är mera instrumentellt betonad, medan invärtesmedicinarens är laborationsteknisk och kirurgens intar en mellanställning.

Den öppna vårdens andel i totala antalet laborationer är både på kirurgiska och invärtesmedicinska avdelningar relativt obetydlig, endast 12—13 % av hela laborationsverksamheten. På odelade lasarett är siffran 20 % och på barnavdelning 35 %. På sjukstugorna slutligen utförs huvudparten av laborationerna, 61 %, för den öppna vårdens räkning. Räknat per patient i öppen vård blir dock antalet laborationer icke så stort. Endast $^1/_{10}$ av sjukstugorna kommer upp till mer än en laboration per patient och besök. Hälften av de invärtesmedicinska och av barnavdelningarna kommer upp till detta antal.

Laborationer för utanför sjukhusen verksamma läkares räkning har gjorts vid 25 avdelningar och anstalter (1 kirurgisk och 11 invärtesmedicinska avdelningar, 1 centrallaboratorium, 11 odelade lasarett och 1 sjukstuga) med tillsammans något under 300 laborationer under perioden, det vill säga 10 à 11 laborationer per avdelning under perioden och mindre än en om dagen. Denna verksamhet förekommer således långt ifrån överallt, och där den förekommer är det i allmänhet i mycket liten utsträckning. Där praktikern själv har tillgång till sjukhuslaboratorium, nämligen på sjukstugorna, är visserligen antalet laborationer räknat per patient i allmänhet litet, men räknat per dag belöper det sig dock till ett tiotal. Flertalet provinsialläkare och andra praktiker på landsbygden har icke någon egen sjukvårdsanstalt och redovisar praktiskt taget inga laborationer på andra sjukvårdsanstalter.

Lokalfrågan.

Lokalernas storlek, anordning och utrustning är uppenbarligen av mycket stor betydelse för den öppna vårdens ändamålsenliga bedrivande. Vid sjukhusen är lokalbehovet för öppen vård tillgodosett på ett mycket växlande sätt. Någon samordning av de olika specialisternas mottagningar, ägnad att innebära tidsbesparing för patienterna, omtalas sällan i enkäten men väl ofta motsatsen: att mottagningarna måste ordnas efter varandra, då läkarna helt eller delvis använder samma lokaler. I ett stort antal fall framhålles,

att lokalerna är otillfredsställande. Detta framgår redan vid ett närmare studium av antalet rum, som står till disposition för den öppna mottagningen, och dessas yta. Jämföres sedan dessa siffror med de önskemål, som uppställes av centrala sjukvårdsberedningen, föreligger i flertalet fall en flagrant skillnad. Sjukvårdsberedningen påpekar, att först under det senaste årtiondet mottagningslokaler börjat beräknas även för underläkarna. Även vid sent inrättade avdelningar, t. ex. för ögon- och öronsjuka samt för barnsjukdomar, har ofta icke räknats med behov av mottagningslokal för underordnad läkare. Över huvud taget har man ofta icke ens räknat med behov av underläkare. När sådan anställts eller när konsulterande läkare anlitas, t. ex. en röntgenolog, har bristen på nödiga utrymmen gjort sig gällande. Som förklaring kan man i första hand peka på den hastighet, med vilken antalet vårdsökande inom den öppna vården ökats, och därtill på att ingen myndighet haft ansvaret för denna vård, som tvärtom uttryckligen betecknats som en läkarnas privata angelägenhet.

Chefläkarnas uppfattning om den öppna vården.

Till samtliga chefläkare på de delade lasaretten ställdes frågan, om den nuvarande ordningen för den enligt 15 § i sjukhuslagen vid sjukhus anordnade öppna vården kunde anses tillfredsställande. Särskilda svar begärdes, huruvida så var förhållandet för de vårdsökande, för huvudmännen och för sjukhusläkarna i över- och underordnad ställning eller ej.

Av 110 chefläkare vid delade lasarett menar 100, att tillståndet är tillfredsställande för de vårdsökande, medan 6 anser det direkt otillfredsställande. Dock anger flera även av dem, som svarat ja, att väntetiden är för lång. De fåtaliga nej-svaren synes huvudsakligen ha motiverats med alltför trånga lokaler, några också med otillräcklig assistans åt läkaren.

93 chefläkare anser förhållandena tillfredsställande för huvudmannen, 4 anser motsatsen.

79 chefläkare förklarar förhållandena tillfredsställande för överläkarna, medan 27 icke är tillfredsställda. Som orsaker anges i senare fallet för stor arbetsbörda, trånga lokaler, otillräcklig assistans och för liten inkomst av den öppna vården.

Slutligen förklarar 61 chefläkare förhållandena tillfredsställande för underläkarna, medan 14 förklarar dem otillfredsställande av samma anledningar, som nyss sagts i fråga om chefläkarna.

I stort sett synes det av svaren framgå, att flertalet chefläkare vid de delade lasaretten finner förhållandena inom den öppna sjukhusvården tillfredsställande.

Av 53 chefläkare vid odelade lasarett och 76 sjukstugeläkare anser 41 lasarettsläkare och 62 sjukstugeläkare att den nuvarande ordningen vid den öppna vården är tillfredsställande för de vårdsökande, 44 lasarettsläkare och

62 sjukstugeläkare att den är tillfredsställande för huvudmannen, 35 lasarettsläkare och 59 sjukstugeläkare att den är tillfredsställande för resp. chefläkare och 43 lasarettsläkare och 2 sjukstugeläkare att den är tillfredsställande för underläkarna.

Otillfredsställande förhållanden för de vårdsökande påtalas av 10 läkare vid odelade lasarett och 10 sjukstugeläkare; 4 läkare vid odelade lasarett och 5 sjukstugeläkare finner förhållandena otillfredsställande för huvudmannen och 17 lasarettsläkare och 15 sjukstugeläkare anser den vara otillfredsställande för läkarna. Orsakerna är i stort desamma, som angivits av chefläkarna vid de delade lasaretten.

Vidtagna rationaliseringsåtgärder.

En särskild fråga avser de åtgärder, som vidtagits för att förkorta väntetiden och i övrigt rationalisera verksamheten. Av 110 chefläkare på delade lasarett anger sig 99 ha vidtagit rationaliseringsåtgärder. I 63 fall utgöres dessa av förutbeställning av tid. I 21 fall har underläkare anmodats deltaga i den öppna vården. I 30 fall har olika ändringar i fördelningen av patienterna vidtagits, såsom att omläggningsfallen tagits först, att omläggnings- och returfall fått särskilda tider, att patienternas ordning bestämts efter fallens art och kommunikationernas krav. I 10 fall framhålles, att sköterska fått övertaga vissa förberedande åtgärder. I 9 fall nämnes nummerbrickor och avlastning genom skrivbiträden. Några chefläkare har tidigare prövat systemet med nummerbrickor men frångått det, då det befunnits olämpligt. För 43 odelade lasarett och 33 sjukstugor har uppgivits, att rationaliseringsåtgärder vidtagits, främst tidsbeställning.

Anmärkas må, att svaren från den majoritet, som säger sig ha infört tidsbeställning, i viss utsträckning också innebär, att det skett en begränsning av verksamheten genom att patienterna, då den anslagna mottagningstiden är fylld, får tid en följande dag och sålunda deras väntan på tillträde för konsultation kan bli allt längre.

Reformförslag.

På särskild anmodan att inkomma med förslag till reformer, i den mån sådana ansåges behövliga, har närmare ett fyrtiotal chefläkare vid de delade lasaretten, ett tjugutal chefläkare vid de odelade lasaretten och ett trettiotal sjukstugeläkare uttalat sig. Kraven på rymligare lokaler och ett större antal läkare i den öppna vården är de vanligaste. I övrigt avser förslagen huvudsakligen åtgärder, som på andra håll redan vidtagits såsom rationaliseringsåtgärder enligt ovan given beskrivning. På några håll, där patienterna är för många i förhållande till tillgängliga lokaler eller tillgänglig personal, föreslås i stället för en utvidgning av vårdmöjligheterna en nedskrivning i patientantalet, åvägabragt genom högre taxor eller på annat sätt.

Avdelningar (anstalter), fördelade efter dagliga medelantalet besök vid öppen mottagning och för sluten vård intagna 1—15 dec. 1943.

a. Kirurgiska avdelningar.

Antal besök	Antal avdelningar med vidstående besöksfrekvens och nedanstående intagningsfrekvens							
	2·0—3·9	4·0—5·9	6·0—7·9	8·0—9·9	10·0—11·9	12·0—13·9	Ej angivet	Summa avdelningar
10·0—19·9	—	—	1	—	—	—	—	1
20·0—29·9	1	1	—	—	—	—	—	2
30·0—39·9	—	1	2	1	—	—	—	4
40·0—49·9	—	1	3	1	—	—	—	5
50·0—59·9	—	—	—	2	1	1	—	4
60·0—69·9	—	—	—	1	—	1	—	2
70·0—79·9	—	—	—	1	1	2	—	4
80·0—89·9	—	—	—	1	2	—	—	3
90·0—99·9	—	—	—	2	—	—	—	2
Ej angivet	—	—	—	—	—	—	3	3
Summa avdelningar	**1**	**3**	**6**	**9**	**4**	**4**	**3**	**30**

b. Invärtesmedicinska avdelningar.

Antal besök	Antal avdelningar med vidstående besöksfrekvens och nedanstående intagningsfrekvens				
	2·0—3·9	4·0—5·9	6·0—7·9	8·0—9·9	Summa avdelningar
— 9·9	1	1	—	—	2
10·0—19·9	2	5	5	1	13
20·0—29·9	—	1	3	1	5
30·0—39·9	—	1	4	1	6
40·0—49·9	—	—	6	—	1
50·0—59·9	—	1	—	—	1
Summa avdelningar	**3**	**9**	**13**	**3**	**28**

c. Öron-, näs- och halsavdelningar. *d. Ögonavdelningar.*

Antal besök	Antal avdelningar med vidstående besöksfrekvens och nedanstående intagningsfrekvens				
	—1·9	2·0—3·9	Summa avdelningar	—1·9	Summa avdelningar
— 9·9	—	—	—	1	1
10·0—19·9	2	3	5	12	12
20·0—29·9	3	4	7	3	3
30·0—39·9	3	—	3	2	2
40·0—49·9	—	1	1	—	—
50·0—59·9	—	2	1	—	—
60·0—69·9	—	2	2	—	—
Summa avdelningar	**8**	**12**	**20**	**18**	**18**

e. Barnavdelningar. *f. BB- och gynekologiska avdelningar.*

Antal besök	Antal avdelningar med vidstående besöksfrekvens och nedanstående intagningsfrekvens								
	—1·9	2·0—3·9	Summa avdelningar	—1·9	2·0—3·9	4·0—5·9	6·0—7·9	8·0—9·9	Summa avdelningar
— 9·9...	4	1	5	—	—	—	—	—	—
10·0—19·9...	—	3	3	—	1	—	1	—	2
20·0—29·9...	—	—	—	1	—	1	1	1	4
Summa avdelningar	**4**	**4**	**8**	**1**	**1**	**1**	**2**	**1**	**6**

g. Odelade lasarett.

Antal besök	Antal avdelningar med vidstående besöksfrekvens och nedanstående intagningsfrekvens					
	2·0—3·9	4·0—5·9	6·0—7·9	8·0—9·9	10·0—11·9	Summa lasarett
— 9·9.....	—	1	—	—	—	1
10·0—19·9.....	5	5	2	—	—	12
20·0—29·9.....	2	4	1	2	1	10
30·0—39·9.....	2	4	5	4	1	16
40·0—49·9.....	—	2	3	—	4	9
50·0—59·9.....	—	1	—	1	—	2
60·0—69·9.....	—	—	—	—	—	—
70·0—79·9.....	—	—	—	—	—	—
80·0—89·9.....	—	—	—	1	—	1
Ej angivet.....	—	1	1	—	—	2
Summa lasarett	**9**	**18**	**12**	**8**	**6**	**53**

h. Sjukstugor.

Antal besök	Antal avdelningar med vidstående besöksfrekvens och nedanstående intagningsfrekvens			
	—1·9	2·0—3·9	4·0—5·9	Summa sjukstugor
— 9·9.....	13	2	—	15
10·0—19·9.....	32	3	1	36
20·0—29·9.....	10	5	1	16
30·0—39·9.....	2	1	—	3
40·0—49·9.....	—	1	—	1
50·0—59·9.....	—	1	—	1
60·0—69·9.....	—	2	—	2
79·0—99·9.....	—	—	—	—
100·0—..... ...	1	1	—	2
Summa sjukstugor	**58**	**16**	**2**	**76**

Avdelningar (anstalter), fördelade efter relativa förstabesöksfrekvensen 1—15 dec. 1943.

Förstabesök i % av samtliga besök	Antal avdelningar (anstalter)								
	Kir..-	Med.	Öron-, näs-, hals-	Ögon-	Barn-	BB-gyn.	Odel. las.	Sjuk-stugor	Summa
— 19·9	1	—	2	—	—	—	2	1	6
20·0— 24·9	2	4	4	—	—	1	4	2	17
25·0— 29·9	4	3	6	—	—	—	3	5	21
30·0— 34·9	4	6	5	1	—	2	10	12	40
35·0— 39·9	7	5	—	—	1	—	10	9	32
40·0— 44·9	6	2	2	—	1	1	7	4	23
45·0— 49·9	2	1	—	2	1	1	3	13	23
50·0— 54·9	—	2	1	3	—	—	4	6	16
55·0— 59·9	—	2	—	6	—	1	2	6	17
60·0— 64·9	1	1	—	3	1	—	—	2	8
65·0— 69·9	—	—	—	1	—	—	1	7	9
70·0— 74·9	—	1	—	1	1	—	3	—	6
75·0—100·0	—	1	—	1	3	—	2	7	14
Ej angivet	3	—	—	—	—	—	2	2	7
Summa	**30**	**28**	**20**	**18**	**8**	**6**	**53**	**76**	**239**

Den öppna vården av psykiskt sjuka.

Det nuvarande läget på den öppna psykiska vårdens område belyses i en översiktlig framställning i Social Årsbok för år 1945. Särskilda utredningar rörande behovet av en utbyggnad av vårdmöjligheterna för de psykiskt sjuka såväl inom den öppna som den slutna vården pågår för närvarande. Vår framställning kommer därför att i huvudsak inskränka sig till en sammanfattning av de fakta, som direkt framgått av våra enkäter och undersökningar. Utan att föregripa resultatet av pågående utredningar i ämnet måste vi nämligen i vår diskussion om det aktuella och framtida läkarbehovet samt om de allmänna linjer, vilka vid en långtidsplanering av den öppna vården bör följas, taga hänsyn även till de psykiskt sjukas vårdproblem.

Inom den öppna vården av psykiskt sjuka kan i stort sett två olika verksamhetsområden särskiljas, nämligen 1) förebyggande verksamhet inklusive behandlingen av tidiga fall och 2) eftervård och konvalescentvård. Båda dessa verksamhetsformer är starkt beroende av den slutna vårdens resurser och återverkar även på dem.

De nuvarande resurserna för den öppna vården är små.

De utgöres av de privata mottagningar, som hålles av flertalet överläkare vid sinnessjukhus, oftast på anstalterna men stundom också utanför dessa, privatmottagningar av läkare med praktik i »nervsjukdomar», ett fåtal psykiatriska polikliniker och den statliga till sinnessjukhusen anknutna

hjälpverksamheten för psykiskt sjuka. En viktig roll för den öppna vården har vidare de psykiatriska avdelningar eller kliniker, som finns vid ett fåtal kroppssjukhus, samt familjevården för psykiskt sjuka. En del speciella institutioner för öppen psykisk vård av barn har också på senare år tillkommit. Så kan t. ex. nämnas rådgivningsbyråer för uppfostringsfrågor i Stockholm, likartad konsultationsverksamhet i Göteborg och Malmö, de barnpsykiatriska mottagningarna vid lasaretten i Karlstad och Östersund samt vid akademiska sjukhuset i Uppsala ävensom Ericastiftelsen i Stockholm, som delvis drives med statsbidrag.

Även landstingen har på senare tid börjat ägna allt större uppmärksamhet åt den öppna psykiska vårdens ordnande. Så har t. ex. i Stockholms och Älvsborgs län anställts en särskild psykiatriker med uppgift att sörja för sådan vård inom landstingsområdet.

Av de tillgängliga resurserna tjänar bl. a. poliklinikerna och de öppna mottagningarna vid lasarettsavdelningar i första hand den profylaktiska verksamheten och behandlingen av tidiga fall. Hjälpverksamheten torde däremot övervägande vara inriktad på eftervård, ehuru även en viss profylaktisk och kurativ verksamhet bedrives där. Den ledes av en »hjälpverksamhetsläkare» vid varje sinnessjukhus (hittills i regel samtidigt verksam som läkare i den slutna vården) med biträde av hjälpverksamhetsföreståndarinnan, som närmast tjänstgör som kurator i denna vård.

Bland åtgärder, som delvis också tjänar den öppna psykiska vården, må slutligen nämnas fångvårdens eftervård och den statliga barn- och ungdomsvården.

På senare tid har, såsom av det ovanstående framgår, åtskilliga initiativ tagits till en utbyggnad i nya former av den öppna psykiska vården. Ännu har denna dock icke nått någon större omfattning.

I vilka former och i vilken takt ökade vårdmöjligheter kommer att beredas är ännu ovisst. Då det befanns vara av intresse för den pågående planeringen på området, att en uppfattning erhölls om den aktuella volymen av vården, utsände vi våren 1945 en enkät till de läkare framförallt vid sinnessjukhusen, som kunde förmodas bedriva öppen psykisk vård. (Bil. 16.) Av svaren på denna enkät framgår bl. a. följande.

Sinnessjukhusens läkare hade i allmänhet en mycket stor arbetsbörda, som bl. a. tog sig uttryck i en genomsnittlig arbetstid av mer än 10 timmar per dag. Största delen av denna tid, 8·2 timmar, ägnades den slutna vården. Att någon öppen vård av större omfattning icke kunde medhinnas av dessa läkare var således klart.

På grundval av lämnade individuella uppgifter om arbetstiden i den öppna vården har vi sökt göra en approximativ beräkning av den sammanlagda arbetstid, som av samtliga ifrågavarande läkare ägnades åt öppen vård av psykiskt sjuka. Denna har givit följande resultat:

Mottagningens art	Arbetstid per vecka
Privat mottagning av sinnessjukhusens samtliga överläkare	ca 630 timmar
Hjälpverksamhetens mottagningar	» 45 »
Fristående polikliniker och öppen vård vid psykiatriska kliniker	» 250 »
	Totalt ca 925 timmar

Tiden för varje besök inom den öppna psykiska vården torde, enligt lämnade uppgifter, oftare över- än understiga 40 minuter. Om man emellertid räknar med denna tidrymd såsom den vanliga skulle i genomsnitt $\left(\frac{925 \times 60}{40}\right) = 1\,388$ patienter hinna mottagas per vecka eller — om man räknar med 50 arbetsveckor — närmare 70 000 besök hinna avläggas per år. Till de besök, som av läkare avlades hos patienterna, har någon hänsyn härvid icke tagits. Denna uppskattning är givetvis synnerligen osäker men synes, i brist på bättre siffror, likväl användbar, om man vill undersöka, huru nuvarande tillgång och beräknat behov av öppen psykisk vård förhåller sig till varandra.

Beträffande behovet av öppen psykisk vård har förutvarande överinspektören för sinnessjukvården, docent E. Goldkuhl, uttalat sig i en uppsats — »Några synpunkter på den öppna vården av psykiskt sjuka» — författad på anmodan av oss och tryckt i Sveriges landstings tidskrift, häfte 6, 1944. Han framhåller häri bl. a., att man enligt amerikanska beräkningar torde kunna ange det psykiatriska hjälpbehovet inom en viss rayon till 10 gånger den aktuella morbiditetssiffran i psykiska sjukdomar för samma område, vilket skulle innebära, att ungefär 250 000 till 330 000 människor eller ca 4—5 % eller något mer av vårt folk varje år skulle vara i aktuellt behov av att konsultera en psykiatrisk specialist. På sina håll ginge man så långt, att man uppgav detta behov gälla till och med var tionde människa. Om härtill lades antalet hjälpbehövande med nervösa rubbningar överhuvudtaget, komme man fram till ganska skrämmande siffror, helst om man betänkte »att detta klientel hittills varit hänvisat till enstaka specialkunniga praktici och lasarettsläkare, medan det stora flertalet varit hänvisade till våra allmänna sjukhus, där man för det mesta varken har tid eller intresse till övers för dessa nervöst sjuka».

Vid psykiatriska kliniken på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg, där den öppna psykiatriska vården nått sin största omfattning här i landet, var antalet besök under år 1945 11 869, därav 2 302 första besök. Med stöd av sina erfarenheter därifrån har dåvarande klinikchefen, numera professor T. Sjögren, i en av Goldkuhl citerad P. M. uttalat, att han och hans kolleger på avdelningen icke kunde fatta, hur man överhuvudtaget vid landets större lasarett (centrallasarett) kunde klara sjukvården utan en dylik avdelning.

Om det antal besök, som år 1945 avlades vid Sahlgrenska sjukhusets psy-

kiatriska klinik — ett besök för varje 25-tal invånare i staden eller årligen 4 % av befolkningen — vore normerande för landet i dess helhet skulle detta innebära, att årligen 264 000 besök skulle avläggas inom den öppna psykiska vården i stället för 70 000. Likväl har den psykiatriska verksamheten inom öppen vård inte heller i Göteborg nått den omfattning, som motsvarar behovet enligt det förut citerade amerikanska uttalandet.

Av den vård, som nu meddelas, bestrides enligt tidigare anförda siffror bortemot 1/5 av Göteborgspolikliniken ensam, medan den statliga hjälpverksamheten endast står för 1/20 av vården och 2/3 bedrives i form av privat verksamhet av sinnessjukhusens läkare. För en utbyggnad enligt Göteborgsnormen erfordras i första hand en väsentlig ökning såväl av antalet inom vården verksamma läkare som av sådana andra personalkategorier som kuratorer, sjukvårdspersonal, expeditionspersonal m. fl.

Att man numera kommit att ställa så mycket större krav på resurser för psykiatrisk vård än tidigare sammanhänger intimt med den nyaste vetenskapliga utvecklingen på området och de därigenom ökade möjligheterna till ett aktivt ingripande vid sjukdomstillstånd av denna art. Diagrammet å sid. 36, avseende specialistutvecklingen under 1900-talets hittills förflutna decennier, visar bl. a., att antalet specialläkare inom den psykiatriska specialiteten icke ökat i samma takt som inom kirurgi och invärtes medicin. Det befintliga antalet sådana läkare framstår därför som helt otillräckligt. Man är t. ex. allmänt på det klara med, att de moderna behandlingsmetoderna förutsätter ett väsentligt högre antal underläkare vid våra sinnessjukhus än det nuvarande, då varje läkare genomsnittligt svarar för mer än 200 intagna patienter.

Professor Hilding Berglund uppskattar i en artikel om psykiatri i Förenta staterna (svenska läkartidningen nr 17/1947) det behövliga antalet psykiatriker i Sverige till 4 gånger det nuvarande. Han framhåller att även i U. S. A. antalet utbildade psykiatriker är för lågt. Det uppgår för närvarande till 3 500, medan behovet uppskattas till 8 000—10 000. Enligt Berglund har läkarbehovet av The American Psychiatric Association och The Mental Hygiene Division of the U. S. Public Health Service för asylfallen preciserats till en läkare per 200 patienter, för de akuta fallen till en läkare per 25 eller 30 patienter och för fall, stadda i tillfrisknande efter första halvåret, till en läkare per 40 eller 50 patienter. För svåra neurosfall, som vårdas på öppen psykiatrisk avdelning och är i behov av intensiv psykoterapi, beräknas läkarbehovet av en mera progressiv grupp av psykiatriker så högt som till en läkare på 8—11 patienter.

Det latenta vårdbehovet skulle i Sverige sannolikt ha avslöjats i ännu högre grad än som hittills skett, om allmänheten varit mera medveten om på vilka indikationer psykiatriker eller andra specialister för »nervösa» sjukdomar numera kan och bör sökas. Ett avhållande moment har i flera av enkätsvaren från sinnessjukhusens läkare framhållits. Benämningen

»sinnessjukdom» säges för allmänheten ha en innebörd, som icke motsvarar modern uppfattning om de psykiska sjukdomarnas natur. Redan ordet »sinnessjukhus» skulle därför utöva en avskräckande inverkan på sjuka, som kunde ha sökt och erhållit vård av läkare på sådan anstalt. Ett annat hinder för att söka dessa läkare utgör avstånden, då sinnessjukhusen ofta är belägna på landsbygden eller i mindre samhällen. Att dessa läkare i allmänhet saknat tid att ägna mera avsevärd uppmärksamhet åt den öppna vården har förut framhållits. Hjälpverksamhetsläkarnas vittnesbörd om den begränsade tid, de hittills kunnat ägna åt denna vårdform, vilken dock utgjort en dem i tjänsten åvilande förpliktelse, är endast ett av många tecken på att arbetsbördan för de vid sinnessjukhusen anställda läkarna är för stor.

De åtgärder, som i de största städerna vidtagits för att åstadkomma en effektivare öppen vård av sjuka med psykiska rubbningar, har tjänat till att avslöja storleksordningen av problemet; för att lösa detsamma har de hittills varit alldeles otillräckliga.

År 1945 biföll riksdagen proposition om statsbidrag till barnpsykiatriska avdelningar och år 1946 om sådant bidrag till anordnande av psykiatriska kliniker vid landstingens centrallasarett, eventuellt andra delade lasarett. Vid båda dessa slag av avdelningar skall också bedrivas öppen vård; möjligheter till inläggning av observationsfall i samband härmed är likaså avsedda att beredas. Beträffande de psykiatriska klinikerna framhöll departementschefen, att statsbidrag skulle kunna utgå med hälften av byggnadskostnaden, dock högst med 6 000 kronor per plats. Driftbidraget syntes lämpligen kunna fastställas till 3 kronor per dag och patient. Enligt förslaget skulle det således komma att bli en landstingens uppgift att ordna denna gren av den psykiska vården. Den vid de psykiatriska klinikerna vid kroppssjukhusen utövade verksamheten skulle i huvudsak vara av förebyggande art och sålunda i längden komma att befria sinnessjukhusen från en del av deras klientel. Å andra sidan visar erfarenheterna från Göteborg, att det sinnessjukhus, varmed polikliniken samarbetade, erhöll ca hälften av sina patienter genom densamma, varför på kort sikt någon minskning av antalet intagna inte kunde förväntas genom ett ordnande av den öppna vården men väl patienter kunde förväntas inkomma på sinnessjukhusen i ett tidigare stadium. I fråga om hjälpverksamheten för psykiskt sjuka anses det första steget till en utbyggnad vara, att läkarna i verksamheten heltidsanställes. Beslut härom har beträffande 3 läkare fattats av 1946 års riksdag.

Ännu är det för tidigt att säga, om den vid kroppssjukhusen planerade öppna psykiska vården inom överskådlig framtid kommer att utbyggas till en omfattning, som tillnärmelsevis motsvarar det latenta behovet. Av särskild betydelse synes här vara, att landstingen redan genom sitt initiativ att inrätta särskilda vårdhem för lättskötta sinnessjuka visat intresse och för-

ståelse för behovet av ökade resurser inom den psykiska vården, liksom även att år 1947 av Kungl. Maj:t tillsatts en särskild utredning rörande den fortsatta utbyggnaden på detta område.

Kap. 3. Den öppna vården i övrigt.

Provinsialläkare.

Som framgår av historiken är provinsialläkarväsendet en sedan århundraden för vårt land säregen form för öppen läkarvård åt landbygdens befolkning. Vi har sökt belysa provinsialläkarnas arbetsförhållanden bl. a. genom att sammanfatta deras egen syn härpå, erhållen genom en enkät våren 1944. Enkäten gav svar från 98 % av då verksamma 385 provinsialläkare och extra provinsialläkare och resultatet redovisas i bil. 17. Av denna framgår, att vissa reservationer måste göras vid bedömandet av utredningsmaterialet, främst sammanhängande med att det i stor utsträckning grundar sig på uppskattningar. Uppgifterna torde likväl vara ägnade att i stora drag ge en bild av provinsialläkarnas verksamhet vid tidpunkten för enkäten. Ur denna återges här följande allmänna drag.

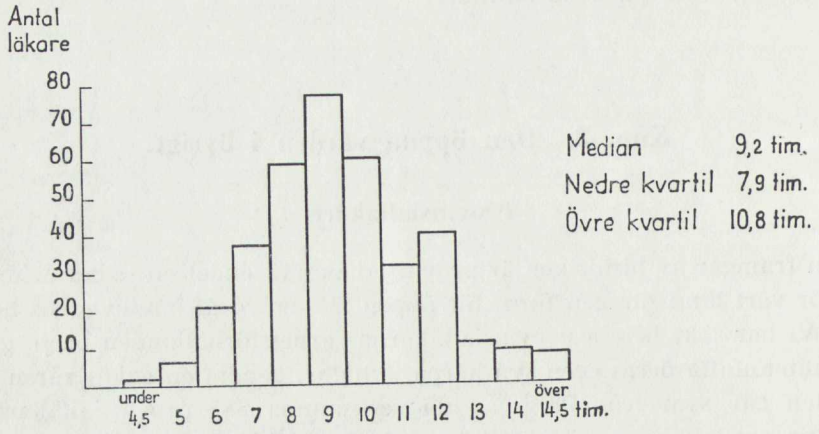
Provinsialläkarnas genomsnittliga dagliga arbetstid ligger mellan 9 och 9½ timmar. Halva denna tid (i medeltal 4·5 timmar) ägnas åt mottagning för allmän sjukvård på stationsorten, en tredjedel (i medeltal 3·1 timmar) åt sjukbesök i hemmen och nära en åttondel (1·2 timmar) åt hälsovårdande uppgifter. Något över 40 % av läkarna har därjämte filialmottagningar i sina distrikt och ägnar häråt i medeltal icke fullt en timme per dag. Filialmottagningarna och ofta även hälsovårdsarbetet koncentreras till vissa dagar i månaden eller veckan.

Antalet patienter på mottagningarna uppgår i medeltal till 15 per dag eller 3·3 per mottagningstimme.

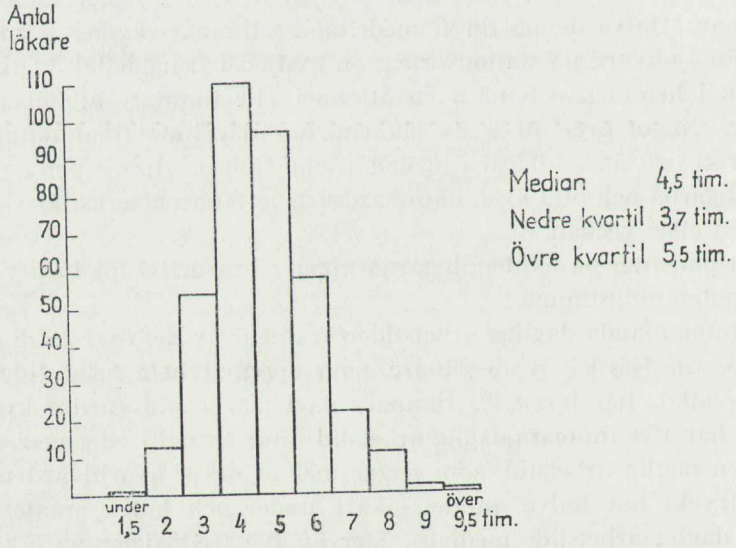
Den sammanlagda dagliga arbetstiden framgår av det översta diagrammet å sid. 68. En fjärdel av de läkare, som uppgivit hela arbetstidens längd (94 % av alla), har högst 7·9 timmars daglig arbetstid (nedre kvartil), en fjärdedel har 10·8 timmars daglig arbetstid (övre kvartil) eller mer, och hälften har en daglig arbetstid, som ligger mellan dessa kvartilvärden. Annorlunda uttryckt har halva antalet läkare under och halva antalet över 9·2 timmars daglig arbetstid (median). Mer än två tredjedelar av läkarna har längre arbetstid än kroppsarbetarnas normalarbetsdag.

Vid bedömandet av arbetstidens längd för provinsialläkarna bör skälig hänsyn tagas till deras skyldighet att — utom under semestern — hela dygnet stå till förfogande för hastigt påkallad sjukvård, jourtjänsten.

Provinsialläkarnas hela arbetstid
i timmar per dag

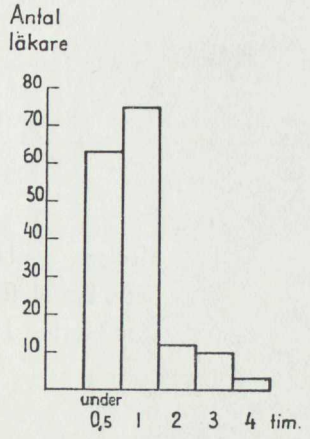


Provinsialläkarnas mottagning å stationsorten
i timmar per dag



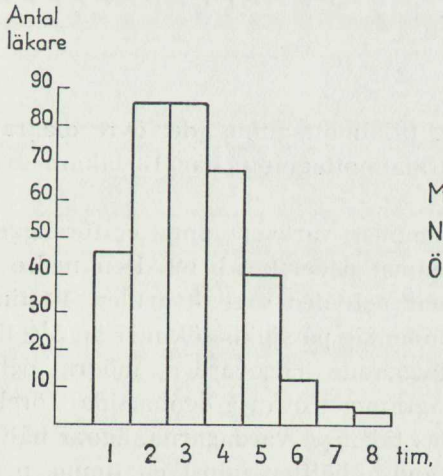
Det andra diagrammet här ovan visar mottagningstiderna på stationsorten för de 96 % av samtliga provinsialläkare, som besvarat frågan härom. Den nedre kvartilen är 3·7 timmar, medianen 4·5 timmar och den övre kvartilen

Provinsialläkarnas filialmottagning i timmar per dag



Median 0,8 tim.
Nedre kvartil 0,4 tim.
Övre kvartil 1,3 tim.

Provinsialläkarnas sjukbesök i hemmen i timmar per dag

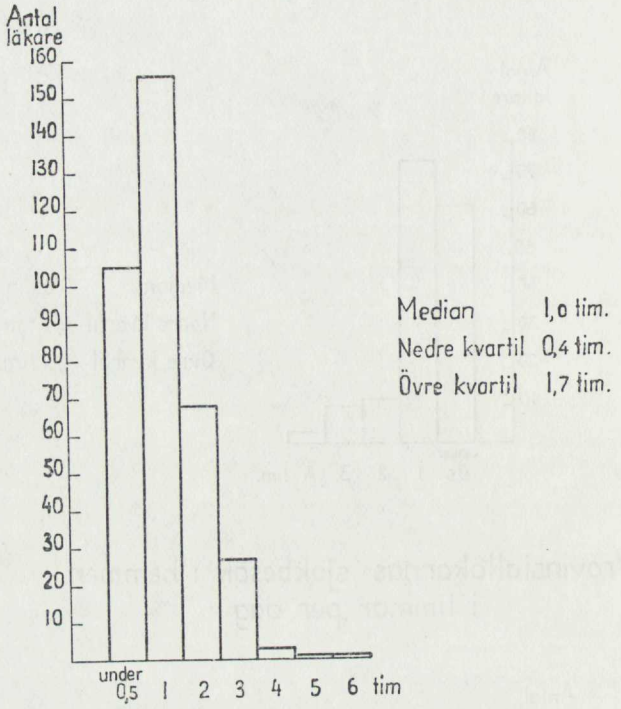


Median 3,0 tim.
Nedre kvartil 2,0 tim.
Övre kvartil 4,1 tim.

5·5 timmar per dag. En läkare har högst 1½ timme, 13 högst 2½ timmar, flertalet 3½—6½ timmar. Sammanlagt 14 läkare har över 7½ timmars mottagning på stationsorten per dag.

Slås tiden för filialmottagningarna ut på samtliga vardagar har av de läkare, som håller filialmottagningar, halva antalet över och halva antalet

Provinsialläkarnas förebyggande hälsovård i timmar per dag



under ca ¾ timmes daglig filialmottagning (det övre diagrammet sid. 69). Av dem, som har längre filialmottagning, har 13 läkare över 2½ timmes daglig filialmottagning.

Tiden för sjukbesök i hemmen, varöver uppgifter föreligger för 90 % av kåren, framgår av diagrammet nederst sid. 69. Den nedre kvartilen är 2 timmar, medianen 3 timmar och den övre kvartilen 4·1 timmar per dag. Sammanlagt 21 läkare befinner sig på sjukbesök mer än 5½ timmar per dag.

Om tiden för den förebyggande hälsovården, mödra- och barnavården, skolhälsovården m. m. (diagrammet ovan å denna sida) föreligger uppgifter för 94 % av kåren. Fördelas tiden på vardagarna, ägnar hälften av läkarna högst en timme och den andra hälften minst en timme per dag åt dessa arbetsuppgifter. Den nedre kvartilen är 0·4, den övre 1·7 timmar per dag. 32 läkare ägnar dagligen den förebyggande hälsovården över 2½ timmar.

Den här redovisade tiden för de hälsovårdande uppgifterna kan antagas vara påverkad av att föreskrifter om tillfällig begränsning av provinsialläkarnas tjänsteresor enligt läkarinstruktionens § 26 mom. 6 gällde vid tiden för enkäten. I vilken utsträckning hälsovårdsarbetet härigenom inskränktes

är icke känt. Föreskrifterna, som infördes 1940 och upphävdes 1946, innebar, att provinsialläkarna fick företa tjänsteresor endast i den mån gällande statsbidragsbestämmelser eller eljest särskilda skäl gjorde dessa resor nödvändiga.

Den genomsnittliga tid, som provinsialläkarna ägnar en patient på sina mottagningar, synes vara oberoende av den sammanlagda dagliga arbetstidens längd. För läkare med över 9 timmars daglig arbetstid är tiden 17 minuter per patient, för läkare med över 7 och högst 9 timmars daglig arbetstid 19 minuter per patient och för läkare med högst 7 timmars daglig arbetstid 20 minuter per patient. En förutsättning, som i regel torde vara uppfylld, för denna beräknings giltighet är, att den för mottagning angivna tiden helt ägnas patienterna, en annan förutsättning är, att de av läkarna gjorda uppskattningarna av mottagningstid och patientantal är riktiga. Givetvis förekommer stora variationer såväl de olika läkarna emellan som för den enskilda läkaren vid olika tider på året. Det förstnämnda slaget av variationer kan utgöra från i medeltal en à två patienter per timme och endast en à två mottagningstimmar per dag, till den andra ytterligheten av 8 à 10 patienter per timme och samtidigt upp till 7 à 8 mottagningstimmar per dag. I regel torde läkarna utsträcka mottagningstiden vid stort patientantal för att icke behöva återställa väntande patienter till annan tid eller knappa in på den tid, som ägnas den enskilda patienten. Att det härvid uppstår lång mottagningstid för läkarna och lång väntetid för patienterna är naturligt. Över 40 % av de 369 provinsialläkare, som uttalat sig om patienternas väntetider, vitsordar också, att patienterna brukar eller stundom får vänta länge.

Åtgärder för att nedbringa patienternas väntetider och i övrigt rationalisera mottagningen har angivits vidtagna av nära 50 % av samtliga provinsialläkare (över 80 % av de läkare, som besvarat frågan härom). Sådana åtgärder har varit differentiering av patienternas besökstid, varvid t. ex. omläggningsfall hänvisats till viss tid, införande av nummerbrickor, förutbeställning av tid och fastställande av särskild tid för förfrågningar per telefon, anordnande av kvällsmottagningar, hänsynstagande till tåg- och busstider, anskaffande av bättre mottagningslokaler och anskaffande eller utökning av biträdespersonal m. fl. åtgärder. Ytterligare åtgärder i denna riktning anses erforderliga och möjliga att genomföra av icke fullt en fjärdedel av samtliga provinsialläkare (nära 40 % av dem, som besvarat frågan härom), bland vilka dock finns läkare, som redan vidtagit rationaliseringsåtgärder. I den mån ytterligare åtgärder anges behövliga, avses främst lokalförbättringar.

Av intresse är att notera, att antalet provinsialläkare, som icke anser sig hinna med sina arbetsuppgifter på ett tillfredsställande sätt, utgör närmare en tredjedel av de 97 % av kåren, som besvarat vår fråga härom. Över hälften av 158 läkare, som anger över 9 timmars daglig arbetstid, anser sig trots sin långa arbetsdag icke tillfredsställande hinna med sina uppgifter. Det-

samma anser nära en femtedel av 154 läkare, som anger över 7 och högst 9 timmars daglig arbetstid. Av 46 läkare, ca 12 % av kåren, som anger högst 7 timmars daglig arbetstid, anser däremot 44, att de tillfredsställande hinner med sina arbetsuppgifter.

De delar av verksamheten, som provinsialläkarna anser bli lidande, är den förebyggande hälsovården (över 10 % av kåren), expeditions- och skrivgöromål (nära 10 % av kåren) och sjukvård (över 6 % av kåren). Ett antal läkare (nära 4 % av kåren) anser, att samtliga arbetsuppgifter blir lidande, ett annat (nära 8 % av kåren) upplyser parentetiskt, att arbetet visserligen medhinnes men på bekostnad av tid för studier av fackpress och annan fortsatt utbildning, rimlig fritid o. dyl.

Påfallande är, att för 45 läkare, som anger högst 7 timmars daglig arbetstid, medianen för den tid, som ägnas hälsovårdande arbete, utgör endast en halv timme. Motsvarande tid för de till över 80 % av kåren uppgående läkarna, som anger över 7 timmars daglig arbetstid, utgör en timme. Den korta sammanlagda arbetstiden hos detta mindretal provinsialläkare innebär sålunda en begränsning även av den i och för sig relativt korta tid, som allmänt ägnas de hälsovårdande uppgifterna.

I nedanstående tablå anges medeltal för provinsialläkarnas arbetstid och patientantal på mottagningarna i distrikt med olika folkmängd.

Distriktens invånarantal (1 000-tal)	Antal läkare	Medelarbetstid per dag (timmar)	Medelantal patienter per dag
1— 3	7	(8·4)	(10)
3— 6	58	8·4	13
6— 9	113	9·2	14
9—12	73	9·3	15
12—15	55	9·4	15
15—18	17	9·5	13
18—21	17	10·5	16
över 21	15	8·8	10
ej känt	5	(9·2)	(11)
Totalt	**360**	**9·4**	**15**

Då spridningen kring medeltalen är stor och uppgifternas karaktär av uppskattningar gör dem osäkra, ger medeltalen endast någon uppfattning om storleksordningen men kan ej anses ge några detaljerade upplysningar om sambandet mellan distriktens folkmängd och läkarnas arbetstid samt deras patientantal. Erfarenhetsmässigt kan sägas, att provinsialläkarna i distrikt med litet invånarantal har full sysselsättning, om icke särskilda omständigheter undantagsvis spelar in, och att provinsialläkare i folkrikare distrikt — även när behov därav föreligger — icke kan utsträcka arbetstid och patientantal utöver viss gräns, som bestämmes av den egna prestationsförmågan.

Av vår enkät framgår, att en fjärdedel av provinsialläkarna våren 1944 har hjälp på mottagningarna av examinerad sjuksköterska, några dessutom

samtidigt hjälp av biträde. Hälften har hjälp — dagligen eller vid behov — av enbart biträde. En fjärdedel av läkarna har över huvud ingen assisterande personal. Av de sistnämnda läkarna anser en tredjedel, att de behöver personal, medan en tredjedel icke anser sig behöva sådan och en tredjedel lämnat frågan obesvarad.

Läkare utan assistans eller med endast tillfällig assistans synes ange lägre antal patienter på mottagningarna (i medeltal 2·9 per timme) än läkare med daglig assistans av både sjuksköterska och biträde (4·1), enbart sjuksköterska (3·6) eller endast biträde (3·4 patienter per timme). Uppenbarligen får läkare med assistans förutsättas ha större möjligheter till effektivt arbete än läkare utan sådan. Då sammanlagt minst 160 provinsialläkare är utan assisterande personal eller utan regelbunden assistans, föreligger här en svaghet i organisationen, som icke bör förbises.

Provinsialläkarföreningen har under våren 1945 verkställt en undersökning rörande biträdena vid provinsialläkarnas mottagningar. Av 200 provinsialläkare anser 134 (67 %), att en kår av assistenter, motsvarande tandsköterskekåren, bör skapas till provinsialläkarnas hjälp. 101 läkare anser, att provinsialläkarnas assistenter (biträden) helt eller delvis bör avlönas av det allmänna. Om sättet att ordna utbildningen för den assisterande personalen är meningarna delade. 59 läkare anser sålunda, att utbildningen bör förläggas till lämplig skola vid sjukhus och laboratorium. 61 läkare anser det tillfredsställande, att biträdet har ett à två års tjänst som biträde vid sjukhus och att den vidare utbildningen sker under praktisk tjänstgöring hos provinsialläkare. 39 läkare finner båda utbildningsvägarna tillfredsställande, varvid dock flera förordar den förstnämnda.

Av vår enkät framgår, att 186 provinsialläkare — nära hälften av samtliga — icke anlitar sjukhuslaboratorium eller annat centrallaboratorium för undersökningar. Över hälften av de läkare, som icke anlitar sådant laboratorium, anser att de skulle ha nytta av tillgång till dylikt laboratorium. Av vår enkät framgår också, att minst 230 provinsialläkare icke disponerar över vare sig röntgen- eller EKG-utrustning, och att omkring tre fjärdedelar av dessa läkare icke heller anser dylik utrustning behövlig. Sistnämnda förhållande bör ses mot bakgrund bl. a. av att de i många fall torde sakna speciell utbildning att handhava dessa hjälpmedel. Dessa förhållanden pekar på önskvärdheten av att sjukhusens tekniska resurser i sjukvårdens och hälsovårdens intresse i ökad omfattning kan utnyttjas av provinsialläkarna.

Det är icke möjligt att med ledning av uppgifterna i vår enkät beräkna hela antalet laboratorieundersökningar, som provinsialläkarna utför. Om de läkare, vilka icke lämnat uppgifter härom, får förutsättas göra sådana undersökningar i samma utsträckning, som de 288 uppgiftslämnarna (i medeltal omkring 20 per vecka), skulle de 385 provinsialläkarna utföra omkring 400 000 laboratorieundersökningar per år med undantag av rutinundersökningar, såsom äggvite- och sockerprov.

Provinsialläkare, som samtidigt är sjukstugeläkare, visar i sina enkätsvar inga väsentliga skiljaktigheter från övriga provinsialläkare beträffande den öppna vården med undantag av förhållanden, som sammanhänger med tillgången på assisterande personal och utrustning.

Till belysning av frågan om provinsialläkarnas utbildning kan anföras, att 66 provinsialläkare (därav 21 extra), vilka utnämnts under tiden 1 januari 1941—30 juni 1944 utan att tidigare inneha provinsialläkartjänst annat än som vikarie, i medeltal hade 11·9 år (median 11·2) att tillgodoräkna för allmän tjänsteårsberäkning. Tjänstgöringstiden på anstalt var i medeltal 6·8 år. Provinsialläkarna hade något längre tid för allmänna tjänsteår och något kortare för sjukhustjänstgöring än de extra provinsialläkarna. I sitt betänkande III (SOU 1945: 56) har läkarutbildningssakkunniga ansett den önskvärda sjukhusutbildningen för tjänsteläkare utgöra omkring 5 år efter med. lic.-examen. Medicinalstyrelsen fann sig i sitt yttrande över förslaget böra förorda 4 år.

Stadsläkare och andra kommunalt anställda läkare.

Till gruppen stadsläkare och andra kommunalt anställda läkare har vi räknat stadsläkare, stadsdistriktsläkare, köpingsläkare, municipalläkare och kommunläkare med arbetsuppgifter, som i stort sett sammanfaller med dem provinsialläkarna har inom sina distrikt. Till stadsläkargruppen har sålunda icke förts de förste stadsläkare i vissa större städer, vilkas arbetsuppgifter huvudsakligen ligger inom det sanitära området. De till stadsläkargruppen förda läkarnas syn på sina arbetsförhållanden har vi sökt erhålla genom en enkät våren 1945. Svar har avlämnats av 185 läkare (25 förste stadsläkare, 21 andre stadsläkare, 66 stadsläkare, 51 stadsdistriktsläkare, 15 municipalläkare, 6 köpingsläkare och en kommunläkare) av 190 tillfrågade (bil. 19).

I likhet med svaren från provinsialläkarna grundar sig svaren från läkarna inom stadsläkargruppen (i det följande kallade stadsläkarna) på uppskattningar. Dessa hänför sig till förhållandena omkring ett år senare än provinsialläkarnas.

Stadsläkarnas genomsnittliga dagliga arbetstid (vardagar) utgör omkring 9¾ timmar. Mottagningen ägnas 5·5 timmar, sjukbesök 2·7 timmar, hälsovårdande och sanitära uppgifter tillsammans 1·5 timmar. Ett 20-tal läkare synes ha även sluten vård, i medeltal något över 2 timmar per dag. En fjärdedel av stadsläkarna har högst 8·4 timmars daglig arbetstid (provinsialläkarna 7·9 timmar), en fjärdedel har 11·0 timmars daglig arbetstid eller mera (provinsialläkarna 10·8 timmar). Annorlunda uttryckt har halva antalet läkare under och halva antalet över 9·5 timmars daglig arbetstid (provinsialläkarna 9·2 timmar).

Antalet patienter på mottagningarna uppgår i medeltal till 20 per dag eller 3·7 per mottagningstimme.

Medelarbetstiden på söndagarna är 2·5 timmar för såväl sluten som öppen vård. Omkring 90 % av läkarna har uppgivit arbetstid på söndagar.

Stadsläkarnas arbetsuppgifter i den öppna vården har uppdelats i instruktionsmässig verksamhet, ackordsmässig verksamhet, fri rörelse, hälsovård och sanitär verksamhet. Med instruktionsmässig verksamhet avses hälso- och sjukvård, som meddelas ett klientel, vilket det enligt instruktion åligger läkarna att sköta utan särskild ersättning eller mot viss taxa. Med ackordsmässig verksamhet åsyftas sådan vård, som läkarna meddelar enligt överenskommelse (ackord) med arbetsgivare, sjukvårdsförening eller annan huvudman mot viss ersättning. Med fri rörelse menas annan än instruktions- eller ackordsmässigt utövad sjukvård. Till hälsovård räknas läkarnas uppgifter i förebyggande mödra- och barnavård, skolläkarvård, distriktsdispensärvård o. dyl. Till sanitär verksamhet hänföres utom sanitära uppgifter bostadsinspektion med flera frågor, som handlägges i hälsovårdsnämnd.

Antalet läkare, som utövar verksamhet av de olika slagen, och den tid, de angivit härför, framgår av följande tablå:

Daglig arbetstid (timmar)	Antal stadsläkare (i % av samtliga uppgiftslämnare) med vidstående arbetstid för				
	instruktionsmässigt klientel	ackordsmässigt klientel	fri-rörelse-klientel	hälsovård	sanitära uppgifter
0	9	48	3	25	31
under 0·5	4	2	1	10	15
0·5—1·5	18	19	2	42	28
1·5—2·5	29	10	5	9	10
2·5—3·5	13	8	10	1	3
3·5—4·5	9	4	12	1	1
4·5 och mer	10	1	60	—	—
ej angiven	8	8	8	14	12
Totalt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Av samtliga stadsläkare har 9 % icke något instruktionsmässigt klientel, medan 48 % saknar ackordsmässigt klientel, 3 % icke har »frirörelse-klientel», 25 % icke utövar hälsovård och 31 % icke har sanitära uppgifter. Svar beträffande instruktions- och ackordsmässigt klientel och »fri-rörelse-klientel» saknas för 8 % av läkarna, beträffande hälsovård för 14 % och sanitära uppgifter för 12 % av läkarna. Medelarbetstiden per dag (vägda aritmetiska medeltal) för de läkare, för vilka uppgifter föreligger, är 2·3 timmar för det instruktionsmässiga klientelet, 0·9 timmar för det ackordsmässiga klientelet, 5·1 timmar för »fri-rörelse-klientelet», 0·8 timmar för hälsovårdsuppgifterna och 0·7 timmar för de sanitära uppgifterna. Den fria rörelsen ägnas mera tid än de andra uppgifterna tillsammans.

Daglig arbetstid (timmar)	Antal stadsläkare (i % av samtliga uppgiftslämnare) med vidstående arbetstid för					
	instruktionsmässigt klientel		ackordsmässigt klientel		fri-rörelse-klientel	
	mottag-ning	hembesök	mottag-ning	hembesök	mottag-ning	hembesök
0	11	23	48	66	3	14
under 0·5	8	7	3	3	1	1
0.5—1·5	36	48	24	20	4	26
1·5—2·5	18	11	11	3	17	33
2·5—3·5	11	3	5	1	20	14
3·5—4·5	4	1	1	—	24	4
4·5 och mer	4	—	1	—	23	1
ej angiven	8	8	8	8	8	8
Totalt	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Den instruktionsmässiga och ackordsmässiga verksamheten samt den fria rörelsen har vidare uppdelats på mottagning och hembesök. Denna fördelning framgår av ovanstående tablå.

Enligt stadsläkarnas uppskattningar av patientantal och mottagningstid skulle varje patient av det instruktionsmässiga klientelet ägnas i medeltal 16 minuter, medan motsvarande tid för det ackordsmässiga klientelet skulle vara 13 minuter och för det fria klientelet 17 minuter. Fördelningen av patientantalet per mottagningstimme framgår av följande tablå:

Patientantal per mottagningstimme	Antal stadsläkare med vidstående patientantal per mottagningstimme och nedanstående klientel			
	instruktions-mässigt klientel	ackords-mässigt klientel	fri-rörelse-klientel	allt klientel, oberoende av art
0·5— 1·5	6	2	5	2
1·5— 2·5	28	11	33	29
2·5— 3·5	36	18	56	57
3·5— 4·5	39	20	36	40
4·5— 5·5	20	11	13	23
5·5— 6·5	5	3	9	7
6·5— 7·5	1	4	2	4
7·5— 8·5	3	1	3	3
8·5— 9·5	—	1	—	—
9·5—10·5	5	1	1	1
10·5—11·5	—	—	—	—
11·5—12·5	1	2	1	1
12·5—18·5	—	3	—	—
Totalt	**144**	**77**	**159**	**167**

Omkring 10 % av stadsläkarna uppskattar patienternas väntetider till under en halv timme, 48 % till 0·5—1·5 timmar, 23 % till 1·5—2·5 timmar och 7 % till 2·5 eller mer. 12 % av läkarna har icke besvarat frågan om

väntetiden. Över 60 % av stadsläkarna har vidtagit åtgärder för att nedbringa väntetiden och i övrigt rationalisera mottagningen. 65 läkare har främst infört tidsbeställning, 16 vidtagit lokalförbättringar, 10 infört nummerbrickor, 15 genomfört åtskillnad efter fallens art och 7 anskaffat assisterande personal. 39 % av stadsläkarna har särskild tid för återbesök, 14 % för vissa återbesök, medan 47 % icke har särskild tid för några återbesök.

Ett 40-tal läkare, varav 27 redan genomfört rationaliseringsåtgärder, anser att åtgärder av ovan anförda slag behövs och kan företagas.

Omkring 25 % av stadsläkarna anser sig icke på ett tillfredsställande sätt medhinna sina arbetsuppgifter (av dem 10 % dock endast periodvis). I första hand anses de hälsovårdande och sanitära uppgifterna bli lidande (25 läkare).

Av stadsläkarna har 16 % assistans av examinerad sjuksköterska (i några fall därjämte av biträde) och 52 % enbart av biträde. Utan assisterande personal är 32 % av kåren. Av redovisade 111 biträden hos stadsläkarna har 48 biträden föregående praktik på lasarett, 18 har genomgått sjukvårdskurs och 9 barnsköterskekurs, medan 30 icke har annan utbildning än den de förvärvat på mottagningen eller helt saknar utbildning för yrket. 16 biträden anges vara laborationskunniga. 26 läkare, som har assisterande personal, behöver ytterligare sådan; 14 läkare, som icke har personal, har behov därav.

Huvudmän tillhandahåller 13 läkare både personal och lokaler, 20 läkare enbart personal och 8 läkare enbart lokaler. I 15 fall har i enkätsvaren angivits, att huvudmännens bidrag med personal och lokaler avser läkarnas arbete i någon speciell verksamhetsgren, främst hälsovård.

Av enkäten framgår vidare, att 46 stadsläkare aldrig och 17 sällan anlitar sjukhuslaboratorium eller annat centrallaboratorium för undersökningar och att av dessa båda grupper 41 läkare anser, att tillgång därtill skulle vara till nytta. I de fall, då stadsläkarna har biträdespersonal, utföres vanligen laborationer i ca 30 % av läkarna själva, i likaledes ca 30 % av personalen och i 40 % av både läkarna och personalen. 132 stadsläkare uppger i medeltal något över 30 laborationer per vecka. En uppskattning av samma slag, som gjorts för provinsialläkarna, ger vid handen, att stadsläkarna skulle utföra omkring 300 000 laboratorieundersökningar per år utom enkla rutinundersökningar.

Stadsläkarna disponerar över röntgen- och EKG-utrustning i samma utsträckning som provinsialläkarna — 34 % av stadsläkarna och 35 % av provinsialläkarna har antingen både röntgen och EKG eller någotdera.

Vad som tidigare i detta kapitel uttalats om önskvärdheten av att sjukhusens tekniska resurser i ökad omfattning kunde utnyttjas av provinsialläkarna gäller även för stadsläkarna.

Den utsträckning, i vilken stadsläkarna angivit, att de instruktionsmässigt, ackordsmässigt och frivilligt tillämpar viss taxa, framgår av följande tablå:

Taxa	Antal stadsläkare, som tillämpar vidstående taxa för		
	instruktionsmässigt klientel	ackordsmässigt klientel	fri-rörelse-klientel
Sjukkasse- o. provinsialläkartaxorna	7	2	4
Sjukkassetaxan	15	27	105
Provinsialläkartaxan	10	7	3
Läkarförenings taxa	1	2	26
Annan taxa	23	17	6
Ingen taxa	31	102	20
Ej uppgift	98	28	21
Totalt	**185**	**185**	**185**

Att märka är, att en del av de läkare, som enligt ovanstående tablå angett, att de ej tillämpar taxa, ej bedriver verksamhet av ifrågavarande slag. (Jämför tablå sid. 75.)

Utan att ange för vilket slag av verksamhet detta gäller, har 12 läkare uppgett, att de tillämpar läkarförenings taxa, därav två endast för intyg och en för sjukbesök. Icke sällan har de i tablån upptagna läkarna antecknat att de använder »provinsialläkartaxan med någon förhöjning», »modifierad sjukkassetaxa» o. dyl.

Den här enhetligt behandlade kåren av kommunalt anställda tjänsteläkare rymmer läkare, som arbetar under synnerligen skiftande förhållanden, från storstädernas distriktsläkare till köpings- och kommunläkare. Någorlunda enhetliga anställnings- och avlöningsvillkor saknas (bil. 22). Tjänsteläkarna i de tre största städerna uppvisar också i svaren på vår enkät vissa avvikelser från de övriga till gruppen förda läkarna. Sålunda utgör dessa stadsdistriktsläkare mer än hälften av de till kåren förda läkare, som icke har hälsovårdande uppgifter, och nära två tredjedelar av de läkare, som icke har sanitära uppgifter. Dessa stadsdistriktsläkares arbetstid är längre för det instruktionsmässiga klientelet än motsvarande tid för övriga till gruppen förda läkare.

Omkring 20 % av samtliga läkare i gruppen uppehöll vid enkättillfället sina tjänster på förordnande.

Industri- och verksläkare.

Vid redovisningen av den öppna vårdens olika former har vi ansett oss även böra beakta den kategori av läkare, som sammanförts under ovanstående rubrik, även om den i många hänseenden är heterogen både i fråga om funktion och anställningsform m. m. Den bestrider emellertid sjuk- och hälsovård för relativt stora grupper medborgare och har rent historiskt sett existerat sedan lång tid tillbaka under vårt medicinalväsendes utveckling. Såväl »bergslag» som enskilda bruk förskaffade sig således, säger Hjelt[1], tidigt egna

[1] Otto E. A. Hjelt: Svenska och Finska Medicinalverkets Historia 1663—1812, Helsingfors 1892.

läkare, dels »gruvmedici» och dels »gruvfältskärer», någon gång båda samtidigt. Redan på 1700-talet hägnades vissa av dem med kungl. fullmakt och stundom utnämndes de till provinsialläkare. Vanligare har dock varit, att de fick ställning som extra provinsialläkare, särskilt sedan genom 1840 års kungörelse vid bruk och menigheter anställda läkare — s. k. distriktsläkare — fick tjänsteårsrätt. I och med industrins utveckling under 1800-talets senare hälft fick vi allt flera av industrier och liknande större företag anställda industri- och verksläkare med sjuk- och olycksfallsvård som huvuduppgift men därjämte med en viss kontroll över arbetarstammen i hälsovårdshänseende som biuppgift. De statliga kommunikationsverken har liksom vissa andra statliga verk sedan mycket länge haft läkare för sin personal och i enlighet med 1939 års avlöningsreglemente och därmed sammanhängande verksläkarkungörelse har hela statsförvaltningens personal fått »verksläkare» — motsvarande funktionärer vid försvaret kallas »tjänsteläkare». Dessa i enskild och allmän tjänst anställda läkare har det gemensamt, att de har sin verksamhet knuten till viss arbetar- eller tjänstemannagrupp. Som sjukvårdande läkare torde de emellertid stå på avskrivning i och med det förestående genomförandet av en obligatorisk sjukförsäkring, som är utformad enligt principen om fritt läkarval. Härigenom undanröjes en av de sidor hos verksläkarverksamheten, som gett upphov till kritik från klientelets sida särskilt på platser, där flera läkare varit bosatta på samma ort. Förutom sin sjukvårdande funktion har dessa läkare därjämte haft två andra funktioner — den kontrollerande och den hälsovårdande. Denna del av uppgiften har bl. a. innefattat undersökningar för anställning, åtgärder för att förebygga och motverka onödig frånvaro från arbetet, liksom också för att hindra att arbetaren åter infann sig i arbetet, innan hans hälsotillstånd tillät det, ansvaret för klientelets specialläkarhänvisning och tillgång till fria läkemedel, viss kontroll för att motverka smittspridning samt övervakning av hygienen på arbetsplatsen. Med åren har denna kontroll i allt större omfattning fått som mål en alltmera allsidig hälsoövervakning av de anställda. Denna övervakning har emellertid på de flesta håll ännu icke antagit helt ändamålsenliga former.

För att få del av patienternas syn på denna form av läkarvård har vi även begärt ett utlåtande från landsorganisationens kommitté för olycksfallsförsäkrings- och arbetarskyddsfrågor, vilket med sammandrag av tillhörande förbunds svar angående erfarenheterna av bruks- och industriläkarsystemet återfinnes som bil. 29.

Uppgifter om ett antal verksläkares patientantal och inkomster redovisas i bil. 21. Däri omnämnes också en av oss år 1944 gjord enkät till en del verks- och industriläkare, närmast av stickprovskaraktär. Siffermaterialet i vår enkät visar, att den genomsnittliga tiden för ett besök hos sådan läkare utgör 11 minuter. Den är alltså ungefär densamma, som enligt vad vi förut redovisat åtgår för stadsläkare m. fl. i deras ackordspraktik, och väsentligt

lägre än den, som i annan öppen vård ägnas en patient i allmän praxis (16—18 minuter). Orsakerna härtill kan vara flera. Denna sjukvård är ibland mera kirurgiskt betonad, vilket medför en kortare besökstid. Kontrollbesök för banala infektioner etc. drar ner genomsnittstiden per besök. Slutligen kan det ligga något berättigat i den ej sällan framförda förmodan, att patienter inom ackordsklientelet i denna sin egenskap skulle ägnas kortare tid än andra på grund av läkarens ingående kännedom om klientelet.

Om sjuk- och olycksfallsvårdens bestridande för dessa grupper som nämnts kommer att helt överflyttas på den allmänna sjukförsäkringen, kvarstår dock fortfarande behovet av organ för hälsoövervakningen av de arbetande, kontrollen av arbetets inverkan på hälsotillståndet och av hygienen på arbetsplatsen m. m. I en planering av den öppna vården måste dessa moment därför i hög grad påverka utformningen av den nu förestående regleringen av den samhälleliga övervakningen till skydd mot olycksfall och ohälsa i arbete, liksom stor hänsyn till dem måste tas vid detaljutformningen av den öppna sjuk- och hälsovården. Tjänstemännens, industriarbetarnas och övriga arbetares hälso- och sjukvård måste med andra ord regleras samtidigt med vården för den övriga vuxna befolkningen men med särskild hänsyn till varje arbetes speciella förhållanden.

Privatpraktiserande läkare.

Svårigheterna att avgränsa privatläkarkåren mot andra läkargrupper, t. ex. tjänsteläkare i öppen vård av olika slag, har berörts i den historiska inledningen. Samma svårigheter framhålles i fil. lic. G. Ahlbergs på uppdrag av Sveriges privatpraktiserande läkares förening 1944 publicerade utredning »Privatläkarkåren i statistisk belysning», refererad i bil. 23 a och av läkarutbildningssakkunniga i deras betänkande angående utbildningen efter med. lic.-examen (SOU 1945: 56 sid. 89 ff.). Medan Ahlberg kommer till siffran 495 läkare såsom privatpraktiserande i juni 1941, varvid endast de under 70 år medtagits, anger de utbildningssakkunniga siffran 564 (här är åldersgränsen satt till 65 år) såsom den riktiga för årsskiftet 1941/42. Läkarutbildningssakkunniga konstaterar, att gränsdragningen mellan privatpraktiserande och andra läkare endast kunnat ske genom ett ställningstagande till varje enskilt fall. Även med de förändringar, som inträtt sedan dessa undersökningar verkställts, torde dessa sifferuppgifter i stort sett fortfarande motsvara verkligheten.

Enligt läkarutbildningssakkunnigas utredning fördelar sig de privatpraktiserande läkarna tämligen lika på grupperna specialläkare och allmänläkare, 270 och 294. Av allmänläkarna uppges 70 vara verksamma i Stockholm och Göteborg, 98 i andra städer och orter med mer än 10 000 invånare och 107 i städer och orter med lägre invånarantal. De privatpraktiserande specialläkarna säges till över 90 % vara verksamma i städer med

mer än 30 000 invånare. Det omtalas vidare, att man fram till år 1930 kunnat konstatera en ökning av antalet allmänläkare och specialläkare, som årligen öppnat privatpraktik. Därefter har siffrorna hållit sig konstanta, möjligen med någon sänkning under krigsåren. Av de privatpraktiserande allmänläkarna hade enligt läkarutbildningssakkunnigas utredning 45 % mindre utbildning än 1 år utöver examen. 22 % hade 1—2 års, 12 % 2—3 års och 21 % mer än 3 års utbildning.

De 270 specialisterna fördelade sig på följande sätt: medicin 83, nervsjukdomar och psykiatri 24, barnsjukdomar 48, kirurgiska sjukdomar och kvinnosjukdomar 31, ortopedi, fysikalisk behandling 4, tandsjukdomar 16, ögonsjukdomar 15, öron-, näs- och halssjukdomar 28, hud- och könssjukdomar 15.

I den Ahlbergska utredningen har någon uppdelning av de privatpraktiserande läkarna på allmänpraktiker och specialister icke gjorts. De 495 läkare, som här räknats till privatläkarkåren, uppges fördelade på följande sätt med hänsyn till verksamhetsorten:

Ort	Invånarantal	Antal privatpraktiserande
Stockholm	600 000	194
Göteborg	280 000	54
Malmö	160 000	27
Övriga städer med minst	50 000	23
Städer med	30—50 000	35
» »	20—30 000	28
» »	10—20 000	35
» »	5—10 000	31
» » under	5 000	8
Andra orter	—	60
Summa	—	**495**

Några påtagliga skillnader mellan äldre och yngre läkare vid val av bosättningsort har icke kunnat konstateras.

Av de i Ahlbergs inkomststatistik ingående 230 läkarna är endast 40 % uteslutande privatpraktiker; de övriga har vid sidan av praktiken en eller annan tjänst. De senares nettoinkomst överstiger med i genomsnitt 3 000 kronor de förras.

I den Ahlbergska utredningen har någorlunda preciserade uppgifter om arbetstiden per dag lämnats av 217 läkare. Medianen är ca 9 timmar; variationen är betydande och en fjärdedel av läkarna har en daglig arbetstid av minst 10½ timmar. Uppgift om semesterförhållandena har lämnats av 291 läkare. Drygt en fjärdedel av dem har uppgett sig vanligen icke bruka ta någon semesterledighet alls. För de övriga ligger medianen vid 4 veckor och nedre kvartilen vid 2 veckor.

I skrivelse den 9 december 1944 (bil. 23 b: 2) har styrelsen för Sveriges

privatpraktiserande läkares förening framlagt sina synpunkter på de privatpraktiserande läkarnas sociala och ekonomiska förhållanden. Styrelsen sammanfattar sina önskemål i fråga om den öppna sjukvårdens reglering på följande sätt:

»De privatpraktiserande läkarna äro för närvarande omistliga inom en sund svensk läkarorganisation. Det allmänna har det största intresse av att de få utöva sin verksamhet under trygga förhållanden. De måste därför få tillämpa en möjligast fri taxebildning och härvid få hjälp av en klok sjukkasselagstiftning. För undvikande av slitningar och konkurrens med andra läkargrupper böra de fast anställda läkarnas uppgifter i den öppna sjukvården inskränkas. Underläkarnas arbete i den öppna sjukvården bör som hittills vara starkt begränsat. Sjukhusöverläkarnas privatpraktik bör endast omfatta fall, som erfordra hans speciella kompetens. Provinsial-, stads- och distriktsläkarnas löner böra höjas i avsikt att möjliggöra en uppdelning av hälso- och sjukvård och förhindra friktioner mellan tjänsteläkare och fria praktici. Till slut föreslås vissa anordningar för underlättandet av de enskilt praktiserande läkarnas deltagande i den slutna sjukvården.»

I föreningens skrivelse liksom i materialet om de privatpraktiserande läkarna för övrigt saknas uppgifter, ägnade att ge en uppfattning om sådana förhållanden som omfattningen av privatläkarnas samlade verksamhet (patientantal, besöksfrekvens etc.) och fördelningen av deras arbetstid på olika uppgifter (mottagning, sjukbesök i hemmen etc.). Trots hänvändelser till såväl centrala som lokala läkarorganisationer har det icke visat sig möjligt att erhålla sådana uppgifter annat än för ett litet fåtal läkare. Här föreligger alltså en lucka i utredningsmaterialet. De utförligaste generella uppgifterna har lämnats av Stockholms läkarförening (bil. 23 c). Beträffande de i skrivelsen från Sveriges privatpraktiserande läkares förening anförda principiella synpunkterna må anföras följande.

I skrivelsen påyrkas en reglering, som tar vittgående hänsyn till de privatpraktiserande läkarnas ställning såsom privatpraktiker och påkräves omfattande åtgärder till deras stöd i denna egenskap. Att det dock skulle föra till orimliga konsekvenser om man ordnade förhållandena inom den öppna vården på den svenska landsbygden med utgångspunkt endast från det 70-tal läkare, som där utövar privatpraktik, är uppenbart. Även inom den öppna vården för övrigt torde hänsyn böra tas till andra engagerade parter — tjänsteläkare, sjukhusläkare, myndigheter och icke minst allmänheten. Detta synes icke ha tillräckligt beaktats i de i skrivelsen framlagda förslagen. Om så skett torde väl icke begränsning av över- och underordnade sjukhusläkares verksamhet inom denna vård ha påyrkats. Även om en nära rapport mellan den inremitterande läkaren och sjukhusets läkare är synnerligen önskvärd, bereder det ur sjukhusorganisatorisk synpunkt stora svårigheter att realisera detta önskemål genom att låta olika utanför sjukhusen verksamma läkare överta ansvaret för vissa patienters vård såsom sker på en del privata sjukhus (Sophiahemmet m. fl.). Då förslaget härom, sådant det utformats i skrivelsen, dessutom står i strid med hela vår nuvarande organi-

sation av den slutna vården, anser vi oss sakna anledning att uppta det till närmare behandling. De fördelar för läkarna med hänsyn till fortbildning, kontakt med den slutna vården etc., som genom förslaget skulle stå att vinna, bör kunna ernås på annat sätt (jämför sid. 234 ff.). Icke heller synes en sådan dualism i sjukvården, som skulle bli följden om de mindre välsituerades vårdbehov, såsom i skrivelsen föreslås, tillgodoses i annan ordning än de mera bemedlades, överensstämma med den moderna tidens krav. Tvärt emot de av föreningsstyrelsen uttalade önskemålen torde man just inom sjukvården vara på väg från systemet med »fri taxebildning efter det reella marknadsvärdet», en utveckling som synes glädjande icke minst med hänsyn till svårigheten att uppnå enighet vid bestämmandet av detta värde.

I skrivelsen förutsättes bl. a., att en väsentlig ökning av antalet privatpraktiserande läkare på landsbygden under de närmaste åren skall äga rum. Enligt vår mening är snarast en minskning av antalet privatpraktiker att förvänta. Detta synes sannolikt med hänsyn dels till den ringa ökning av läkarantalet, som kan komma till stånd under dessa år, dels till den fortgående uppdelningen av landsbygdens tjänsteläkardistrikt. Även med de väsentligt ökade möjligheter till medicinska studier som nu diskuteras, torde antalet privatpraktiserande knappast 1960 bli så stort, som man räknat med i skrivelsen.

De privatpraktiserande läkarnas yrkande på möjlighet för dem att infogas i tjänsteläkarkåren bör slutligen i detta sammanhang noteras. Sålunda föreslås, att möjlighet skall beredas praktikern att efter lång och väl meriterad privat verksamhet få räkna denna som merit vid sökande av tjänsteläkarplats, därest sådan inrättas inom hans verksamhetsort. Denna fråga beröres också av de läkarutbildningssakkunniga, som i sitt tidigare citerade tredje betänkande (sid. 94) härom uttalar följande:

»Den främsta orsaken till att så många läkare tveka att helt ägna sig åt enskild praktik torde vara, att de därmed i regel avsäga sig möjligheten att senare kunna komma i fråga till statliga eller kommunala tjänster. Har en läkare slagit sig ned på en ort, vid vilken sedermera en tjänsteläkarbefattning inrättas, kan han på grund av rådande meritberäkning ofta ej komma i fråga till denna befattning. Finns det ej arbete för två läkare på orten, måste den privatpraktiserande söka sig nytt arbetsfält. Yngre praktiserande ha ofta svårt att erhålla ett ackord eller annan arvodesbefattning, som kunde vara ett första handtag i deras verksamhet som privatpraktiker.

Ehuru i övrigt frågan om de privatpraktiserande läkarnas ställning i sjukvårdsorganisationen ligger utanför de sakkunnigas uppdrag, kunna de sakkunniga dock icke underlåta att i detta sammanhang framhålla vikten av att åtgärder vidtagas att för dessa läkare underlätta övergången till lasaretts- eller tjänsteläkarkåren. I sådant syfte kunde ifrågasättas, om icke bestämmelserna om tjänsteårsberäkning kunde ändras därhän, att även privatpraktiserande läkare under vissa förutsättningar skulle äga åtnjuta begränsad tjänsteårsrätt. Det skulle enligt de sakkunnigas mening vara önskvärt, att medicinalstyrelsen beaktade denna fråga.»

Väl värt beaktande är också de privatpraktiserande läkarnas krav på ett intimare samarbete mellan läkare i öppen och sluten vård.

Sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster.

Frågan om läkarnas hjälpkrafter inom sjukvården i allmänhet är för närvarande under utredning i olika sammanhang såväl vad beträffar rekryterings- och utbildnings- som organisationsfrågor. Så t. ex. kommer 1945 års sjuksköterskeutbildningssakkunniga att vid sidan av sitt egentliga uppdrag, som framgår av namnet, bl. a. ingå på frågan om barnmorskornas utbildning samt möjligen också på utbildningen av andra läkarnas hjälpkrafter. 1944 års sjukhusutredning kan förväntas komma att föreslå bl. a. allmänna organisations- och rationaliseringsåtgärder, berörande dessa funktionärer, såsom sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster m. fl. Nämnas må slutligen kommittén för partiellt arbetsföra, som i sitt första betänkande (SOU 1946: 24) avgivit förslag om kuratorsväsendets effektivisering.

Här skall endast i korthet redogöras för omfattningen av den verksamhet inom den öppna vården, som för närvarande bedrives av sjuksköterskor, barnmorskor och sjukgymnaster.

Bland *sjuksköterskorna* tjänstgör utom distriktssköterskorna fortfarande ett antal dispensärsköterskor, kommunsköterskor, bruksköterskor m. fl. uteslutande i öppen vård. Genom distriktssköterskornas och andra funktionärers verksamhet sker ofta en avlastning av tjänsteläkarna, särskilt i fråga om de förebyggande och socialmedicinska arbetsuppgifterna, varigenom läkarnas arbetskraft i stället kan reserveras för fall, som kräver deras egen handläggning.

Omfattningen av distriktssköterskornas arbete belyses i nedanstående tablå, avseende en distriktssköterskas verksamhet i genomsnitt under år 1945 och uppgjord på grundval av en av byråinspektören för sjuksköterskeväsendet avgiven berättelse.

	Antal besök på egen mottagning	Antal hembesök	Antal vaknätter	Antal resor med pat. till sjukhus	Antal läkarmottagningar, vid vilka distriktssköterskan biträtt
Sjukvård	614	659	3	14	—
Förebyggande hälsovård	153	433	—	—	50
därav i spädbarns- och småbarnsvård	49	294	—	—	19
i skolbarnsvård	34	27	—	—	14
i dispensärvård	70	112	—	—	17
Tillsammans	**767**	**1 092**	**3**	**14**	**50**

I verkligheten varierar siffrorna för olika distriktssköterskor betydligt, beroende på förhållandena i de skilda distrikten. Den, som verkställer ett stort antal hembesök, medhinner ej så många egna mottagningar och vice versa.

Hela antalet distriktssköterskor uppgick den 31 december 1945 till 1 085 och antalet patienter, som tillsågs av distriktssköterskorna i hemsjukvården eller vid deras sjukvårdande mottagningar var sagda år minst 1 400 000. Motsvarande siffra översteg för hälsovården (förebyggande vård av spädbarn, småbarn och skolbarn samt dispensärvård) 636 000. Numerärt sett uppgick besöken hos eller av distriktssköterskor nämnda år till mer än 10 % av det antal patientbesök, som enligt våra beräkningar för åren 1941—1944 årligen avlades hos läkare i den öppna sjukvården.

Envar av distriktssköterskorna biträdde dessutom i genomsnitt en gång i veckan vid hälsovårdande mottagning, som hölls av läkare, varjämte även vaknätter förekom, om än i begränsad utsträckning.

I öppen vård vid anstalt fyller sjuksköterskorna ett flertal funktioner som läkarnas assistenter. I viss utsträckning utför de också ett självständigt arbete. Arten av detta växlar med olika specialiteter och individuella egenskaper. Dessa insatser låter sig icke numerärt redovisas men är givetvis av en betydande omfattning.

Antalet *barnmorskor* utgjorde den 1 juli 1947 ca 2 000, varav 930 innehade tjänster som distrikts-, 354 som anstaltsbarnmorskor och ca 200 utövade privatpraktik i öppen förlossningsvård. I förebyggande mödravård gjordes av barnmorska 27 739 hembesök och mottogs av barnmorska 77 681 besök i sådan vård under år 1945.

Medan hela antalet förlossningar i riket under år 1946 uppgick till ca 133 000 och förlossningarna på anstalt beräknas till ca 116 000, varav ca 27 000 har utförts av inkallade distriktsbarnmorskor, har i hemmet utförts ca 17 000 förlossningar. De i öppna vården verksamma barnmorskorna skulle således i sin verksamhet utanför anstalterna ha biträtt vid i medeltal 16 förlossningar var.

Hela antalet hos medicinalstyrelsen registrerade *sjukgymnaster* uppgick i februari 1947 till 2 164, varav 914 var verksamma inom yrket. De fördelade sig på följande sätt:

Kvinnliga med fullständig utbildning	1 960, varav	verksamma inom yrket	768
Manliga med fullständig utbildning	14, varav	verksamma inom yrket	10
Kvinnliga examinerade med efterlegitimation	147, varav	verksamma inom yrket	98
Manliga examinerade med efterlegitimation..	43, varav	verksamma inom yrket	38

Härutöver fanns i landet ca 200 manliga gymnastikdirektörer och ca 70 manliga examinerade sjukgymnaster med legitimation, vilka ej upptagits i registret. De förra var i regel verksamma som officerare eller gymnastiklärare, stundom med någon privatpraktik, medan endast ett fåtal torde yrkesmässigt ägna sig åt sjukgymnastik. De senare torde i regel bedriva privatpraktik.

Antalet anställda sjukgymnaster vid olika slag av sjukvårdsanstalter uppgick vid samma tidpunkt till 323, av vilka 109 innehade heltidstjänster. En-

ligt uppgifter från anstalterna räknade man med ett aktuellt behov av ytterligare 34 sjukgymnaster.

Dessa och andra uppgifter om sjukgymnastkåren återfinnes i en såsom bil. 35 intagen »Utredning angående disponibel sjukgymnastisk arbetskraft», verkställd för medicinalstyrelsens räkning av gymnastikdirektör Karin Nyström.

Vid ett flertal sjukstugor, där anställd gymnast ej finns, är det brukligt att på orten privatpraktiserande sjukgymnaster anmodas behandla inneliggande patienter, då behov därav föreligger. Den öppna vårdens huvudsakliga behov av sjukgymnaster fylls således av de helt privatpraktiserande gymnasterna. Av sjukgymnastkåren är nästan hälften bosatt i de fem största städerna.

Vid landstingens sjukhus har sjukgymnasterna hittills i regel åtnjutit ersättning av huvudmannen endast för vården av inneliggande patienter. För på dessa sjukhus utförd behandling (massage och sjukgymnastik) av patienter i den öppna vården har de i allmänhet haft rätt att uppbära hela den utgående ersättningen. I de största städerna har ersättning från kommunen ofta utgått för sjukgymnasternas arbete vare sig behandlingen gällt kliniska eller polikliniska patienter.

Enligt ett hösten 1946 slutet avtal mellan landstingens centrala lönenämnd och kvinnliga legitimerade sjukgymnasters riksförbund skall de av landstinget anställda sjukgymnasterna framdeles kunna övergå till ett system med fast lön för allt av dem under den för effektiv sjukgymnastisk verksamhet fastställda arbetstiden (6 timmar per dag) utfört arbete, oberoende av om patienterna är intagna för sluten vård eller så icke är fallet.

Kap. 4. Allmänhetens syn på den öppna vården.

En ledande tanke under utredningsarbetet har varit att bereda allmänheten tillfälle att ge uttryck åt sin mening i olika frågor. Landstingsförbundet och stadsförbundet kan väl sägas företräda lekmännens syn på problemen men som organ för huvudmän inom sjukvården intar de dock en dubbelställning. Vi har därför vänt oss till olika organisationer och sammanslutningar och begärt deras uttalanden genom enkäter till deras lokalavdelningar. Sådana frågor har ställts till sjukkassorna, olika partiers kvinnoförbund, vissa yrkessammanslutningar såsom Sveriges husmodersföreningars riksförbund, svensk sjuksköterskeförening och svenska barnmorskeförbundet samt till olycksfallsförsäkringsanstalterna. Av de politiska kvinnoföreningarna har svar avgivits endast i mycket begränsad utsträckning. I den mån dessa svar endast avser förhållandena inom vissa begränsade områden har de kommit till nytta genom att sammanställas med svaren rörande

samma områden från andra organisationer. Samtliga dessa enkäter redovisas i det följande samt i bil. 30—32, där frågeformulären återfinnes.

Vid våra resor och under hela utredningens gång för övrigt har deltagarna i utredningen varit angelägna att vid personliga sammanträffanden med huvudmän, direktioner och andra representanter för allmänheten samt genom studier av dagspress och litteratur få kännedom om »folkets röst». Resultaten av denna fortgående opinionsundersökning har icke särskilt redovisats. I stort sett har vi fått den uppfattningen, att den ytterligare bestyrkt vad i enkäterna anförts av de olika organisationerna.

Enkät till sjukkassor.

Enkäten (bil. 30) är besvarad under våren 1944 av 80 % av de erkända lokalsjukkassorna med ungefär 1 miljon sjukkassemedlemmar.

Av 1 287 kassor ansåg 371 (29 %), att befolkningen inom deras verksamhetsområden icke vid nämnda tid hade tillfredsställande tillgång till öppen vård av allmänläkare (fråga 1 a). 665 kassor (52 %) ansåg tillgången till specialläkare otillfredsställande (fråga 1 b).

Över svaren uppgjorda, här ej reproducerade kartor visar, att ja- och nejsvar förekommer blandade om varandra i samtliga landskap. Mest utbredd var missbelåtenheten med tillgången till både allmänläkare och specialläkare i Norrland, Dalarna, Värmland, norra Bohuslän och Småland samt — dock endast i fråga om specialvården — på Gotland.

Av de 1 287 kassorna ansåg 401 (31 %), att kassornas återbäring för kostnaderna för allmän sjukvård av läkare vid mottagning eller vid hembesök icke täckte rimlig del av patienternas faktiska utgifter (fråga 4 a). I fråga om kostnaderna för specialvård fann 1 050 kassor (82 %) återbäringen otillräcklig (fråga 4 b). Missbelåtenheten härmed var tämligen jämnt fördelad över hela landet.

Vid inträffade sjukdomsfall uppgavs medlemmarna i kassorna av ungefär halva antalet kassor i första hand anlita tjänsteläkare (fråga 5). I något mer än en fjärdedel av svaren angavs att sjukhusläkare och ungefär lika ofta att privatpraktiserande läkare söks i första hand.

En majoritet av kassorna, 806 (62 %), uttalade sig mot krav på läkarremiss såsom villkor för att söka de öppna läkarmottagningarna på sjukhusen. Däremot förklarade en del kassor på eget initiativ, att en inremitterad patient borde ha företräde framför dem, som infann sig direkt på sådan läkarmottagning (fråga 6).

I särskilda frågor begärdes en specificering av de brister, man ansåg föreligga (fråga 2), och förslag till deras avhjälpande (fråga 3). I olika formuleringar, som närmare redovisas i bilagan, framfördes här önskemål om flera läkare och större ekonomisk hjälp till sjukvårdskostnaderna för kassornas medlemmar. Åtskilliga av önskemålen är tillgodosedda i det framlagda förslaget om obligatorisk sjukförsäkring.

Då möjlighet förelåg, att klientelet i städerna skulle ha en annan syn på de framställda frågorna, har svaren från dessa redovisats i särskilda sammanställningar, varvid städerna fördelats med hänsyn till storlek och tillgång till specialvård vid sjukhus på tre grupper.

Frånsett olägenheterna av långa avstånd till läkare, vilka naturligt nog icke förekommer i de båda grupperna av större städer men däremot i gruppen mindre städer i fråga om specialläkare, är överensstämmelsen mellan uppfattningen i städerna och i riket i dess helhet mycket stor, vilket även framgår av text och tabeller i bilagan.

Det är av intresse att notera, att även för städernas kassor läkarbristen framträder som huvudproblemet både i fråga om allmänläkare och specialläkare. Ett undantag utgör de tre största städerna, vilka finner tillgången till specialläkare tillräcklig, ett förhållande, som förklaras av den rådande fördelningen av olika slag av specialläkare i riket (jämför bil. 25).

Enkät till kvinnoorganisationer.

I svaren från de olika kvinnoorganisationerna, som redovisas i bil. 31, framföres i stort sett samma kritik mot rådande förhållanden och samma förslag till avhjälpande av bristerna som i sjukkassematerialet, med de skiftningar för stad och land, vilka likaledes finns antydda i detta material. Överensstämmelsen mellan sjukkassornas och kvinnoföreningarnas yttranden är slående. Detta gäller tillgången till allmän- och specialvård, de läkarkategorier som i första hand söks och motståndet mot krav på remiss för sökande av de öppna mottagningarna vid sjukhusen. Någon fråga, avseende kostnaderna för vården, har icke framställts till kvinnoföreningarna. Däremot har de yttrat sig om behovet av väntehem för blivande mödrar och efterbehandlingssjukhus. Under framhållande av att behovet härav är mycket växlande alltefter avstånd, kommunikationer och andra lokala förhållanden i olika orter har en betydande majoritet av kvinnoföreningarnas lokalföreningar uttalat sig till förmån för såväl väntehem som efterbehandlingssjukhus.

Enkät till olycksfallsförsäkringsanstalter.

Sedan gammalt utgör olycksfallsvården en av den öppna vårdens viktigaste uppgifter. Med hänsyn härtill har vi funnit det angeläget att höra vad ett antal av de större liv- och olycksfallsförsäkringsbolagen under sin verksamhet fått för intryck av den svenska olycksfallsvården. Resultatet redovisas i bil. 32.

Riksförsäkringsanstalten och flertalet av bolagen anser brist på allmänläkare föreligga och menar, att provinsialläkardistrikten är för stora. Anstalten anser även brist råda på ortopeder och neurologer men ej på andra

slag av specialläkare medan flertalet av bolagen generellt uttalar, att brist på specialläkare föreligger.

Riksförsäkringsanstalten samt det stora flertalet bolag anser specialläkarvård vara att föredra vid olycksfall framför vård av allmänläkare.

De brister, som påtalas, är framför allt höga resekostnader, dåliga kommunikationer och lång väntetid. Dessa anmärkningar drabbar allmänvård och specialläkarvård i ungefär samma utsträckning. I intet fall anmärkes på läkararvodenas storlek. Såsom botemedel mot bristerna föreslås bl. a. i första hand en delning av provinsialläkardistrikten.

Administration och ekonomi inom den öppna vården.

Kap. 5. Administrativa förhållanden.

Den rikscentrala hälso- och sjukvårdsledningen.

Inom Kungl. Maj:ts kansli har till den 1 juli 1947 ärenden angående hälso- och sjukvård handlagts inom socialdepartementet, dock med det viktiga undantaget att ärenden rörande de s. k. undervisningssjukhusen handlagts inom ecklesiastikdepartementet. I olika sammanhang har framkommit önskemål om ett sammanförande hos Kungl. Maj:t av handläggningen utav samtliga civila hälso- och sjukvårdsärenden till ett gemensamt departement. Från den 1 juli 1947 har det nyinrättade inrikesdepartementet övertagit socialdepartementets uppgifter rörande hälso- och sjukvård. Frågan om undervisningssjukhusens överflyttande till inrikesdepartementet är under utredning.

Högsta tillsynen över den *civila* hälso- och sjukvården tillkommer under Kungl. Maj:t medicinalstyrelsen. Enligt ett av medicinalstyrelseutredningen den 5 februari 1946 framlagt förslag (SOU 1946: 20), vilket givit anledning till proposition till och beslut av 1947 års riksdag, har styrelsen utbyggts väsentligt för att kunna motsvara de krav, som det ökade omfånget av hälso- och sjukvården numera ställer på densamma. Bl. a. har vid styrelsens sida ställts ett huvudmannaråd med fem representanter för landsting och städer utanför landsting, vilket skall stå till styrelsens förfogande för samråd i frågor, som berör de lokala huvudmännen.

Under Kungl. Maj:t utövar försvarets sjukvårdsförvaltning i tekniskt och ekonomiskt avseende högsta ledningen av och uppsikten över *försvarets* hälso- och sjukvård. Enligt sin instruktion den 17 december 1943 (nr 887) skall sjukvårdsförvaltningen låta sig angeläget vara att samarbeta med bl. a. medicinalstyrelsen. Då det gäller att förbereda och planlägga åtgärder, vilka vid krig eller krigsfara skall genomföras i syfte att trygga hälso- och sjukvården vid försvaret, är samråd med medicinalstyrelsen enligt sjukvårdsförvaltningens instruktion obligatoriskt.

Vissa delar av den civila hälso- och sjukvården har anförtrotts andra rikscentrala organ än medicinalstyrelsen. Sålunda handhas ordnandet, ledningen och övervakningen av den skolhygieniska verksamheten vid de under

skolöverstyrelsens inseende ställda läroanstalterna av en hos sagda styrelse anställd skolöverläkare. Enligt föreskrift i sin instruktion den 6 november 1942 (M. F. 129) skall skolöverläkaren, på det att hans verksamhet icke må utvecklas såsom ett från det hygieniska arbetet i allmänhet skilt verksamhetsområde, i viktigare skolhygieniska frågor samråda med medicinalstyrelsen. Formerna för detta samarbete ordnas genom överenskommelse mellan cheferna för medicinalstyrelsen och skolöverstyrelsen. Över sin verksamhet skall skolöverläkaren årligen före den 1 oktober avge berättelse såväl till skolöverstyrelsen som till medicinalstyrelsen.

Det åligger pensionsstyrelsen enligt dess instruktion den 23 december 1937 (nr 1034) att handlägga bl. a. ärenden angående åtgärder till förebyggande och hävande av invaliditet. De hälso- och sjukvårdande åtgärder, som pensionsstyrelsen vidtagit i anledning av detta stadgande, är av avsevärd omfattning. Någon föreskrift om samråd med medicinalstyrelsen har dock icke lämnats.

Den centrala ledningen av alkoholistvården handhas av socialstyrelsen. Även om den svenska alkoholistlagstiftningen domineras av synpunkten, att grunden för samhällets ingripande är av social och icke av medicinsk natur, kommer själva vården helt naturligt att väsentligen vara en medicinsk angelägenhet. Någon direkt föreskrift om samarbete mellan socialstyrelsen och medicinalstyrelsen finns emellertid i verksinstruktionen lika litet beträffande alkoholistvården som beträffande barna- och ungdomsvården, för vilken socialstyrelsen också är rikscentralt organ.

Enligt lagen om arbetarskydd den 29 juni 1912 ankommer tillsynen av arbetarskyddet på yrkesinspektionen, vilken är knuten till riksförsäkringsanstalten. Särskilda sakkunniga har i dagarna framlagt ett betänkande (SOU 1946: 60) med förslag till lag om skydd mot ohälsa och olycksfall i arbete m. m., enligt vilket överinseendet och ledningen av denna tillsyn skulle överflyttas till arbetsrådet. Några föreskrifter om samråd med medicinalstyrelsen har icke föreslagits i detta betänkande. Styrelsen har föreslagits medverka genom att förordna besiktningsläkare.

Den rikscentrala hälso- och sjukvårdsledningen har på senare tid utbyggts med ett speciellt organ under medicinalstyrelsens överinseende, den centrala sjukvårdsberedningen. Enligt instruktionen den 20 oktober 1944 (nr 711) har centrala sjukvårdsberedningen att verka för rationalisering på det sjukhustekniska området samt standardisering av inventarier och material. Beredningen har även att medverka vid planläggningen av den slutna sjukvården.

De förslag, som vi i det följande kommer att framlägga för den öppna sjukvården, kräver icke i och för sig några ändringar av den rikscentrala hälso- och sjukvårdsledningen. Vi vill därför inskränka oss till att som önskemål uttala, dels att frågan om överförandet av ärenden angående undervisningssjukhusen till inrikesdepartementets handläggning ägnas fort-

satt uppmärksamhet, dels att uppdrag ges att utarbeta förslag till föreskrifter om skyldighet till samarbete för de rikscentrala myndigheter med hälso- och sjukvårdande uppgifter, som icke redan instruktionsmässigt ålagts sådant samarbete med medicinalstyrelsen, dels ock att den fortlöpande översynen av hälso- och sjukvården, som vi längre fram föreslår, också skall omfatta personalbehovet för medicinalstyrelsen.

Ledningen av hälso- och sjukvården inom sjukvårdsområdena.

Administrationen inom de olika sjukvårdsområdena i landet har väsentligen bestämts av dels utformningen av dessa sjukvårdsområden och dels det för svensk hälso- och sjukvård karakteristiska tredelade huvudmannaansvaret.

Landstingen omfattar i princip var sitt län. Från denna regel gäller undantag så till vida, att dels Kalmar län är uppdelat på två landstingsområden, det norra och det södra, och dels städerna Stockholm, Göteborg, Malmö, Norrköping, Gävle och Hälsingborg utgör egna, från landstingen mer eller mindre helt avskilda sjukvårdsområden. En följd av att sjukvårdsområdena bestämts på detta sätt är, att deras uppgifter både kvantitativt och strukturmässigt visar avsevärda olikheter. I den offentliga debatten har ej heller saknats förslag till ändringar av sjukvårdsområdenas gränser.

Det tredelade huvudmannaskapet innebär i praktiken schematiskt, att staten ansvarar för provinsialläkarväsendet, den militära hälso- och sjukvården, vissa undervisningssjukhus, sinnessjukvården vid de 25 statliga sinnessjukhusen och deras hjälpverksamhet — de tre största städerna svarar själva för hela sin sinnessjukvård — en del av sinnesslövården, viss epileptikervård och pensionsstyrelsens fristående anstalter. Landstingen är huvudmän för följande grenar av hälsovård och öppen sjukvård: barnmorskeväsende, distriktssjukvård, dispensärvård, folktandvård, förebyggande mödra- och barnavård samt vården genom extra provinsialläkare. De ansvarar vidare för större delen av den slutna sjukvården, nämligen: lasarettssjukvården, en del av kronisk sjukvård, lungtuberkulosvård, epidemivård, psykisk barna- och ungdomsvård, sinnesslövård samt vården av lättskötta sinnessjuka. De sex städer, som ej deltar i landsting, är huvudmän för samma grenar av hälso- och sjukvården som landstingen. Både dessa städer och övriga primärkommuner är huvudmän för den hälsovård, som avses i hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 (nr 566) och som med en ej fullt adekvat benämning brukar kallas sanitetsväsendet. Städer och samhällen med över 5 000 invånare är i regel — och utan formlig författningsföreskrift — huvudmän för egna tjänsteläkare (stads-, köpings- och municipalläkare). Primärkommunerna har också mångenstädes nödgats överta ansvaret för de hälso- och sjukvårdsuppgifter, som så att säga blivit över, när statens och landstingens organisation ej räckt till. I detta avse-

ende har den sjukvård, som hör samman med primärkommunernas fattigvård, tilldragit sig den största uppmärksamheten. Särskilt gäller detta den till omfattningen stora sinnessjukvård, som bedrives på ålderdomshemmen.

Var och en av de tre huvudmän, som på varje ort, utom i städerna utanför landsting, tillsammans med de båda andra har ansvaret för hälso- och sjukvården, har sitt eller sina särskilda organ för verksamhetens administration. För den slutna sjukvård, företrädesvis sinnessjukvård, som bedrives av staten, är direktionen för sjukvårdsanstalten ortsorgan. Någon samordning mellan detta organ samt övriga hälso- och sjukvårdande ortsorgan finns icke föreskriven. Så länge sinnessjukhusens upptagningsområden ej genomgående sammanfaller med kroppssjukvårdsområdenas, stöter en sådan samordning också på praktiska svårigheter. En annan sak är, att till ledamöter av de statliga direktionerna ej sällan väljes personer, som samtidigt deltar i landstingens eller primärkommunernas hälso- och sjukvårdsarbete och därigenom kan befordra samarbetet.

När det gäller den statliga hälsovården och den öppna sjukvården är förste provinsialläkaren det ledande organet i länet. Från länsstyrelsernas visst ej obetydliga åligganden på detta område bortser vi i detta sammanhang. En av förste provinsialläkarens viktigaste uppgifter är att vara kontaktman i landstingens och primärkommunernas hälso- och sjukvårdsorgan. Enligt 40 § landstingslagen den 20 juni 1924 (nr 349) i dess lydelse enligt lagen den 20 december 1940 (nr 1043) skall sålunda förste provinsialläkaren kallas till sammanträde med hälso- och sjukvårdsberedning med rätt för honom att delta i överläggningarna men ej i besluten, samt att få sin mening antecknad till protokollet. I hälsovårdsnämnd på landet äger förste provinsialläkaren enligt 37 § i hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 (nr 566) vara tillständes vid nämndens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten ävensom att, där han så begär, få sin mening antecknad till protokollet. Enahanda rättighet tillkommer honom enligt 2 § 6 mom. hälsovårdsstadgan i hälsovårdsnämnd i samtliga städer utom dem, där med förste provinsialläkare likställd stadsläkare finns. I båda fallen saknas föreskrift om att förste provinsialläkaren skall kallas till sammanträde.

Ledningen av *landstingens* hälso- och sjukvårdande verksamhet präglades förr av en bristande enhetlighet. Ledningen var utspridd på ett stort antal underordnade organ. På förslag av 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga infördes genom den nyssnämnda lagen den 20 december 1940 (nr 1043) en normalisering i detta avseende på det sätt, att ledningen anförtroddes åt antingen en gemensam hälso- och sjukvårdsberedning eller ock åt en särskild hälsovårdsberedning och en särskild sjukvårdsberedning. Landsting äger besluta, att beredning skall utgöras av förvaltningsutskottet eller viss avdelning därav.

Från svenska landstingsförbundet har vi erhållit följande uppgifter om

organisationen av landstingens hälso- och sjukvårdande verksamhet vid årsskiftet 1946/1947.

»Förvaltningsutskottet utgör i de flesta länen tillika hälso- och sjukvårdsberedning. Detta är fallet med de odelade utskotten i Stockholms, Östergötlands, Kronobergs, Kalmar, Gotlands, Blekinge, Hallands, Västmanlands, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands och Norrbottens län. Vidare gäller detta viss avdelning av förvaltningsutskotten i Södermanlands (sjukvårdsavdelningen) och Malmöhus län. Slutligen är så fallet även i Jönköpings, Kristianstads, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Örebro samt Västerbottens län, där en avdelning av utskottet utgör hälsovårdsberedning och en annan avdelning sjukvårdsberedning.

Förvaltningsutskottet utgör tillika sjukvårdsberedning i Skaraborgs och Värmlands län, varjämte där finnas fristående hälsovårdsberedningar.

Från förvaltningsutskottet fristående hälso- och sjukvårdsberedningar finnas i Uppsala och Kopparbergs län.

Hälso- och sjukvårdsberedningarna sammanträda i regel en gång per månad, men under tiden närmast före landstingsmötena hållas sammanträden oftare. I genomsnitt torde därför antalet sammanträden uppgå till 15 per år. I vissa landsting sammanträda emellertid hälso- och sjukvårdsberedningarna oftare. Så till exempel i Stockholms och Malmöhus län två gånger per månad och i Östergötlands och Värmlands län (sjukvårdsberedningen) var tredje vecka. Hälsovårdsberedningen i sistnämnda län sammanträder dock endast 4 à 5 gånger årligen. I Örebro län är förhållandet motsatt, i det att sjukvårdsberedningen sammanträder 6 gånger per år och hälsovårdsberedningen 12 gånger per år.

Brådskande ärenden, som måste avgöras mellan beredningens sammanträden, anmälas för godkännande vid nästkommande sammanträde. Antalet av dylika ärenden blir givetvis beroende på, huru ofta beredningen sammanträder. I Stockholms län t. ex., där sammanträden hållas var 14:e dag, förekommer det endast i undantagsfall, att ärenden måste avgöras mellan beredningens sammanträden.

Vanligen avgöras dylika brådskande ärenden av beredningens ordförande, eventuellt även vice ordförande samt landstingsdirektören. I några län finnas särskilda arbetsutskott, som fatta beslut mellan sammanträdena. Detta är förhållandet i Uppsala (ordföranden, vice ordföranden och landstingsdirektören), i Älvsborgs län (ordföranden, förste provinsialläkaren och landstingsdirektören), i Värmlands län beträffande hälsovårdsärenden (ordföranden, förste provinsialläkaren, landstingsdirektören och första distriktssköterskan). I några län förekommer i viktigare ärenden 'telefonsammanträden' med beredningens ledamöter. Rena expeditionella ärenden pläga dock behandlas av landstingsdirektören eventuellt i samråd med förste provinsialläkaren och första distriktssköterskan.

Föredragande och sekreterare i hälso- och sjukvårdsberedningen är i regel landstingsdirektören eller i vissa fall direktörsassistenten. I några län tillämpas dock en annan ordning. I Östergötlands län är således ordföranden föredragande i sjukvårdsärenden och vice ordföranden i hälsovårdsärenden, och i Gotlands län är beredningens sekreterare (deltidsanställd) även föredragande. I Kopparbergs län är ordföranden föredragande med biträde av landstingsdirektören.

Till sammanträde med hälso- och sjukvårdsberedningen skall enligt gällande författningsbestämmelser kallas förste provinsialläkaren, med rätt för honom att deltaga i överläggningarna men ej i besluten och att få sin mening antecknad till protokollet.

Därjämte skall till sammanträde med hälsovårdsberedningen kallas, då ärende angående dispensärvården är avsett att förekomma, av beredningen utsedd, inom landstingsområdet verksam läkare med behörighet till läkarbefattning vid sanatorium för

lungsjuka, såvida icke någon av ledamöterna är läkare med sådan behörighet, samt, då ärende angående folktandvården är avsett att förekomma, den tandläkare, åt vilken inspektionen av folktandvården inom landstingsområdet är anförtrodd; ägande dessa personer att deltaga i överläggningarna men ej i besluten samt att få sin mening antecknad till protokollet.

I reglementena för landstingens hälso- och sjukvårdsberedningar ingå dessa bestämmelser.

Vad särskilt angår förste provinsialläkarna är deras deltagande i hälso- och sjukvårdsberedningarnas arbete av väsentligen olika omfattning i olika landstingsområden. I många fall är deras medverkan inskränkt till att övervara beredningarnas sammanträden. I andra landstingsområden deltaga de mera aktivt i arbetet och honoreras då särskilt härför.

Beredningarna hava även möjlighet att kalla andra sakkunniga till sina sammanträden. Emellertid utnyttjas denna möjlighet relativt sparsamt. Styresmän och läkare vid landstingens sjukvårdsanstalter kallas sålunda mera sällan till beredningens sammanträden och endast när större frågor rörande deras resp. arbetsområden behandlas. Endast i några landsting är lasarettsläkare medlem av sjukvårdsberedningen. På vissa håll förekommer det, att sjukvårdsberedningen håller sina sammanträden å olika sjukvårdsanstalter, varvid vederbörande styresmän och läkare ha möjlighet att framföra sina synpunkter direkt till beredningen. I övrigt ha de ju möjlighet att via direktionerna få sina önskemål framförda till beredningarna. Även särskilda konferenser med lasarettsläkarna pläga ibland anordnas.

Hela antalet läkare, som 1 januari 1947 var landstingsledamöter, uppgick till ett tjugotal.

I drygt halva antalet landstingsområden finns första distriktssköterska. Detta är för närvarande fallet i Stockholms, Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Jönköpings, Kalmar norra, Kalmar södra, Blekinge, Värmlands, Örebro, Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län. Även i Göteborgs och Bohus samt Malmöhus län har tidigare första distriktssköterska funnits, men det är ovisst om befattningen kommer att återbesättas. I län, där första distriktssköterska finnes, kallas hon ofta till hälsovårdsberedningens sammanträden, när ärenden angående distriktsvården och därmed sammanhängande spörsmål behandlas. Detta är exempelvis fallet i Stockholms, Uppsala, Östergötlands, Kalmar norra, Blekinge, Värmlands, Örebro, Kopparbergs och Västernorrlands län. I andra län har det med hänsyn till att första distriktssköterskan deltager i hälsovårdsärendenas beredning icke ansetts erforderligt att regelbundet kalla henne till beredningens sammanträden. Omnämnas må i detta sammanhang, att i Uppsala län en representant för distriktsbarnmorskorna plägar kallas till beredningens sammanträden vid handläggning av ärenden inom barnmorskeväsendet, som äro av större betydelse.

Kompetenskrav för de i landstingens centrala hälso- och sjukvårdsförvaltning anställda administrativa befattningshavarna funnos tidigare icke fastställda och ha för övrigt ännu icke fastställts i fråga om assistenter och landstingsdirektörer. I samband med en löneregleringföregående år (1945) fastställdes vissa kompetenskrav för den underordnade kanslipersonalen vid landstingens kanslier.»

De grundläggande stadgandena om primärkommunernas befogenheter med avseende på hälso- och sjukvården finns i 3 § lagarna den 6 juni 1930 om kommunalstyrelse på landet och i stad. I dessa paragrafer föreskrives, att kommun själv äger att vårda sina gemensamma ordnings- och hushållningsangelägenheter, såvitt icke handhavandet därav enligt gällande författningar

tillkommer annan. Ett motsvarande stadgande återfinnes i 3 § lagen om kommunalstyrelse i Stockholm den 15 juni 1935.

Grundstadgandena kompletteras såvitt angår sluten sjukvård av föreskriften i 5 § 1 mom. sjukhuslagen, att kommun, som driver sjukhus, är pliktig att åt lämplig kommunal nämnd eller annat kommunalt organ uppdraga att vara sjukvårdsberedning med skyldighet att fullgöra motsvarande verksamhet som landstingens sjukvårdsberedningar.

I övrigt korresponderar de nyss återgivna grundstadgandena med föreskrifter i de särskilda författningar, som reglerar de olika grenarna av hälso- och sjukvård. Som exempel må nämnas föreskrifter i 1 och 35 §§ hälsovårdsstadgan, att för varje hälsovårdsområde (stad eller landskommun) skall finnas en hälsovårdsnämnd, vilken det åligger att övervaka efterlevnaden av denna stadga samt de i enlighet med densamma givna föreskrifter ävensom att i övrigt ägna uppmärksamhet och tillsyn åt allt, som kan inverka på allmänna hälsotillståndet.

För sjukhus, tillhöriga Stockholm, Göteborg och Malmö, har utfärdats särskilda reglementen, för Stockholm och Göteborg den 20 december 1940 (nr 1047 och 1048) samt för Malmö den 22 juni 1945 (nr 360).

I anslutning till bestämmelserna i nyssnämnda reglemente för *Stockholms* stads sjukhus har överståthållarämbetet den 31 januari 1942 fastställt instruktion för Stockholms stads sjukhusdirektion. Enligt denna instruktion handhar direktionen de förvaltningsuppgifter, som enligt sjukhuslagen, sjukhusstadgan samt reglementet ankommer på sjukhusberedning. Direktionen utgör därjämte gemensam direktion för stadens sjukhus, såframt icke beträffande visst sjukhus hinder häremot möter i donationsbrev eller stadsfullmäktige annorlunda beslutar. Direktionen är stadens epideminämnd. Den utövar tillika, såframt ej stadsfullmäktige för särskilt fall annorlunda beslutar, ledningen av sådan utav staden anordnad allmän sjukvård, som ej avses i sjukhuslagen och sjukhusstadgan och vars förvaltning författningsenligt ej tillkommer annan myndighet.

Den 6 februari 1942 har Kungl. Maj:t medgett, att sjukhusdirektionen tillsvidare må vara barnmorskestyrelse i Stockholm. Genom stadsfullmäktiges beslut den 26 juni 1945 har tuberkulosbyrån, vars verksamhet omfattar såväl central- som distriktsdispensärens arbetsuppgifter, överförts från hälsovårdsnämndens till sjukhusdirektionens stat. Huruvida könssjukvården i framtiden skall ankomma på sjukhusdirektionen eller förbli hos hälsovårdsnämnden är föremål för särskild utredning. En intressant anordning är, att stadens sinnessjukhus — liksom fallet är i Göteborg och Malmö — lyder under sjukhusdirektionen.

Sjukhusdirektionen har till sitt förfogande haft två rådgivande organ, nämligen utredningskommittén, med uppgift att planlägga sjukhusväsendets ändamålsenliga utveckling, och tuberkulosrådet. Utredningskommittén har emellertid upphört den 1 januari 1947 och fått sina uppgifter överförda till sjukhusdirektionen. Tuberkulosrådet skall

verkställa de utredningar angående tuberkulosvården, vilka sjukhusdirektionen uppdrar åt rådet. Sjukhusdirektionen, hälsovårdsnämnden, fattigvårdsnämnden, barnavårdsnämnden, lärlings- och yrkesskolstyrelsen, arbetsnämnden i Stockholm samt de lungsjukas riksförbund skall vara representerade. Överläkaren vid tuberkulosbyrån är föredragande i rådet.

Under sjukhusdirektionen lyder två centrallaboratorier, nämligen det bakteriologiska och det kliniska laboratoriet. På det förra utföres bakteriologiska undersökningar rörande till direktionens verksamhet hörande frågor, utredningar i hälsovårdsärenden, för vilkas bedömande bakteriologisk sakkunskap erfordras, samt undersökningar i diagnostiskt syfte beträffande halsprov för difteri och upphostningsprov för tuberkulos. Undersökningarna utföres kostnadsfritt för i Stockholm boende personer. För de prov, som insändes från sjukhus och praktiserande läkare i staden eller landsorten, utgår ersättning enligt taxa. På det kliniska laboratoriet utföres olika medicinskt-kemiska undersökningar på blod, urin m. m. samt undersökningar av basalomsättningen, allt enligt fastställd taxa.

Vidare är den s. k. sjukhuscentralen underställd sjukhusdirektionen. Denna central har till uppgift att med ledning av från sjukhusen erhållna uppgifter föra tablå över beläggningen på stadens kroppssjukhus, med undantag av epidemisjukhus och sanatorier, samt att lämna anvisning på lediga platser på sådana sjukhus till personer, som innehar läkarremiss för sjukhusvård. Dessutom åligger det sjukhuscentralen att lämna allmänheten upplysning om formerna och villkoren för intagning på stadens sjukhus och konvalescenthem, sjukhusens tider för intagning och besök, sjukhusavgifter, stadsdistriktsläkare och i staden vakthavande läkare, stadssjuksköterskor och villkoren för deras anlitande, annan sköterskevård för mindre bemedlade, stadens polikliniker, fattigvårdens distriktsbyråer och andra frågor rörande stadens sjukvård. Vidare skall sjukhuscentralen förmedla sjuktransporter i samarbete med brandkåren och medelst sjuktransportplan.

Blodgivarcentralen är likaså underställd sjukhusdirektionen. Denna central har till uppgift att förse sjukhusen i Stockholm med blod, plasma och serum för transfusion.

I sin egenskap av sjukvårdsberedning har sjukhusdirektionen inseende över konvalescenthemskontoret, som utgör ett särskilt förvaltningskontor för handläggning av ärenden berörande olika stiftelsers konvalescenthem.

Av den öppna sjukvården[1] ligger vidare, som redan tidigare nämnts, tuberkulosbyrån och de fristående poliklinikerna under sjukhusdirektionen. Härutöver ansvarar direktionen för den förebyggande mödravården, medan den förebyggande barnavården omhänderhas av barnavårdsnämnden. Anställandet av stadssjuksköterskor ankommer på sjukhusdirektionen. Genom Kungl. Maj:ts beslut den 24 januari 1936 har sjukhusdirektionen medgivits att utan hinder av vissa föreskrifter i sinnessjukvårdsstadgan tills vidare anordna öppen vård av psykiskt sjuka inom ett angivet område av Stock-

[1] I november 1947 har till Stockholms stads sjukhusdirektion överlämnats en av särskilda sakkunniga på uppdrag av direktionen verkställd utredning angående förbättrad organisation av mottagningarna vid stadens polikliniker. Utredningens resultat överensstämmer i stort sett väl med våra.

Av utredningsmaterialet må nämnas följande av Stockholms stads statistiska kontor gjorda undersökningar:

P. M. den 19 maj 1947 ang. verksamheten vid stadens sjukhuspolikliniker.

Redogörelse den 17 april 1947 för enkät bland patienter på medicinska polikliniker vid Sabbatsbergs, S:t Eriks och S:t Görans sjukhus.

P. M:or den 11 sept. och 24 okt. 1945 ang. verksamheten vid de kirurgiska och medicinska poliklinikerna i Stockholm respektive besöksfrekvensen vid nämnda polikliniker.

Utredningen förordar anordnandet av åtta friliggande hälsocentraler i olika delar av Stockholm och presenterar en stomplan för en sådan central i Alvik, avsedd att utgöra första etappen av denna utbyggnad och att tjänstgöra som försöksanläggning.

holms län. Denna vård omfattar vård i enskilt hem (hemvård), vård i av staden för ändamålet anordnat centralhem, poliklinisk mottagning i av staden inrättad hjälpbyrå för psykiskt sjuka samt hjälpverksamhet.

Slutligen må nämnas, att ett skolhem för astmasjuka och en för ett flertal av stadens sjukvårdsinrättningar gemensam central tvättinrättning sorterar under sjukhusdirektionen.

Sjukhusdirektionen består av ett borgarråd som ordförande, utsedd av stadskollegiet bland borgarråden, samt sex av stadsfullmäktige på fyra år valda ledamöter. Under sjukhusdirektionen lyder dess expedition, vars chef är sjukhusdirektören. Denne, som för närvarande är läkare, har att leda förvaltningen av de under direktionen lydande sjukhusen samt är föredragande i direktionen och är dess verkställande tjänsteman. Han biträdes av ett avsevärt antal befattningshavare i olika tjänsteställningar.

Sjukhusdirektionens statförslag och liknande framställningar inges till stadens finansavdelning, som utför en granskning, ungefär motsvarande den som statskontoret underkastar de statliga myndigheternas anslagsäskanden. Från finansavdelningen överlämnas statförslagen till borgarrådsberedningen, som vidarebefordrar dem till stadskollegiet. Stadskollegiet skall i alla viktigare ekonomiska ärenden, vartill räknas nämndernas förslag till inkomst- och utgiftsstater, inhämta drätselnämndens yttrande. Varje kollegiets utlåtande jämte därifrån skiljaktiga meningar befordras till trycket och överlämnas till envar av stadsfullmäktige.

De grenar av hälso- och sjukvården, som ej enligt det anförda handhas av sjukhusdirektionen, ankommer i huvudsak på hälsovårdsnämnden. Påfallande är, att handläggningen av ärenden rörande stadsdistriktsläkarnas verksamhet är anförtrodd åt hälsovårdsnämnden, medan ansvaret för praktiskt taget all annan öppen sjukvård ligger hos sjukhusdirektionen. Genom hälsovårdsnämnden har avtal träffats med Stockholms läkarförening om ombesörjande av jourtjänst. Jourhavande läkare till ett antal av fyra finns att tillgå för allmänheten varje dag under tiden kl. 19—7 samt dessutom sön- och helgdagar kl. 7—19.

Även i *Göteborg* tillhör större delen av hälso- och sjukvårdsuppgifterna sjukhusdirektionens verksamhetsområde. Direktionen ansvarar sålunda för förvaltningen både av de sjukvårdsanstalter, på vilka sjukhuslag och sjukhusstadga i allmänhet är tillämpliga, och av stadens sinnessjukhus, vilka liksom sinnessjukvårdsanstalterna i Stockholm och Malmö förvaltningsmässigt är att anse som lasarett. Sjukhusdirektionen driver vidare både fristående polikliniker för sjukdomar och tandpolikliniker.

Ytterligare har direktionen från hälsovårdsnämnden övertagit ett friluftssanatorium — sommarsanatoriet Sandarna — distriktssköterskeinstitutionen, epidemisjukhuset och den öppna förlossningsvården. Alltsedan tillkomsten av stadens mödravårdscentraler är sjukhusdirektionen huvudman för denna verksamhet. Även sjuktransportväsendet tillhör sjukhusdirektionens förvaltningsområde.

Direktionen består för närvarande av sju ledamöter. För förvaltningen av sjukhusen finns anställd en sjukhusdirektör, icke läkare, som tillika är föredragande i direktionen och dess verkställande tjänsteman.

Sjukhusdirektionens centrala förvaltning har koncentrerats till en byrå, som arbetar på ett flertal avdelningar. Förutom en sjukhusdirektören direkt underställd avdelning finns ett kansli under ledning av en sekreterare, en utredningsavdelning, en kameral avdelning, en inköpsavdelning, en avdelning för de fristående poliklinikerna samt distrikts- och mödravården, en kontrollavdelning och en byggnadskommitté.

Av de sjukhusdirektionen underställda institutionerna är kliniken för psykiskt sjuka av särskilt intresse (se kap. 2 sid. 64).

Hälsovårdsnämndens centrala förvaltningstjänstemän utgöres av förste stadsläkaren och nämndens sekreterare, som tillika är dess ombudsman, samt kontorspersonal. I nämndens regi arbetar tuberkulosbyrån, numera benämnd dispensärcentralen, bostadsinspektionen, hälsovårdsinspektionen, karantäns- och desinfektionsväsendet, stads- och stadsdistriktsläkarna, socialläkaren, stadskemisten samt delegationen för barnhygien. Denna delegation utgöres av sex personer, av vilka två är utsedda av hälsovårdsnämnden, två av barnavårdsnämnden och två av folkskolestyrelsen. Under delegationen sorterar barnhygienikern och skolöverläkaren, av vilka den förre har att utöva ledningen och tillsynen över den socialhygieniska ungdoms- och barnavården i staden.

Som tidigare nämnts utfärdades särskilt reglemente för *Malmö* stads sjukhus först i mitten av år 1945. Då en ny gränsdragning mellan sjukhusdirektionens och hälsovårdsnämndens befogenheter befinner sig på utredningsstadiet, har vi ansett oss sakna anledning att detaljerat redovisa den administrativa ledningen av hälso- och sjukvården i denna stad.

I *Norrköping* har genom stadsfullmäktiges beslut den 21 maj 1942 inrättats en stadens hälso- och sjukvårdsstyrelse. Denna styrelse är både sjukvårdsberedning och direktion för stadens lasarett samt dess epidemisjukhus. Den är vidare stadens epideminämnd och dess barnmorskestyrelse samt handhar ledningen av den förebyggande mödra- och barnavården ävensom folktandvården i staden.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen har det överinseende över ambulansväsendet — detta handhas närmast av brandstyrelsen — som kan ur sjukvårdssynpunkt befinnas påkallat. Ett av stadsfullmäktige anvisat anslag till bestridande av kostnader, helt eller delvis, för insulin- och leverpreparat, disponeras av hälso- och sjukvårdsstyrelsen. Styrelsen har slutligen att på hälso- och sjukvårdens område verka för åstadkommandet av bästa möjliga samordning, rationalisering och effektivisering av de olika vårdåtgärderna, i den mån icke bestyret härmed lagligen eller jämlikt särskilda beslut ankommer på annan.

Hälso- och sjukvårdsstyrelsen består av sju ledamöter, valda av stadsfullmäktige. Såvitt lämpligen ske kan skall två ledamöter utses bland drätselkammarens ledamöter samt en ledamot bland valda ledamöter av envar av hälsovårdsnämnden och fattigvårdsstyrelsen. Minst en ledamot skall vara kvinna.

Förste stadsläkaren ingår som ledamot av styrelsen, då den fungerar som epideminämnd eller som barnmorskestyrelse. Vid styrelsens sammanträden för handläggning av övriga ärenden är förste stadsläkaren skyldig att närvara, med rätt för honom att delta i överläggningarna men ej i besluten samt att få sin mening antecknad till protokollet.

Hos hälso- och sjukvårdsberedningen är anställda en intendent och en sekreterare, båda befattningarna tillsvidare bisysslor.

Framställningar av ekonomisk innebörd från hälso- och sjukvårdsberedningen granskas i första hand av drätselkammarens finansavdelning.

I de två återstående städer, som ej deltar i landsting, *Gävle* och *Hälsingborg*, drives sjukhusen gemensamt med vederbörande landsting. Administrationen handhas, på sätt i sjukhuslagen finns föreskrivet, av för landstinget och staden gemensamma samarbetsorgan. Hälsingborgs stad har år 1945 uppsagt överenskommelsen med Malmöhus läns landsting om samarbete beträffande sjukvården, och förhandlingar pågår för närvarande i frågan, om

samarbete fortsättningsvis skall äga rum mellan staden och länet eller ej.

Beträffande samverkan i övrigt mellan olika sjukvårdsområden vill vi hänvisa till den redogörelse, som lämnats i statens sjukvårdskommittés betänkande. Ehuru åtskilliga avtal om samverkan tillkommit under tiden efter det sagda betänkande avgavs, synes de icke innebära några principiella nyheter. Ett stort antal är för närvarande föremål för omprövning.

Kap. 6. Den öppna sjukvårdens förhållande till andra vårdformer.

Relationer till den slutna vården.

I sitt betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (SOU 1934: 22) har statens sjukvårdskommitté ägnat ett kapitel åt samverkan mellan sluten och öppen sjukvård. Den anför inledningsvis, att den allmänna sjukvårdens båda huvudgrenar, den slutna och den öppna, dittills fått utveckla sig utan närmare samband med varandra och utan samorganisation. Spörsmålet om samverkan inneslöte i sig flera både svårbedömda och grannlaga problem, som kunde sägas spänna över hela vår sjukvårdsorganisation. Detta omdöme är ännu mera motiverat i dagens läge. Den utveckling, som skildras av kommittén, har sedan dess fortsatt.

Kommittén skriver:

»Den polikliniska verksamheten vid landstingens sjukhus har i stort sett utvecklat sig så, att främst kirurgiska och med dessa likartade fall sökt sig till poliklinikerna. Detta har otvivelaktigt till en del berott på lasarettsläkarnas speciellt kirurgiska utbildning samt deras större erfarenhet och vana inom kirurgisk praxis. Men det har ock i ej ringa grad berott på att, då kravet på tekniska hjälpmedel för den kirurgiska verksamheten blev allt större, läkarna utanför sjukhusen funno det lämpligare och bekvämare att hänvisa patienter för ifrågavarande behandling till sjukhusens mottagningsavdelningar än att själva behandla dem, även om de icke ansågo vederbörande vara i behov av att intagas på sjukhus. I stället hava läkarna utanför sjukhusen, såvitt de icke företrätt någon kirurgisk specialitet, i allmänhet inriktat sin verksamhet främst eller uteslutande på vård och behandling av invärtes sjukdomsfall. På så sätt har en viss differentiering skett. Detta gäller särskilt i lasarettens nära grannskap. Givetvis har en nyansering härvid förefunnits allt efter läkarnas olika föregående utbildning och speciella intressen. Under de senaste åren hava allmänt praktiserande läkare, som fått en grundlig utbildning på lasarett, oftare än förr inriktat sin praktik jämväl på den s. k. mindre kirurgin. Annorledes är helt naturligt förhållandet i glesare bebyggda och från sjukhus mera avsides liggande trakter. Där måste, i den mån ifrågavarande vård icke tillgodoses å sjukstugor eller särskilda mottagningslokaler i brukssamhällen, denna s. k. mindre kirurgi utövas på läkarnas egna mottagningsrum i vida större utsträckning än nyss sagts. Belysande för det sätt, på vilket lasaretten tillgodosett ifrågavarande del av den öppna sjukvården, är att även i större landsortsstäder endast ett mindre antal läkare inrättat sig med särskild hänsyn till kirurgisk verksamhet på sina mottagningsrum.»

Sedan detta skrevs har specialiseringen fortgått. I de största städerna finns visserligen ett rätt stort antal specialläkare utanför sjukhusen, men eljest har specialläkarnas anknytning till anstalterna samt teknikens fortgående utveckling bidragit till att öka tillströmningen till anstalternas öppna

vård. Denna tillströmning har icke inskränkts till sådana fall, som krävt specialvård. Gällande betalningsförhållanden kan ha bidragit till att denna vårdform anlitats även där så ur medicinsk synpunkt ej varit behövligt. Samma förhållande kan tänkas ha medverkat till att anstalternas läkare i öppen vård behållit patienter under tillsyn längre tid än vad fallens art krävt i stället för att återsända dem till deras allmänläkare. Från allmänläkarnas sida uppges detta på sina håll vara orsaken till att konsultation av specialläkare icke sker i tillräcklig utsträckning.

I bil. 26 har olika specialläkare — medlemmar av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd — angivit de situationer, då konsultation av specialläkare eller överlämnande av patienter till sådan är att anbefalla. Även om olika uppfattning råder i fråga om de olika sjukdomsfallen och även om åsikterna växlar med utvecklingen, framgår det av denna sammanställning, att utom de fall, vilka för sin behandling fordrar fortsatt vård på sluten anstalt, det snart sagt inom varje sjukdomsgrupp förekommer ett antal fall, där en grundlig undersökning med specialläkarens laboratorieresurser, eventuellt under några dagars sjukhusvistelse, är att rekommendera för diagnos och bestämmande av den fortsatta behandlingen. Sådan kortare anstaltsvistelse kräves i många olika sjukdomsfall, medan vården dessemellan med fördel kan skötas av allmänläkaren i hemorten. En sådan ordning fordrar, såsom utan vidare inses, ett utmärkt samarbete mellan allmänläkaren i periferin och specialisten vid anstalten. Det har från olika håll konstaterats, att detta samarbete på åtskilliga håll lämnar en del övrigt att önska.

Professor Svartz har — såsom framgår av ovannämnda bilaga — påpekat, att vad nyss sagts om vikten av en fullständig teknisk engångsundersökning också gäller för den stora gruppen av neuroser. Över huvud har diagnostiken på det invärtesmedicinska området numera så komplicerats, att vad ovan citerats ur statens sjukvårdskommittés framställning om de kirurgiska specialiteterna blir allt mera giltigt även för de invärtesmedicinska.

Olika omdömen har avgivits om inflytandet av denna ökade tillströmning till anstalternas öppna vård på den slutna vården. Då allmänläkare som ett medel att inskränka den öppna vården vid anstalterna till den strängt behövliga (intagningsfall, eftervårdsfall, konsultationsfall) föreslagit borttagandet av anstaltsläkarnas ekonomiska intresse, har häremot invänts av somliga anstaltsläkare, att följden lätt kunde bli en väsentligt ökad inläggning. Andra har häremot genmält, att med nuvarande trängsel på sjukhusen endast de fall, som verkligen behöver sjukhusvård, kan komma i åtnjutande därav.

Vid storstads- och universitetspoliklinikerna tjänstgör stundom särskilda polikliniläkare, vilka ej medverkar i den slutna vården. Vid vissa anstalter förekommer det att en del läkare vissa perioder tjänstgör enbart i den öppna vården och andra enbart i den slutna. I regel och särskilt vid landstingens anstalter tjänstgör samma läkare samma dag i både öppen och sluten vård. Detta har förmenats vara värdefullt bl. a. därför, att läkarna då får se

klientelet också i tidigare stadier av sjukdomsförloppet. Behandlingens kontinuitet befordras också i den mån det är möjligt att ordna så, att en viss patient vid övergången från sluten till öppen vård eller tvärtom kan få behålla samma läkare. Så är visst inte alltid förhållandet, och därtill kommer att en läkare av sitt arbete i den slutna vården kan förhindras att hålla tiderna för den öppna vårdens mottagningar. Detta kan medföra långa väntetider för patienterna i den öppna vården eller direkta olägenheter för arbetet på avdelningen. Särskilt blir svårigheterna stora att förena arbetet i öppen och sluten vård vid en underdimensionering av läkarantalet på en anstalt. För närvarande synes en sådan föreligga i flertalet län. I de normer, som utfärdats rörande avvägningen av antalet underläkare vid olika slag av avdelningar och anstalter, har hänsyn till arbetet inom den öppna vården gjort, att normer för specialavdelningar i allmänhet icke fastställts (1931 och 1938 års cirkulärskrivelser från medicinalstyrelsen). Förarbeten har verkställts för en ändring av dessa normer, och i det på grundval av dem uppgjorda förslaget har medicinalstyrelsen i större utsträckning räknat med läkarnas arbete i öppen vård.

En viss eftersläpning i läkarantalets anpassning efter behovet torde man efter hittillsvarande erfarenhet alltid ha att räkna med.

Vård av sängliggande i hemmet eller på sjukhus.

Sjukhusvård kan vara indicerad av medicinska och sociala skäl. En sjuk överföres till sjukhuset för att han endast där kan få den undersökning, vård och behandling, som sjukdomen kräver. En annan skulle egentligen icke behöva sjukhusvård men måste ändock söka sådan, då hemmets resurser icke räcker till. Vid de flesta korta sjukdomstillstånd, som går över efter en eller annan dags sängläge, kan patienten med fördel vårdas i hemmet. Inträder komplikationer, som nödvändiggör läkarundersökning, eventuellt genom specialläkare, måste från fall till fall övervägas, var patienten lämpligast bör vårdas. Utslagsgivande blir ofta, om plats kan ställas till förfogande på sjukhus.

Det vanligaste hindret för vård av sängliggande sjuka i hemmen är utrymmesbristen. Med utvecklingen till allt mindre lägenheter har detta hinder blivit alltmera dominerande.

Ett annat hinder är svårigheten att få någon, som vårdar den sjuke. Få familjer har det så ställt att någon person är ledig att sköta den sjuke i hemmet. Här har den sociala hemhjälpsverksamheten (KK 31 december 1943, nr 947) satt in. Ett av dennas ändamål är just att vid hastiga sjukdomsfall rycka in till den sjukes, eventuellt också till familjens hjälp. Kvantitativt kan dock ännu icke hemvårdarinnekåren betyda så mycket för hemsjukvården. Den är ej heller avsedd att lämna annan omvårdnad än den en god husmoder kan lämna en sjuk familjemedlem.

Den sängliggande sjuke är emellertid ofta också i behov av sjuksköterske-

hjälp. Förr fylldes detta behov av privatsjuksköterskorna för de klasser, som kunde betala sådan vård, och i övrigt av tjänstesjuksköterskor: stadsdistriktssköterskor, diakonissor, distriktssköterskor, bruksköterskor etc. I och med sjukhusvårdens fortsatta utbyggande och den uttalade sjuksköterskebristen har det blivit utomordentligt svårt att få tillgång till kompetenta sjuksköterskor för hemvård. En sjuksköterska kan vårda ett större antal patienter per dag, om de är samlade på en sjuksal eller avdelning. Därför måste man söka i första hand fylla de vakanta skötersketjänsterna på sjukvårdsanstalterna. I distriktsvården har ett visst företräde måst ges åt den förebyggande hälsovården, som fordrar distriktssköterskans närvaro vid mottagningar på bestämda tider, då spädbarn, mödrar, skolbarn m. fl. infinner sig. Avsikten är, att så snart distriktssköterskevården blivit utbyggd på land och i stad — det är ännu knappast möjligt att förutsäga, när detta kan ha skett — en särskild kår av distriktssköterskor med hemsjukvård som uteslutande eller huvudsaklig uppgift skall skapas, sannolikt samlad i vissa befolkningscentra, från vilka sköterskorna skall kunna rekvireras av läkare. Denna kår torde dock icke kunna komma till stånd under det närmaste årtiondet.

Den i hemmet sängliggande sjuke behöver ofta tillsyn av läkare. I städerna är detta lättare ordnat än på landet. Särskilt stora är svårigheterna i glesbygderna, där stundom ett enda sjukbesök kan taga ett dygn eller mera.

Vad ovan sagts om en sjuksköterskas utnyttjande, gäller även om läkarnas. En läkare kan tillse ett mycket större antal patienter om dagen, om de är samlade på ett ställe än om han skall uppsöka dem i hemmen. I tider av akut brist på läkare och sjuksköterskor måste därför tendensen gå mot en utsträckt sjukhusvård.

Denna tendens har, som framgår av kap. 12, med åren blivit allt mera framträdande. Härtill har givetvis även andra faktorer bidragit, vilka icke skall behandlas i detta sammanhang.

Sjukhusvårdens företräde framför vården i hemmet framstår allt klarare, ju svårare sjukdomsfallet är. Behovet av särskilda vårdanordningar, exempelvis för operation, snabb tillgång till läkare och sjukhusens övriga resurser gör detta förståeligt. Med hänsyn härtill liksom till vad ovan sagts om trångboddheten samt läkar- och sjuksköterskebristen framstår frågan om hemmens utrustning med tekniska vårdmöjligheter som en andraplansfråga. I nuvarande läge skulle ett avdelande av ett större antal läkare och sjuksköterskor för utsträckt hemvård snarast betyda ett steg bakåt.

Emellertid är problemet mera komplicerat än så. Ett stort antal läkare är under alla förhållanden verksamma i öppen vård och dessa läkares förmåga kan bättre utnyttjas genom goda tekniska anordningar samt tillgång till biträdande personal med gedigen utbildning. Samtidigt som man söker bygga ut sjukvården efter så rationella linjer som möjligt, kan man vara tvungen att provisoriskt vidtaga åtgärder, som på ett senare stadium kanske åter bör avvecklas.

Vid det 24:e allmänna svenska läkarmötet i Stockholm år 1946 diskuterades frågan om hemsjukvården och dess problem. Doktor Rasch i Stockholm skisserade där hur han tänkt sig hemsjukvården utbyggd. Utom bättre tillgång till rationell hemhjälp och till sjuksköterskor, som huvudsakligen arbetade i ambulatorisk vård, delvis också skötte nattvak vid allvarliga sjukdomsfall, krävde han särskilt tillgång till sjukvårdsutensilier inklusive sängutrustning ävensom förbättrande av tillgången på diagnostiska hjälpmedel i den öppna vården (laboratoriecentraler). Han påkallade stadsfullmäktiges intresse för dessa linjer.

Doktor Castenfors behandlade samma ämne från landsbygdens synpunkt. Liksom Rasch framdrog han de psykologiska fördelar, som skulle följa av vård i hemmet. Förutom de krav, som nyss anförts, och vilka för landsbygdens del får en något annorlunda formulering — ökad tillgång på läkare av olika slag samt bättre diagnostiska möjligheter för dem, utbyggande av distriktssköterskeorganisationen, ett ökat antal heltidsanställda hemvårdarinnor med något bättre utbildning i sjukvård — framförde Castenfors förslag om en omfattande organisation för tillvaratagande av partiell kvinnlig arbetskraft och dess utnyttjande på skilda områden. Castenfors hoppades, att de statliga myndigheterna skulle vidtaga snabba och effektiva åtgärder för hemsjukvårdens höjande.

Den tredje inledaren, fru Anna Johansson-Wisborg, uppehöll sig huvudsakligen dels vid situationen på bostadsmarknaden, där de små ytorna inom varje lägenhet gör det nästan ogörligt att åstadkomma en rationell vård av den sjuke, dels vid hemhjälpsproblemet, där hon tänkte sig möjligheten av ett samarbete mellan läkarförbundet och olika kvinnoorganisationer för att få fram personer, villiga att ställa sig till förfogande för ifrågavarande uppgift.

I olika sammanhang har uppmärksamheten fästs vid de betydande konsekvenser, som den onormala åldersfördelningen inom befolkningen under de närmaste årtiondena för med sig. Bland dem är behovet av vårdplatser för de gamla dels vid tillfälliga svaghetsperioder och dels vid mera uttalad kronisk sjukdom av största betydelse. Landstingen har behjärtat detta och i sina utbyggnadsplaner för den slutna sjukvården medtagit vårdhem för kroniskt sjuka med ett antal nya vårdplatser, som för det närmaste årtiondet beräknas väsentligt överstiga 10 000. Den rådande situationen inom byggnadsverksamheten kommer att i viss utsträckning ställa detta utbyggnadsprogram på framtiden.

Inom bostadssociala utredningen har framförts ett förslag, som har stor betydelse för de nu avhandlade problemen. Byggdes våra smålägenheter för familjer med ett antal rum, som mera närmade sig t. ex. engelska mönster, skulle i dem ingå också ett rum, som kunde disponeras av en eller två åldringar. Härigenom skulle dessa icke, som nu oftast sker, avspjälkas från barnen i och med dessas familjebildning. De skulle disponera sitt eget utrymme, tjänstgöra i de unga familjerna t. ex. som barnvakter, men också själva erhålla hjälp och tillsyn vid smärre opasslighet. Förslaget synes delvis ägnat att lösa hemsjukvårdens problem men är liksom det föregående beroende av byggnadsvolymen och kan därför knappast spela stor roll för det närmaste årtiondet.

Slutsatsen av vad ovan anförts torde böra bli, att man måste söka sig fram

på olika vägar. Byggandet av familjebostäder om minst tre rum samt av sjukhus bör forceras så mycket som möjligt, utbildningen av läkare och sjuksköterskor ävenså. Hemhjälpsorganisationen bör befordras och få utvecklas vidare i samma takt som skett de senaste åren. För alla dessa åtgärder är myndigheterna i livlig verksamhet. Frågan om en obligatorisk utbildning i sjukvård för kvinnlig ungdom, t. ex. genom några kortare kurser, diskuteras i olika sammanhang. Förslaget om att för sjukvård i hemmet skulle skapas en särskild organisation vid sidan av hemvårdarinnekåren och distriktssköterskekåren har också i det föregående berörts.

Möjligt är, att den gamla grannhjälpen i våra dagar behövde organiseras och uppmuntras genom något kommunalt eller statligt bidrag. Man torde böra starta försök i olika orter, t. ex. genom Svenska röda korset eller genom Sveriges husmodersförbund för att få klarlagt, vilka vägar som kan vara framkomliga. Det är oss bekant, att på några håll försök gjorts, som emellertid på grund av bristen på arbetskraft efter relativt kort tid måst avslutas utan större positiva resultat.

Huvudproblemet — hur en tillräcklig rekrytering av kvinnlig ungdom till de sjukvårdande yrkena skall kunna ernås — är ännu olöst. I avvaktan på att man kommer till rätta med denna fråga kan vi icke rekommendera någon speciell lösning, som skulle tillåta en utsträckt vård i hemmen. De huvudsakliga ansträngningarna bör fortfarande som hittills koncentreras på att skaffa åtminstone de svårare sjukdomsfallen behövlig vård på sjukhus. Särskild uppmärksamhet måste härvid ägnas eftervård och konvalescentvård. Härom föreligger en statlig utredning (SOU 1944: 28), vilkens förslag bordlagts i väntan på sjukhusutredningens snart kommande betänkande.[1] Det synes angeläget, att de i svensk sjukhusvård hittills mycket försummade frågorna om anstalter för eftervård och konvalescentvård snarast ägnades tillbörlig uppmärksamhet från de beslutande myndigheternas sida.

Relationer till hälsovården.

Med den ökade omfattningen av den civila enskilda hälsovården genom profylaktiska mottagningar har frågan om förhållandet mellan sådan hälsovård och sjukvård fått allt större praktisk betydelse.

Förebyggande vård förekommer i Sverige för närvarande i följande av det allmänna ordnade former:

vård av blivande mödrar
vård av spädbarn och småbarn
skolhälsovård
förebyggande tuberkulosvård
psykisk rådgivning och hjälpverksamhet
hälsoövervakning av vissa kategorier tjänstemän och arbetare
folktandvård.

[1] Detta har numera publicerats under namn av Sjukhusutredningens betänkande II angående den lasarettsanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården för kroniskt sjuka (SOU 1947: 61).

Den personliga profylaktiska hälsovården i vårt land är principiellt så ordnad, att både allmänläkare och specialläkare medverkar. De mottagningar, vid vilka specialister tjänstgör — mödravårdscentral av typ I, barnavårdscentral av typ I, centraldispensär, specialmottagning inom skolhälsovården — erhåller en del av sina patienter genom remisser från allmänläkarnas profylaktiska mottagningar (mödra- och barnavårdsstationer eller centraler av typ II, skolläkarna etc.). Därtill har de ofta sitt eget primära distrikt och vissa speciella uppgifter, såsom centraldispensärerna i tuberkuloskampen. Den viktigaste av dessa är ledningen av det profylaktiska arbetet inom verksamhetsområdet.

Mödra- och barnavårdscentral av typ I skall om möjligt förläggas till sjukhus, varigenom man velat försäkra sig om tillgång till den högsta inom sjukvårdsområdet tillgängliga sakkunskapen.

Stundom förekommer förebyggande vård och sjukvård var för sig vid olika mottagningar, stundom tillsammans. I den av medicinalstyrelsen utarbetade normalinstruktionen för den förebyggande mödra- och barnavården (MF 1944: 173) uttalas härom:

»Den förebyggande mödra- och barnavårdens huvudsyfte är att vara *hälsovårdande* och att, i den mån så är möjligt, därigenom förebygga uppkomsten av sjukdomar. I den förebyggande mödravården inrymmes dock även behandling under havandeskapstiden av sjukdomar, som föranletts av havandeskap och icke fordra vård å sjukhus.»

De hälsovårdande mottagningarna för spädbarn, småbarn och skolbarn är avsedda att följa barnens utveckling, vidta eller främja förebyggande hälsobefordrande åtgärder och tillse, att vid sjukliga rubbningar behövlig läkarvård erhålles. Inriktningen på enbart profylax har främst motiverats av det stora antalet infektionssjukdomar hos barnklientelet, då smittorisk kunde uppstå för de friska barn, som undersöks, om även sjuka barn komme till mottagningen; däremot ges ofta råd i icke smittfarliga fall, där avvikelserna från det normala icke synes kräva tätare upprepad eller långvarig konsultation. I fråga om skolhälsovården gäller, att denna tidigare i högre skolor var förenad med terapi, men att den sedan 1945 är enbart profylaktisk. Viss rådgivning och behandling av konsulterande specialister förekommer på en del håll (i fråga om öron-, näs- och halssjukdomar, talrubbningar, ögonsjukdomar, hållnings- och rörelseorganens sjukdomar, uppfostringsfrågor och tuberkulos i de största icke-landstings-städerna; barnpsykiatrisk vård meddelas också i Karlstad, Uppsala och Östersund). Stundom inskränker sig dessa konsulterande specialläkare till att ställa diagnos utan att meddela behandling (Stockholm). Dispensärvården avser att meddela diagnos och en första behandling. Den psykiska hjälpverksamheten är såväl profylaktisk som terapeutisk. I industrivården meddelar industriernas läkare i allmänhet både profylaktisk och terapeutisk vård.

Av den ovan lämnade översikten framgår, att öppen sjukvård och förebyggande vård oftast förekommer tillsammans på samma mottagningar. Att kombinera båda uppgifterna framstår också som naturligt, då i båda fallen

i regel samma tekniska resurser kräves. En anledning till att man så starkt sökt verkställa en boskillnad mellan dem, trots de praktiska olägenheter detta ofta medför, torde ha varit, att den profylaktiska mottagningen stundom har sin egen teknik (skärmbildsfotografering etc.), en annan, att olika betalningssystem tillämpas inom de båda vårdformerna; hälsovården har i större utsträckning betalats av det allmänna, ofta i form av visst bestämt belopp per mottagning, medan för sjukvården lämnats ersättning per prestation direkt av den vårdsökande eller annan ansvarig. I fråga om mottagningarna för spädbarn och mödrar har den blandade karaktären ansetts motivera en kombination av olika betalningssystem.

Relationer till socialvården.

Många sjukdomsfall uppvisar i sin förhistoria sjukdomsframkallande eller sjukdomsbefordrande moment av social natur. I viss utsträckning rör det sig här om samhällsförhållanden, till vilka den öppna sjukvården knappast kan taga särskild hänsyn. De tillhör den allmänna sociala och ekonomiska politiken. I ett visst fall åter framträder vissa miljöförhållanden, t. ex. personliga relationer, arbete, bostad, näringsstandard m. m., såsom så nära förbundna med sjukdomsfallet, att de för dess botande spelar en t. o. m. avgörande roll. Det blir därför för läkaren av mycket stor vik att kunna åstadkomma behövlig ändring i något sådant avseende. Ofta ligger emellertid inte dessa moment klara och läkarens utfrågning av patienten ger endast förmodanden eller misstankar om ett samband. Med den korta tid, som inom den öppna vården kan ägnas varje patient, har därför visat sig ett behov av medhjälpare, som dels har insikt i de sociala sammanhangen och behärskar det sociala arbetsfältet och dels har tid och förmåga att ta behövliga kontakter.

Överväganden av denna art torde ha föranlett en del av de förslag i och för en effektiviserad kurators- och arbetsförmedlingsverksamhet för partiellt arbetsföra m. m., som framlagts av kommittén för partiellt arbetsföra i dess betänkande I (SOU 1946: 24) i dessa ämnen. Så har kommittén bl. a. i ett särskilt kapitel om dispensärkurators verksamhet för tuberkulösa upptagit och utvecklat vad år 1939 anförts i ett betänkande, utarbetat av särskilda sakkunniga på uppdrag av styrelsen för svenska nationalföreningen för tuberkulos och utmynnande i förslag om anställande av 39 kuratorer, förlagda till centraldispensärerna. Kommittén har också i sitt betänkande framhållit, att vid beräkning av det antal patienter, som ger en kurator full sysselsättning, — kommittén räknar med att beläggningen på 140—200 vårdplatser skulle göra detta — förekomsten av en till anstalten knuten omfattande poliklinikvård krävde särskild uppmärksamhet.

På sina håll biträder de kuratorer, som är i tjänstgöring vid sjukvårdsanstalterna, även vid poliklinikerna, huvudsakligen i den form, att läkaren hänvisar vissa patienter till kuratorns mottagning för särskild åtgärd. An-

talet kuratorer är än så länge, särskilt ute i landet, mycket lågt i förhållande till den av kommittén uppställda normen. Därtill kommer, att de fåtaliga kuratorerna huvudsakligen är sysselsatta i den slutna vården och delvis lär tas i anspråk för ändamål, främmande för deras uppgift, t. ex. för kontroll av patienternas betalningsförmåga. För den öppna vården vid anstalterna synes sålunda kuratorsfrågan ännu ha långt till sin lösning.

Kuratorns uppgifter inom den öppna vården i distrikten fullgöres av tjänsteläkare, distriktssköterskor och barnmorskor. Med dessa kategoriers mycket stora arbetsbelastning vore det mänskligt och förståeligt om kontakten med samhällets socialvårdande organ vore mindre intim än önskligt. I den mån både provinsialläkardistrikten och sjuksköterskedistrikten kommer att förminskas, vilket enligt medicinalstyrelsens planläggning kommer att ske successivt under hela det närmaste årtiondet, blir möjligheterna för tillgodoseende av de sociala synpunkterna inom den öppna sjukvården större. Utvecklingen kommer också att underlättas av den pågående koncentrationen av socialvårdens organ och den nya kommunindelningen. Ett mera regelbundet samarbete mellan en tjänsteläkare och hans distriktssköterskor i fråga om den sociala sidan av de medicinska problemen kan då förväntas. Innan denna utveckling genomförts synes icke finnas skäl att för den öppna vården utom anstalt räkna med särskilda kuratorer utöver den utbyggnad av arbetsförmedlingsverksamheten som för ändamålet befinnes behövlig.

Frågan om sambandet mellan öppen vård och socialvård har här upptagits från den öppna vårdens synpunkt. Frågan har också upptagits från de socialvårdande organens sida. Dessa har funnit sig vara i behov av speciella socialvårdsläkare, till vilka hänvisats komplicerade understödsfall, i vilka den medicinska, ofta speciellt den psykiatriska sidan krävt en specialläkares undersökning och bedömning. Enligt de erfarenheter, som vunnits av den förste socialläkaren i Stockholm, har verksamheten hittills mest kommit att syssla med kroniska fall, i vilka efter verkställd analys resultatet blivit råd om vård och omhändertagande på ett eller annat sätt eller permanent understöd, emedan ingripandet oftast kommit för sent för att hindra den psykiska eller kroppsliga invaliditeten. Denna erfarenhet torde peka på någonting väsentligt i fråga om sambandet mellan öppen vård och socialvård. Det är när de medicinska symtomen *först* visar sig, som den sociala analysen skall sätta in. För att det skall bli möjligt att på detta stadium förekomma bestående miljöskador, kräves en bättre utbildning i sociologi, socialmedicin och psykologi för läkare och deras hjälppersonal över huvud taget samt beredande av tillräcklig tid för dem att skänka miljöförhållandena erforderlig uppmärksamhet och av tillräcklig social assistans för verkställande av behövliga miljöförändringar.

All sannolikhet talar för att den allmänna regeln om att en skada botas lättare och med mindre invaliditet ju tidigare i sjukdomsförloppet man ingriper gäller också i fråga om t. ex. neuroser och att därför, vid sidan av

ovan berörda mera allmänna neurosprofylax genom sociala reformer, läkarvårdens hänsynstagande till sociala skadefaktorer på tidigast möjliga stadium representerar den riktiga linjen i fråga om dessa sjukdomars bekämpande.

Kap. 7. Ekonomiska förhållanden.

Allmänhetens kostnader.

I den översikt över den öppna läkarvården ur olika aspekter, som vi velat lämna, ingår också att ge en något så när riktig uppfattning om de kostnader, vilka allmänheten årligen nedlägger på öppen läkarvård.

I fall, där patienten är berättigad att av annan — sjukkassa, arbetsgivare, olycksfallsförsäkringsanstalt etc. — erhålla ersättning, helt eller delvis, för vad han utger till läkare i öppen vård, är det brukligt att läkaren till patienten lämnar kvitto på mottagna belopp. Att dessa kvitton icke alltid upptar vad som i verkligheten erlagts framgår av vad vi anfört om sjukkassetaxan i bil. 27. I de talrika fall, där patienten själv skall stå för hela läkarvårdskostnaden, brukar han enligt svensk läkarsed icke erhålla kvitto på erlagt arvode.

De ekonomiska transaktionerna mellan patienter och läkare blir redan till följd härav endast ofullständigt registrerade i skrift. Häremot torde, om man ej anlägger fiskaliska synpunkter, några invändningar allmänt sett knappast kunna göras. Förhållandet omöjliggör emellertid en exakt beräkning av allmänhetens kostnader för anlitande av läkare i öppen vård.

En allmän uppfattning om summan av dessa kostnader för det svenska folket kan dock erhållas genom olika överslagsberäkningar och uppskattningar. Enligt en nedan i kap. 12 intagen tablå skulle den öppna sjukvårdens årliga volym kunna beräknas till omkring tolv miljoner besök hos läkare. Om man antar, att för varje besök i medeltal erläggs ett så lågt belopp som fem kronor skulle allmänheten för sin öppna läkarvård i arvoden utge 60 miljoner kronor om året. Av det totala beloppet återbärs dock i efterhand en avsevärd del av sjukkassor m. fl.

En uppskattning är också möjlig med utgångspunkt från de erkända sjukkassornas statistik. Enligt en av pensionsstyrelsen år 1945 verkställd utredning utbetalade kassornas medlemmar under år 1944 läkararvoden till ett sammanlagt belopp av 21 747 913 kronor. Härav belöpte på provinsialläkare — den enda kår som genomgående har att följa maximerad taxa — 2 793 680 kronor. På andra läkare än provinsialläkare kom alltså ett belopp av 18 954 233 kronor. Antalet sjukkassemedlemmar utgjorde den 31 december 1944 45·2 % av hela befolkningen i riket över 15 år. Om man antar, att den del av den vuxna befolkningen, som ej var ansluten till sjukkasseförsäkringen, skulle ha haft proportionsvis samma utgifter för sina läkararvoden

som den sjukförsäkrade delen, skulle den oförsäkrade befolkningens utgifter härför ha uppgått till 26 278 443 kronor. Då den icke sjukförsäkrade befolkningen torde anlita läkare mot betalning i mindre utsträckning än sjukkassemedlemmar, bör sistnämnda summa reduceras. I brist på utredning kan reduktionen uppskattas till 25 procent. Svenska folkets sammanlagda utgifter för läkararvoden under 1944 skulle med denna uppskattningsmetod alltså ha uppgått till (21 747 913 + 19 708 833 =) 41·5 miljoner kronor. Av detta belopp har omkring 11·5 miljoner kronor återburits av sjukkassorna till deras medlemmar.

Enligt den av inspektör Ingemar Lundgren verkställda, som en särskild del av vår utredning publicerade undersökningen om läkarnas ekonomi — den kallas i fortsättningen den ekonomiska utredningen — uppgick enligt deklarationerna rörelseinkomsten år 1942 för de 3 066 läkare, som ingår i utredningen — kåren omfattade detta år enligt uppgift i Allmän hälso- och sjukvård 3 359 medlemmar — till sammanlagt omkring 30 miljoner kronor, vilket belopp dock, som Lundgren framhåller, på angivna skäl får antagas vara för lågt.

Slutligen må nämnas, att man i proposition nr 312 till 1946 års riksdag med förslag till lag om allmän sjukförsäkring beräknat den obligatoriska försäkringens kostnader den 31 december 1950 för läkarvård ävensom försäkrades resor till och från läkare till 36·7 miljoner kronor. Då läkarvårdsersättning i stort sett skall utgå med tre fjärdedelar av de arvoden, som enligt fastställd taxa skulle utges av allmänheten, blir det sammanlagda belopp, som patienterna i första hand skulle ha att erlägga i läkararvoden samt för resor, 46 840 000 kronor. Härav torde omkring en miljon kronor kunna antagas falla på kostnader för resor.

Med utgångspunkt från de nu gjorda uppskattningarna anser vi oss kunna fastslå, att svenska folkets årliga utgifter för arvoden till läkare i öppen vård uppgår till eller överstiger 40 miljoner kronor.

Hur stor del av sagda belopp, som i efterhand ersätts patienterna av annan betalningsskyldig, har ej kunnat fastställas. Enligt pensionsstyrelsens nyssnämnda specialundersökning för år 1944 återbar sjukkassorna i medeltal för hela riket till sina medlemmar 57·2 procent av vad medlemmarna utgivit. Den andel av läkarvårdskostnaderna, som medlemmarna i genomsnitt fick ersatta från sjukförsäkringen, varierade avsevärt. Sjukkassemedlemmarna i Stockholm och Malmö intog den avgjort ogynnsammaste ställningen i fråga om läkarvårdsförsäkringens effektivitet, i det de erhöll återbäring från sina kassor med endast 48·1 och 48·2 % av vad de sammanlagt betalt. Centralsjukkassan i Göteborg utger hel ersättning enligt sjukkassetaxan för läkarvård, och detta medförde att sjukkassemedlemmar i denna stad erhöll ersättning för sina läkarvårdskostnader med i genomsnitt 86 %. För flertalet landsbygdskassor låg återbäringsprocenten över 60 eller alltså avgjort över riksmedeltalet. Med all sannolikhet förklaras denna omstän-

dighet i väsentlig mån av att en stor del av den öppna vård, som ersättes av dessa kassor, meddelas av provinsialläkare, vilka har att följa maximerad taxa.

Pensionsstyrelsens ifrågavarande utredning får alltså anses ge vid handen, att den nuvarande sjukförsäkringen icke ger de försäkrade ersättning för läkarvårdskostnader i avsedd omfattning. Detta mindre tillfredsställande förhållande har också framhållits i andra sammanhang. Det må nämnas, att stadsdistriktsläkaren A. Rülcker i sina den 2 mars 1942 avgivna »socialmedicinska undersökningar av understödsklientelet i Stockholms fattigvårdsförvaltning» berört även detta problem. Rülcker har vid upprepade tillfällen kunnat konstatera, att till sjukpenning från sjukkassorna faktiskt berättigade personer bland hans klientel icke använt sig av denna understödsform. Anledningarna har varit flera, men en av dem uppges vara, att erhållande av sjukpenning skulle ha nödvändiggjort tätare besök hos läkare för kontroll och erhållande av sjukkasseintyg. Detta skulle ha medfört kostnader, som vederbörande understödstagare själv delvis skulle fått vidkännas, varför han både av kostnads- och bekvämlighetsskäl hellre avstått från sjukkassehjälpen. Från Sveriges läkarförbunds sida har man uttalat, att Rülckers ifrågavarande konstaterande skulle vara oriktigt.

En fullständig utredning om fördelningen av allmänhetens kostnader för läkarvård på olika slag av läkarens prestationer kan ej åstadkommas. Av intresse är dock pensionsstyrelsens nyssnämnda specialutredning. Denna visar, att dagbesök på mottagningen för sjukkassornas del år 1944 var den helt dominerande vårdformen. Siffrorna i nedanstående tablå, hämtade ur denna utredning, avser läkarvårdsprestationer av olika slag per 100 sjukvårdsförsäkrade medlemmar år 1944.

Prestationens art	Antal verifikationer
Antal dagbesök på mottagningen:	
1:a besök	63·1
återbesök	70·9
Antal nattbesök på mottagningen:	
1:a besök	0·4
återbesök	0.0
Antal besök hos den sjuke:	
1:a besök	11·5
återbesök	2·4
Antal nattbesök hos den sjuke:	
1:a besök	0·4
återbesök	0·0
Sjukresor	7·1
Operativa ingrepp eller annan kirurgisk behandling	11·6

Andra prestationer — telefonrådgivning, receptförnyelse, bedövning, förbandsartiklar etc. — förekom, i jämförelse med de i tablån angivna prestationerna, endast i obetydlig utsträckning. Redovisade arvoden till läkare

uppgick till 977: 90 kronor, kostnaderna för läkarnas resor till 46: 10 kronor per 100 medlemmar.

Med all sannolikhet förhåller det sig beträffande allmänhetens kostnader i stort på motsvarande sätt som för sjukkassemedlemmarna, nämligen så, att kostnaderna för dagbesök på läkarens mottagning intar den helt dominerande platsen.

Kostnadernas fördelning på olika åldersgrupper har icke varit föremål för utredning i Sverige. Enligt en i Tyskland utförd undersökning stiger dock kostnaderna nästan jämnt för varje ålder från 25 till 84 år. Det ligger i sakens natur, att liknande förhållande kan antagas råda i vårt land.

Enligt sjukkassornas erfarenheter är som nämnts kostnaderna för läkarvård för landsbygdsbefolkningen lägre än för städernas befolkning. I någon mån kan denna olikhet komma att minska när läkartätheten på landsbygden ökas. Så länge landsbygdsbefolkningen kommer att i första hand anlita läkare, som är bundna av maximerad taxa, medan stadsbefolkningen till övervägande del är hänvisad till läkare, som icke är bundna av sådan maximering, kommer skillnaden uppenbarligen att i viss utsträckning bestå.

Sjukvårdskostnadernas fördelning på olika socialklasser har varit föremål för undersökning av socialstyrelsen. Att märka är, att till sjukvårdskostnader därvid hänförts även sjukhusvård och tandvård. Resultaten finns publicerade i socialstyrelsens »Levnadsvillkor och hushållsvanor i städer och industriorter omkring år 1933». Ur densamma må här anföras följande.

Posten sjukvård uppgick bland samtliga arbetare till 65 kronor, samtliga tjänstemän till 88 kronor och samtliga medelklasshushåll till 137 kronor, allt per undersökt normalhushåll och år. Antalet fall, där fri läkare och (eller) medicin ingått i lönen, var bland arbetarna 48 % av samtliga, bland tjänstemännen 66 % och inom medelklassen 29 % av samtliga. Då frekvensen av förmånen alltså var synnerligen stor och då densamma endast kunnat givas ett ungefärligt värde, är de framräknade genomsnittsutgifterna för läkare och medicin i ganska hög grad approximativa. Emellertid anser sig socialstyrelsen kunna konstatera, att utgifterna för sjukvård i stort sett stiger och sjunker med inkomsterna.

Socialstyrelsens resultat är av intresse i de sammanhang, vi har att diskutera, såtillvida att de visar att det stigande välståndet i och för sig utgör en faktor, som ökar allmänhetens anspråk på tillgång till läkare. Av intresse är vidare att notera, i vilken betydande utsträckning arbetsmarknadens parter ansett läkarvård böra tillkomma de anställda utan kostnad för dem.

Veterligen har några jämförande undersökningar om storleken av läkarvårdsutgifterna för barnfamiljer och barnlösa icke utförts i vårt land. Enligt vad som synes framgå av socialstyrelsens nyssnämnda undersökning samt den av 1941 års befolkningsutredning verkställda utredningen om barnkostnadernas fördelning (SOU 1946: 6) skulle dessa utgifter per individ räknat snarast sjunka med stigande barnantal. Detta sammanhänger självfallet

med, att familjen nödgas disponera en allt större del av en oförändrad inkomst för tillfredsställande av primära behov — föda, kläder, bostad etc. — i samma mån som den växer, varigenom allt mindre belopp kan disponeras för läkarvård. Om det förhåller sig så, måste det uppenbarligen anses otillfredsställande.

Taxor.

Av vår framställning i kap. 1 framgår, att taxan som norm för läkarens ersättning är lika gammal i vårt land som läkarkåren. Allteftersom kåren vuxit och differentierats har även taxorna ökat i antal och differentierats. I samband härmed har den gamla skyldigheten att gratis meddela fattigsjukvård försvunnit ur de flesta taxor.

En redogörelse för nu gällande svenska läkartaxor av mera allmän räckvidd inom den öppna vården har vi lämnat i bil. 27. Utöver vad som i denna bilaga anförts må här framhållas, att icke ens en taxa, som så klart genomför maximeringen som provinsialläkartaxan, anger maximibelopp fullt konsekvent. Läkare, som är skyldig tillämpa taxan, har nämligen att följa taxans bestämmelser, endast »där ej arvode till högre belopp erbjudes». Av vår i kap. 3 lämnade redogörelse för provinsialläkarvården framgår, att det än i dag faktiskt förekommer, att patienter överbjuder taxans belopp. Ett trettiotal läkare har själva uppgivit, att detta förekommer endast i undantagsfall.

Samtliga taxor för öppen vård utgår i princip från att läkarens prestation skall vara i första hand bestämmande för ersättningens storlek. Arvodet utgår med andra ord som styckeprisbetalning. Då det gäller intyg, recept och operativa ingrepp inom kirurgins och närbesläktade specialiteters områden har fixerandet av prestationen i regel ej stött på större svårigheter. Enahanda är förhållandet då det gäller laboratorieundersökningar samt röntgenundersökningar och röntgenbehandlingar. På grund härav ger intygstaxan, sjukkassetaxan och lasarettsläkartaxan i regel den tveksamme läkaren en effektiv vägledning i fråga om debitering av ersättningen för flertalet nu berörda prestationer.

Annorlunda förhåller det sig med prestationer, som är att hänföra till allmänläkarens eller den invärtesmedicinska specialitetens och dess avläggares områden. På dessa områden är prestationerna både sinsemellan och då det gäller varje typ av prestation för sig av så väsentligt växlande omfattning, att man i taxorna ej ens försökt en uppräkning. Man har för beskrivning av prestationerna i stället nödgats tillgripa så vida och vaga begrepp som »rådfrågning», »behandling» och »besök». Åt den växlande omfattningen av dessa prestationer har man sökt ge uttryck med ord som »omfattande», »ingående», »besvärliga», »långa» o. s. v. Självfallet ger termer som de antydda ej möjlighet till en enhetlig objektiv värdesättning av prestationerna;

den tveksamme läkaren nödgas lita till sin egen uppfattning av om prestationen varit omfattande eller ej, besvärlig eller icke.

Nu angivna svårigheter har medfört, att man som supplerande ersättningsprincip i öppnavårdstaxorna infört den tid, som läkaren ägnar fallet. I sjukkassetaxan och lasarettsläkartaxan kommer denna princip till uttryck genom termer som »större omfattning» och »tidsödande». I provinsialläkartaxan ligger principen om ersättning efter tid redan i viss mån i den glidande taxan, men därutöver har man i denna taxa, som av bil. 27 framgår, i vissa fall gjort ersättningen efter tid ensam tillämplig.

En speciell variant av principen, att den tid, som läkaren ägnar fallet, skall vara bestämmande för ersättningens storlek, ligger i den i samtliga taxor förekommande bestämmelsen, att ersättningen utgår med högre belopp, om läkaren anlitas nattetid.

Enligt sjukkassetaxan utgår ersättning endast för allmänläkarvård (»sådan vård, som kan meddelas av envar legitimerad läkare»). Å andra sidan upptar taxan ett flertal prestationer, som enligt nutida uppfattning bör eller åtminstone med fördel utföres av specialläkare. I lasarettsläkartaxan har man tagit steget fullt ut och alltså infört principen ersättning efter specialkompetens.

Av de svenska läkartaxorna inom öppen vård är provinsialläkartaxan föråldrad. Den lider därjämte av svagheterna att i vissa fall vara svårtillämpad och att ej med önskvärd tydlighet ge förbud för läkare, som har att tillämpa densamma, att tillämpa annan taxa. Övriga under medverkan av offentlig myndighet tillkomna öppnavårdstaxor är genom den kraftiga specifikationen av förekommande åtgärder tunga i tillämpningen, vilket föranleder ej få läkare att frångå debitering enligt föreskrifterna och i stället debitera arvoden efter fast schablon. Dessa förhållanden gör det i regel omöjligt för patienten att i förväg beräkna vad hans anlitande av läkaren kommer att kosta.

De interkollegiala taxorna upptar i regel mycket måttliga belopp, vilket sammanhänger med att de väsentligen är minimitaxor. Även en patient, som anlitar läkare, vilka har att tillämpa sådan taxa, är i regel berövad möjligheten att i förväg kunna beräkna vad konsultationerna kommer att kosta.

Övriga ersättningsföreskrifter.

Ursprungligen torde de svenska allmänläkarna helt ha försörjt sig på inkomster av praktik. I den mån som utvecklingen medförde, att befattningshavare hos det allmänna erhöll kontantlön, pensionsrätt och liknande fasta förmåner, anmäldes helt naturligt anspråk på sådana förmåner även från läkarkårens sida. Dessa anspråk vann förståelse, och ett från mitten av 1800-talet oavbrutet stigande antal läkare har successivt vunnit tjänstemannaställning.

Främst efter förarbeten av 1902 års lönekommitté har under 1900-talet i den statliga förvaltningen införts principen, att befattningshavarna skall erhålla all ersättning för sitt arbete i tjänsten från statsverket. Denna princip innebär, att statsverket i stort sett frångått de äldre avlöningsformer, enligt vilka tjänstemännens i regel låga löner utfylldes av allmänheten genom särskilda ersättningar för olika prestationer. Sådana särskilda ersättningar av allmänheten direkt till tjänstemännen — de har ofta med en sammanfattande benämning kallats sportler — förekommer numera inom svensk statsförvaltning endast för ett fåtal tjänstemannagrupper. I korrespondens med regeln, att tjänstemannen skall erhålla hela ersättningen för sitt arbete av statsverket, står principen, att tjänstemannen anses böra ägna hela sin fastställda arbetstid åt tjänsten och att han alltså icke utan vederbörligt tillstånd får inneha avlönade bisysslor, som kan inkräkta på hans tjänst.

De nu redovisade principerna för tjänstemännens anställning och avlöning har i stor utsträckning genomförts även inom svensk kommunalförvaltning. Åtskilliga läkarkategorier är också anställda enligt dessa principer. Av statligt anställda civila läkare må nämnas läkare i medicinalstyrelsen, vid de statliga laboratorierna, förste provinsialläkare, läkare vid statens sinnessjukhus och statens anstalt för fallandesjuka, vissa fängelseläkare samt skolöverläkaren. Bland kommunalt anställda läkare må nämnas vissa förste stadsläkare samt åtskilliga yngre underläkare vid lasarett och därmed jämförliga sjukvårdsanstalter. För de statligt heltidsanställda läkarna gäller endast i ett fall (medicinalstyrelsens generaldirektör) förbud att utom tjänstetid utöva enskild läkarpraktik. Omfattningen av tjänsteåliggandena gör det dock för flertalet av de uppräknade kategorierna omöjligt att i större utsträckning utöva sådan praktik.

De största grupperna av läkare har dock icke kommit att omfattas av de nyss redovisade anställnings- och avlöningsprinciperna. Anledningarna härtill är flera. Allmänheten har av ålder varit van att erlägga sitt läkararvode. Då svårigheterna att skaffa fram erforderligt belopp kunnat minskas genom anslutning till sjukkassa, genom att besöken förlagts till provinsialläkarmottagningar eller polikliniker med deras låga taxor samt genom att anställda i sina arbetsavtal erhållit förmånen av fri läkarvård, har endast enstaka röster från patienterna påyrkat ett slopande av läkararvodena. Sannolikt ligger bakom denna frånvaro av reformkrav också en klar insikt om omöjligheten för patienterna att kontrollera läkarens arbete samt dunkla föreställningar om att läkaren med större sannolikhet gör sitt bästa, om han kan påräkna ett arvode än om hans arbete med den enskilde patienten ej skulle tillföra honom någon särskild inkomst.

Huvudmännen har funnit obestridligt, att läkarkåren med hänsyn till utbildningstidens längd, arbetets krävande art och svårigheten att åstadkomma en reglering av arbetstiden samt på grund av ansvaret och sjukdomsrisken har befogade krav på inkomster av sitt arbete, som möjliggör en förhål-

landevis hög ekonomisk och social standard. Det må i detta sammanhang nämnas, att läkarmortaliteten 1931 för åldrarna 20—65 år enligt en i England utförd undersökning var 54 % högre än för högre ämbetsmän och 26 % högre än för civilingenjörer. Såvitt vi har oss bekant föreligger icke någon motsvarande undersökning för Sveriges del, men sannolikt är, att en övermortalitet föreligger även för svenska läkare, om den än synes visa minskande tendens. Antingen huvudmännen utgjorts av staten, kommunen eller andra korporationer har det för dem varit angeläget att anordna hälso- och sjukvården för lägsta möjliga kostnad. På grund härav har huvudmännen länge av kostnadsskäl tvekat att för läkarkårens del införa heltidsanställning. I de fall, då — såsom på senare år förekommit — initiativ tagits i sådan riktning, antingen lokalt, som beträffande vissa läkartjänster, eller centralt, som beträffande intygsersättningsfrågan, har dessa i regel stött på motstånd från Sveriges läkarförbund.

I stort sett har alltså enighet rått mellan huvudmännen för hälso- och sjukvård samt läkarna, att den lämpligaste formen för avlöning av läkare i allmän tjänst i regel var en förhållandevis låg lön samt därutöver rätt att erhålla praktikinkomster enligt taxa. Enligt detta »blandade» system avlönas sålunda exempelvis provinsialläkarkåren, lasarettsläkarna samt större delen av stads-, stadsdistrikts-, köpings- och municipalläkarna.

Föreskrifterna om avlöningar och andra ersättningar har i detta blandade avlöningssystem kommit att utformas efter i hög grad oenhetliga linjer. Några av de viktigaste bestämmelserna redovisas här nedan.

Läkarnas inkomster av och kostnader för den öppna vården.

Läkarinkomsternas hänförlighet till öppen vård, å ena sidan, och sluten, å den andra, är för vissa kategorier lätt att ange men erbjuder för andra grupper komplicerade sammanhang. I den mån vi ej berör denna fråga i detta kapitel hänvisar vi till den ekonomiska utredningen rörande läkarnas inkomster enligt deras år 1943 avgivna deklarationer. Detsamma gäller omkostnadernas hänförlighet till öppen eller sluten vård.

För år 1942 har de 3 066 läkare, som utredningen omfattar, uppgivit sig ha haft en sammanlagd bruttoinkomst av läkarverksamhet av i runt tal 62 546 000 kronor. Detta ger i medeltal 20 400 kronor på varje läkare. Från detta belopp bör dragas rörelseavdrag, d. v. s. omkostnader för läkarverksamheten, vilka i genomsnitt uppgår till 3 400 kronor för varje läkare, varefter nettoinkomsten uppgår till 17 000 kronor. Nu angivna siffrors fördelning på olika kategorier läkare framgår av nedanstående tabell. Till jämförelse må nämnas, att Sveriges 1940 praktiserande 2 230 tandläkare nämnda år beräknats ha haft en bruttoinkomst av privatpraktik på i runt tal 60 miljoner kronor. (Svenska läkartidningen nr 6 år 1945.)

Läkarkategori	Antal i undersökningen ingående	Deklarerad medelinkomst av läkarverksamhet, *brutto* kronor	Deklarerat medelavdrag, rörelse kronor	Deklarerad medelinkomst av läkarverksamhet, *netto* kronor	Deklarerat medelavdrag, allmänna, kronor	Av tax.-mynd. fastställt belopp »att taxera till statlig ink.- o. förmög.-skatt», medeltal kronor	Ökad taxering genom		
							minskade avdrag, medeltal kronor	ökad inkomst, medeltal kronor	totalt, medeltal kronor
Tjänsteläkare	598	26 600	5 300	21 300	4 100	20 100	130	370	500
Las.läkare, delat lasarett	241	39 300	3 900	35 400	7 100	34 600	230	940	1 170
» » odelat lasarett	59	30 500	1 100	29 400	5 200	26 800	130	260	380
Bitr. lasarettsläkare	65	23 700	2 300	21 400	3 500	22 700	300	880	1 180
1:e underläk., delat lasarett	112	15 800	700	15 100	2 400	15 100	280	470	750
1:e » odelat lasarett	28	14 400	900	13 500	1 700	12 800	140	350	490
2:e » delat lasarett	131	11 900	700	11 200	1 500	11 100	90	290	380
2:e » odelat lasarett	33	9 900	400	9 500	1 200	9 400	40	450	490
3:e » vid lasarett	32	10 100	600	9 500	1 100	9 400	30	150	180
Obeteckn. underläk. vid las.	120	14 000	800	13 200	1 600	12 800	100	340	440
Amanuenser	27	11 000	500	10 500	1 600	9 600	—	70	70
Tuberkulosläkare	110	18 800	900	17 900	3 200	16 400	60	90	150
Sinnessjukhusläkare	124	16 700	1 000	15 700	2 100	14 400	30	160	190
Militärläkare	122	22 600	4 100	18 500	2 800	17 900	170	550	720
Teoretici	69	22 100	1 900	20 200	3 300	19 800	190	170	360
Vikarierande läkare	391	7 600	700	6 900	900	7 300	80	240	320
Privatpraktiserande	586	22 400	7 200	15 200	3 400	16 600	150	880	1 030
Pensionerade läkare	218	12 200	1 500	10 700	2 700	16 700	80	250	330
Totalt	**3 066**	**20 400**	**3 400**	**17 000**	**3 100**	**17 200**	**130**	**470**	**600**

Av tabellen framgår, att de av taxeringsmyndigheterna vidtagna höjningarna uppgår till 600 kronor per läkare eller sammanlagt till nära två miljoner kronor.

Skillnaden mellan medeltalet för det belopp, som fastställts »att taxera till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt», 17 200 kronor, och den deklarerade medelnettoinkomsten av läkarverksamhet, som utgör 13 900 kronor, förklaras alltså endast till en mindre del av taxeringsmyndigheternas höjningar. Förhållandet sammanhänger i stället väsentligen med att från bruttoinkomsten frändragits allmänna avdrag, nämligen för kommunalskatt, landstingsskatt och tingshusmedel, periodiska understöd, avgifter till folkpensionering och annan pensionsförsäkring samt premier för vanligen förekommande personförsäkringar. Summan av sådana kostnader uppgick i medeltal till 3 100 kronor för varje läkare. Härtill kommer, att många läkare har inkomster, som ej ansetts böra direkt återföras på läkarverksamhet. I första hand förtjänar inkomsterna av förmögenhet härvid att ihågkommas.

Av hela antalet läkare — det utgjorde som sagt 3 066 — redovisade 2 195 eller 72 % nettoförmögenhet. Deras samlade förmögenhet uppgick enligt av taxeringsmyndigheterna fastställda siffror till över 150 miljoner kronor eller ungefär 68 000 kronor var. Återstående 871 läkare, motsvarande 28 % av hela antalet, redovisade nettoskulder, som sammanlagt uppgick till drygt

11·5 miljoner kronor eller ungefär 13 200 kronor var. Samtliga läkare hade alltså, sedan skulderna frånräknats, en av taxeringsmyndigheterna fastställd förmögenhet av drygt 138·5 miljoner kronor eller i medeltal 45 200 kronor för varje läkare. Såsom framgår av den ekonomiska utredningen sker övergång från minus till plus i avseende å förmögenhet för läkarnas del i regel i åldern 40—50 år.

I stort sett kan man anta, att några avgörande förändringar i läkarnas inkomstförhållanden ej inträtt åren 1942—1947. Tendensen torde dock ha varit stigande. Den ovan intagna tabellen är föråldrad i vad den avser underordnade läkare vid lasarett, sinnessjukhusläkare och vikarierande läkare. För samtliga dessa grupper eller i desamma ingående underavdelningar har statsmakterna och svenska landstingsförbundet fastställt förmånligare ersättningsbestämmelser än som gällde år 1942. 1947 års riksdags beslut om antagande av nya löneplaner har lett till en väsentligt förbättrad löneställning för åtskilliga i tabellen upptagna läkare.

Som av den ekonomiska utredningen framgår har det av utrymmeshänsyn betingade sammanförandet av läkarna till förhållandevis stora grupper medfört, att tabellen måste betecknas som i vissa avseenden missvisande. Exempelvis har under rubriken tuberkulosläkare sammanförts bl. a. 38 överläkare med ett belopp »att taxera till statlig inkomst- och förmögenhetsskatt» av i medeltal 25 900 kronor med 14 underläkare med ett motsvarande taxeringsbelopp av i medeltal 8 600 kronor. Enahanda missvisning gör sig starkt gällande även beträffande grupperna sinnessjukhusläkare, teoretici och privatpraktiserande läkare.

Vad i den ekonomiska utredningen anförts ger vid handen, att den svenska läkarkåren att döma av dess egna uppgifter till 1943 års taxering i stort sett har efter svenska mått goda inkomster. Frågan huruvida de skall anses för små, lämpligt avvägda eller överdrivet stora kommer uppenbarligen att besvaras efter vars och ens allmänna inställning till problemet om lämpligaste inkomstfördelning i samhället. En annan sak är om siffrorna skall anses alltigenom fullt motsvara verkligheten. Denna fråga dryftas närmare i den ekonomiska utredningen.

I 1942 års inkomstsiffror förekom avsevärda diskrepanser mellan utövare av olika specialiteter. Som exempel må anföras siffrorna för deklarerad medelnettoinkomst för följande grupper: dels provinsialläkare 20 900, överläkare vid sinnessjukhus 20 100 och privatpraktiserande specialister 20 500, dels lasarettsläkare vid odelat lasarett 29 400 och dels gruppen röntgenläkare vid delat lasarett 36 300 kronor. Dessa skillnader synes oss icke vara sakligt berättigade.

Den ekonomiska utredningen visar, att läkarnas omkostnader för sin yrkesverksamhet i stort sett är höga. Dessa kostnader gäldas enligt nuvarande ordning väsentligen i sista hand av sjuka, ofta ekonomiskt mindre välställda människor.

För *provinsialläkarstaten* gäller i huvudsak följande ersättningsföreskrifter.

Förste provinsialläkare åtnjöt intill den 1 juli 1947 avlöning enligt lönegrad A 30 i civila avlöningsreglementet. Detta innebar en årslön i 30 löneklassen på lägsta residensstadsdyrort (C-ort) av 13 784 kronor. På högsta dyrort blev avlöningen enligt 33 löneklassen 16 623 kronor. Vid uppnådda 65 levnadsår och 25 tjänstår ägde förste provinsialläkare åtnjuta pension med 8 016 kronor för år, vartill kom rörligt tillägg och kristillägg.

Enligt de nya avlöningsbestämmelser, som trätt i kraft den 1 juli 1947, åtnjuter förste provinsialläkare ersättning efter löneklass 33 i statens löneplansförordning med för närvarande 16 440 kronor per år i tredje ortsgruppen och 17 256 kronor per år i femte ortsgruppen, vartill kommer ålderstillägg. Begynnelseunderlaget för pension är enligt 1947 års allmänna tjänstepensionsreglemente 9 912 kronor.

Härutöver äger förste provinsialläkare åtnjuta ersättning med av Kungl. Maj:t fastställt årligt belopp för bestridande av kostnader för expeditionslokal samt skrivhjälp och andra expenser. Dessa belopp varierar under budgetåret 1946/47 mellan högst 2 700 kronor och lägst 900 kronor.

Tjänstebostad och expeditionslokal har förste provinsialläkare att själv ombesörja.

Som vi framhållit i redogörelsen för administrativa förhållanden är dessa läkares deltagande i landstingens hälso- och sjukvårdsberedningars arbete av väsentligen olika omfattning i olika landstingsområden. En klar tendens föreligger att vidga förste provinsialläkarnas deltagande i landstingens hälso- och sjukvårdsarbete. Härför åtnjuter de i regel någon ersättning av landstinget. Denna varierar för närvarande mellan 600 och 8 000 kronor (se bil. 18 a).

Det må i detta sammanhang nämnas, att landssekreteraren O. Åkesson i ett den 9 mars 1946 dagtecknat betänkande angående rationalisering av länsstyrelsernas arbetssätt m. m., framfört tanken, att landstingen måhända borde generellt bereda förste provinsialläkarna någon lönefyllnad. Till detta förslag återkommer vi i det följande.

Med undantag för förste provinsialläkaren i Gotlands län, vilken tillika är provinsialläkare i Visby distrikt, utövar förste provinsialläkarna icke allmän läkarpraktik i större omfattning. Deras inkomster utöver de ovan nämnda utgöres till följd av nu angivna förhållanden i huvudsak av *dels* ersättningar för besiktningar av minderåriga arbetare jämlikt lagen om arbetarskydd den 29 juni 1912, *dels ock* ersättningar enligt provinsialläkartaxan för särskilda tjänsteförrättningar.

För läkarundersökning och besiktning av minderåriga arbetare utgår enligt en kungörelse den 31 december 1912 ersättning enligt särskild taxa. Denna tillerkänner läkaren, förutom resekostnadsersättning, arvode med högst 2 kronor eller i vissa fall högst 3 kronor för varje undersökt minderårig. Det må framhållas, att ifrågavarande slag

av gottgörelse erlägges av arbetsgivaren. 1938 års arbetarskyddskommitté har framlagt förslag rörande organisationen av tillsynen å arbetarskyddslagstiftningen (SOU 1946: 88), vilka torde komma att medföra ändrad ställning för förste provinsialläkarna i avseende å deras befattning med tillsynen av efterlevnaden av arbetarskyddslagen.

En väsentlig del av förste provinsialläkarens tid bör åtgå för inspektioner av hälso- och sjukvården inom länet. För dylika tjänstförrättningar utgår ersättning enligt 14 § provinsialläkartaxan den 18 juni 1926 (nr 240).

En redogörelse för innehållet i denna paragraf och mot densamma framförd kritik har vi lämnat i bil. 27 samt i kap. 16.

Vilka inkomster, som förste provinsialläkarna uppburit under 1942 enligt i huvudsak nu återgivna föreskrifter och avtal, framgår av den ekonomiska utredningen.

Diskretionshänsyn har nödgat oss att i denna utredning sammanföra siffrorna för förste provinsialläkare med siffrorna för de förste stadsläkare, som är jämställda med förste provinsialläkare. Denna nödtvungna åtgärd föranleder att medeltalssiffrorna för hela gruppen blir högre än för endast förste provinsialläkare. Medelnettoinkomsten av läkarverksamhet uppgick för hela gruppen till 25 000 kronor med en minimiinkomst av 16 000 kronor och en maximiinkomst av 40 800 kronor. Medianen för bruttoinkomst utgjorde 24 800 kronor, den nedre kvartilen 19 700 kronor och den övre kvartilen 29 600 kronor. Rörelseavdragen för hela gruppen uppgick i medeltal till 2 400 kronor. Denna relativt höga siffra torde sammanhänga med att de ovan omnämnda ersättningarna för expenser för flertalet förste provinsialläkare ej förslår att täcka utgifterna.

Den allmänna uppfattningen är, att förste provinsialläkare har en lägre inkomststandard än provinsialläkare. De nyss återgivna siffrorna ger ej belägg för denna uppfattning, men detta sammanhänger, som vi nyss antytt, med att till förste provinsialläkare hänförts även vissa förste stadsläkare med förhållandevis höga inkomster.

Biträdande förste provinsialläkare åtnjuter för sin skyldighet att, då förste provinsialläkaren är i tjänsteärende frånvarande från residensstaden under mer än ett dygn, handlägga denne åliggande löpande ärenden, vilka icke tål uppskov, ett arvode av varierande storlek. Under budgetåret 1946/47 utgör arvodet lägst 300 kronor och högst 1 000 kronor. Frånsett detta arvode, som alltså utgör ett slags beredskapsersättning, är biträdande provinsialläkarnas ekonomiska ställning fullt jämförlig med övriga provinsialläkares eller stadsläkares. Vi återkommer längre fram med förslag om effektivisering av biträdande provinsialläkarinstitutionen.

Provinsialläkare åtnjöt intill den 1 juli 1947 avlöning enligt en i 59 § civila avlöningsreglementet intagen löneplan. Vid utarbetandet av densamma utgick man (år 1939) från, att årliga nettoinkomsten av ett normaldistrikt borde uppgå till 16 000 kronor. Enligt en av dåvarande förste byråsekreteraren hos medicinalstyrelsen I. Flygare utarbetad promemoria utgjordes den

sammanlagda nettoinkomsten för provinsialläkare åren 1936 och 1937 till 25 % av praktikinkomster enligt provinsialläkartaxan, till 56 % av provinsialläkarlön och till 19 % av löner och arvoden för bitjänster. Med målet att uppnå nyssnämnda medelnettoinkomst av 16 000 kronor för ögonen uppdelade man (år 1939) löneplanen i fyra lönegrupper, avsedda att möjliggöra en differentiering efter graden av distriktens svårsköttthet samt storleken av påräkneliga praktikinkomster. Lägsta lönebelopp i lönegrupp I utgjorde 7 725 kronor och högsta lönebelopp i lönegrupp IV 12 360 kronor. Till dessa belopp kom rörligt tillägg och kristillägg, men å andra sidan avgick pensionsavdrag med ett årligt belopp av i genomsnitt 741 kronor.

Från 1 juli 1947 åtnjuter provinsialläkare avlöning enligt löneplan nr 3 i statens löneplansförordning. Den sammanlagda årslönen blir i löneklass 1 och lönegrupp I 11 952 kronor och i löneklass 4 och lönegrupp IV 18 156 kronor. Pensionsavdrag verkställes som bekant icke på lönen enligt de nya bestämmelserna.

Provinsialläkare är skyldig att mot särskild ersättning bestrida befattning eller uppdrag såsom läkare vid sjukvårdsanstalt inom distriktet, vilken tillhör eller åtnjuter bidrag av staten, landsting eller kommun, vid distriktsdispensär samt vid annan statsunderstödd inrättning för förlossningsvård inom distriktet än barnbördsavdelning vid lasarett. Provinsialläkare är jämväl skyldig att biträda vid förebyggande mödra- och barnavård inom distriktet. Kan överenskommelse ej träffas om ersättning för befattning eller uppdrag, varom här är fråga, skall ersättningen bestämmas av medicinalstyrelsen.

De ersättningsföreskrifter, som gäller för de olika grenarna av provinsialläkarnas verksamhet, är så många och olikartade, att vi funnit oss böra återge dem i bil. 18 a. Självfallet måste tillämpningen av en sådan mängd föreskrifter taga mycket av den enskilde läkarens tid från hans väsentliga arbetsuppgifter.

För andra hälso- och sjukvårdande åtgärder än de i bilagan angivna erhåller provinsialläkare ersättning enligt provinsialläkartaxan.

Där särskild bostad är av provinsialläkardistriktet eller däri ingående kommun eller kommuner anordnad för provinsialläkaren och godkänd av länsstyrelsen, är provinsialläkaren skyldig att förhyra densamma. Hyran fastställs genom överenskommelse eller, om sådan ej kan träffas, av länsstyrelsen. Om statsbidrag utgått till bostadens uppförande, får hyran ej sättas högre än till 1 800 kronor för år. På landsbygden är det regel, att bostad sålunda tillhandahålles provinsialläkaren. Där stationeringsorten är stad, är förhållandet det omvända. Undantag förekommer både på landsbygd och i stad.

Under tiden 1922—1935 utgick statsbidrag till huvudman för anordnande av provinsialläkarbostäder enligt en kungörelse den 2 december 1921 (nr 687). Från och med år 1936 inskränktes rätten att erhålla statsbidrag

till rikets ödemarksområden. I 1947 års statsverksproposition har förslag förelagts riksdagen, att de äldre bestämmelserna skulle återupplivas för provinsialläkarbostäder, som påbörjats efter 1946 års ingång, dock endast för skattetyngda kommuner.

Om provinsialläkarbostad kostnadsfritt upplåtits åt provinsialläkaren, skall tillhandahållande av mottagningsrum och bostadsutrymme ske utan ersättning.

Provinsialläkare var före den 1 juli 1947 berättigad till pension efter ett tjänstepensionsunderlag av 7 020 kronor för år. På detta belopp utgick rörligt tillägg och kristillägg med tillhopa 31 procent. Liksom för förste provinsialläkare är begynnelseunderlaget för pension enligt 1947 års allmänna tjänstepensionsreglemente 9 912 kronor. Pensionsåldern inträder vid utgången av den kalendermånad, under vilken vederbörande uppnått 63 års ålder. För full pension erfordras — liksom för förste provinsialläkare — 25 tjänstår.

Provinsialläkare vid sjukstugor erhåller i regel på huvudmannens bekostnad både mottagningslokal — förlagd till sjukstugan — erforderligt biträde vid mottagningen, instrumentarium och förbrukningsmaterial. Övriga provinsialläkare får i flertalet fall anskaffa biträde, instrument och förbrukningsmaterial på egen bekostnad.

Enligt den ekonomiska utredningen uppgick provinsialläkarnas deklarerade bruttoinkomster av läkarverksamhet år 1942 till sammanlagt omkring 8·2 miljoner kronor. I medeltal uppgick bruttoinkomsten för en läkare till 25 730 kronor; minimum utgjorde 9 700 kronor och maximum 50 100 kronor, under det medianen var 25 200 kronor.

Provinsialläkarnas omkostnader för läkarverksamhetens bedrivande uppgick till sammanlagt omkring 1·5 miljoner kronor. De varierade mellan 0 kronor och 17 400 kronor. I medeltal uppgick omkostnaderna till 4 690 kronor per läkare, och medianen utgjorde 4 000 kronor.

Nettoinkomsterna av läkarverksamhet uppgick i medeltal till 21 040 kronor per läkare med ett minimum av 8 800 kronor och ett maximum av 45 100 kronor. Medianen utgjorde 20 300 kronor.

Av nettoinkomsten härrörde 25 % från praktik, 54 % från provinsialläkarlön, 20 % från löner och arvoden av bitjänster samt 1 % från militäravlöning. Överensstämmelsen med den tidigare gjorda undersökningen, se sid. 121, är som synes påtaglig.

Av intresse har varit att sätta provinsialläkarnas deklarerade nettoinkomst av läkarverksamhet i relation till distriktens storlek. Jämförelsen avser den nettoinkomst 317 ordinarie provinsialläkare förvärvat av läkarverksamhet 1942. Dessa läkare innehade 92 % av samtliga tjänster, medan 8 % av tjänsterna var vakanta längre tid under året. Den övre tabellen sid. 123 utvisar fördelningen efter läkarnas inkomst och distriktens folkmängd. Den

Ordinarie provinsialläkare, fördelade efter distriktens invånarantal vid 1942 års utgång och läkarnas deklarerade nettoinkomst av läkarverksamhet 1942.

Antal invånare i distrikten (1 000-tal)	Antal läkare med nedanstående nettoinkomst (1 000-tal kr) och vidstående invånarantal												
	7–10	10–13	13–16	16–19	19–22	22–25	25–28	28–31	31–34	34–37	37–40	över 40	Summa distrikt
2— 3....	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	2
3— 4....	—	—	—	4	2	2	—	—	—	—	—	—	8
4— 5....	—	—	4	5	3	3	—	1	—	—	—	—	16
5— 6....	—	2	4	1	5	1	—	2	1	—	1	1	18
6— 7....	1	3	2	11	5	6	3	1	1	1	—	—	34
7— 8....	1	2	3	12	6	7	2	1	—	—	—	—	34
8— 9....	1	—	1	6	10	6	3	1	—	1	—	—	29
9—10....	—	—	1	5	7	9	4	1	3	—	—	—	30
10—11....	—	—	2	4	8	4	2	2	—	—	—	1	23
11—12....	1	—	5	6	5	5	—	—	—	—	—	—	22
12—13....	1	1	1	3	4	2	2	2	1	1	—	—	18
13—14....	—	2	1	3	6	3	3	2	—	—	—	—	20
14—15....	—	—	1	3	2	2	—	—	—	1	—	—	9
15—20....	—	1	2	7	8	12	1	—	—	—	1	—	32
20—25....	—	—	—	3	3	3	—	2	—	1	—	—	12
25—30....	—	—	1	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3
30—35....	—	—	—	—	2	1	—	—	—	—	—	—	3
35—40....	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1
okänt.....	—	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—	—	3
Summa	**5**	**12**	**28**	**75**	**78**	**67**	**22**	**15**	**6**	**5**	**2**	**2**	**317**

Ordinarie provinsialläkares deklarerade nettoinkomst av läkarverksamhet 1942 efter distriktens invånarantal vid utgången av år 1942 (median, minimum och maximum).

Antal invånare i distrikten (1 000-tal)	Antal läkare, för vilka nettoinkomsten är		Nettoinkomst i distrikt, där denna är känd		
	känd	okänd	Median kr.	Minimum kr.	Maximum kr.
högst 4.....	10	—	20 050	16 800	24 800
4— 5.....	16	—	18 550	13 800	29 300
5— 6.....	18	3	19 250	10 900	45 100
6— 7.....	34	3	19 000	8 800	35 000
7— 8.....	34	2	18 700	9 100	28 500
8— 9.....	29	3	20 800	9 000	34 500
9—10.....	30	3	22 550	14 200	33 100
10—11.....	23	2	20 300	15 000	42 400
11—12.....	22	2	18 700	9 400	25 000
12—13.....	18	2	20 800	8 800	34 300
13—14.....	20	—	20 250	11 400	28 600
14—15.....	9	—	20 700	15 900	34 400
15—20.....	32	2	21 300	10 900	38 000
20—25.....	12	1	21 600	17 000	34 300
över 25.....	7	2	22 000	15 700	25 400
okänt.....	3	1	18 200	11 200	26 600
Summa	**317**	**26**	**20 300**	**8 800**	**45 100**

Ordinarie provinsialläkares fördelning på distrikt med högst 10 000 invånare och med över 10 000 invånare efter deklarerad nettoinkomst av läkarverksamhet 1942.

Nettoinkomst kronor	Ordinarie provinsialläkare i distrikt med invånarantal					
	högst 10 000		över 10 000		totalt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
högst 16 000	25	15	19	13	44	14
16 100—19 000	44	26	30	21	74	24
19 100—22 000	40	23	38	27	78	25
22 100—25 000	34	20	33	23	67	21
över 25 000	28	16	23	16	51	16
Totalt	**171**	**100**	**143**	**100**	**314**	**100**

Som jämförelse med tabellernas medianvärden ges här de aritmetiska medeltalen. Nettomedelinkomsten av läkarverksamhet för samtliga 317 läkare är 20 930 kronor. Läkare i 26 distrikt med högst 5 000 invånare (därav 2 läkare i distrikt med 2 000—3 000 invånare) har i medeltal 19 530 kronor, 145 läkare i distrikt med 5 000—10 000 invånare har 20 940 kronor, 92 läkare i distrikt med 10 000—15 000 invånare har 21 000 kronor, 32 läkare i distrikt med 15 000—20 000 invånare har 21 200 kronor och 12 läkare i distrikt med 20.000—25 000 invånare har i medeltal 22 840 kronor deklarerad nettoinkomst. Även om medelinkomsterna för varje grupp av distrikt visar tendens att något öka med stigande invånarantal, påverkar dock det sistnämnda icke avgörande nettoinkomsten. Bidragande faktorer är bl. a. olika ålderssammansättning och sjuklighet hos befolkningen, olika tillgång till andra läkare i eller i närheten av distrikten, de enskilda läkarnas varierande effektivitet, olika omkostnader för att förvärva inkomsten, den med hänsyn till distriktens olika »svårighetsgrad» genomförda differentieringen av grundlönerna.

Provinsialläkarnas absoluta och relativa fördelning efter inkomstklass och distrikt med högst 10 000 invånare respektive distrikt med över 10 000 invånare framgår av den sista av ovanstående tabeller. Denna visar, att såväl läkare med låg inkomst (högst 16 000 kronor) som läkare med hög inkomst (över 25 000 kronor) är relativt lika talrika i båda distriktsgrupperna. Läkarna med nettoinkomster mellan 19 100 och 25 000 kronor utgör dock 43 % av samtliga läkare i distrikt med högst 10 000 invånare mot 50 % i distrikt med över 10 000 invånare, en skillnad, som torde få betraktas som slumpmässig.

undre tabellen sid. 123 anger median, minimum och maximum för inkomsterna i distrikt med olika folkmängd.

Extra provinsialläkare åtnjuter numera enligt en mellan Sveriges läkarförbund och landstingens centrala lönenämnd våren 1945 träffad överenskommelse ett arvode av 5 500 kronor för år jämte rörligt tillägg enligt svenska landstingsförbundets normer. Härav utgör 1 500 kronor statsbidrag, medan återstoden betalas av huvudmannen, som i regel är landstinget. Extra provinsialläkare uppbär härjämte ett semesterarvode av 450 kronor för år jämte rörligt tillägg, varjämte han är berättigad till ersättning vid sjukdom och militär beredskapstjänstgöring enligt vederbörande landstings tjänstereglemente. Extra provinsialläkare skall vara skyldig bebo anvisad tjänstebostad, därest den årliga hyran för densamma icke överstiger 1 800 kronor.

Att märka är, att nu återgivna bestämmelser gäller endast för extra provinsialläkartjänster, som inrättats efter ingående av nyssnämnda avtal. Dessförinnan hade extra provinsialläkarna det på många håll sämre i fråga om avlöning.

Enligt reglementet för statens pensionsanstalt är extra provinsialläkare berättigad till pension vid 65 års ålder efter ett pensionsunderlag av 6 000 kronor. För hel tjänstepension fordras 30 tjänsteår. Familjepensionsunderlaget är 1 500 kronor. Extra provinsialläkares årliga tjänstepensionsavgift är 4½ % av tjänstepensionsunderlaget. Huvudmannen erlägger ett motsvarande belopp. Fr. o. m. ingången av år 1948 skall huvudmannen erlägga hela avgiften. Den årliga familjepensionsavgiften är för manlig extra provinsialläkare 20 % av familjepensionsunderlaget.

För extra provinsialläkare gäller i övrigt provinsialläkartaxan samt de ersättningsföreskrifter, som redovisats för provinsialläkare.

Enligt den ekonomiska utredningen uppgick extra provinsialläkarnas deklarerade bruttoinkomst av läkarverksamhet år 1942 till i medeltal 24 800 kronor. Deras omkostnader för verksamhetens bedrivande översteg i medeltal provinsialläkarnas och uppgick, också i medeltal, till 5 800 kronor. Nettoinkomsten av läkarverksamhet uppgick alltså i medeltal till 19 000 kronor eller drygt 2 000 kronor mindre än motsvarande siffra för de ordinarie provinsialläkarna.

Föreskrifterna om anställnings- och avlöningsförmåner för *stads-, stadsdistrikts-, köpings- och municipalläkare* ger bilden av en höggradigt vildvuxen flora. Gemensamma principer synes knappast kunna uppletas, utan snart sagt varje samhälle har sina regler för sig. En tablå över de avlöningsförmåner, som i början av år 1930 utgick till ifrågavarande läkare, finns intagen i det av särskilda sakkunniga den 15 oktober 1932 avgivna betänkandet med utredning och förslag angående de civila tjänsteläkarnas ställning i städer och stadsliknande samhällen (SOU 1932: 23). Vi hänvisar till denna tablå och har till komplettering av densamma i bil. 22 lämnat uppgifter om villkoren för vissa kommunala tjänster, som nyreglerats på senaste tid.

Avlöningar och fastare arvoden för de kommunalt anställda läkarna varierar från 500 kronor utan dyrtids- eller annat tillägg till belopp av över 30 000 kronor; det sistnämnda en summa, som vida överstiger vad staten och landstingen ur egen kassa betalar sina läkare. Ålderstillägg förekommer ibland icke alls, stundom med många och ganska avsevärda belopp. Pensionsfrågorna är på många håll högst otillfredsställande eller alls icke ordnade; ibland förekommer både tjänste- och familjepension, ibland endast endera slaget av pension och stundom saknas föreskrifter om pension helt. Ersättning från huvudmannen till tjänsteläkaren för telefonkostnader och annonseringskostnader utgår ibland men ej alltid. Detsamma är förhållandet med arvode för jourtjänst. Bostad och mottagningslokal tillhandahålles i vissa fall kostnadsfritt av kommunen; i andra fall gäller detta endast mottagningslokalen. Stundom utgår hyresbidrag med från fall till fall varierande belopp; i flertalet fall får läkaren själv ombesörja både bostad och mottagnings-(expeditions-)lokal. Semester utgår i vissa fall icke, i andra fall varierar

den mellan 24 och 45 dagar. Semesterarvodet utgår, där det förekommer, ibland med visst belopp för semesterdag, ibland med visst belopp för år, och ibland med varierande belopp till förordnade vikarier. Den kommunala tjänsteläkaren är stundom skolläkare, medan denna syssla ej sällan anförtrotts annan läkare. I förra fallet utgår ersättningen i vissa fall enligt de statliga normerna, i andra åter enligt särskilda av kommunen fastställda regler.

Att inkomsterna för stads-, stadsdistrikts-, köpings- och municipalläkare med dessa ytterst olikartade ersättningsföreskrifter varierar kraftigt är självklart. Bruttoinkomsterna utgjorde enligt den ekonomiska utredningen år 1942 i medeltal 32 470 kronor med en medianinkomst av 31 800 kronor. Lägsta bruttoinkomsten för denna grupp var 9 300 kronor och den högsta 66 800 kronor.

Rörelseavdragen varierade mellan 0 och 18 600 kronor. I medeltal uppgick de till 6 980 kronor, medan deras medianvärde var 6 300 kronor.

Nettoinkomsterna av läkarverksamhet låg mellan 4 300 kronor och 52 000 kronor med en medelinkomst av 22 600 kronor. Medianen för dessa inkomster var 21 800 kronor. 5 % av hela gruppen hade en nettoinkomst av högst 10 000 kronor, 9 % från 10 000 till 15 000 kronor samt 71 % en nettoinkomst från 15 000 till 30 000 kronor. För återstående 17 % av gruppen låg inkomsterna vid eller över 30 000 kronor.

Den som bil. 14 tryckta överenskommelsen i maj 1945 mellan landstingens centrala lönenämnd och svenska lasarettsläkarföreningen angående mottagningar för öppen sjukvård på lasarett har den 27 juni 1947 prolongerats att gälla till den 31 december 1949. Den till överenskommelsen hörande tjänsteförteckningen skall dock fr. o. m. den 1 januari 1948 bl. a. upptaga även lasarettsläkare vid landstingsanstalter, vilka skall äga åtnjuta avlöning (bruttolön) enligt 30 lönegraden, innebärande en grundlön, varierande mellan 12 216 kronor i lägsta och 13 848 kronor i högsta dyrort, jämte tre ålderstillägg på vartdera 560 kronor. Rörligt tillägg utgår på lön enligt löneplanen efter samma grunder, som gäller för statens befattningshavare (f. n. 12 %). Där familjebostad ställes till förfogande skall befattningshavaren vara skyldig bebo densamma mot erläggande av hyra efter i överenskommelsen fastställda grunder.

Det bör framhållas, att bestämmelserna i nyssnämnda avtal är att uppfatta som minimibestämmelser och att åtskilliga lasarettsläkare är tillförsäkrade högre förmåner. Vi bortser här och i det följande från lasarettsläkare som tillika i egenskap av lärare tillhör medicinsk fakultet.

Lasarettsläkare är berättigad till pension från statens pensionsanstalt enligt i huvudsak samma regler, som gäller för extra provinsialläkare. Undantagna från delaktighet i pensionsanstalten är dock läkarna vid de kommunala sjukvårdsinrättningarna i Stockholm, vid Stockholms stads och läns sjukhus Eira, vid sjukhusen i Uppsala och Lund samt överläkarna vid av

Stockholms stad underhållen vårdanstalt för lungtuberkulösa och vid de sanatorier, som äges av Konung Oscar II:s jubileumsfond.

Både från lasarettsläkarna och deras huvudmän har rests krav på förbättrade lasarettsläkarpensioner. Därvid har särskilt påyrkats sänkning av antalet för hel pension erforderliga tjänstår; man har ansett att en lasarettsläkare numera ej utnämnes i sådan tid, att han hinner intjäna 30 tjänstår. Det bör framhållas, att de särskilda landstingen i allmänhet frivilligt förbundit sig att utfylla lasarettsläkarnas pensioner i fall, där erforderligt antal tjänstår ej kunnat uppnås.

Utöver den fasta lönen åtnjuter de flesta lasarettsläkare inkomster av öppen vård, som närmare behandlats i den ekonomiska utredningen, till vilken vi hänvisar. Därjämte avlöses allt flera lasarettsläkare från rättigheten att uppbära frivilligt tillbjudet arvode från patienter på hel- eller halvenskilt rum genom s. k. evalveringsersättningar. Evalveringsfrågans nuvarande läge belyses i en den 13 november 1945 dagtecknad redogörelse från svenska landstingsförbundets byrå, intagen som bil. 28.

Det bör framhållas, att det förbud för lasarettsläkare att motta frivilligt tillbjuden ersättning, som är kärnan i evalveringsersättningen, icke innebär en direkt besparing för patienterna. Vid genomförande av evalvering brukar nämligen huvudmannen höja vårdavgifterna för enskilda och halvenskilda rum med belopp, som för år räknat beräknas ungefär motsvara vad huvudmannen skall utge till läkaren i evalveringsersättning. Ur patientens synpunkt kan evalvering alltså sägas innebära en ändrad uppbördsform på det sätt, att vad han tidigare haft att erlägga till läkaren enligt rådgivande taxa i stället får erläggas till sjukhuskontoret enligt räkning. En sådan förändring har av patienterna ansetts mycket önskvärd.

Lasarettsläkarnas inkomster framgår av den ekonomiska utredningen. Ur densamma må här endast anföras, att lasarettsläkare vid delade lasarett har avgjort större inkomster än lasarettsläkare vid odelade. Medan bruttoinkomsten för den förra gruppen under år 1942 uppgick till i medeltal 39 300 kronor, utgjorde den för den senare gruppen i medeltal 30 500 kronor. Lasarettsläkarnas omkostnader för läkarverksamhetens bedrivande är i allmänhet måttliga, men enstaka läkare i de tre största städerna med mycket höga omkostnader förrycker i viss mån statistiken. För lasarettsläkare vid delade lasarett utgjorde riksmedeltalet för ifrågavarande avdrag 3 900 kronor. Medianvärdet, vilket som bekant eliminerar de högsta siffrorna, är dock för hela landet endast 1 500 kronor. Av de 240 i utredningen ingående läkarna har 18 ej påyrkat avdrag för omkostnader, och ett hundratal har yrkat avdrag med belopp av högst 900 kronor. För lasarettsläkare vid delade lasarett är medeltalet för rörelseavdrag 1 100 kronor och medianen 600 kronor. Av 59 i undersökningen ingående sådana läkare har ej mindre än 44 yrkat avdrag med belopp av högst 900 kronor.

Nettoinkomsten av läkarverksamhet utgjorde i medeltal för år 1942 för lasarettsläkare vid delat lasarett 35 400 kronor och för lasarettsläkare vid odelat lasarett 29 400 kronor.

Beträffande inkomstförhållanden för övriga läkare med tjänstemannaställning, nämligen *underordnade läkare vid lasarett, tuberkulosläkare, sinnessjukhusläkare, militärläkare, teoretici och vikarierande läkare,* hänvisar vi till den ekonomiska utredningen.

De *privatpraktiserande läkarna,* som icke samtidigt innehar tjänst, har i den ekonomiska utredningen uppdelats i två huvudgrupper, nämligen de, som är födda före 1877, och de, som är födda detta år eller senare. Den förra gruppen erbjuder för vår uppgift mindre intresse. De yngre privatpraktiserande har vid bearbetningen uppdelats på allmänpraktiker — 266 läkare — och specialläkare — 251.

För allmänläkarna bland privatpraktici uppgick bruttoinkomsten år 1942 till i medeltal 18 800 kronor. För specialläkarna åter var motsvarande siffra 29 100 kronor.

Av särskilt intresse när det gäller de privatpraktiserande är avdragen för omkostnader för läkarverksamheten. En av styrelsen för Sveriges privatpraktiserande läkares förening den 9 december 1944 gjord uppskattning av dessa omkostnader har redovisats under b) i bil. 23. Därefter har styrelsen för denna förening i annat sammanhang verkställt en utredning, som åberopats av Sveriges läkarförbund i ett yttrande. Enligt denna utredning har kostnaderna i början av år 1946 för en allmänläkare beräknats till nedanstående belopp; för en privatpraktiserande specialläkare blir beloppen högre.

Utrustningskostnaderna består av kostnaderna för instrumentutrustning, för viss specialapparatur och för möbler, armatur m. m. för praktiklokalen. Instrumentutrustningen har av de privatpraktiserande läkarnas förening beräknats kosta 9 685 kronor. I densamma ingår då ett mikroskop (1 000 kronor), en kolorimeter (280 kronor), en glasögonlåda (200 kronor), 20 peanger (225 kronor), 25 rekordsprutor (189 kronor), en elektrisk torrsterilisator (276 kronor), en undersökningssoffa med tillbehör (402 kronor) samt ett enkelt operationsbord (215 kronor). Att en allmänpraktiker behöver både de uppräknade artiklarna och de övriga instrument, som tillsammans med de förra drar den angivna kostnaden, därom råder icke delade meningar.

Specialapparaturen har av de privatpraktiserande läkarnas förening angivits som en röntgenapparat med tillbehör (5 200 kronor) och en elektrokardiograf med tillbehör (2 100 kronor). Ehuru, som vi i annat sammanhang framhållit, delade meningar råder, huruvida en allmänläkare bör använda sådan apparatur, anser vi för vår del att den bör ingå i den moderna, för dylikt ändamål utbildade allmänläkarens standardutrustning.

Kostnaderna för mottagningslokalens möblering etc. har beräknats till 2 014 kronor.

Sammanlagda utrustningskostnaderna har på detta sätt ansetts belöpa sig till 19 000 kronor. Med en beräknad årlig värdeminskning av 10 % blir årskostnaden för mottagningens utrustning alltså 1 900 kronor.

Driftkostnaderna för en allmänpraktikers mottagning har av Sveriges praktiserande läkares förening beräknats på följande sätt:

	Kronor	Kronor
1) apoteksvaror, reagens, laboratorieutensilier inklusive film för röntgen och elektrokardiograf		1 000
2) hyra för mottagningslokal om fyra rum (undersökningsrum, behandlingsrum, laboratorierum och väntrum) med tambur		2 000
3) löner:		
a) mottagningssköterska	4 800	
b) biträde	800	
c) städerska	600	6 200
4) diverse utgifter:		
a) lyse, kraft, gas	250	
b) journalkort, receptblock, blanketter, porto etc.	250	
c) telefoner	250	
d) brand- och skadeståndsförsäkringar	50	
e) avgift för kontroll av röntgenanläggningen	50	
f) reparation och underhåll, mindre nyanskaffningar	100	
g) tvätt av linne etc. för mottagningen	200	
h) rengöringsmedel	100	1 250
Summa driftkostnader		10 450

Sveriges praktiserande läkares förening anser alltså, att de årliga kostnaderna för en allmänpraktikers mottagning utgör 12 350 kronor. Ehuru vi för vår del finner flera av de i kalkylen ingående posterna lågt upptagna, anser vi oss kunna godta beräkningen.

Enligt den ekonomiska utredningen uppgick de privatpraktiserande läkarnas omkostnader för läkarverksamheten 1942 i medeltal till, för allmänläkare 6 900 kronor och för specialläkare 8 600 kronor. Att de deklarerade omkostnaderna så väsentligt understiger vad privatpraktikernas förening ansett normalt har flera orsaker. Omöjlighet att erhålla lämplig våning och erforderligt biträde kan i många fall ha spelat in. En i många fall avgörande faktor kan antagas vara, att vederbörande icke haft möjlighet att skaffa pengar till den utrustning, han ansett önskvärd, eller — om möjligheten funnits — icke vågat göra för en privatperson så pass betydande investeringar, som denna utrustning skulle ha krävt. Slutligen är det sannolikt, att många läkare icke gör de avdrag för rörelsen, vartill de är berättigade.

Till nu angivna kostnader bör läggas kostnaderna för egen och familjens pensionering. Frekvensen av utgifter för detta ändamål och deras belopp framgår av den ekonomiska utredningen. Då denna utvisar, att en avsevärd underförsäkring i förevarande avseende ofta föreligger, har vi från direktören i ömsesidiga försäkringsanstalten Salus begärt och erhållit en beräkning av de årskostnader, en enligt vår mening tillfredsställande pensionsförsäkring skulle dra.

I denna kalkyl framhålles till en början, att familjepension för en tjänsteman är konstruerad på ett sätt, som icke kan tillämpas på frivilliga försäkringar. En frivilligt tecknad änkepension utgår endast till den hustru, till vars förmån den är tecknad; om hon dör och mannen gifter om sig, får han teckna en ny överlevelseränta för den nya

hustrun. Någon sådan restriktion finns ej i tjänstemännens pensionsförsäkring. Även i övrigt företer tjänstemännens pensioner vissa drag, som försäkringsbolagen icke utan betydligt besvär kan ansluta en beräkning till.

Förutsättningen för Salus' kalkyl är, att försörjarens ålder nästa födelsedag är 35 år och att egenpension skall utgå efter 30 år, alltså vid 65 års ålder, samt att makan är tre år yngre och att barnen är två, i åldern fem och tre år. I kalkylen har vidare inräknats sjukförsäkring till försörjaren att utgå efter mer än 10 dagars sjukdom.

Under dessa förutsättningar beräknas pensionsförsäkringen dra följande kostnader:

egenpension	kr. 8 820,	årskostnad kr.	2 373
änkepension	» 3 265,	» »	1 112
för första barnet	» 1 630,	» »	118
» andra »			
» ytterligare barn	» 650,	» »	54
	sammanlagd årskostnad kr.		3 657

Om man eftersträvar rörligt tillägg och kristillägg, motsvarande vad som utgår till befattningshavare i statens tjänst i december 1946, ökas kostnaderna sålunda:

för försörjaren	kr. 1 860,	årskostnad kr.	497
» änkan	» 1 010,	» »	344
» barnen tillsammans ..	» 710,	» »	64
	sammanlagd tilläggskostnad kr.		905

För premiebefrielse från ovanstående premier vid sjukdom, som överstiger 10 dagar, tillkommer en årlig kostnad av 205 kronor.

En pensionsförsäkring på nu angivna villkor drar alltså en årlig kostnad av 4 767 kronor.

Medelnettoinkomsten för ej överåriga privatpraktiserande läkare utgjorde 1942 11 900 kronor för allmänläkare och 20 500 kronor för specialläkare.

Huvudmännens kostnader.

I sin allmänna motivering utgick 1858 års kommunallagskommitté — vars förslag ligger till grund för den alltjämt bestående uppdelningen av hälso- och sjukvården på staten, landstingen och primärkommunerna — från att alla samhällsuppgifter från början vore statliga men att vissa av dem kunde delegeras till kommunerna. I den tidvis livliga offentliga debatt, som under de följande 90 åren förekommit rörande den författningsenliga omfattningen av kommunernas gemensamma hushållningsangelägenheter, har praktiskt taget icke heller gjorts gällande annat än att hälso- och sjukvården, frånsett sanitetsväsendet, principiellt sett är en statlig uppgift.

Praxis har emellertid gått i riktning mot alltmera vidgade gränser för kommunernas hälso- och sjukvårdande verksamhet. En väsentlig orsak härtill har varit, att statsmakterna, som haft att tillgodose hälso- och sjukvården i konkurrens med andra angelägna utgiftsändamål, av ekonomiska skäl funnit sig icke kunna disponera mer än en bråkdel av budgeten för folkhälsans främjande. Hälso- och sjukvårdens procentuella andel i statens

nettoutgifter å driftbudgeten sjönk exempelvis från 6·1 % budgetåret 1928/29 till 2·5 % budgetåret 1941/42. Landsting och icke-landstingsstäder har haft motsvarande ekonomiska svårigheter att bemästra. Det oaktat har de, och ofta med kännbara ekonomiska påfrestningar, påtagit sig att utbygga och utveckla sjukvårdsväsendet.

Till hälso- och sjukvård i kommunal regi utgår dock numera statsbidrag med relativt stora årliga belopp. Dessa bidrag har karaktären av uppmuntringsbidrag, avsedda att stimulera tillkomsten av vissa anordningar inom hälso- och sjukvård, som ansetts särskilt angelägna. Av utredningar, som behandlat dessa statens bidrag till den kommunala verksamheten på ifrågavarande område, må nämnas skatteutjämningsberedningen, som i sitt principbetänkande med förslag till vissa skatteutjämnande åtgärder (SOU 1933: 4) bl. a. diskuterade frågan om möjligheterna att i utjämnande syfte överflytta kostnaderna från bestående förvaltningsenheter till andra. Skulle något av verkligt och bestående värde vinnas genom en kostnadsöverflyttning av antydd art, säger beredningen, syntes det nödvändigt, dels att statsmakterna meddelade direkt bindande föreskrifter i ämnet och dels att överflyttningen skedde till staten eller till vidgade kommunala utdebiteringsområden, vilkas storleksordning i lag fastställdes. Vidare finge det anses sannolikt, att överflyttning av en uppgift till staten liksom till annan större förvaltningsenhet ofta gåve möjlighet till bättre planläggning och ekonomisering än om uppgiften tillgodosåges genom en mångfald vid sidan och oberoende av varandra verksamma organ och beslutande församlingar. Mot en mera allmän omläggning av dylik innebörd kunde emellertid invändas, att en kostnadsöverföring av större dimensioner skulle verka revolutionerande på statens finanser och ingripa alltför störande i de skattepolitiska förhållanden, efter vilka det ekonomiska livet sedan lång tid tillbaka inställt sig.

Med beaktande av dessa skäl och motskäl föreslog skatteutjämningsberedningen en överflyttning av förhållandevis blygsamma mått av vissa hälso- och sjukvårdande uppgifter från landstingen och primärkommunerna till staten. Vidare föreslog beredningen en överflyttning av hälso- och sjukvårdande uppgifter dels från primärkommunerna till landstingen och dels omvänt. I stort sett har skatteutjämningsberedningens ifrågavarande förslag genomförts.

Samtidigt med skatteutjämningsberedningen och i samråd med den verkade statens sjukvårdskommitté. I sitt betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket (SOU 1934: 22) utgick sjukvårdskommittén i stort sett från beredningens förslag, vilka som nyss nämnts innebar ett avböjande av en principiell diskussion om möjligheterna för staten att överta det ekonomiska ansvaret för all hälso- och sjukvård. Sjukvårdskommittén uppdrog i stället vissa linjer för fördelningen av kostnaderna för den slutna kroppssjukvården mellan staten och de kommunala huvudmännen, vilka linjer i stort sett följts under den efterföljande utvecklingen.

Kommunalskatteberedningen uttalade i sitt betänkande med förslag till omläggning av den kommunala beskattningen m. m., del III (SOU 1943: 43), att den ledande principen vid fördelningen av kostnaderna för samhällsverksamheten mellan staten och kommunerna borde vara, att staten tilldelades alla uppgifter av intresse för landet i dess helhet och att åt kommunerna lämnades att ombesörja de lokala angelägenheterna. Även om skäl till ett förstatligande i större omfattning av landstingens hälso- och sjukvård ur beredningens synpunkter icke saknades, ansåg sig beredningen, med hänsyn till bl. a. att hälso- och sjukvården hade ett visst samband med socialvårdskommitténs utredningar och förslag, icke böra framlägga förslag härom.

I skrivelse till Kungl. Maj:t den 18 januari 1946 framhöll svenska landstingsförbundets styrelse bl. a., att statsbidragens storlek och utformning med det stigande kravet på nya och bättre vårdmöjligheter fått en allt större betydelse för sjukvårdens finansiering. Förbundsstyrelsen hade vid upprepade tillfällen haft anledning konstatera, att det nuvarande statsbidragssystemet vore förbundet med brister i åtskilliga hänseenden. Den bristande enhetligheten i statsbidragsbestämmelserna komplicerade administrationen och förorsakade ökat arbete. Kontrollföreskrifterna vore ur administrativ synpunkt tyngande och medförde ett avsevärt arbete för såväl landstingen som de statliga myndigheterna. Det framhölls vidare, att ett fortsatt beträdande av den nuvarande statsbidragsvägen kunde komma att leda till att landstingens bestämmanderätt bleve alltmera kringskuren och att landstingen i stor utsträckning bleve verkställighetsorgan åt staten. En sådan utveckling borde enligt förbundsstyrelsens mening undvikas. Styrelsen hemställde om översyn och omläggning av grunderna för statsbidrag till landstingens hälso- och sjukvårdande verksamhet.

Styrelsen för svenska stadsförbundet framhöll i avgivet yttrande att, ehuru det ur stadsförbundets synpunkt tedde sig angeläget att man sökte rationalisera statsbidragssystemen även för primärkommunernas vidkommande, styrelsen likväl icke hyste några betänkligheter mot en fristående omprövning av dessa system i vad anginge landstingens uppgifter.

I juni 1946 tillkallade chefen för socialdepartementet enligt Kungl. Maj:ts bemyndigande fem sakkunniga för att verkställa översyn av grunderna och villkoren för statens bidrag till hälso- och sjukvården samt framlägga därav föranledda förslag. Dessa sakkunniga har ännu ej framlagt slutliga förslag.

Att märka är, att sjukvårdsutgifterna för de kommunala sjukvårdshuvudmännen i första hand går tillbaka på den slutna vården. Dessa kostnader är nämligen mångdubbelt större än kostnaderna för den öppna sjukvården. Enligt uppgift i statens sjukvårdskommittés nyssnämnda betänkande uppgick år 1928 det allmännas nettoutgifter för hälso- och sjukvård — kostnader för statliga ämbetsverk och statens dyrtidstillägg ej inräknade — till sammanlagt 89 679 559 kronor. Härav kom på den slutna vården ej mindre

än 73 124 197 kronor eller 81·54 %. Enligt kommunalskatteberedningens ovannämnda betänkande steg det allmännas nettoutgifter för hälso- och sjukvård från 97·60 miljoner kronor år 1929 (för statens del budgetåret 1928/29) till 181·72 miljoner kronor år 1939 (för statens del budgetåret 1938/39). Av sistnämnda belopp bestreds 52·5 miljoner kronor eller 28·9 % av primärkommuner, inbegripet municipalsamhällen, 72·7 miljoner kronor eller 40·0 % av landstingen samt 56·5 miljoner kronor eller 31·1 % av staten. Enligt uppgift i en av 1941 års befolkningsutredning utarbetad statistisk översikt av socialvårdens omfattning och kostnader efter 1930 (SOU 1944: 33) utgjorde år 1940 primärkommunernas nettoutgifter för hälso- och sjukvård 51 miljoner kronor, landstingens nettoutgifter 76·4 miljoner kronor och statens nettoutgifter 90 miljoner kronor. Slutligen må nämnas att bruttoutgifterna för 1944 för primärkommunerna utgjorde drygt 100 miljoner kronor och för landstingen 152·5 miljoner kronor. Statens nettoutgifter under rubriken »medicinalstaten samt hälso- och sjukvård» samt på anslag till bidrag och kristillägg till sjukkassor utgjorde enligt budgetredovisningen för 1945/46 drygt 147 miljoner kronor.

Siffrorna har anförts i första hand för att belysa vilken kraftig stegring som hälso- och sjukvårdskostnaderna undergått de sista två decennierna. Stegringen kan antagas komma att fortsätta under den tid, som vi vid planläggningen tar i betraktande, eller tiden till den 1 juli 1960.

Att ur de ovan angivna siffrorna utbryta de tal, som belöper på hälsovård och öppen sjukvård, är på grund av den kommunala finansstatistikens uppläggning icke görligt. För statens del utgjorde kostnaderna för öppen vård budgetåret 1941/42 10·8 miljoner kronor eller endast omkring 11 % av statens nettoutgifter för hälso- och sjukvård. Åtskilligt tyder på, att den av statens sjukvårdskommitté för år 1928 angivna siffran för den öppna vårdens andel i de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård, 18·46 %, sedan dess sjunkit avsevärt, sannolikt ned mot hälften.

Vad angår kostnader för av huvudmännen anordnade öppna specialistmottagningar, anhöll vi i skrivelse den 8 februari 1946 till styrelsen för svenska stadsförbundet om uppgifter härutinnan för år 1945. I skrivelse den 4 april 1946 meddelade förbundet, att det på grund av den ofullständiga sjukhusstatistiken blott i begränsad utsträckning varit möjligt att erhålla de begärda uppgifterna. Från Göteborg hade uppgifter lämnats beträffande samtliga polikliniker och från Stockholm beträffande en del, medan från andra Stockholmsmottagningar samt mottagningar i övriga icke-landstingsstäder några uppgifter ej stått att erhålla.

Ehuru de inkomna uppgifterna icke är sinsemellan jämförliga och kostnadsuppgifterna i regel icke kan anses på tillfredsställande sätt ge de verkliga kostnaderna, har vi ansett det vara av ett visst värde att redovisa dem dels som exempel på olika metoder att beräkna kostnader för öppen specialvård och dels emedan de ger ett allmänt intryck av att den av huvudmannen drivna öppna specialmottagningen icke kräver stora kontantutlägg.

Till sjukhus förlagda polikliniker i Stockholm.

Av Stockholms-materialet framgår bl. a. följande:

S:t Eriks sjukhus. Uppgifterna avser de *kirurgiska* och *medicinska* poliklinikerna. Antalet besök var vid den förra 23 477 och vid den senare 3 886 eller tillsammans 27 363. Inkomsterna av poliklinikavgifter uppgick till 79 962 kronor eller 93 % av den angivna bruttokostnaden. I denna ingår icke lokalkostnader och därtill hörande kostnader; däremot avlöningskostnader, kostnader för förbands- och förbrukningsartiklar, läkemedel, tvätt o. dyl. Enligt uppgift skulle bruttokostnaderna uppgå till 2: 66 kronor per besök på kirurgiska polikliniken och 6: 06 kronor per besök på medicinska polikliniken.

Norrtulls sjukhus. Antalet besök på polikliniken uppgick till 11 520 (6 379 patienter). Inkomsterna av poliklinikavgifter belöpte sig till 13 050 kronor eller 45 % av bruttokostnaderna, som utgjorde i genomsnitt 2: 50 kronor per besök (4: 53 kronor per patient).

Kostnaderna för denna poliklinik delas för övrigt mellan karolinska institutet och Stockholms stads sjukhusdirektion enligt regler i en den 31 december 1933 träffad överenskommelse. Stockholms läns landsting bidrog under år 1945 med 2 793 kronor till poliklinikutgifterna.

S:t Görans sjukhus. Uppgifterna avser kirurgiska, medicinska, hud- och köns- samt ortopediska poliklinikerna. Vid *kirurgiska polikliniken* var antalet besök 36 726. Inkomsterna av poliklinikavgifter uppgick till 101 619 kronor eller 88 % av bruttokostnaderna. De utgjorde i genomsnitt 3: 14 kronor per besök.

Bruttokostnaderna fördelade sig på följande sätt:

läkarlöner	10·8 %
övriga personallöner	52·1 %
läkemedel, förbandsmaterial och tvätt	9·7 %
amortering och underhåll av lokaler och inventarier, bränsle etc.	27·4 %

Vid *medicinska polikliniken* var antalet besök 6 967. Inkomsterna av poliklinikavgifter uppgick till 11 502 kronor eller 28 % av bruttokostnaderna. De utgjorde i genomsnitt 5: 94 kronor per besök.

Bruttokostnaderna fördelade sig på följande sätt:

läkarlöner	23·5 %
övriga personallöner	37·1 %
läkemedel, förbandsmaterial och tvätt	2·1 %
amortering och underhåll av lokaler och inventarier, bränsle etc.	37·3 %

Vid *hud- och könspolikliniken* var antalet besök 119 628. Inkomsterna av poliklinikavgifter uppgick till 144 857 kronor eller 61 % av bruttokostnaderna. De utgjorde i genomsnitt 1: 98 kronor per besök.

Bruttokostnaderna fördelade sig på följande sätt:

läkarlöner	36·7 %
övriga personallöner	39 %
läkemedel, förbandsmaterial och tvätt	10·5 %
amortering och underhåll av lokaler och inventarier, bränsle etc.	13·6 %.

Vid *ortopediska polikliniken* var antalet besök 10 162. Inkomsterna av poliklinikavgifter uppgick till 23 591 kronor eller 28·1 % av bruttokostnaderna. De utgjorde i genomsnitt 8: 27 kronor per besök.

Bruttokostnaderna fördelade sig på följande sätt:

läkarlöner	29·9 %
övriga personallöner	30·4 %
läkemedel, förbandsmaterial och tvätt	3·5 %
amortering och underhåll av lokaler och inventarier, bränsle etc.	36·2 %.

Beträffande uppgifterna från poliklinikverksamheten vid S:t Görans sjukhus meddelar uppgiftslämnaren, att det bl. a. på grund av bokföringssystemet vore svårt att erhålla tillförlitliga uppgifter över de verkliga kostnaderna för poliklinikerna; de lämnade uppgifterna vore därför i vissa avseenden ytterst approximativa och omfattade endast de mera väsentliga kostnaderna. Andelskostnaden i sjukhusets utgifter för löner till viss administrationspersonal samt för onera, renhållning, inventariers underhåll, skriv och tryck m. m. vore svåra att värdera och hade sålunda icke medtagits i föreliggande mera summariska beräkning. I ovan beräknade mera direkta utgifter för poliklinikerna ingick icke heller kostnader för av poliklinikpatienterna föranledda utgifter på andra avdelningar såsom för röntgenundersökningar och röntgenbehandlingar, laboratorieundersökningar, elektrokardiografiska undersökningar samt gymnastik- och massagebehandling m. m.

De fristående poliklinikerna i Stockholm.

Antalet besök och patienter vid de olika mottagningarna var följande:

	Antal besök	Antal patienter
öron-, näs- och halssjukdomar	22 964	8 602
ögonsjukdomar	8 516	6 295
kvinnosjukdomar	1 413	674
könssjukdomar i smittsamt skede (män)	23 341	3 165
könssjukdomar i smittsamt skede (kvinnor)	41 052	3 573
könssjukdomar i icke smittsamt skede samt hudsjukdomar (män)	5 028	1 319
könssjukdomar i icke smittsamt skede samt hudsjukdomar (kvinnor)	4 756	1 534
	107 070	25 162

Inkomsterna av poliklinikavgifter uppgick till 98 584 kronor eller 29 % av bruttokostnaderna, som utgjorde i genomsnitt 3: 17 kronor per besök (13: 50 kronor per patient). Nettoutgifterna för staden var — sedan statsbidrag m. m. frånräknats — 175 825 kronor.

Bruttokostnaderna fördelade sig på följande sätt:

läkarlöner ..... 46 %
övriga personallöner ..... 32 %
allmänna kontorskostnader, inventarier, fastighets- och lokalkostnader ..... 11 %
sjukvårdskostnader (förbrukningsartiklar) ..... 3·5 %
övriga driftkostnader, pensionsavgifter ..... 3·4 %.

Av de ovan anförda siffrorna framgår, som man kunnat förutse, att kostnaderna för olika slag av polikliniker ställer sig mycket olika. Delvis torde detta bero på huru tidskrävande fallen är, delvis på andra orsaker, varpå här icke kan närmare ingås. Om man bortser från bristande överensstämmelser i materialet kan uppgifterna i korthet sammanfattas på följande sätt:

Öppna specialistmottagningar	Totala antalet besök	Inkomster av poliklinikavgifter	Bruttokostnader
till sjukhus förlagda:			
S:t Erik	27 363	79 962	85 850
Norrtull	11 520	13 050	28 905
S:t Göran			
kir.	36 726	101 619	115 290
med.	6 967	11 502	41 360
hud- och kön.	119 628	144 857	237 710
ortop.	10 162	23 591	83 750
tillsammans	**212 366**	**374 581**	**592 865**
fristående	**107 070**	**98 584**	**339 585**

Av denna tablå framgår, att bruttokostnaden för besök vid till sjukhus förlagd poliklinik utgör i genomsnitt 2: 78 kronor (i verkligheten något mer, då ju vissa kostnader icke upptagits) och vid fristående poliklinik i genomsnitt 3: 17 kronor. Av denna bruttokostnad ersattes vid de till sjukhusen förlagda poliklinikerna 1: 76 kronor per besök och vid de fristående poliklinikerna 0: 93 kronor per besök av poliklinikavgifter.

De öppna specialistmottagningarna i Göteborg.

Rörande besöksfrekvens, kostnader och avgifter vid poliklinikerna i Göteborg har andra principer följts vid sammanställningarna än i Stockholmsmaterialet. I avlöningskostnaderna ingår icke läkarlönerna och från inkomsterna av poliklinikavgifter har läkarens andel av dessa frånräknats. Enligt kommentaren till tabellerna erhåller läkarna vid vissa polikliniker 50,

vid andra 75 och vid åter andra 100 % av poliklinikavgifterna. Av materialet framgår, hur stor del av kostnaderna, som i sista hand faller på staden som huvudman (förutsatt att läkarna icke erhåller annan ersättning för arbetet än sin andel av poliklinikavgifterna). Däremot får man icke veta vare sig poliklinikavgifternas totala summa eller den totala kostnaden för driften inklusive läkarersättningen.

Av de lämnade uppgifterna framgår i korthet följande:

Vid *Sahlgrenska sjukhuset och barnsjukhuset* avlades under år 1945 284 861 polikliniksbesök av 63 069 patienter (uppgivet antal röntgenundersökningar har då hänförts till antalet besök). Bortsett från läkarlönerna blir bruttokostnaden per besök i genomsnitt 1: 59 kronor, varierande mellan 1: 60 vid medicinska och kirurgiska polikliniken och 2: 36 kronor vid jubileumskliniken, motsvarande 7: 18 kronor per patient, varierande mellan 3: 93 kronor vid ögonpolikliniken och 17: 20 kronor vid massagepolikliniken.

Kostnaderna för den öppna vården avser även intagning och annan verksamhet, som ej direkt är att räkna såsom poliklinisk i egentlig mening.

Vid de egentliga poliklinikerna på Sahlgrenska sjukhuset (medicinska, kirurgiska, ögon-, öron-, jubileums-, psykiatriska och kvinnopoliklinikerna) uppges kostnaderna, som belöper sig på poliklinikpatienter, till 374 387: 11 kronor; stadens andel av poliklinikavgifterna därstädes till 276 452: 87 kronor. Staden får således tillbaka nästan 74 % av sina kostnader; att märka är då, att läkarna vid medicinska poliklinikerna I och II uppbär hela avgiftsinkomsten och icke utger någon ersättning för driftkostnaderna. Det framhålles också i kommentaren, att läkarnas andel i poliklinikinkomsterna till en del är att räkna såsom ersättning även för arbetet i sluten vård, varför i verkligheten stadens nettokostnader för den öppna vården blir ännu mindre. Av siffrorna framgår direkt att såväl ögonpolikliniken som kirurgiska polikliniken går med vinst för staden, i det stadens avgiftsandel överstiger dess kostnader.

Av bruttokostnaderna för hela den öppna mottagningen (poliklinikverksamheten jämte intagning och konsultation) utgör 62·3 % avlöningskostnader exklusive läkarlöner, 5·3 % kostnader för läkemedel, 7 % kostnader för förbandsartiklar m. m., 5·2 % kostnader för instrument och apparatur, 1·3 % kostnader för tvätt och 18·2 % kostnader för hyra m. m.

Vid de *fristående poliklinikerna* i Göteborg (3 kirurgiska och 2 öron-, näs- och halspolikliniker redovisade i materialet) var antalet besök under år 1945 78 790 och antalet patienter 19 302. Bruttokostnaderna per besök uppgick i genomsnitt till 1: 35 kronor, högst vid öron-, näs- och halspoliklinikerna, lägst vid kirurgiska polikliniken i Majorna. Per patient var kostnaderna i genomsnitt 5: 51 kronor, högst för kirurgiska poliklinken i Lundby och lägst vid kirurgiska poliklinken i Majorna. Även här saknas

uppgifter om kostnaderna för läkarlöner. Inga uppgifter om poliklinikavgifterna har här lämnats.

Vårt försök att verkställa utredning angående kostnaderna för de av huvudmännen anordnade öppna specialistmottagningarna har alltså givit ett ganska magert resultat. På grund härav har vi avstått från att söka fastställa huvudmännens kostnader för de av lasarettsläkarna anordnade öppna mottagningarna. Anledning saknas anta, att dessa mottagningar skulle ställa sig dyrare för huvudmännen än deras egna mottagningar. Den väsentliga skillnaden blir i stället, att lasarettsläkarnas öppna mottagningar blir avgjort dyrare för allmänheten.

Sammanfattningsvis må beträffande det allmännas kostnader för hälso- och sjukvård anföras, att bruttokostnaderna numera rör sig om ett årligt belopp av omkring 400 miljoner kronor. Detta motsvarar mindre än 10 % av statens, landstingens och primärkommunernas sammanlagda bruttokostnader för sin verksamhet. Kostnaderna för den öppna sjukvården kan antagas utgöra omkring 1 % av kostnaderna för den samhälleliga verksamheten i dess helhet.

Den allmänna sjukförsäkringen.

I skrivelse den 19 december 1946 har riksdagen bl. a. anmält, att den med vissa smärre jämkningar godkänt ett av Kungl. Maj:t i proposition nr 312 framlagt förslag till lag om allmän sjukförsäkring m. m., avsett att genomföras den 1 juli 1950.

Enligt statsmakternas sålunda fattade beslut skall sjukförsäkringen vara obligatorisk och alltså i princip omfatta hela svenska folket. Gift kvinna, vars årsinkomst ej uppgår till 1 000 kronor, samt barn upp till 16 års ålder utgör ej egna försäkringssubjekt utan tillhör försäkringen genom mannen eller familjeförsörjaren. Några smärre grupper av befolkningen är tillfälligt eller varaktigt undantagna från försäkringsplikt.

Möjligheter finns för medborgare som så önskar, att, om de har råd, genom frivillig försäkring skaffa sig vissa förmåner utöver dem, som utgår enligt den obligatoriska försäkringen.

Försäkringen avser att bereda ersättning för utgifter för sjukvård (sjukvårdsförsäkring) samt sjukpenning. Utanför försäkringen har ställts kostnaderna för dels sjukhusvård och dels läkemedel.

Vad sjukhusvården beträffar har saken lösts på det sättet, att sjukhusens huvudmän åläggs att lämna fri vård på allmän sal eller avdelning, samtidigt med att staten lämnar huvudmännen en schematiskt beräknad gottgörelse för de uteblivna patientavgifterna. Vården på enskilda och halvenskilda rum skall, i den mån icke huvudmannen annat bestämmer, liksom hittills vara ett privilegium för dem, som förmår erlägga betalning härför. Vården på allmän sal på statliga sjukhus blir utan vidare fri. Kostnaderna för den fria

sjukhusvården har för statsverket beräknats till omkring 60 miljoner kronor årligen. Å andra sidan kommer den fria sjukhusvården att medföra en avsevärd besparing dels för folkpensioneringen och dels i fråga om fattigvårdskostnaderna.

Beslutet att utbryta läkemedlen ur försäkringen innebär, att apoteken skall expediera recept, avseende läkemedel för vissa kvalificerade sjukdomar, gratis och recept på andra läkemedel mot halva kostnaden. Apoteken äger därefter att av statsmedel återfå sina ifrågavarande utlägg. Statens direkta kostnader för läkemedelsersättningen beräknas till omkring 18 miljoner kronor om året.

Sjukvårdsförsäkringen omfattar — sedan den på nu angivet sätt lösgjorts från sjukhusvård och läkemedel — endast ersättning för läkarvård och i samband därmed företagna resor samt, där försäkrad intagits på sjukvårdsanstalt, ersättning för resor till och från anstalten. Ersättning för läkarvård skall som hittills utgå först i efterhand. Om utgifterna icke överstigit beloppen i en taxa, vilken förutsätts fortfarande ej vara bindande för läkaren, erhåller patienten tre fjärdedelar av sina utlägg. Har läkaren betingat sig mer än taxans maximibelopp, får patienten ersättning endast med tre fjärdedelar av detta belopp. I utgifter för läkarvård skall inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning. Den nya sjukkassetaxan skall på samma sätt som den nuvarande i regel avse endast allmänläkarvård, men en förbättring är, att ersättning får utgå även för röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling, som utföres av specialläkare. Ersättning för okynnesbesök hos läkare samt okynnigt tillkallande av läkare har man i lagen sökt förhindra. Ersättning för resor utgår endast såframt kostnaden överstiger tre kronor för varje besök. I så fall ersätts hela den överskjutande kostnaden, om försäkrad efter hänvisning av läkare sökt läkarvård vid närmaste allmänna sjukhus, där vården kunnat meddelas. I annat fall utgår ersättning med tre fjärdedelar av den överskjutande kostnaden, beräknad som om besöket gjorts hos den provinsialläkare eller stadsläkare, inom vars distrikt den försäkrade vistas.

Som vi tidigare nämnt har kostnaderna för sjukvårdsförsäkringen för budgetåret 1950/51 beräknats till omkring 36·7 miljoner kronor, vartill kommer beräknade kostnader för intagning och återresa från sjukhus med 1·8 miljoner kronor.

Sjukpenning utgår i den obligatoriska försäkringen till den vuxna, förvärvsarbetande befolkningen med ett enhetligt belopp av som regel kronor 3: 50 om dagen. Familjeförsörjare erhåller särskilda familjetillägg och för hemmafruar har sjukpenningen bestämts till kronor 1: 50 om dagen. Ungdomar i åldern 16—18 år samt folkpensionärer erhåller en sjukpenning av 2 kronor om dagen. Sjukpenning utgår först efter en karenstid av tre dagar. Kostnaderna för sjukpenningförsäkringen har för budgetåret 1950/51 beräknats till omkring 178 miljoner kronor.

Försäkringen skall närmast handhas av allmänna sjukkassor. Förvaltningskostnaderna för dem har för nyssnämnda budgetår beräknats till 20 miljoner kronor. Detta belopp, som vida överstiger statens, landstingens och primärkommunernas sammanlagda förvaltningskostnader för sin hälso- och sjukvård, utgör mer än 50 procent av försäkringens beräknade sjukvårdskostnader.

Som framgår av det anförda blir den obligatoriska försäkringens sammanlagda kostnader för budgetåret 1950/51 enligt beräkningarna 236·8 miljoner kronor. Detta belopp skall täckas dels genom avgifter från de försäkrade och dels genom statsbidrag. Försäkrad, som är berättigad till en sjukpenning av kronor 3: 50 om dagen, skall erlägga en årsavgift av 24 kronor, medan försäkrad, som tillförsäkrats en sjukpenning av 2 kronor om dagen, har att erlägga en årsavgift av 16 kronor, och försäkrad, som endast är berättigad till sjukvårdsförmåner, skall erlägga en avgift av 4 kronor för år. Den sammanlagda avgiftsintäkten för budgetåret 1950/51 har beräknats till 72·1 miljoner kronor. Återstående kostnader för försäkringen, 164·7 miljoner kronor, skall utgå i form av statsbidrag till sjukkassorna enligt rätt komplicerade regler. Försäkringsavgifterna skall upptagas i samband med skatteuppbörden och av uppbördsmyndigheterna tillställas sjukkassorna.

Den frivilliga försäkringens årskostnader har beräknats till 30 miljoner kronor, varav 6 miljoner skall täckas genom statsbidrag.

Intet tvivel råder om, att den nu antagna lagen om allmän sjukförsäkring innebär ett stort steg närmare målet: att samhället skall tillse, att den sjuke i tid får nödig vård och medicin samt en rimlig försörjning under sin sjukdom. Redan i de inledande anmärkningarna har vi nämnt, att föredragande departementschefen i propositionen uttryckligen framhållit, att åtskilliga föreskrifter i lagen icke är att anse som slutliga lösningar. Vi hänvisar till de inledande anmärkningarna och vill här endast upprepa, att av olösta eller endast temporärt lösta frågor till vår prövning får anses hänskjutna frågorna om möjligheterna att utbryta läkarvårdsersättningen i den öppna sjukvården ur sjukförsäkringen, om samordning av provinsialläkartaxan och sjukkassetaxan, om möjligheterna att åstadkomma en för läkarna bindande sjukkassetaxa samt om möjligheterna att bereda svenska folket tillgång till annan specialistvård än radiologisk och till förebyggande hälsovård gratis eller till låg kostnad. Beträffande den närmare motiveringen för departementschefens ståndpunkt i dessa frågor hänvisar vi till propositionen.

Avd. II. Internationell översikt.

Kap. 8. Notiser om fakta och planer rörande den öppna läkarvården i olika länder: Danmark, Finland, Island, Norge, Australien, Canada, Frankrike, Förenta staterna, Nya Zeeland, Sovjetunionen, Storbritannien, Tyskland.

DANMARK.

Läkartillgången.

Det totala läkarantalet är i Danmark absolut taget endast något lägre än i Sverige (jämför tablå sid. 147). Läkartillgången är således i förhållande till folkmängden väsentligt större i Danmark än i vårt land (jämför sid. 40). 65—70 % av den danska läkarkåren betecknas i en officiellt upprättad sammanställning som praktiserande läkare; av dessa är ej fullt ⅓ specialläkare. Av 2 510 »nedsatte» (praktiserande) läkare är 1 800 allmänpraktiserande, medan de övriga har praktik som specialläkare. (Jämför om auktorisering av specialläkare »den danske Lægelov» § 4, intagen sid. 147.)

Allmänvård och specialläkarvård.

Allmänna principer för sjukförsäkringen.

De allmänpraktiserande läkarna bedriver med få undantag sjukkassepraktik och »kommunal praksis» jämte viss privat praktik. I Köpenhamn och enstaka andra städer finnes dock särskilda »kommunelæger» anställda för den kommunala läkarvården. Sedan sjukförsäkringen efter 1933 års socialreform (jämför socialvårdskommitténs betänkande VII: utveckling och förslag angående lag om allmän sjukförsäkring SOU 1944: 15 sid. 83 ff.) blivit obligatorisk i fråga om bidragsskyldigheten, torde numera ca 80 eller t. o. m. 85 % av befolkningen åtnjuta förmånen av fri läkarvård. Denna gäller främst allmänvården, som är organiserad enligt husläkarprincipen genom avtal mellan sjukkassorna och de praktiserande allmänläkarna.

Förutsättningen för att sjukkasseklientelet skall få söka specialläkare är att hänvisning till sådan lämnats av husläkaren. Ögonläkare får dock sökas direkt för utprovning av glasögon. Enligt kollegial överenskommelse tillåtes icke läkare, som är auktoriserad specialläkare, att samtidigt ha allmän sjukkassepraktik eller kommunal praktik. Då specialläkarnas privata klientel ej behöver förete remiss från allmänläkare, kommer detta att mindre konsekvent behandlas enligt husläkarprincipen »og maa derfor ogsaa bære de Ulemper, som følger med ikke at have fast Læge», som det påpekats från läkarhåll. Mer än hälften av specialläkarnas privatpatienter antages, efter vad det uppgives, likväl ha avtal med någon läkare såsom husläkare.

Enligt den kollegiala överenskommelsen skall specialläkare, som fått en patient hänvisad till sig genom skriftlig remiss, giva den inremitterande läkaren direkt meddelande om resultatet av undersökningen och behandlingen. Han får icke utan den inremitterande läkarens samtycke hänvisa patienten till andra läkare, och så snart specialläkarbehandlingen upphör, åligger det honom att hänvisa patienten till den inremitterande läkaren för fortsatt vård.

Betalningssystem och ersättningsbelopp.

De danska sjukkassorna ersätter de allmänpraktiserande läkarna samt ögon- och öronläkare enligt två olika system. Antingen erlägger de ett fast årligt honorar för varje anmäld medlem över 15 år (taxa I, använd i städerna, ofta också i mindre stadsliknande samhällen, stundom även i landsbygdsdistrikt) eller också ersättes läkaren per prestation (taxa II, använd i flertalet landsbygdsdistrikt).

Taxa II företer väsentliga likheter med vår egen sjukkassetaxa. Beloppen ändras något med levnadskostnadsindex — de ökas eller minskas med 10 % för varje 15 poängs ändring av det statistiska departementets pristal 264, dock blott beräknat för $^2/_5$ av taxans belopp. Efter 1947 års ingång har dock något ändrade regler antagits för vissa områden. Betalningen erlägges direkt av kassan till läkaren. Patienten har också här fri vård av allmänläkare men skall dock oftast erlägga vissa smärre kontrollbelopp, varierande från 50 öre till 2 kronor. Vård av specialläkare ersättes i regel genom partiell återbäring av patientens utgifter; dock lämnas i Köpenhamn också specialläkarvård gratis till patienterna. Kontrollavgifter förekommer inom områden, där taxa I gäller, endast för natt- och helgdagsbesök.

I Köpenhamn har hittills »anställts» allmänläkare vid sjukkassorna till ett antal, som motsvarar en läkare för 1 500 medlemmar och deras barn under 15 år, tillsammans upp mot 2 000 personer. Detta antal kunde emellertid överskridas av läkarna; somliga läkare har haft dubbelt så stort antal patienter som det angivna. Staden är indelad i 14 »storkredse»; klientelet har fritt val mellan inom kretsen praktiserande läkare och kan dessutom välja läkare i en angränsande krets, om vederbörande läkare är införstådd därmed. Här har alltså en sjukkassemedlem möjlighet att välja mellan 50—60

läkare. I övriga städer råder fritt läkarval mellan stadens allmänpraktiserande läkare. På landsbygden är valet begränsat till de närmast boende läkarna, d. v. s. läkare inom en radie av 10 respektive 12 km. Läkarvalet gäller för ett år åt gången i taxa I-områdena men också i en del av taxa II-områdena.

I Danmark var under år 1943 en läkares genomsnittliga årsinkomst per sjukkassemedlem i taxa I-område (fast honorar 9: 30 kronor + vissa smärre tillägg) ca 10: 70 kronor och i taxa II-område 13: 35 kronor. I Sverige var siffran, omräknad för att möjliggöra jämförelse med danska förhållanden, 14 kronor. Ersättningen för varje prestation var dock avsevärt lägre i Danmark än i Sverige med 1: 50 i taxa I-områdena och 2—3 gånger så mycket i taxa II-områdena. Förklaringen är att söka i att antalet prestationer per patient i Danmark ligger avsevärt högre med i genomsnitt 6 sådana per år och medlem. Det måste vidare fasthållas, att de danska taxebeloppen utgör läkarnas hela honorar medan de svenska läkarna fritt kan överskrida den taxa, efter vilken återbäringen beräknas.[1]

Laboratoriehjälp till praktiserande läkare.

För att medhinna sin stora arbetsbörda utan att äventyra den erforderliga säkerheten i arbetet speciellt med hänsyn till diagnostiken, upprättade de praktiserande läkarna redan 1922 sitt eget centrallaboratorium i Köpenhamn. Där tillämpas alla de kliniska undersökningsmetoder, som är speciellt krävande i fråga om tid, rutin eller instrumentarium. Läkaren sänder

---

[1] Några belysande citat ur ett material från de sista årens danska läkardiskussion, som 1945 ställts till vårt förfogande av den danska Sundhedsstyrelsen, må här anföras:

»Man skulde umiddelbart mene, at dette maatte medføre en meget daarlig økonomisk Stilling for de danske Laeger. Ikke skal nogen paastaa, at den er god, men en vel oparbejdet Praksis paa f. Eks. 2 000 Sygekassepatienter, vil dog med den nu ventede Takst I (kr. 13: 50 per person i Köpenhamn) give 27 000 Kr. og med Takst II formentlig en Del mere. Dertil kommer saa de vekslende Indtaegter fra kommunal Praksis, privat Praksis, Attester, Stillinger og Hverv».

Emellertid göres följande tankeexperiment:

»Hvis danske Laeger fik den samme Betaling pr Ydelse som f. Eks. svenske Laeger, og havde samme Antal Ydelser, som de nu har, vilde deres Indtaegter blive svimlende. — — — Sætter man Gennemsnitshonoraret pr Ydelse til 10 Kr., hvilket næppe er højt efter svenske Forhold, vilde Indtægten pr Medlem pr Aar blive 60 Kr. og for en Praksis paa 2 000 Medlemmer Aarsindtægten 120 000 Kr.»

Den danske betraktaren finner, att

»der maa være en meget betydelig Forskel i Befolkningens Tilbøjelighed til at søke Lægehjælp i Sverige og Danmark, - særlig naar man betrakter de danske Takst I-Omraader - der maa hidrøre fra, at Lægehjælpen for de forsikrede i Danmark er tilnærmelesvis gratis, medens de forsikrede i Sverige maa betale ikke ubetydlige Beløb for Lægehjælp af deres egen Lomme.»

Beträffande danska förhållanden konstateras, att

»med det forhaandenværende Antal Læger og Befolkningens flittige Benyttelse af disse er det ikke muligt at opnaa den Tid til en Konsultation og et Besøg, som man kunde ønske».

Slutligen framhålles, att de danska läkarna också överväger

»om det norske og svenske Refusionssystem med den betydlige Selvrisiko, det paalægger de forsikrede, skulde være en bedre Løsning. At det giver Lægerne bedre Tid til den enkelte Patient synes at være indlysende, at det er økonomisk fordelagtigt for Lægerne ligeledes. Det er blot Spørgsmaalet, om Befolkningen paa alle Maader er bedst tjent med denne Ordning».

sin patient till laboratoriet med angivande av önskade undersökningar och får utan dröjsmål meddelande om resultatet av desamma.

Motsvarande ordning är sedan ett antal år i bruk för landet i övrigt, dock så att det där är de allmänna sjukhusens laboratorier, som lämnar denna hjälp.

Olika former av specialläkarvård.

Öppen specialläkarvård vid sjukvårdsanstalterna utövas i Danmark i långt mindre utsträckning än i Sverige. I Köpenhamn finns dock verkliga polikliniker med självständig läkarstab, därav två medicinska, vid Kommunehospitalet och Rigshospitalet, och fyra kirurgiska. Även vissa specialavdelningar vid stadens andra offentliga sjukhus bedriver poliklinisk verksamhet. Poliklinikerna betecknas som »lukkede», i det att sjukkassepatienter endast mottages efter remiss. Obemedlade mottages utan remiss, om de ej tillhör sjukkassa, »bemedlade» över sjukkassegränsen behandlas ej. Läkarna är fast avlönade och någon prestationsersättning utgår ej.

Beträffande omfattningen av den polikliniska verksamheten må nämnas, att år 1945 antalet nya patienter vid de fyra kirurgiska poliklinikerna varierade mellan 3 000 och 7 000 och vid de två medicinska uppgick till ca 2 000 och ca 5 000. 20—30 % av patienterna på samtliga dessa polikliniker kom utan remiss.

Behandlingsambulatorierna vid Finseninstitutet och Ortopædisk Hospital mottar patienter endast efter remiss, dock såväl obemedlade som bemedlade; här utgår prestationsersättning, som för sjukkassemedlemmar erlägges av kassorna. Ersättningen går till institutionens kassa, ej till läkarna, som åtnjuter fast lön. Samma principer tillämpas vid Radiumstationerna och Ortopædisk Hospitals Ambulatorium i Aarhus samt Kirurgisk Ambulatorium i Aarhus och Odense.

I Roskilde existerar sedan några år en poliklinik för öron-, näs- och halssjukdomar, som har kontakt med sjukkassan. »Roskilde-systemet» förväntas komma att vinna insteg även på andra håll.

Utanför Köpenhamn finns inga egentliga kostnadsfria polikliniker utan endast en viss ambulant diagnostik och terapi, olycksfallsmottagning, efterbehandling av utskrivna patienter och — i mycket begränsad omfattning — av remissfall. På enstaka medicinska avdelningar är sistnämnda verksamhet organiserad med fasta mottagningstider, i Sönderborg sedan länge, på några andra platser först nyligen. Underläkarna erhåller ingen särskild ersättning härför. Överläkaren får ersättning enligt skiftande principer (en totalsumma från huvudmannen, viss summa per remissfall från sjukkassa etc.).

Utom vården av ögon- samt öron-, näs- och halssjukdomar har sjukkassorna endast i Köpenhamn och på enstaka andra platser förbundit sig att

svara för specialvård.[1] Tillgången till specialistvård anses vara otillräcklig i hela landet, bäst dock för vården av ögon- samt öron-, näs- och halssjuka. Tillgång till röntgenolog har dock överallt utanför Köpenhamn ordnats genom överenskommelse mellan sjukkassorna och de allmänna sjukhusen. Radiologerna ersättes enligt olika system. De senast utnämnda erhåller en fast lön — 20 000—22 000 kronor inklusive alla tillägg — jämte viss del av sjukhusets inkomst av den ambulanta radiologiska praktiken upp till ett maximum, innebärande en totallön av 30 000—32 000 kronor. Sjukkassornas restriktioner i fråga om ersättande av specialvård är måhända främst betingade av att antalet specialläkare utanför de större städerna är så litet.

Nya bestämmelser om sjukkassepraktik och ersättningar härför.

Sedan den 1 juli 1946 tillämpas inom verksamhetsområdet för de samverkande sjukkassorna i Köpenhamn en del nya överenskommelser mellan Köpenhamns läkarförening och kassorna avseende vården genom såväl allmänläkare som specialläkare. Överenskommelserna väntas snart bli godkända av ministeriet.

Enligt dessa överenskommelser skall en »kretsläkare» för varje hos honom inskriven sjukkassemedlem uppbära 13: 50 kronor årligen eller om den inskrivne lider av kronisk sjukdom, 20: 25 kronor. I första hand hänföres automatiskt till kretsläkaren de sjukkassemedlemmar, som är bosatta inom ett närmare avgränsat mindre område (upp till 1 600), såvida de ej anmält önskan att inskrivas hos annan läkare. Härutöver kan han genom sjukkassemedlemmarnas fria val påföras ytterligare kassemedlemmar upp till 2 500. För det antal medlemmar, som överstiger 2 500, utgår det årliga ersättningsbeloppet med blott 2 kronor per medlem.

Specialläkare för ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar samt »fysiurgi» erhåller på samma sätt en årlig per capitaersättning (respektive 1, 1: 10 och 1: 80 kronor) och kan tilldelas respektive 22 000, 20 000 och 30 000 medlemmar. För de specialläkare inom de övriga erkända specialiteterna, som vill praktisera enligt den särskilda överenskommelsen om specialbehandling av »særlige sygdomstilfælde», gäller en särskild förenklad taxa för sjukkassepatienter. Enligt denna utgår för undersökning jämte skriftlig diagnos 10—25 kronor. Beloppen varierar för de olika specialite-

[1] Ur det från danska Sundhedsstyrelsen översända materialet citeras härom följande:
»I København stilles efter den nugældende Ordning et Beløb svarende til 55 øre om Aaret pr. Medlem til Disposition for Speciallegehjælp indenfor de øvrige Specialer. Det overlades til de alment praktiserende Læger at henvise deres Patienter til denne Speciallægehjælp, men medfører en Læges Henvisninger større Udgift end svarende til de 55 øre pr. Medlem i hans Klientel, har Sygekasserne Ret til at kræve det overskydende Beløb betalt *af Lægen* — og det har fundet Sted. Det är ikke Stedet her at kommentere denne Ordning, der i øvrigt følger Princip et: *Den forsikrede skal intet betale.*
I den øvrige Del af Landet ydes Speciallægehjælp for andre Sygdomme end Øjen- og Øre-Næse-Halssygdomme kun efter Ansøgning i det enkelte Tilfælde og tilraadet af den alment praktiserende Læge, men *her* benytter man den *delvise* Refusion af den forsikredes Udlæg.»

terna men är fixa inom dessa, högre för de mera tidskrävande, såsom invärtesmedicin, tuberkulos och psykiatri, lägre för de övriga. För återbesök utgår 7—8 kronor. Tilläggsbelopp för särskilda undersökningar och behandlingar förekommer i vissa undantagsfall. Kostnaderna för undersökning och behandling med anledning av en remiss får i regel ej överstiga 46 kronor. Kretsläkarna disponerar fortfarande mycket små belopp, 70 öre per medlem, till ersättning för kostnaderna vid specialläkarremiss (jämför noten sid. 145). Utanför dessa bestämmelser faller radiologi och förlossningshjälp. Ny är bestämmelsen, att läkare, som överskrider det totalbelopp, som han enligt ovanstående ägt disponera, icke blir återbetalningsskyldig men får sina remisser granskade av en kommitté med representanter för sjukkassor och läkare.

Överenskommelserna innehåller även i övrigt många punkter av intresse, bl. a. rörande handläggning av tvister m. m.

Den förebyggande vården.

De danska sjukkassebestämmelserna ger icke sjukkassorna möjlighet att betala läkaren för arbete i den förebyggande vården, vilket därför i den mån det tidigare har förekommit helt varit beroende av läkarens eget intresse och initiativ. Sedan flera år har dock skolläkare och skoltandläkare varit anställda av de kommunala myndigheterna i åtskilliga städer.

I den nyligen antagna skolläkarlagen förpliktas kommunerna överallt att anställa skolläkare före utgången av april månad 1949.

Under de senaste åren har Sundhedsstyrelsen tagit upp det profylaktiska arbetet. I första hand har utarbetats bestämmelser, enligt vilka hälsosköterskor skall anställas för att övervaka barnens hälsotillstånd under det första levnadsåret. Detta system, som bygger på frivillig anslutning av kommunerna, har hittills dock endast genomförts i en del av landets kommuner, bl. a. i de flesta stadskommunerna.

1945 utfärdades en lag om graviditetsundersökningar. Genom denna öppnades möjlighet för blivande mödrar att på statens bekostnad erhålla 3 undersökningar av läkare och 6 av barnmorska under graviditeten. I undersökningsförfarandet ingår bl. a. alltid Wassermannprov.

Nästa steg utgör lagen om undersökningar av barn upp till 7 års ålder. Härigenom beredes möjlighet för barn att bli undersökta på statens bekostnad 3 gånger under första levnadsåret och därefter en gång om året upp till skolåldern, då vården genom skolläkare vidtar.

Här nämnda undersökningar företas av sjukkasseläkaren eller sålunda av patientens husläkare, och detta anser man på danskt håll vara av stor principiell betydelse, då man menar, att terapi och profylax ej bör skiljas åt och att husläkaren med sin ingående kunskap om familjeförhållandena är bäst lämpad att ge de råd och den vägledning, som familjerna behöver. I Köpenhamn är det dock meningen att undersökningar skall göras på särskilda

centraler eller hos sjukkasseläkarna allt efter föräldrarnas eget val och man hoppas att härigenom vinna klarhet om vilket system som är bäst. Man hoppas också att dessa båda olika undersökningsformer på många punkter skall kunna komplettera varandra, då det gäller vetenskapliga rön, till gagn för det fortsatta arbetet.

Utdrag ur den danske Lægelov.

§ 4.

Stk. 1. En Læge maa ikke uden særlig Tilladelse betegne sig som Speciallæge. Indenrigsministeren afgør efter en gennem Sundhedsstyrelsen fremsendt Indstilling fra det i Stk. 2 nævnte Specialistnævn, indenfor hvilke Grene af Lægevidenskaben Læger kan opnaa tilladelse til at betegne sig som Speciallæge, og fastsætter i Hovedtrækkene, paa hvilke Villkaar saadan Ret kan opnaas. Efter Indstilling af Specialistnævnet meddeles Tilladelsen af Sundhedsstyrelsen, der herom udsteder offentlig Bekendtgørelse.

Stk. 2. Der oprettes ved Sundhedsstyrelsens Foranstaltning et Specialistnævn, bestaaende af 6 paa 4 Aar udnævnte Medlemmer, nemlig et Medlem af det lægevidenskabelige Fakultet, der skal være Lærer i en praktisk Disciplin, en praktiserende Speciallæge, en Hospitalsoverlæge, en praktiserende Læge i København, en praktiserende Læge i Provinsen med Landpraksis og en Representant for de unge, endnu ikke nedsatte Læger. Der udnævnes samtidig Suppleanter til at fungere i Medlemmernes Forfald. Til at vejlede Nævnet ved Bedømmelsen af Ansøgningerne udpeger Sundhedsstyrelsen for 4 Aar ad Gangen 2 Speciallæger indenfor hvert anerkendt Speciale. Nævnets Forretningsorden fastsættes ved en Instruks. Nævnets Medlemmer, Suppleanter og tilforordnede, der afgaar efter Tur efter den Orden, der fastsættes i Instruksen, er ulønnede, dog udreder Sundhedsstyrelsen Rejsegodtgørelse til udenbysboende. Ændring i Specialistnævnets Sammensetning kan foretages af Indenrigsministeren, saafremt Nævnet selv indstiller, at en saadan foretages.

Stk. 3. En Læge maa ikke betegne sig som eller praktisere som Tandlæge, medmindre han har bestaaet Tandlægeeksamen eller en særlig Prøve i Tandlægevirksomhed. Reglerne for den nævnte Prøve fastsættes af Undervisningsministeren efter Forhandling med Indenrigsministeren.

Översikt över den danska läkarkåren och dess fördelning.

1944.

	i Köpenhamn (med Fredriksberg)	*i provinsen* (landet i övrigt)	*Tillsammans*
Antal läkare, totalt			
absolut siffra	1 288	2 587	3 875
per tusen invånare	*1·54*	*0·82*	*0·97*
Antal allmänt praktiserande läkare	727	1 852	2.579
därav »embedslæger»	—	—	69
därav specialister	278	376	754
Hela antalet specialister	—	—	904

Enligt »Medicinsk Vejviser 1946».

	i Köpenhamn (med Fredriksberg)	*i provinsen* (landet i övrigt)	*Tillsammans*
Specialisternas[1] fördelning på			
invärtesmedicinare	109	100	209
kirurger	75	114	189
öron-, näs- och halsläkare	60	52	112
ögonläkare	28	33	61
obstetriker	34	18	52
gynekologer	46	34	80
ortopeder	9	5	14
neurologer	24	26	50
psykiatriker	26	40	66
pediatriker	41	14	55
tuberkulosläkare	21	38	59
hud- och könsläkare	31	17	48
röntgenläkare	34	31	65
»fysiurger»	21	16	37
ev. andra specialister (pat. anatomi och vävnadsmikroskopi)	16	6	22

Exempel på avlöningsvillkor för överläkare under senare år.

Nedan intages tre annonser av överläkartjänster i Danmark, vilka ger en uppfattning om det avlöningssystem, som tillämpas för sådana läkare, och den inkomstställning, som tillerkännes dem.

1. »Ugeskrift for Læger» 108. årg. nr 14. 4. 4. 1946.

Røntgenoverlæge. En nyoprettet Stilling som *Røntgenoverlæge ved Aalborg Kommunehospitals Røntgenafdeling* ønskes besat.

Stillingen lønnes med en fast aarlig pensionsgivende Løn af 17 000 Kr. Pension efter Reglerne i Lønnereglementet for Aalborg Kommunes Tjenstemænd. — Der ydes *ikke* Sted- og Reguleringstillæg til denne Lønning.

Hertil kommer en procentvis Andel i Hospitalets Indtægter ved ambulant Røntgenvirksomhed, saavel indenbys som udenbys, saaledes at *der garanteres Overlægen* en aarlig *Minimumsindtægt* paa 25 000 Kr. — Med en Omsætning paa 60 000 Kr. vil *Maximumsindtægten* blive naaet, og denne vilde andrage *33 000 Kr.*

Overlægen tillægges Ret til Konsultationspraksis samt konciliær Praksis.

Der ydes 4 Ugers Sommerferie samt 2 Ugers Vinterferie.

Midlertidig Bolig, bestaaende af en 4-Værelsers Villalejlighed, kan skaffes.

— —

2. »Ugeskrift for Læger» 107. årg. nr 38. 20. 7. 1945:

Stillingen som *Overlæge* ved *Børneafdelingen paa Københavns Amts Sygehus i Gentofte Kommune* vil være at besætte saa snart som muligt.

Lønnen andrager 9 600 Kr. aarlig, stigende hvert 3die Aar med 600 Kr. til 10 800 Kr. + Statens til enhver Tid gældende Tillæg.

[1] Här må påpekas, att en del läkare är godkända som specialister inom flera områden och därför medräknats mer än en gång.

Overlægen maa ikke drive privat Praksis, men har Ret til Konsultationspraksis paa Sygehuset og konciliær Praksis.

For Afsavn af Privatpraksis ydes der Overlægen et ikke pensionsgivende Tillæg, stort 4 000 Kr. aarlig, stigende efter 3 Aar til 6 000 Kr.

Med Stillingen er forbunden Pensionsret i Henhold til den af Indenrigsministeriet stadfæstede Vedtægt for Københavns Amtskommunes Tjenestemænd, i Henhold til hvilken Ansættelsen iøvrigt finder Sted.

---

3. »Ugeskrift for Læger» 108. årg. nr. 47. 21. 11. 1946.

Stillingen som *Overlæge* ved *Maribo Amts og Bys medicinske Syge- och Epidemihus i Maribo* er ledig til Besættelse snarest.

Grundløn Kr. 12 000 aarlig plus 2 Alderstillæg à 600 Kr. efter 3 og 6 Aars Forløb. Hertil kommer Reguleringstillæg, pensionsgivende Løntillæg og Stedtillæg efter de for Statstjenestemænd til enhver Tid gældende Regler henholdsvis Kr. 3 840, Kr. 2 040 og Kr. 152 (2/3) aarlig, samt et Bestillingstillæg paa Kr. 6 000 aarlig.

Overlægen har Ret til Konsultation og konciliær Praksis.

Pensionering i Henhold til gældende Pensionsvedtægt.

Lønnen og Bestillingstillæg omfatter Honorar for al Tjeneste *samt ambulant Virksomhed.*

I Maribo stilles Tjenestebolig til Raadighed med Fradrag efter Statens Regler, Gas og Elektricitet betales efter Maaler, og Brændsel betales særskilt af Overlægen.

Den, der ansættes, maa være villig til at lade sig overflytte til det paatænkte Centralsygehus i Nykøbing F.

FINLAND.

År 1940 uppgick antalet läkare i Finland till ca 1 400. Med en folkmängd av ca 3·5 miljoner invånare innebär detta, att det fanns en läkare för ungefär 2 500 invånare, en synnerligen låg siffra. Under år 1945 räknade man med att få ytterligare 230 läkare, vilkas studier fördröjts av kriget. I genomsnitt tänkte man sig att fortsättningsvis 100—110 nya läkare årligen skulle utexamineras vid de båda högskolor, där medicinsk fakultet finnes.

Tendensen inom hälso- och sjukvården är, att staten allt mer tar ledningen även i ekonomiskt avseende. År 1943 har en ny lagstiftning om centralsjukhus antagits. En ny indelning av landet i kommunalläkardistrikt — motsvarigheten till våra provinsialläkardistrikt — har också verkställts. Länsläkare, motsvarande våra förste provinsialläkare, en i vart och ett av de 9 länen, och distriktsläkare, motsvarande provinsialläkare i ödemarksdistrikt, är *statligt* anställda, stadsläkarna och kommunalläkarna *kommunalt* (i kommunerna, som är större än våra med i genomsnitt mer än 6 000 invånare,) men avlönas delvis *med statsbidrag.* Kommunalläkarna har fri bostad. Deras utrustning är i regel mycket enkel; själva anser de sig ha alltför dålig tillgång till laboratoriemöjligheter. Någon fast taxa finnes ej utan de äger åtnjuta ersättning »efter överenskommelse med vederbörande». Härvid tjänar dock till ledning av kommunalläkarorganisationen uppgjorda taxor. Kommunalläkartjänst anslås till ansökan ledig av kommunalnämnden. Sedan val skett och vunnit laga kraft utfärdar medicinalstyrelsen för-

ordnande för den valde. Styrelsen har möjlighet att återförvisa ärendet, om den valde är olämplig eller mindre meriterad.

Enligt lagen om centralsjukhus ålägges kommunerna att ha ett visst antal sjukvårdsplatser i sjukhus, antingen så att de själva upprättar sjukhus med olika, minst tre, specialavdelningar eller är med om att upprätthålla centralsjukhus med ett antal vårdplatser, som står i viss proportion till invånarantalet, både beträffande medicin och kirurgi samt vissa andra specialiteter, vartill dock icke räknas tuberkulos eller sinnessjukdomar, ej heller veneriska eller andra smittsamma sjukdomar. Någon skyldighet att anordna öppen vård vid sjukhusen föreligger däremot ej. Någon sådan är ej heller anordnad vid lasarett och sjukstugor, bortsett från intagningsmottagningen. Läkarnas öppna mottagningar är *helt* privata. Poliklinikvård i de olika specialiteterna meddelas endast vid undervisningssjukhusen i Helsingfors och Åbo. Vid Helsingfors kommunala sjukhus, Maria sjukhus, finns dessutom medicinsk och kirurgisk poliklinik och poliklinik för barn. Undervisningssjukhusens polikliniska vård är kostnadsfri, dock att röntgenundersökning och intyg ersättes.

Även en del privata eller halvprivata poliklinker finns i Helsingfors. Så må nämnas t. ex. den Weberska öronpolikliniken, vilken drives i ett slags kompanjonskap med staden, som betalar hyran, medan läkaren själv avlönar sjuksköterskan och städerskan samt håller förbrukningsartiklar. För behandlingen tillämpas viss taxa. Utöver verksamheten vid polikliniken håller läkaren också privat mottagning, opererar på privatsjukhus m. m.

Den stora könspolikliniken i Helsingfors, driven av staden, är helt kostnadsfri, även här med undantag för intygsersättningen.

Vanförepolikliniken ägnar stor uppmärksamhet åt specialvård, omskolning, yrkesutbildning etc.

Medan sjukkasseväsendet i Finland är föga utvecklat, är ersättningen genom privata försäkringsbolag vid olycksfall väl ordnad. Därvid tillämpas lagen om den obligatoriska olycksfallsförsäkringen. En överenskommelse mellan försäkringsbolagen och läkarförbundet om kostnaderna för vård av försäkrade är av normerande betydelse för taxesättningen inom hela den öppna vården.

I statens sjukhus och de sjukhus, som upprätthålles av de största städerna — Helsingfors, Åbo, Tammerfors — är läkarna icke berättigade att taga särskild ersättning för behandlingen, utan den ingår i den fastställda sjukhusavgiften. I statens sjukhus har överläkare och fast anställda underläkare rätt att av patienter på privat avdelning erhålla ersättning enligt överenskommelse. I mindre städers och landskommuners sjukhus är det vanliga systemet för ersättningen till läkaren även på sjukhusen prestationsersättning; sålunda erhåller läkaren betalt för operationer även av patienter på allmän sal. Detta system anser de finska läkarna mycket tillfredsställande. Vilka inkomster, som på detta sätt erhålles av läkarna, är det svårt att bilda sig en uppfattning om.

Ett intressant experiment inom hälsovården har startats i Malm, beläget i Finlands största kommun, Helsinge kommun, 2½ mil från Helsingfors. Där har en stor »hälsogård» uppförts för donationsmedel (Rockefeller), varest bl. a. mottagningar hålles av en för verksamheten heltidsanställd *hälsovårds*läkare, som fått utbildning i U. S. A. Hans mottagningar omfattar profylaktisk hälsovård av mera allmän eller speciell art (skolläkarvård etc.), varjämte han intimt samarbetar med hälsovårdsnämnder o. s. v. Han leder dessutom utbildning av s. k. hälsosystrar. Vissa dagar tjänstgör en vid hälsogården konsulterande neuro-psykiater vid mottagningen, andra dagar en pediatriker o. s. v. *Sjukvården i kommunen* påvilar som överallt eljest kommunalläkaren, som dessutom är läkare vid medicinska avdelningen av kommunens sjukhus, där dock för den kirurgiska avdelningen finns en särskild läkare.

Till god nytta, ej minst i tider av svår läkarbrist, är — trots sitt ringa antal — de till några större kommunala sjukhus, särskilt i Helsingfors, anknutna socialsköterskorna, som avlägger hembesök för kontroll även av behandlingen och dennas anpassning till den sjukes sociala miljö. Till denna hemsjukvårdsorganisation är också särskilda städerskor anknutna. Vid Maria sjukhus i Helsingfors har varje avdelning sin socialsköterska, som numera anses nära nog oumbärlig. I Åbo fanns 1946 2 socialsköterskor och ytterligare en skulle anställas inom den närmaste framtiden.

En mycket stor del av den öppna vården i vidsträckt mening, särskilt hemsjukvården, vilar i Finland på hälsosystrarna. Antalet kommunalt anställda sådana uppgick i januari 1945 till 602. Anställda av enskilda företag var 160. Denna organisation har visat sig ägnad att i ett trängt läge möjliggöra en eljest för tidig utskrivning av sängliggande patienter för fortsatt vård i hemmet. I den mån sjukhusplatser tillkommer i behövlig utsträckning blir hälsosystern alltmera ett organ för den förebyggande vården och hälsovården, ej som nu mest för hemsjukvården.

ISLAND.

I Sociala meddelanden nr 6, 1945, lämnas en redogörelse för Islands nya socialförsäkringslag enligt ett meddelande från svenska beskickningen i Reykjavik, varav bl. a. framgår följande:

Lagen, som antogs den 26 april 1946, uppdelas i fem kapitel:

1. Om försäkringens omfattning, ledning och organisation.
2. Ersättning i pengar.
3. Övervakning av det allmänna hälsotillståndet.
4. Kostnaderna.
5. Diverse bestämmelser.

Grundtanken är här densamma, som vi på senare år mött i åtskilliga länder och som erhållit sitt kanske mest pregnanta uttryck i den engelska

Beveridgeplanen, att genom ett omfattande försäkringssystem söka skapa social trygghet åt landets samtliga invånare, så att varje medborgare tillförsäkras en minimistandard, som skyddar honom från nöd.

I det följande citeras vad i redogörelsen anföres om *hälsoövervakningen* Begreppet omfattar i enlighet med anglosaxiskt språkbruk både hälso- och sjukvård:

»Hälsoövervakningen avser först och främst att garantera läkarvård och annan vård för sjuka. Men dessutom avser den åtgärder till förebyggande av sjukdom. Man förutser därför att — förutom de redan befintliga sjukhusen — runt om i landet skall upprättas sjukstugor och hälsoövervakningsstationer. Dessa senares uppgift är hälsovård och hälsoskydd i vidaste omfattning såsom mödraskydd, barn- och ungdomsskydd, exempelvis inspektion av skolor och idrott, tuberkulosskydd, skydd mot könssjukdomar och farsoter samt psykiskt hälsoskydd, vidare hälsovårdsinspektion på arbetsplatserna, livsmedelskontroll och födoämnesundersökningar m. m.

Alla medborgare skall tillförsäkras sjukhjälp, d. v. s. läkarvård, sjukhusvistelse och medicin. Läkarvården för de försäkrade är på sjukhusen helt fri och utanför sjukhusen till tre fjärdedelar. Försäkringsorganisationen skall ha i sin tjänst så många fast anställda läkare (förutom de läkare, som uteslutande arbeta för hälsoskyddet), att de kan dra försorg om en tillfredsställande läkarvård åt alla medborgare. Sjukhusvården är fri å erkända sjukhus och så länge behov av sådan vård föreligger. Medicin, som är absolut nödvändig för den sjuke, betalas av Riksförsäkringsanstalten tillfullo på sjukhusen liksom även medicin, som är nödvändig för sjuklingen till varaktigt bruk enligt läkares ordination. Annan nödvändig sjukvård betalas till hälften, om den erhålles på läkarrecept. Vidare betalar Riksförsäkringsanstalten röntgenbehandling samt barnmorskehjälp i hemmen och är dessutom bemyndigad att lämna sjukvård i hemmen, då så erfordras enligt läkares föreskrifter. I glest befolkade områden, där det är svårt och dyrbart att få läkare, skall upprättas fonder för sjukhusbesök och sjuktransporter och ur försäkringsfonden anslås årligen för detta ändamål ett bestämt belopp. Med hjälp av dessa fonder skall som allmän regel ersättas 75 % av kostnaderna för läkarbesök och sjuktransporter.

Genom ovanstående bestämmelser bortfalla sjukkassorna i sin nuvarande form och sjukkassepremier skola icke längre inbetalas. De innefattas i den allmänna avgiften till socialförsäkringen.»

Beträffande finansieringen framhålles, att *staten* garanterar utbetalandet av bidrag och kostnader för hälsoövervakningen och beviljar till försäkringsfonden det som erfordras utöver övriga inkomster (försäkringspremier från de försäkrade och från arbetsgivare, kommunala anslag). I varje budget skall för detta ändamål upptas ett anslag på 7·5 miljoner kronor. Medräknas dyrtidstillägg blir beloppet 21·4 miljoner kronor. Härutöver garanterar staten ytterligare ett belopp att utgå vid behov.

Till ovanstående summariska redogörelse för den pågående omläggningen av hälso- och sjukvårdssystemet på Island må fogas följande upplysningar: Invånarantalet på Island uppgick 1945/46 till ca 130 000, läkarantalet till ca 140 (1945). Utbildningen av läkare försiggår huvudsakligen i U. S. A., Danmark och Sverige och den årliga nyrekryteringen av kåren uppgår till ca 10. Antalet sjukhus är ca 25, varav ett sinnessjukhus.

NORGE.

Allmän orientering.

Den öppna vården ombesörjes i Norge huvudsakligen av tjänsteläkare (distriktslege) och privatpraktiserande läkare. Vid Oslo universitetssjukhus och vid en del andra sjukhus, t. ex. i Tönsberg och Drammen och vid vanföreanstalten, är upprättade polikliniker, som lämnar gratis läkarvård. Planer föreligger på att inrätta en medicinsk fatkultet även i Bergen, varvid också där polikliniker är avsedda att anordnas.

Antalet läkare är i förhållande till folkmängden väsentligt större i Norge än i Sverige, men antalet norska specialläkare är litet, då man lider brist på specialavdelningar för deras utbildning. Sådana finns endast i de största städerna.

En allmän överblick över den norska sjukvårdens organisation och resurser har lämnats av doktor H. J. Ustvedt (år 1944), varur följande må citeras:

— — — »Norge, med sine 323 000 km² og 2·95 mill. innbyggere, er delt i 20 fylker (län, amter), med helsestellet underlagt egne fylkesleger. Fylkene er igjen delt i legedistrikter, hvorav landet i 1939 hadde 374 med en gjennomsnittsbefolkning på ca 5 300 mennesker. I 25 bykommuner er helsestellet underlagt en stadslege, i 11 större byer en stadsfysikus. Av landets 675 landkommuner har bare et fåtall fast ansatte kommuneleger. Det samlete antall leger i Norge utgjör for tiden mellom 2 700 og 2 800, eller 1 lege på ca 1 100 mennesker, omtrent som i Danmark. Det har i de senere årene värt uteksaminert 100 nye leger pr. år. Avgangen ved död ligger ved 20 till 25 årlig.

Ved krigens utbrudd rådet man i Norge over 390 medisinale anstalter (allminnelige sykehus, anstalter for tuberkulöse og sinnslidende, epidemiske og spesialsykehus), med tilsammen 27 134 sengeplasser, det er 9·2 senger pr. 1 000 innbyggere. Danmark hadde pr. 31/12 1941 43 753 senger, eller 11·3 ‰. Her er imidlertid medregnet sykeavdelinger på institusjoner, kuranstalter og rekonvalesenthjem. Trekkes disse fra, blir tallet for Danmark 10·2 ‰. Sverige hadde i 1940 72 932 sengeplasser, det er 11·4 ‰.

17·2 % av sengene finnes på Statens sykehus, 24·2 % på fylkenes, 35·3 % på kommunale og 23·3 % på private sykehus. I forhold til Danmark og Sverige er antallet private plasser relativt höyt. Av de 6 311 private sengene tilhörer 587 Röde Kors, 1 446 Sanitetsforeningene, 2 461 andre verdslige organisasjoner og 1 817 forskjellige religiöse sammenslutninger, de fleste (1 074) katolske.

Sykehusene med »blandet belegg» (d. e. blandete sykehus, kirurgisk og medicinske sykehus og avdelinger), representerer 41 % av landets samtlige senger, 11 053, eller 3·74 ‰. Det tilsvarende tall for Danmark er 4·8 ‰, for Sverige (lasaretter, sjukstugor, sjukhem) 4·2 ‰.

Hva *kirurgiske* sykehus og avdelinger angår, har landet — — — i alt 62 avdelinger eller sykehus som ledes av spesialutdannete kirurger. — — —

For uten Statens 2 *indremedisinske* avdelinger på Rikshospitalet på tillsammen 180 senger, har landet 17 sykehus eller avdelinger, som ledes av indremedisinske spesialister. — — —

Egne *röntgenavdelinger* med mere enn 1 lege finnes forelöpig ved 12 av de störste sykehusene. Dessuten har 10 til 15 sykehus egen fast ansatt röntgenolog, og stadig flere sykehus går til ansettelse av slike. — — —

Avdelinger for *öre-, nese-, hals-sykedommer* finnes bare ved Rikshospitalet, Ullevål og Bodö sykehus. Dessuten er 3 private sykehus innrettet for slike pasienter (Stavanger, Lillehammer og Tönsberg). Adskillige pasienter legges imidlertid inn på andre private sykehus. *Öienavdelinger* finnes bare ved de samme 3 store sykehus samt ved 1 privatklinikk (Hamar).

Barnavdelinger eksisterer bare ved Rikshospitalet, likeså *nevrologisk* og *nevrokirurgisk avdeling.*»

Efter Ustvedt återges också följande av kapten Rambeck sammanställda siffror för antalet läkare i Norge den 1 oktober 1946, fördelade efter läkarverksamhetens art.

Praktiserande läkare

enbart privatpraktiserande, kommunalläkare, amanuenser		
a) allmän praktik	785	
b) specialister	369	
fylkes-, distrikts-, stadsläkare och stadsfysici		
a) allmän praktik	320	
b) specialister	51	
sjukhusläkare med privat praktik	136	1 661

Icke praktiserande läkare

enbart sjukhusläkare, vetenskapsmän, administratörer	719	
pensionerade m. fl.	202	
enbart militärläkare	36	
okänd verksamhet	54	
utomlands	63	
suspenderade m. fl.	41	1 115
	Summa	**2 776,**

av vilka 233 är 70 år eller mera.

Polikliniker.

Man har i Norge ännu icke tagit bestämd principiell ställning för eller emot poliklinikinstitutionen. Som exempel på återhållsamheten i fråga om anordnandet av polikliniker må nämnas, att vid Ullevåls sjukhus poliklinisk vård icke får meddelas annat än i form av efterbehandling av tidigare på sjukhuset intagna patienter. Emellertid har det framhållits, att en vid samma sjukhus verkställd patientundersökning givit vid handen, att 25 % av sjukhusplatsernas beläggning utgjordes av fall, som åtminstone tidvis skulle kunnat skötas poliklinisk. Med hänsyn härtill har det framhållits såsom önsk-

värt, att man kunde få till stånd särskilda remisspolikliniker med specialistmottagningar för ett klientel, bestående av såväl intagningsfall som fall, vilka kunde underkastas poliklinisk undersökning. För dessa remisspolikliniker borde det allmänna genom utfästande av goda löner (förslagsvis 20 000 kronor jämte pensionskostnad) förvärva de bästa specialisterna. Detta skulle vara bästa sättet att förhindra, att patienter, som behövde specialistvård, utsattes för mindre sakkunnig behandling av vissa allmänpraktiker, vilket nu stundom skedde.

En speciell fristående poliklinik för olycksfall och trängande kirurgiska sjukdomsfall, öppen dygnet om, finns i Oslo — »Oslos kommunale legevakt». Läkarna därstädes är fast anställda mot en årlig lön av ca 8 000 kronor för en tjänstgöringstid av 3 timmar per dag.

Allmänläkare och specialister.

Det totala läkarantalet i Norge anses för närvarande väl lågt. Någon risk för att ett läkarproletariat skall uppstå vid ytterligare ökning anses ej föreligga. Den samlade utbildningstiden för en läkare uppgår till ca 10 år, varav den egentliga studietiden dock endast omfattar ca 7½ år. Det är i Norge icke ovanligt, att nyutexaminerade läkare omedelbart slår sig ner och öppnar praktik. Beträffande de privatpraktiserande läkarnas utrustning meddelas, att dessa läkare sällan är försedda med röntgenutrustning. Privata röntgeninstitut finns emellertid, vilka anlitas vid behov. De specialister, som ägnar sig åt vården av sockersjuka, brukar ha erforderlig laboratorieutrustning härför samt sköterskeassistans.

Läkardistrikten anses numera alltför stora med hänsyn till de ökade kraven på tjänsteläkarnas insats på socialvårdens och den förebyggande vårdens område. Det förekommer, att tjänsteläkare avstår viss sjukvård inom sina områden åt privatpraktiserande.

En jämförelse mellan norska och svenska förhållanden ger vid handen, att antalet läkare vid de norska sjukhusen proportionellt sett är väsentligt större än vid de svenska. Då man nu planerar fylkessjukhusens uppdelning på specialavdelningar på samma sätt som i Sverige de odelade lasaretten gjorts till föremål för delning, är man i sjukvårdens intresse angelägen om att läkarantalet vid avdelningarna skall beräknas så, att överansträngning av läkarna icke skall behöva befaras. Fylkessjukhusens upptagningsområden omfattar i regel ca 40 000—50 000 invånare och är således väsentligt mindre än de svenska centrallasarettens. Man har därför befarat, att en uppdelning på specialavdelningar kan medföra risk för att t. ex. de där anställda ögonläkarna skulle få alltför litet material för att kunna upprätthålla sin operativa skicklighet. Motsvarande kunde gälla andra slag av specialiteter. Härpå har bl. a. svarats, att mera komplicerade ögonoperationer i Norge endast verkställes av ett fåtal läkare, till vilka såväl sjukhusläkare som

privatpraktiserande specialister remitterar sådana fall. Denna praxis kan bibehållas även efter fylkessjukhusens delning.

Ett problem, som ägnas stort intresse, är huru den öppna specialistvården skall kunna göras tillgänglig även utanför de största städerna, där det stora flertalet specialister nu är koncentrerade. Det har ifrågasatts att efter amerikanskt mönster anordna hälsocentraler med tillhörande statliga sjukhem, på vilka de privatpraktiserande läkarna skulle disponera visst antal platser, varjämte de skulle ha möjlighet att konsultera specialister av olika slag.

Ett förslag till anordnande av ambulerande specialistvård i Nordnorge har under år 1946 framlagts av den norske läkaren Erling Skoug (Tidskrift for Den Norske Lægeforening 1946, nr 17) och synes ha rönt ett välvilligt mottagande bl. a. hos representanterna för de specialiteter, som avses i förslaget. Efter att ha redogjort för svårigheterna för de sjuka i dessa trakter att för närvarande erhålla specialvård frågar förslagsställaren: »Kan spesialisten gjøre noe for å bedre disse lite tillfredsstillende forhold?» och svarar själv:

»Der må kunne finnes en ordning som går ut på til en avveksling å *flytte litt omkring på spesialistene* istedenfor at altid pasientene skal flytte på seg.

Som en foreløpig løsning tillater jeg meg å komme med følgende plan: En gang pr. måned flyttes en trupp av spesialister på et i god tid på forhånd bekjentgjort sted (distriktslægested) i periferien av fylket, eventuelt også i den vestlige del av Finnmark fylke. På vedkommende sted er det gjort i stand en provisorisk arbeidsstasjon (sykestuen, kommunelokalet, ungdomslokalet o. lign.) hvor stedets distriktslæge og om mulig nabodistriktslægene fremstiller de pasienter som de ønsker spesialundersøkt. Truppen var ment å bestå av kirurg, indremedisiner, nevrolog, otorhinolog, laboratoriesøster og kontorsøster. Den er utstyrt med det nødvendigste av transportabelt diagnostisk apparatur således som røntgengjennomlysningsapparat, elektrokardiograf, nødvendig laboratoriemateriell og forskjellig annet. Til transporten innenfor fylket har man håp om å få benytte de her stasjonerte ambulansefly. Disse spesialbygde Norseman fly er meget driftsikre og dessuten ikke særlig dyre — 100 kr. pr. time i luften er det blitt meg opplyst. På 1 time skulle det ikke være vanskelig å nå selv de fjernest liggende steder innfor det landområde man hadde tenkt seg å betjene.»

Beträffande planens finansiering nämnes endast, att meningen är, att gruppens specialister tills vidare skulle utföra denna ambulerande specialistverksamhet gratis som propaganda för förbättrade förhållanden. Det synes tills vidare ovisst, i vad mån uppslaget kan praktiskt realiseras. Det har här refererats huvudsakligen såsom ett uttryck för den norska läkarkårens initiativkraft och samhällsanda, som måste verka i hög grad befordrande på det allmännas villighet att öka sina insatser för att få till stånd en fullgod hälso- och sjukvårdsorganisation.

Sjukförsäkring.

Sjukförsäkringen i Norge är reglerad genom 1930 års »lov om syketrygd». Försäkringen är obligatorisk för personer med mindre än 6 000 kronor årlig inkomst, frivillig för högre inkomsttagare. Den beräknas omfatta ca 80 % av hela folket.

Den av lagen anvisade möjligheten för läkare att vinna anslutning till systemet genom fast anställning som sjukkasseläkare torde ej ha kommit till användning i praktiken annat än i fråga om kassornas särskilda för-

troendeläkare. Men ca 90 % av den norska läkarkåren tar emot sjukkassepatienter, varvid kassorna direkt ersätter läkaren enligt sjukkassetaxan. Läkare och kassor har vid de förhandlingar, som senast förts, icke lyckats enas om en sjukkassetaxa, som samtidigt skulle vara normerande för läkarnas arvodesanspråk för öppen vård. I verkligheten betalar kassorna ca $^3/_4$ av de faktiska arvodena. Resor och sjukhusvård ersättes däremot i allmänhet helt.

I fråga om allmänvård råder fritt läkarval. Dock förutsättes att endast en läkare sökes för ett och samma sjukdomsfall. Formellt fordras remiss från allmänläkare för att ersättning för specialistvård skall utgå. Detta krav upprätthålles icke så strängt i praktiken. Härvid erlägges av kassorna fullt specialisthonorar för första besök. För följande besök betalas efter samma taxa som till allmänläkare. Taxan är rätt differentierad med olika ersättningsbelopp för första besök, andra och tredje besök samt därpå följande besök; tilläggsarvoden utgår för laboratorieundersökningar (blodundersökningar, ämnesomsättningsprov etc.) och för smärre operativa ingrepp (fingerskador, bråckoperationer etc.). För öron-, näs- och hals- samt ögonläkare liksom för obstetriker gäller särskilda taxor.

Sjukkassorna ersätter också viss tandvård såsom extraktioner och amalgamfyllningar men ej större arbeten.

Från kassorna har stundom anförts klagomål över att medlemmarna söker läkare i onödan; från läkarhåll har knappast några uttalanden i denna riktning förekommit.

Förslag om införande av obligatorisk sjukförsäkring föreligger sedan länge och detta program torde komma att realiseras inom en snar framtid.

Förebyggande vård.

Den förebyggande mödra- och barnavården är i Norge under snabb utbyggnad. Vid början av år 1947 uppgick antalet »kontrollstationer» inom denna vård till ca 400. Utom spädbarnen undersökes i stigande omfattning också övriga barn i förskolåldern.

»Bedriftslegeordningen» är en ny och för Norge speciell anordning. Särskilda »bedriftsleger» anställes av företagen på halvtid mot förhållandevis höga arvoden med uppgift att ombesörja den hygieniska övervakningen av personal och lokaler inom större industrier. Skulle tvist uppstå mellan läkare, företag eller arbetarorganisation hänskjutes ärendet till en central nämnd med en representant för arbetsgivarna, en för arbetarna och en av samhället utsedd opartisk ledamot. Nämndens utslag har alltid godtagits. I norska medicinalstyrelsen är en särskild läkare anställd för organisation och tillsyn av denna verksamhet.

AUSTRALIEN.

Vi lånar följande skildring av nuvarande förhållanden i Australien från en utredning, kallad »Blueprint for the Health of a Nation», utgiven i Sidney 1944, författad av Sir Raphael Cilento, då generaldirektör och chef för medicinalstyrelsen i Queensland, för närvarande anställd i World Health Organization i Lake Success. Vi medtar även en del av författarens reflexioner i anslutning till ämnet.

Australiens sex stater har tillsammans något över 7·15 miljoner invånare. Läkarfördelningen var år 1943 i juni följande.

Stat	Allmänpraktiker	Specialister	I administrativ verksamhet	Heltidsanställda sjukhusläkare	Tjänsteläkare i öppen vård	I militärtjänst	Totalantal
New South Wales	889	238	153	19	215	897	2 441
Victoria	759	233	116	15	141	684	1 948
Queensland	240	75	37	49	39	242	682
South Australia	257	68	7	3	33	174	542
Western Australia	160	34	26	3	23	95	341
Tasmania	83	13	9	2	27	55	189
	2 388	**691**	**348**	**91**	**478**	**2 147**	**6 143**

Antalet specialister är av olika orsaker osäkert.

Antalet medicine studerande i olika årgångar växlade samma år mellan 307 och 405. Läkarutbildningen är sexårig. Betydligt mer än 300 nya läkare utexamineras i allmänhet i Australien varje år eller dubbla antalet mot i Sverige. Man anser i en officiell utredning citerad av Cilento, att 4 000 av Australiens praktiserande läkare, om de fördelades efter behovet och vore heltidsanställda, skulle kunna räcka till för de väsentligaste arbetsuppgifterna. Ett antal av 7 200 läkare skulle »förslå för att få till stånd en hälso- och sjukvårdsorganisation, överlägsen den, som nu existerar i något land i världen».

Med den rådande fördelningen av läkarna kan läkarvården endast nödtorftigt tillgodose behovet, ibland inte ens det, »emedan distributionen av både läkare och vård sker med ledning av privatekonomiska synpunkter».

Genom det nuvarande systemet utväljes en elit bland de studerande för sjukhusarbetet, medan de läkare, som bäst skulle behöva sjukhusutbildning, inte får någon.

Minst eftersökt av läkarna är hälsovårdsarbetet, troligen därför att det bedrives fullständigt isolerat från all klinisk verksamhet; därnäst arbetet inom sinnessjukvården; mest eftersökt är allmän praktik med kirurgisk betoning, vilket enligt många medicinska och kirurgiska experters mening lett till att icke sällan onödiga, alltför oförvägna eller överbetalda kirurgiska ingrepp företages. Fördelningen av läkarna är ojämn. Medan det på landsbygden

ofta inte finns mer än en läkare på 3 000, 4 000 eller vid mycket spridd befolkning t. o. m. 5 000 invånare, är antalet läkare i de största städerna 1 : 1 000 eller ännu högre. I arbetarförstäderna med låg inkomststandard finns alltför få läkare. Större landsortsstäder har det bättre ställt men konkurrensen är hård och det är oftast ont om skickliga specialister, även om det förekommer lysande undantag från denna regel. Små landsortsstäder har dålig läkartillgång och blir ofta reträttplatser för läkare med ringa ambition och svag ekonomi, vilka så småningom försoffas av den föga stimulerande miljön, om de stannar för länge. I en del avlägset liggande distrikt, där en lönande privat praktik är utesluten, kompenseras läkarna med statliga bidrag för att de tillhandahåller befolkningen erforderlig vård.

Om alla de olika slagen av läkarpraktik — utom den statsunderstödda i de mest perifera distrikten — gäller, att det allmännas och läkarnas synpunkter på hur vården bör vara anordnad lätt kan råka i konflikt med varandra och ofta också gör det. Motsättningen mellan den privata läkarverksamheten och den av det allmänna organiserade vården har ständigt skärpts och utgör en av huvudorsakerna till våra dagars försök att reorganisera hälso- och sjukvårdens former med hänsyn till vad som kan vara effektivt och ekonomiskt.

Sjukhusen i Australien — tuberkulosanstalter och sinnessjukhus oräknade — disponerar nära 58 000 vårdplatser eller ca 8 platser på 1 000 invånare. Av dessa platser är 42 404 allmänna eller understödda av det allmänna i 571 allmänna sjukhus, medan 15 256 är privata i 1 166 privata sjukhus, de flesta av mycket ringa storlek. Siffran för dagligen belagda sängar är 5·5 på 1 000 invånare. Antalet vårdplatser anses tillräckligt men deras fördelning otillfredsställande såväl när det gäller allmänvård som specialistvård. Särskilt är det brist på platser för subakuta och kroniska fall och för rekonvalescenter. Dessa skulle kunna vårdas i mindre hem för en tredjedel av nuvarande kostnad.

Epidemisjukhusen är illa fördelade och oekonomiskt organiserade. Platsantalet är tillräckligt.

Myndigheterna inskränker mer och mer fältet för de privata sjukhusen genom bestämmelser rörande byggnader, sköterskornas kvalifikationer och antal, sjukhusens utrustning etc.

Utdrag ur Cilentos redogörelse för Australiens hälso- och sjukvårdsproblem.

»Vår åsiktsbildning är betydligt mer påverkad av våra vanor än av logiska resonemang», säger Cilento och fortsätter: »Detta slår en som ett oemotsägligt faktum, då man vid en resa genom Australiens delstater hör de lokala läkarna beteckna förhållandena på orten, så olika på olika ställen, som 'våra dagars medicinska standard' och detta även i fråga om rätt nyligen införda ändringar, som man för tio år sedan bittert bekämpade, t. ex. avskaffandet av 'honorary'-läkarna vid Brisbanesjukhuset i Queensland eller anställandet av tjänsteläkare mot lön av det allmänna

i hela Tasmanien. Sedan det 'nya' en tid blivit praktiserat, betraktas det som det 'normala'. Kanske är det för att de privatpraktiserande läkarna ännu ej har någon praktisk erfarenhet av sådan verksamhet, som de med så stor misstro hälsat de nya förslagen från statligt håll om åtgärder inom hälso- och sjukvården, ägnade att frambringa positiv hälsa hos befolkningen. Det innebär emellertid ett allvarligt hot mot privatpraktikerns framtid, att han avskurit sig själv eller blivit avskuren från medverkan i den positiva och preventiva medicinen. Det var under ett starkt läkarmotstånd som den enda professuren i socialmedicin i Australien inrättades 1937 i Brisbane, dit den yngsta medicinska fakulteten förlagts.»

»Under det senaste årtiondets diskussioner om olika betalningssystem har läkarnas organisationer kategoriskt avvisat tanken på en sjukvårdstjänst, byggd på avlönade tjänsteläkare, och — efter någon tvekan — likaså ett sjukförsäkringssystem med ersättning per capita; man har i stället påyrkat bibehållandet av den fria konkurrensen med prestationsersättning (fee-for-each-service). Detta har motiverats med en försäkran, att fri konkurrens om förtjänsten är en nödvändig förutsättning för att de praktiserande läkarna skall fortsätta att meddela en god vård och att denna form för ersättning 'värmer och berikar förhållandet mellan läkare och patient'. — Andra läkare, bland dem några av de mest framstående ledarna inom professionen, har under de sistförflutna fyrtio åren tagit klart avstånd från denna ståndpunkt, då de anser konkurrensen ha en förödande inverkan på läkarnas inbördes relationer, vara till skada för förhållandet läkare—patient och inverka höjande på genomsnittskostnaden per patient, vilken under alla förhållanden, direkt eller indirekt, till slut drabbar patienterna; de anser vidare att konkurrensen är socialt osund, då den måste gå ut över en samhällsklass, samt att den utgör en kvarleva från en tid, då en liten grupp yrkesutövare kunde ha privilegiet att råda över en samhällelig nyttighet.»

»Lekmän och lekmannakommittéer utesluter mer och mer läkare såsom ointresserade från varje sida av det sociala fältet utom den rent sjukvårdande verksamheten. De drivande krafterna i det sociala välfärdsarbetet har börjat skjuta undan läkarna till en andraplansplats och ser sig om efter andra ledare. Denna beklagliga och mot flertalet läkare orättvisa tendens har uppkommit som en följd dels av att läkarna i den inom yrket allmänna konkurrensen ej haft tid för sådana uppgifter, dels av att flertalet av dem accepterat påstående, att vad staten understöder uteslutande är att anse som en statens angelägenhet. En annan bidragande orsak härtill har varit den omfattande publicitet, som uttalanden från en liten och mindre representativ del ensidigt affärsmässigt inställda läkare förvärvat, vilka lovprisar vinstmotivet, fikar efter de sjukas besparingar och med förakt avfärdar tanken på läkaren såsom en samhällstjänare.»

Det allmänna har successivt övertagit den ena uppgiften inom hälso- och sjukvården efter den andra.

Man har nu nått det stadium, då staten erkänt sig ansvarig för varje enskild individs hälsotillstånd.

»Därav följer — en slutsats, som accepterats av statsmakterna — att, där vårdmöjligheter saknas eller är otillräckliga, staten har skyldighet att fylla bristen.

Denna stora målsättning — det första uttrycket för uppfattningen, att en hälsotjänst har till uppgift att skapa förutsättningar för positiv hälsa samt att tillhandahålla förebyggande vård och medicinsk hjälp vid behov till varje samhällsmedlem — har ej givit anledning till konflikt med läkarkåren, så länge det gällt allmänna åtgärder

för att höja den allmänna och individuella hygienen, men föranlett skarpa motsättningar, då det gällt att organisera sjukhusvård och öppen sjukvård samt att sörja för därtill hörande vårdanordningar.»

Redan efter kriget 1914—1918 hade en subkommitté av brittiska läkarförbundets australiska avdelning lagt fram ett betänkande rörande den framtida utvecklingen inom medicinen, vari bl. a. framhölls, att den kurativa medicinen i vissa avseenden ej längre lämpade sig för en verksamhet, bedriven av individuellt arbetande privatpraktiker. I ett senare avlämnat tillägg framlades ett förslag till kooperativ praktik bland läkare i ett distrikt. Förslaget ledde dock ej till några positiva åtgärder.

I en ledande artikel skrev the Medical Journal of Australia 1920: »Vissa former av medicinsk verksamhet kan inte utövas individuellt av en praktiserande läkare. Problemet om förebyggande av sjukdom är en fråga om samverkan av flera slag av verksamhet.»

Någon sådan samverken kom emellertid inte till stånd och 1943 påpekade en officiell kommitté (the Medical and Hospitals Survey Subcommittee) att i hela Australien »det allmänna hälsovårdsarbete, som utföres av allmänpraktiserande läkare, är minimalt», samt att »intet tecken har i någon stat synts på att läkarkåren generellt taget är direkt och aktivt intresserad i den allmänna hälsovården; tvärtom förefaller det som om kåren saknar både utbildning och intresse för denna del av läkarvården».

»Naturligtvis har privatpraktikern», säger Cilento, »möjlighet att i sin dagliga praktik inskärpa de vanliga fakta ur den preventiva och protektiva medicinen, *dock endast i den mån han själv har kännedom om dem.* Detta är icke sagt för att förklena. Privatpraktikerna är inte upphovsmän till utan offer för ett system, som dömer dem att tjäna sitt levebröd genom att sköta sjuka och inte genom att bevara och stärka hälsan hos friska. Intill dess den förebyggande medicinen godtages som något mer än ett intellektuellt aktningsvärt men i realiteten knappast räntabelt ideal och blir föremål för undervisning i de medicinska skolorna som ett viktigt ämne, och intill dess medicinen själv blir erkänd som en vetenskap, inspirerad av det positiva målet att bibehålla hälsan mera än att, som ett hantverk, motiveras av den negativa uppgiften att reparera brister i hälsan, måste den privata läkarens intresse härför förbli obetydligt, till skada både för patienten och honom själv.»

Utrymmet för privatpraktikerns verksamhet blir allt trängre. Förlossningarna sker i allt större skala på sjukhus. Poliklinikernas klientel ökar. Kontrollen av cancer och vanförhet blir liksom kontrollen av epidemiska infektionssjukdomar allt mera tjänsteläkarens sak. Ofta är det läkarna själva, som tar initiativet till nya offentliga specialistmottagningar i samhällelig regi. I socialmedicinen arbetar man redan med psykoneurosernas problem, med problemet om uttröttbarheten i industriarbetet o. s. v. Denna slumpvisa utveckling mot en medicinsk organisation har nu gått så långt, att det säkert inte ligger något revolutionärt i en förmodan, att läkare borde

skapa en målmedveten plan för utvecklingen, innan den bringas ohjälpligt på avvägar av lekmannaentusiaster.

Cilento besvarar frågan, hur läkarvården i Australien motsvarar nutidens krav, på följande sätt:

»Det finns tillräckligt av personal och institutioner men deras utspridning är ojämn och otillfredsställande och organisationen är ej anpassad efter det faktiska behovet utan klavbindes av bestämmelser, som tillhör en gången tid.»

— —

Hela läkarkåren skulle behöva en bättre skolning i socialmedicin, bättre organisation och bättre fördelning.

»Denna organisation kan inte åstadkommas genom privatpraktik av isolationist-typ på ohämmad tävlingsbas. Sjukhusen lider likaledes av felaktig fördelning, bristande samverkan och otillräcklig specialisering, och en ännu mera ensidig inriktning på den sjukvårdande sidan av den medicinska omvårdnaden. Både bland de intagna och bland patienterna i den ambulanta vården förekommer många fall, som kunde behandlas av praktikern. Avdelningarna fylles med kroniska fall och konvalescentfall, deras planering och utrustning är gjord på måfå och ofta torftig, och allmänpraktikern undantränges allt mera från dem. Sjukhusen behöver mera tillfredsställande sortering av klientelet efter fallens art, standardisering, en samordning av vårdplatserna, avlastning av det stora antalet kroniskt sjuka och konvalescenter samt av de alltför svällande öppna mottagningarna, ekonomisk trygghet både för själva driften och för de anknutna specialisterna och den fasta läkarstaben.»

Cilento summerar:

»Läkaren är inte längre receptskrivaren utan allmänhetens förtroendeman i hälso- och sjukvård, i första hand anställd för att befordra hälsan. Sjukhusen är inte längre uppsamlingsplatser för invalider, psykopater och andra nödlidande utan 'reparationscentraler' för hela folket, och mellan denna deras huvuduppgift och deras verksamhet, sådan den hittills gestaltat sig, ligger hela området för den förebyggande vården och de positiva hälsovårdsuppgifterna. Grupparbete är nödvändigt och samarbetet måste utsträckas utanför sjukhusväggarna till hela läkarkåren. Rådgivande hälsocentraler och undersökningslaboratorier måste inrättas och där härigenom de privatpraktiserande läkarnas ekonomiska trygghet blir hotad, måste ändamålsenliga åtgärder vidtagas för att återställa den och förebygga orättvisor.

Endast staten har de resurser, som behövs för att genomföra dessa reformer. Förutsättningen för att de skall kunna realiseras utan att någon orättvisa sker kåren, allmänheten eller staten själv är, att de baseras på uppriktiga och samarbetsvilliga överläggningar mellan regeringen och läkarkårens representanter.»

CANADA.

År 1929 väcktes i Canada förslag om införande av en allmän hälsoförsäkring. År 1941 igångsattes en utredning härom, sedan det konstaterats, att det förelåg en allmän önskan om en sådan försäkring och att läkarkåren var beredd att lämna sin medverkan, om densamma kom till stånd. Förslaget framlades i mars 1943 och huvudprinciperna godkändes i juli samma år av »house of commons». Planen kallas »a public health and health-insurance plan». In-

tressant är här sammankopplingen av den allmänna hälsovården med den individuella profylaktiska vården och med sjukvården.

Enligt förslaget skall provinserna erhålla vissa årliga bidrag från regeringen för genomförande av planer, som blivit godkända av denna. Bidragen till provinserna skall utgå efter tre olika principer: 1) med ett fixt belopp för varje försäkrad person, 2) i form av anslag, utgående med en viss procent av kostnaden för realiserandet av ett godkänt system av allmänna hälsovårdsåtgärder och 3) i form av särskilda bidrag för vissa speciella ändamål, såsom fri tuberkulosvård, utbildning av funktionärer m. m.

Avsikten är, att försäkringen skall vara obligatorisk och omfatta hela befolkningen, provinserna dock obetaget att begränsa dess räckvidd. Villkor för statsbidraget är dock, att alla grenar av hälso- och sjukvård tillgodoses enligt godkända planer.

Varje person över 16 år erlägger en årlig avgift av 26 dollar; barn under 16 år åtnjuter alla försäkringens förmåner, men inga avgifter erlägges för dem.

Förmånerna består i behandling av praktiserande läkare med goda kvalifikationer i medicin, kirurgi och obstetrik och därtill vid behov av konsulterande specialister både för diagnos och behandling. Läkarvalet är fritt, men specialistvård fordrar i allmänhet rekommendation från allmänpraktiker. Där det finns godkända polikliniker eller läkare, som arbetar vid gruppmottagningar, må den försäkrade välja sådan poliklinik eller mottagning i stället för praktiserande specialist.

Tandvården inskränkes av praktiska skäl (tandläkarbrist) tills vidare till barn under 16 år. Även ambulerande tandkliniker ingår i planläggningen. Om en person uteblir från tandkliniken den tid han fått sig tilldelad, kan han påläggas böter.

Sköterskevård är tillgänglig efter ordination av familjeläkaren, likaså läkemedel och andra medicinska hjälpmedel ävensom sjukhusvård. Bland andra förmåner, som kostnadsfritt tillhandahålles mot försäkringsavgiften, är också fri vård vid psykiska sjukdomar, veneriska sjukdomar etc. Det förutsättes, att den fria sjukvården enligt försäkringsprogrammet kompletteras med ett allmänt program för att befordra och bevara hälsan.

Kostnadsberäkningarna upptar en samlad kostnad av 256 miljoner dollar per år, vilka skulle erhållas sålunda: statsbidrag 46·6 miljoner dollar, bidrag från provinserna, som för närvarande utger 50 miljoner dollar för sådana ändamål, 91 miljoner dollar och resten — 119 miljoner dollar — genom försäkringsavgifter. Då invånarantalet är 11·4 miljoner innebär förslaget, att kostnaderna för allmän hälso- och sjukvård kommer att uppgå till i genomsnitt 23 dollar per invånare.

Bland dem, som yttrat sig över förslaget, märkes Canadensiska läkarförbundet, som självt utarbetat en plan så tidigt som 1934. Förbundet, som ansåg 1943 års förslag bättre än något annat känt förslag, lade särskild

vikt vid förebyggandet av sjukdom och höjandet av det allmänna hälsotillståndet och underströk därför, att hälsoförsäkringen måste kompletteras med ett program, som säkrade bättre föda, bättre bostäder och minskade bekymmer och ängslan i synnerhet för personer med låg och osäker inkomst. Bevarandet av allmänpraktikern-familjeläkaren är för förbundet en huvudsak. »Familjen måste bli enheten och familjeläkaren ha en central plats i första linjen.» Periodiska undersökningar med lämpliga intervaller måste bli tillgängliga för alla, eftersom »sjukdomens tidiga upptäckande är det viktigaste i kampen mot den». Hälsocentraler måste planeras för varje område, där så kunde ske i anslutning till sjukhus.

Då läkarantalet i Canada uppgår till ca 13 000 eller sålunda en läkare på 875 invånare borde vården snabbt kunna utbyggas enligt förslaget.

Ersättningen till läkarna skulle vara skälig och motsvara den höga standard man väntade sig av deras tjänster. Metoden för ersättningen borde lämnas till varje provins att bestämma efter samråd med representanter för läkarkåren och riksmyndigheterna. I vissa områden kunde det vara lämpligt att betala för varje prestation, i andra med en summa för ett visst antal vårdade patienter, i andra trakter åter och särskilt i landsbygdsdistrikt, där befolkningen är gles — befolkningstätheten är i Canada endast 1·2 per km^2 — kunde årslön eller en kombination av de olika systemen rekommenderas. I synnerhet i distrikt, där läkaren vid betalning per prestation (fee for service) eller arvode per försäkrad person (capitation fee) icke kunde komma upp till rimlig inkomst, finge behövligt belopp anslås såsom lön till läkaren. Läkarförbundet anförde, att läkarnas bruttoinkomst för närvarande uppskattades till i genomsnitt 5 237 dollar per läkare och år och nettoinkomsten till 60 % av denna summa eller 3 142 dollar per läkare och år (vid en kurs av 1 dollar = 3: 60 kronor, motsvarande 18 853 respektive 11 311 kronor).

Läkarförbundet underströk slutligen starkt, att administrationen borde skötas av ett opolitiskt och oberoende organ. Även övriga kategorier av sjukvårdspersonal tillstyrkte förslagen enligt planen. De organiserade arbetarna åter (trades and labour congress) framhävde å sin sida, att i första rummet den stora massans intressen borde tillvaratagas, då det var dennas hälsa det gällde att skydda. Administrationen av försäkringen borde därför placeras i händerna på dem, som betalade den.

Den omfattande planen har ännu icke trätt i verksamhet eller ens blivit i sina olika delar definitivt antagen. Orsakerna till uppskovet är i första hand olika meningar om finansieringen. Man diskuterar särskilt de olika provinsernas rättighet att själva för hälsovårdsändamål uttaga skatt på inkomst och förmögenhet. På avgörandet i denna fråga hänger den slutliga konstruktionen av planen för fördelningen av kostnaderna mellan den kontrollerande enheten, staten, och de förvaltande enheterna provinserna. Uppskovet betyder emellertid icke att planerna skrinlagts. Tvärtom arbetas överallt på deras realiserande. En av provinserna, Saskatchewan, har till och med beslutat

sätta planen i kraft och realisera den med egna tillgängliga medel; till direktör för hälso- och sjukvårdsverksamheten enligt densamma har utnämnts en läkare.

FRANKRIKE.

Frankrike har, med sina nära 42 miljoner invånare, 29 542 läkare (1 : 1 420 personer). Dessa läkare är utspridda i de 90 departementen, där läkartätheten växlar mellan 1 : 1 000 och 1 : 3 000. I departementet Seine är relationen 1 : 690 (7 300 läkare på 4 962 967 invånare), i ett enstaka departement (Moselle) väsentligt lägre (1 : 4 020).

Den öppna vården på landsbygden ombesörjes i regel av privatpraktiserande läkare. Däremot finns polikliniker såväl vid de stora regionala sjukhusen — säten för en medicinsk fakultet eller högskola — som vid de departementala och kommunala. Allmänläkaren har icke tillgång till centrallaboratorium eller teknisk specialutrustning annat än genom att sända patienterna till sjukhus. Därmed synes han i allmänhet ha överlämnat patienten till sjukhuset, vars läkare är verksamma både i den slutna och öppna vården, ibland samtidigt, ibland alternerande. Antalet specialister skall enligt generalsekreteraren för det franska hälsovårdsdepartementet doktor Cavaillon vara tillräckligt utom för barnsjukdomar och tuberkulos. Organisationen har hittills inneburit, att endast de förmögna i de stora städerna haft tillgång till fullt modern läkarvård. Samme sagesman har vidare anfört, att de franska läkarnas ekonomi är mycket god, ofta t. o. m. allt för god, vilket väcker anstöt, samt att läkarna ofta är allt för rädda att skicka patienterna ifrån sig till sjukhus eller specialist — särskilt skulle detta gälla landsorten. I ett principiellt uttalande har doktor Cavaillon såsom sin mening framhållit, att

»läkarna borde lära sig mera kollektiv samverkan till patienternas bästa och överge sin individuellt isolerade inställning samt att alla medborgare, oberoende av förmögenhet och boningsort, borde ha lika tillgång till alla medicinens möjligheter, på samma sätt som alla passagerare på en atlantångare, oberoende av klass, i lika hög grad kommer i åtnjutande av den säkerhet, som fartygets navigation genom kompetent personal med alla tekniska resurser till sitt förfogande kan bereda».

I själva verket har redan regeringen de Gaulle i slutet av 1944 och början av 1945 publicerat grunddragen till en stor »plan för den sociala säkerheten», i mycket lik den engelska Beveridgeplanen. Planen avser att samordna och utbygga alla de olika sociala försäkringsformerna. Sjukförsäkringen göres allmän och obligatorisk. Förslag härom har antagits av kamrarna hösten 1945. Beslutet var enhälligt. Det franska läkarförbundet hade förklarat sig komma att kämpa däremot med all makt, då förslaget innebär, att även de förmögna ingår i försäkringen och att läkarna blir bundna av sjukkassetaxa. Dittills reglerade taxan liksom hos oss endast förhållandet

mellan den försäkrade och kassan (80 % återbetalning av fixerat belopp) och läkarna var icke tvungna att hålla sig till den. Nu är detta förhållande ändrat genom den nya lagen. Dock innebär det framlagda förslaget, att taxan skall uppta förhöjningar för vissa kategorier av praktiserande: »en raison de leur titres, de leur valeur scientifique, de leurs travaux ou de leur specialisation». Varje praktiker, som icke åtnöjes med taxans belopp utan lägger på ett extra arvode, måste dock vid anfordran för den sjuke eller tjänsteman i »sécurité sociale» motivera förhöjningen, såsom med »la situation de fortune de l'assuré, la notorité du practicien ou autres circonstances particulières». Godkännes ej skälen av en departemental kommission, sammansatt av tre läkare, varav en i kassornas tjänst och en lekmanadministratör, får läkaren betala tillbaka vad han betingat sig för mycket. I själva administrationen av försäkringen har läkarna mycket liten del men taxorna skall fastställas genom överenskommelse mellan kassornas departementala representation och läkarförbundets avdelningar för att till slut godkännas av central myndighet. Det återstår att se, hur denna egenartade och komplicerade ordning kommer att verka i praktiken. Den nu gällande sjukkassetaxan är emellertid så konstruerad (med nyckelbokstäver och koefficienter), att patienterna ej kan kontrollera, att den följes.

Hösten 1945 har också nya förordningar utkommit för mödra- och barnavården, för skolläkarvården och för tuberkulosvården. Det förebyggande arbetet lägges på departementen, där den medicinska kontrollen handhas av särskilda specialutbildade inspektörer. Bestämmelserna är rätt detaljerade. Så skall minst en spädbarnscentral ordnas för varje 8 000-tal invånare, en mödravårdscentral för varje 20 000-tal. Vid sidan av de förebyggande undersökningar, som mödrar, spädbarn, småbarn, skolbarn och vissa arbetare kan åtnjuta enligt särskilda bestämmelser, är varje fransk medborgare enligt sjukkasselagen och dess följdförfattningar, den viktigaste daterad 19 juli 1946, berättigad till nio förebyggande undersökningar. Dessa skall vara noggranna och omfatta de viktigaste organsystemen: lungor, hjärta och kärl, mage och tarm, urogenitalapparat, ben och leder, endokrina organ, sinnesorgan, neurologiska och psykiska funktioner. Tuberkulinreaktion skall göras och, om den är positiv, åtföljas av genomlysning eller röntgenfotografering. Från och med den undersökning, som äger rum vid 19—20 års ålder, är serumreaktion på syfilis obligatorisk. Som en övergångsbestämmelse stadgas, att de fyra undersökningarna i åldrarna 25—30, 35—40, 45—50 och 55—60 år tills vidare får ersättas med två, en i åldern 25—35 och en i åldern mellan 45 och 55 år.

Bestämmelserna om de obligatoriska förebyggande undersökningarna skulle, om de kan genomföras enligt förordningarna, ställa Frankrike i främsta ledet på detta område.

Den samhälleliga sjukvården står i Frankrike inför en kraftig expansion. Särskilt anges den slutna vården vara i behov av en omfattande utbyggnad.

Om verkningarna härav för den öppna vården är det tydligen allt för tidigt att döma. Som exempel på den starka individualismen i Frankrike må nämnas, att ett antal enskilda institutioner, sjukhus, asyler, dispensärer m. fl., ett 50-tal i Paris och omgivningar, ett 80-tal i provinsen inklusive Algeriet och Tunisien, nyligen sammanslutit sig för att »bevara sin självständighet».

FÖRENTA STATERNA.

Under tiden från kolonisationen och fram till våra dagar har läkarkonsten och sjukvården i Förenta staterna befunnit sig i livlig utveckling. Kolonisationstidens pioniärläkare hade vissa uppgifter, den under en följande period mera hantverksmässigt utbildade läkaren andra och den frie yrkesutövaren under senare delen av 1800-talet — »familjeläkaren i hästdroskan» som han i Amerika karakteriseras — åter andra. Med den fortgående specialiseringen och de alltmera uppdrivna kraven på dyrbar teknisk utrustning har nya former för läkarverksamheten utexperimenterats.

Ett första steg mot sådana nya former utgjorde de s. k. »Medical Arts Buildings», som till en början uppfördes i mellersta västern men som senare nådde spridning till flertalet större städer. I syfte att förbilliga omkostnaderna för den öppna privata läkarvården upprättade flertalet av läkarna i en stad praktik inom en och samma fastighet. Såväl allmänläkare som specialläkare, även tandläkare, stod där till förfogande. I samma byggnad fanns i regel också apotekslokaler och förbandsrum, sammanträdeslokaler för traktens läkarförening och ofta även föreningens bibliotek.

Nästa steg på samma väg utgjorde inrättandet av s. k. »Private Group Clinics». Redan vid tiden för västerns kolonisation (1850—1860) tvingade bristen på läkare de stora företagen (Miners Companies, Lumber Companies, Western Railway Companies m. fl.) att ordna all sjukvård för sina anställda i form av »gruppmottagningar» (mottagningar, hållna av ett flertal läkare — specialister och allmänläkare — för ändamålet anställda av företagen). Läkare, som prövat detta system, insåg de fördelar det erbjöd och organiserade själva läkargrupper för privat verksamhet. Systemet har sedermera nått en vidsträckt spridning och praktiseras både i privat, halvprivat, kommunal eller annan offentlig regi, stundom med förutbetalning mer eller mindre enligt försäkringsprinciper. Den mest kända av dessa gruppmottagningar är Mayokliniken i Rochester i Minnesota, som redan år 1929 hade 386 läkare. Verksamhetens tyngdpunkt är där lagd på diagnostik.

Medicinhistorikern, den internationellt kände forskaren professor H. Sigerist säger om denna klinik i sin år 1933 publicerade »Amerika und die Medizin», att man här med skäl torde kunna tala om »en mekaniserad sjukvård enligt det löpande bandets princip». »Men», fortsätter han, »sedan alla erforderliga tekniska undersökningar verk-

ställts, ålåg det dock till slut en enda läkare att verkställa syntesen av de olika undersökningsresultaten, att ställa diagnosen och bestämma behandlingen.»

Denna klinik står öppen för en var; före kriget erhöll ca 30 % av patienterna fri vård, 25 % fick betala självkostnaderna för undersökningen och av de mera välsituerade uttogs större ersättningsbelopp. Läkarna är fast anställda och avlönade. Utom sin fasta lön erhåller de vid årets slut visst tantiem av intjänat belopp.

En annan känd gruppmottagning är Ross-Loos-kliniken i Los Angeles, från början huvudsakligen för kommunalt anställda, numera omfattande mer än 90 läkare; flertalet av dessa, ett 70-tal specialister, är anknutna till en centralpoliklinik och ett mindre antal till någon av mottagningens tio »subclinics», i regel med allmänpraktiker och öronspecialist. Medan Ross-Loos-kliniken angives vara »organized for profit», skall detta ej vara fallet med den sjukvårdsverksamhet, som anordnats av Kaisers Shipyard och som funnit en entusiastisk skildrare i Paul de Kruif (»Kaiser wakes the Doctors», 1943). Ytterligare ett stort antal gruppmottagningar med varierande organisation kunde nämnas.

Cancerkontrollen.

En speciell form av hälsoundersökning har i Förenta staterna igångsatts för att bekämpa kräftsjukdomarna. Organisationen av denna del av den öppna vården har sitt särskilda intresse, då några motsvarande åtgärder ännu icke vidtagits i vårt land.

Centraler för cancerundersökning av medelålders och äldre personer har under de senaste åren upprättats överallt i Förenta staterna. Den höga spädbarnsdödligheten gav på sin tid upphov till barnavårdscentraler och tuberkulosdödligheten till dispensärverksamhet. Sedan dessa båda gruppers dödlighet nedgått, till stor del såsom en följd av de förebyggande undersökningarna, och kräftsjukdomarna, på sistone delvis genom ökningen av antalet personer i de högre åldrarna, blivit en av de mest framträdande sjukdoms- och dödsorsakerna, har parallellen lett till detta försök att lösa kräftproblemet genom att möjliggöra tidiga ingrepp. I fråga om kräftsjukdomarna är detta så mycket naturligare som ett dröjsmål med behandlingen på några månader eller något år ofta betyder att sjukdomen spritt sig och blivit obotlig.

Organisationen av cancercentralerna har som vanligt i Amerika skett på enskilt initiativ. Amerikanska cancersällskapet organiserades redan 1913. Det har nu fått lokalavdelningar, kontor och mottagningsställen över hela landet. Då cancervården även i fråga om sjukhusvården är försummad, har cancersällskapet tagit itu också med den slutna vården. Man söker förmå allmänheten att inställa sig för en regelbunden undersökning minst en gång årligen, kvinnor i åldern 35—54 år två gånger om året. Samtidigt gör man en kraftig propaganda för omedelbar undersökning, så snart en person hos sig finner något sjukligt symtom, som kan tyda på en tidig cancer. Man söker också hos allmänheten inpränta, vilka symtom man särskilt bör ge akt på.

Cancercentralerna upprättas för att tjänstgöra som försöksstationer. Det gäller att samla siffror, som visar betydelsen av verksamheten. Undersökningen omfattar oftast en fullständig kroppsundersökning, innefattande hud, munhåla, inre organ, lymfkörtlar, blodräkning, urinanalys, Wassermannprov, röntgen av bröstkorgen och inspektion av ändtarmen. Cancerkliniken håller alltså på att utveckla sig till en hälsocentral för medelålders och äldre personer.

På mottagningarna arbetar, utom läkare och sköterska, en laboratorietekniker och en röntgentekniker. Om man gör något positivt fynd, sändes patienten tillbaka till sin vanliga läkare med resultatet av undersökningen. På många ställen tages av varje kvinnlig patient ett slidprov, som sändes till patologisk undersökning. Genom denna teknik har man på cancerklinikerna hos personer, som uppgivit sig känna sig friska, funnit cancer i 1·5—2 % av samtliga fall. I början, då man får anta, att företrädesvis patienter med symtom besökte klinikerna, var den positiva procenten betydligt högre. Därtill kommer ett mycket stort antal rubbningar av olika slag, som man funnit sig böra sända till olika slag av specialister.

I Philadelphia arbetar nu 10 cancerkliniker. Efter 2 års verksamhet har man funnit, att mer än hälften av alla patienter som undersökts visat sig vara i behov av läkarvård. Man har beräknat, att om varje person underkastade sig en undersökning var sjätte månad, av de nu levande invånarna i Amerika, som kan förväntas dö i kräfta, tillsammans 17 miljoner, 1/3 skulle kunna räddas. För Sverige skulle motsvarande siffra vara 1/3 av 500 000, vilket innebär att tillsammans 170 000 personer eller uppskattningsvis 2 600 personer årligen skulle kunna räddas.

Man menar sig redan genom arbetet med den förebyggande cancerkontrollen ha fått en sänkning av dödligheten i cancer med 11 % mellan åren 1934 och 1944.

En del ledande amerikanska vetenskapsmän anser, att inrättandet av dessa cancercentraler är den betydelsefullaste åtgärd, som vidtagits för att bekämpa cancern. De förordar livligt, att en sådan undersökningscentral bör ingå såsom del i de hälsocentraler, där en välutrustad allmänläkare eller grupp av allmänläkare med tillgång till ett kliniskt och ett röntgenlaboratorium skall ägna sig åt hälso- och sjukvårdande verksamhet.

Doktor S. Österlind, som meddelat ovanstående uppgifter om den försöksverksamhet som i U. S. A. bedrives i fråga om cancerkontroll, har publicerat en artikel i ämnet i svenska läkartidningen nr 38 år 1947, till vilken hänvisas.

Av den principiella diskussionen om gruppmottagningarna har professor J. Waldenström, som i Förenta staterna åren 1945 och 1946 studerat dessa frågor, inhämtat bl. a. följande:

Enligt chefen för den nya Health Insurance Plan of Greater New York, doktor Clark, borde en grupp vara stor. Härmed avsåg han 20—25 läkare med ett sjukhus. Planer fanns emellertid på att organisera mycket mindre grupper ända ned till den minsta enheten, som ansågs böra utgöras av fyra läkare: en kirurg, en invärtesmedicinare, en obstetriker och en pediatriker, varigenom gruppen skulle »cover the whole family». Mot dessa små grupper anfördes av en annan expert, doktor Pastori på the Hospital Council of New York, att en grupp helst borde omfatta minst två läkare för varje specialitet. En annan typ av läkargrupp lancerades av dr. Sam Proger, direktör för Pratt Diagnostic Hospital i Boston. Detta sjukhus utgjorde bassjukhus i organisationen. Därifrån utsändes böcker och tidskrifter, bl. a. en särskild från sjukhuset redigerad bulletin i praktiska sjukvårdsfrågor. Närmast underställda var distriktssjukhusen i Lewiston och Bangor med röntgenologer, som reste ut till de minsta sjukhusen eller eljest kunde konsulteras. Elektrokardiogram sändes in till distriktssjukhusen eller — om så erfordrades — till Pratts Hospital för tolkning. Två distriktspatologer undersökte preparat från de minsta lokala sjukhusen. I organisationen ingick både sjukhus och prak-

tiker; anslutningen var frivillig. Den goda kontakten mellan sjukhus och praktiker var utmärkande för gruppen. Undervisningsronder för praktiker anordnades på sjukhusen och även i övrigt sörjdes för deras fortbildning.

Antalet läkare är i Förenta staterna jämförelsevis högt — en på 714 invånare. Totalsiffrorna för federationen återges här.

Antalet allmänläkare och specialister i Förenta staterna.
(Enligt av dr H. Malmros sommaren 1946 inhämtade uppgifter.)

		Antal läkare per 10 000 inv.
totalt läkarantal	185 000	14,01
antalet specialister[1]	24 752	1,88
därav för		
pediatrik	2 317	0,18
psykiatri	1 899[2]	0,14
ortopedi	896	0,07
dermatologi och venereologi	710	0,05
radiologi	2 095	0,16
urologi	1 018	0,08
obstetrik och gynekologi	1 871	0,14
invärtes medicin	3 541	0,27
(därav allergi 75, cardiologi 325, gastroenterologi 157, tuberkulos 136)		
patologi	1 047	0,08
oftalmologi	2 437	0,18
otolaryngologi	3 848	0,30
kirurgi	2 499	0,19
(därav proctologi 71)		
anaestesi	249	0,02
plastisk kirurgi	161	0,01
neurokirurgi	163	0,01

År 1942, då läkarantalet var 180 000, varav 7 995 kvinnor, uppgavs 15 % vara heltidsanställda vid medicinska högskolor, försäkringsbolag, allmänt hälsovårdande institutioner etc. Av de övriga var 28 000 över 65 år och räknades var och en som en tredjedels arbetskraft. Ytterligare 7 000 var mer eller mindre arbetsoförmögna, 42 000 var placerade i militärsjukvården och endast 88 000 var civila läkare. Såväl allmänläkare som specialister är mycket ojämnt fördelade i staterna.

---

[1] Antal certifikat = antal specialister, erkända av de olika fackorganisationerna. »Dessutom finnas ca 40 000 läkare med viss specialistutbildning, vilka frivilligt begränsa sin praktik till någon specialitet. En del fackorganisationer (boards of medical specialities) äro relativt nyligen grundade, varför de ännu ej ha så många medlemmar. American board of internal Medicine grundades sålunda 1936 och har endast 3 541 medlemmar, under det att American board of Ophtalmology, som grundades redan 1917, har 2 437 medlemmar. Det torde sålunda vara ganska svårt att av tillgängliga siffror få en verklig uppfattning om antalet specialister inom olika fack.» (Malmros.)

[2] Prof. H. Berglund uppger i svenska läkartidningen nr 17, år 1947, antalet psykiatriker i USA till 3 500.

Läkarfördelningen tedde sig enligt uppgifter, erhållna i januari 1946, på följande sätt:

Samhällen	Läkarantal i % av hela antalet	Läkarnas inkomst i % av samtligas inkomster av privatpraktik
mindre än 5 000 inv. 48 % av befolkningen	30	18
5 000 — 100 000 inv. 23 % av befolkningen	26	28
mer än 100 000 inv. 29 % av befolkningen	44	54

Mot slutet av år 1943 fanns det i 553 counties mer än 3 000, i 41 counties mer än 5 000 och i 20 counties mer än 10 000 personer per läkare. Antalet läkare på landsbygden är i stadigt sjunkande och såsom botemedel häremot föreslås, att dessa läkare erhåller den ökade tillgång till sjukhus och till den moderna diagnostikens resurser, som är nödvändig för att vården skall hållas på en god standard.

Att få en uppfattning om volymen av den öppna vården i Förenta staterna, särskilt den vid sjukhusen, har visat sig svårt. Det har meddelats, att under ett av de senaste åren omkring 10 % av befolkningen registrerats på sjukhusens öppna mottagningar och att varje patient avlagt i genomsnitt 2·5 besök. Organiserad sådan vård meddelades vid 700 sjukhus. I samma källa konstateras emellertid strax efteråt, att begreppet »out-patient» icke erhållit någon klar definition, varför det vore omöjligt att ange omfattningen av denna verksamhet.

Det mål, mot vilket man arbetar, är, enligt en av doktor Thomas Parran (Surgeon General, U. S. Public Health Service, Washington) år 1944 framlagd plan, ett koordinerat system, bestående av fyra grundtyper av medicinska centra, — i de små kommunerna ett »health center», därnäst ett »rural hospital», av nästa storleksgrad ett »district hospital» och till slut det stora »base hospital». Dessa olika enheter existerar redan. Det nu aktuella problemet är mera att samordna befintliga institutioner än att skapa nya.

Den minsta enheten — hälsocentralen — skall ha mottagningslokaler för ortens allmänläkare och tandläkare, anordningar för brådskande sjukdomsfall och olycksfall, några BB-platser, anordningar för röntgen-, blod- och bakteriologiska undersökningar samt tjänsterum och mottagningsrum för »the health department» (distriktsläkare, distriktssköterska, distriktsbarnmorska).

»The rural hospital», placerat inom räckhåll för flera hälsocentra, skall ha flera vårdplatser (ca 50) och kunna ge vård inom vissa huvudspecialiteter, kirurgi, medicin, obstetrik, samt ha resurser för en mera omfattande laborationsverksamhet.

»The district hospital» (ca 200 vårdplatser) skall stå till tjänst med specialistvård för ett område, omfattande flera »rural hospitals» och »health

centers», antingen så att patienterna där vid behov skickas till specialisterna eller så att dessa avlägger periodiska besök vid de mindre anstalterna. Både läkare och sjuksköterskor vid de mindre anstalterna skall erhålla praktisk utbildning vid distriktssjukhusen.

Som »base hospitals» skall tjänstgöra undervisningssjukhusen, i regel ett, stundom flera i varje delstat, vilka är försedda med framstående specialister på alla områden, bl. a. även för tuberkulos-, nerv- och sinnessjukdomar, epidemiska sjukdomar samt ortopediska och kroniska sjukdomar. Utbyte av personal skall äga rum mellan de olika anstaltstyperna inom organisationen.

Härigenom tänker man sig att den öppna vården ute på fältet skall bli mera högvärdig och att fortbildningen av dess personal skall kunna systematiskt ordnas samt att de centrala anstalternas läkare genom tjänstgöring i periferin skall kunna uppehålla kontakten med sina sjukhuspatienters vanliga levnadsförhållanden. För att ett sådant samarbetssystem skall kunna fungera friktionsfritt bör huvudmannen vara densamma för de olika inrättningarna samt kvalificerade arbetskrafter reserveras för att ordna utbytet.

Parrans plan, som kallas »coordinated hospital service plan», är en plan för samordning av sjukhustyper av sinsemellan olika slag och med den öppna vården av allmänläkare, specialläkare, distriktssköterskor och barnmorskor. Den åskådliggöres av illustrationen sid. 173, hämtad ur Architectural Record, augusti 1945.

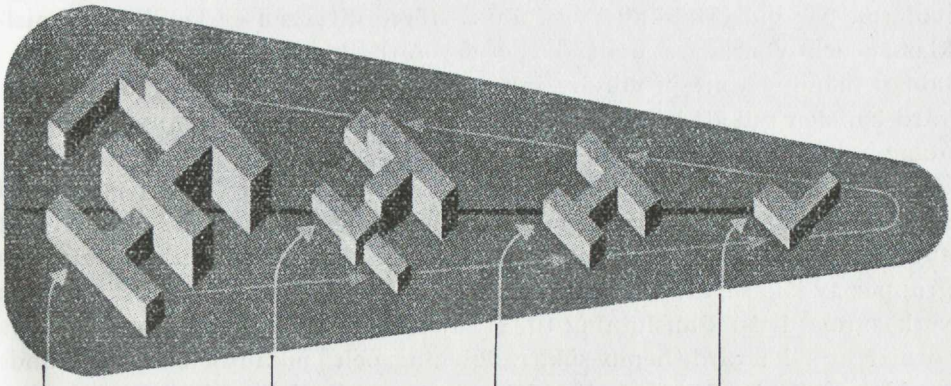
Den enskildes kostnader för läkarvård ligger i Förenta staterna högt. Möjlighet till sjukförsäkring genom försäkringsbolag eller i privata sammanslutningar finns; detta system är dock relativt litet utvecklat. Åtskillig välgörenhet utövas inom sjukvården och de olika staterna har vidtagit en hel del åtgärder för att bereda de medellösa vård. Det har sagts, att det i Förenta staterna är sämst sörjt för medelklassen i fråga om sjukvård. Detta påstående torde dock icke överallt vara helt riktigt. I en sammanställning, baserad på data från »Civilian Spending and Saving 1941 and 1942, Division of Research, Consumer Income and Demand Branch, Office of Price Administration» (mars 1943) lämnas bl. a. nedanstående uppgifter om de enskilda familjernas årliga sjukvårdskostnader i relation till deras inkomster:

Summa inkomster under 1942	Antal familjer i varje inkomstgrupp	Antal familjer i gruppen i % av hela antalet	Genomsnittl. årskostn. för sjukvård	Sjukvårdskostn. i % av inkomsten
mindre än $ 1 000	6 900 000	21	$ 42	6,8
$ 1 000 — 2 000	9 800 000	29	$ 68	4,5
$ 2 000 — 3 000	6 800 000	20	$ 96	3,9
$ 3 000 — 5 000	6 700 000	20	$ 143	3,7
mer än $ 5 000	3 200 000	10	$ 241	2,4
total	**33 400 000**	**100**	**$ 100**	**3,6**

Plan för en koordinerad sjukhusvård i U. S. A.

(Parrans plan.)

Planen är avsedd att sörja för en kontinuerlig samverkan mellan sjukhus i fråga om upplysningsverksamhet, utbildning och konsultationstjänst samt i fråga om personal och hänvisning av patienter från en vårdform till en annan.



Bassjukhus

Undervisning, forskning, konsultation
Cancerklinik
Psykiatrisk mottagning
Hjärtklinik
Klinik för stora kirurgin
Invärtes medicin
Obstetrik
Pediatrik
Ortopedisk klinik
Smittsamma sjukdomar
- Tuberkulos
- Könssjukdomar
- Andra sådana sjukdomar

Undervisning
- Sköterskor
- »Interns»[1]
- »Residents»[1]
- »Postgraduates»[1]

Laboratorieverksamhet
- Röntgen
- Patologi
- Bakteriologi
- Kemi

Fysioterapi
Tandvård
Ögon-, öron-, näs-, halssjukdomar
Dietetik

Distriktssjukhus

Stora kirurgin
Obstetrik
Invärtes medicin
Smittsamma sjukdomar
- Tuberkulos
- Könssjukdomar
- Andra sådana sjukdomar

Pediatrik
Ögon-, öron-, näs-, halssjukdomar
Tandvård
Fysioterapi
Laboratorieverksamhet
- Röntgen
- Patologi
- Bakteriologi
- Kemi

Undervisning
- Sköterskor
- »Interns»
- Dietetiker

Landsortssjukhus och hälsocentral

Invärtes medicin
Obstetrik
Ögon-, öron-, näs-, halssjukdomar
Lilla kirurgin
Laboratorieverksamhet
- Röntgen
- Bakteriologi

Allmänna administrativa hälsobyråer
- »Health Officer»
- Sanitetstjänsteman
- Distriktssköterskor
- »Publik Health Clinics»
- Förebyggande mödra- och barnavård
- Tuberkulos
- Könssjukdomar
- Upplysningsverksamhet rörande hälsovården

Hälsocentral i landsorten

Obstetrik
Medicinska och kirurgiska fall i trängande behov av vård
Laboratorieverksamhet
- Röntgen
- Bakteriologi

Tandvård
Privatmottagning för sjukhusets eller andra läkare
Allmänna administrativa hälsobyråer
- »Health Officer»
- Sanitetstjänsteman
- Distriktssköterskor
- »Publik Health Clinics»
- Förebyggande mödra- och barnavård
- Tuberkulos
- Könssjukdomar
- Upplysningsverksamhet rörande hälsovården

[1] Termen »interns» torde begagnas om läkare, som vid sjukhuset fullgör för fullständig legitimation erforderlig praktisk tjänstgöring (1—2 år), »residents» om läkare, som där förvärvar specialistutbildning, och »postgraduates» om läkare, som tjänstgör vid sjukhuset för att erhålla viss kompletterande utbildning (randutbildning eller annan efterutbildning, repititionskurs e. d.).

I den mån byggnader blir uppförda för ändamålet kommer planen att få sin största betydelse för landsortssjukhusen och landsortens hälsocentraler. Det är också genom dessa, som planen kan förverkliga sitt huvudsyfte — att utsträcka den moderna hälsovården till områden, som nu saknar resurser härför.

Barnantalet i familjerna är ej angivet. Då oss veterligt Stockholm är den enda storstad, där familjer med större inkomst uppvisat större barnantal medan överallt annars barnantalet stiger med fattigdomen, är det troligt — om icke den kriget åtföljande nativitetsstegringen bragt någon ändring i förhållandena — att de angivna siffrorna, vid fördelning av kostnaderna per individ, skulle visa ännu större divergenser i olika inkomstklasser och ytterligare understryka det förhållande, som avspeglar sig i tablån, nämligen att ju mindre inkomst en familj har, desto mindre sjukvård har den råd att kosta på sig men desto större del av familjeinkomsten åtgår, relativt sett, för denna hopkrympande sjukvård.

Den 1928 tillsatta »Committee on the Cost of Medical Care» har haft att studera hithörande frågor. Kommitténs majoritet har förordat en utsträckt allmän hälsovård för hela folket, bildandet av »health centers», vid vilka grupper av läkare, tandläkare, sjuksköterskor, apotekare o. s. v. skulle vara verksamma, helst i anslutning till ett sjukhus, så att från centralerna alla former av läkarvård, hembesök, rådgivning och sjukhusbehandling kunde meddelas. Kostnaderna skulle täckas genom försäkring, beskattning eller på båda dessa sätt, varvid möjligheten skulle bibehållas för läkare, som så önskade, att fortfarande tillämpa det hittillsvarande systemet med ersättning per prestation. Patientavgifter och läkarhonorar skulle hållas isär från varandra. Varje stat och kommun skulle betrakta frågan om planerandet och koordinationen av läkarvården i dess olika former som en viktig uppgift.

Minoriteten inom kommittén uttalade sig å sin sida mot statsingripanden på detta område i annan form än genom direkt ekonomisk hjälp åt fattiga sjuka och ansåg hälsocentralerna utgöra en farlig efterapning av den industriella stordriften. Frågan om godtagandet av något försäkringssystem på detta område borde helt och hållet avgöras av läkarnas fackorganisationer.

Ett särskilt uttalande gjordes av sociologen vid Yaleuniversitetet, professor Walter H. Hamilton, som bl. a. konstaterade, att vår tids läkare ännu inte funnit sin plats i det industrialiserade samhället med dess skärpta ekonomiska konkurrens. Enligt Hamilton måste läkaren för att kunna fylla sin uppgift befrias från ekonomiska synpunkter på sin yrkesutövning. En allomfattande obligatorisk sjukförsäkring är vägen härtill. I det nuvarande samhället är alla människor beroende av varandra och hänvisade till varandras bistånd. Folkhälsan är varje samhällsmedlems egen hälsa. Envar bör efter förmåga bidra till dess bevarande. Allt annat är sekundärproblem. Gruppmedicinen existerar redan. Den har bevisat sin överlägsenhet över tidigare mer individualistiska arbetsformer. Uppgiften är nu att tillse, att densamma på ett organisatoriskt lämpligt sätt inordnas i hälsocentralerna.

I princip har dessa förslag numera accepterats på ledande håll. President Truman har bland de rättigheter, som skall tillkomma varje ameri-

kansk medborgare upptagit »rätten till ändamålsenlig medicinsk vård och möjligheten att förvärva och behålla en god hälsa». En »Hospital Survey and Construction Act» har antagits år 1946 och en »Health centers bill» har utarbetats men ännu ej slutgiltigt behandlats. Meningen är, att varje stat först skall göra upp en plan över sina nuvarande sjukvårdsresurser samt över vad den anser sig ytterligare behöva för en »adekvat» vård. Om denna plan anses tillfredsställande, skulle 40—60 % — den procentuella andelen varierande efter de olika staternas ekonomi — av kostnaderna för den erforderliga utbyggnaden bekostas av statsmedel. Däremot torde icke förslag komma att framläggas under år 1947 om införande av obligatorisk sjukförsäkring, ehuru frågan härom avancerat rätt långt. Det för staten New York utarbetade förslaget härom har icke blivit bifallet. Motståndare till en sådan försäkring är främst de stora försäkringsbolagen och det amerikanska läkarförbundet (American Medical Association).

Såsom en förklaring till den medicinska professionens reaktionära inställning i Förenta staterna har bl. a. åberopats det faktum, att genomsnittsåldern inom högsta ledningen av förbundets »House of Delegates» ända till 1946 varit 67 år samt att allmänpraktikern icke var företrädd vid dess sammanträden utan endast storspecialister med 50 000—100 000 $ i årsinkomst. — Förbundet har enligt uppgift inte mindre än fyra särskilda organ med heltidsanställd personal med huvudsaklig uppgift »to fight Washington», d. v. s. Förenta staternas officiella hälsovårdsmyndigheter.

Den, som tar del av den livliga diskussionen om socialisering av läkarvården i Förenta staterna, skulle lätt kunna förledas att tro, att federala, statliga och kommunala myndigheter i Amerika hittills icke intresserat sig för att ge bidrag till och utöva kontroll över sjuk- och hälsovård. Motsatsen är emellertid förhållandet. Med utgångspunkt från det allmännas gamla intresse för hälsovården enligt fattiglagen har myndigheterna i Förenta staterna allt mera utsträckt sin verksamhet över olika medicinska områden. För närvarande utgår stora allmänna anslag för att möta behovet på sådana områden som sinnessjukvården, tuberkulosvården, vården av könssjuka, den medicinska omvårdnaden av arbetslösa, den sociala olycksfallsvården med omskolning, vanförevården, mödra- och barnavården, blindvården etc. På dessa områden synes anslagen från det allmänna i proportion till invånarantalet uppgå till eller till och med överstiga det allmännas utgifter för samma ändamål i vårt land. Stora kostnader nedlägges på den s. k. veteransjukvården — omsorgen om dem, som deltagit i det andra världskriget. Exakta siffror lämnas av B. Y. Stern i »Medical Services by Government, Local State and Federal», 1946, som ger följande allmänna omdöme:

»Det allmänna har allt klarare insett otillräckligheten av de tillgängliga medicinska resurserna i förhållande till behoven. Ju mera offentliga medel, som investerats i sjukvården, desto mer har man också kommit till insikt om behovet av att det allmänna i ökad utsträckning har överinseendet över det sätt, på vilket dessa medel disponeras, i syfte att tillvarata såväl de vårdbehövandes, de medicinska yrkesutövarnas och allmänhetens intressen samt för att tillförsäkra alla, som är i behov därav, en fullständig och kvalitativt högvärdig medicinsk vård.»

Det är för detta mål, som de medicinska myndigheterna i Förenta staterna för närvarande arbetar, märkligt nog under intensivt motstånd från läkarkårens facksammanslutningar. En del av dessa gynnar sedan ett årtionde i stället olika former för frivillig sjukförsäkring. Den frivilliga försäkringen i Förenta staterna är dock mycket ojämnt utbredd, medlemskapet är begränsat genom olika regler och de förmåner, som lämnas på grund av försäkringen, är med få undantag ofullständiga; årskostnaden för de försäkrade är i allmänhet hög.

Vi har i dessa notiser från Förenta staterna huvudsakligen berört en del ur ideologisk synpunkt intressanta företeelser. Däremot har det ej varit vår avsikt att ge en samlad bild av den öppna vårdens genomsnittliga standard eller att visa verkningarna av en hart när otyglad fri förvärvsverksamhet på den öppna läkarvårdens område. Även om en sådan bredare upplagd framställning i detta sammanhang skulle vara av stort intresse, kräves därför ett mera djupgående studium och ett betydligt större utrymme, än vi kunnat ägna åt skildringen av dessa förhållanden.

NYA ZEELAND.

Nya Zeeland utgör på hälso- och sjukvårdens område liksom på så många andra områden inom socialvården ett föregångsland. Landets höga standard i dessa hänseenden tar sig som bekant uttryck bl. a. däri, att medellivslängden är högre än någon annanstans i världen, 65·5 år för män och 68·5 år för kvinnor, och att spädbarnsdödligheten är den lägsta i världen. Systemet med distriktssköterskor och en förebyggande mödra- och barnavård genomfördes tidigast i detta land, där man också med hjälp av tandläkarassistenter ordnat barntandvården på ett sätt, som andra länder skulle ha önskat göra men icke vågat. Landets befolkning — ca 1·7 miljoner — är utspridd över ett relativt stort område — i genomsnitt 6 invånare pr km^2. Huvudstaden Auckland har 221 500 invånare. De organisatoriska problemen inom hälso- och sjukvården har liksom inom andra områden många beröringspunkter med de nordiska ländernas.

Genom säkerhetsakten (the Security Act) 1938 samordnades olika sociala anordningar till ett system, i syfte att genom en obligatorisk socialförsäkring skapa social trygghet mot olika slag av risker. Då förslaget härom framlades möttes det av livligt bifall från Nya Zeelands »federation of Labour», grundvalen för regeringspartiet, medan oppositionspartiet visserligen godkände principerna i förslaget men, i likhet med Nya Zeelands »bondeförbund» (farmers' Union), uttryckte farhågor för att kostnaderna skulle komma att bli för stora i förhållande till landets resurser och kritiserade förslaget om försäkringsavgifter, utgående i proportion till den försäkrades inkomst. Den starkaste oppositionen kom från Nya Zeelandsgrenen av brittiska läkarförbundet, som ville, att förmånerna inom hälsovården skulle utgå gratis

endast till de låga inkomsttagarna och icke till alla. Varken allmänheten eller regeringen behjärtade detta önskemål.

Vid säkerhetsaktens ikraftträdande i april 1939 etablerades ett den sociala säkerhetens departement (the Social Security Department), varjämte en kommission tillsattes med uppgift att — genom lokala organ över hela landet — under ministerns ledning och kontroll administrera de olika vårdanordningarna enligt akten.

De sjukvårdsförmåner, som skall lämnas i samband med försäkringen, definieras såsom »all behövlig medicinsk omvårdnad, lämnad av allmänpraktiker, mödravård, lämnad enligt härför gällande bestämmelser, narkos och andra bedövningsmedel under vissa omständigheter, och därtill sådan vård, som normalt ligger utanför en allmänpraktikers kompetensområde». Till systemet anslutna läkare är enligt säkerhetsakten berättigade till en per capita-ersättning av 15 shilling per år och registrerad patient samt reseersättning enligt vissa grunder. Patienterna får fritt välja en av de till systemet anslutna läkarna i grannskapet och kan få byta läkare efter överenskommelse härom. Genom en tilläggsakt till den sociala säkerhetsakten (the Social Security Amendment Act) 1941 bragtes vissa andra anordningar inom ramen för försäkringen. Enligt denna kan en allmänpraktiker istället för den årliga ersättningen per capita få ersättning från försäkringsfonden per prestation (fee-for-Service) med 7 shilling 6 pence per konsultation på mottagningen eller i patientens hem och med 12 shilling 6 pence för brådskande sjukdomsfall nattetid och söndagar. Ännu högre ersättningsbelopp kan godkännas, om konsultationen kräver mer än 30 minuter. Reseersättning utgår för sjukbesök, som avlägges inom en omkrets av 20 eng. mil. Läkaren eller patienten — den senare enligt en av läkaren uppgjord räkning för lämnad vård — får utkräva ersättning från fonden. De läkare, som arbetar enligt »fee for service»-systemet, kan begära ersättning med högre belopp än ovan angivits. Det överskjutande beloppet får patienten själv betala. Det kan dock icke utkrävas med rättsliga medel. De patienter, som är registrerade hos läkare för vård mot per capita-ersättning, får endast i trängande fall vända sig till läkare, som uppbär ersättning enligt tilläggsakten.

Läkemedel erhålles enligt särskilda bestämmelser på grundval av en överenskommelse mellan innehavarna av de godkända apoteken och hälsovårdsministeriet. Sådana förmåner, som anses nödvändiga för att de tidigare nämnda skall kunna fungera på tillfredsställande sätt, är också avsedda att ingå, t. ex. specialistvård, tandvård, hemsjukvård och hemhjälp; dessa och andra anordningar för att bevara och främja befolkningens hälsa införlivas successivt med verksamheten. Så t. ex. tillhandahålles numera röntgenundersökning.

Under budgetåret 1 april 1941—31 mars 1942 uppgick kostnaderna för hälso- och sjukvårdstjänsten till 1 436 588 pund eller 0·85 pund per invånare.

I likhet med det förslag till »Social Insurance and Allied Services», som

i Storbritannien framlagts av Sir William Beveridge, är det Nya Zeeländska försäkringssystemet snarare anordnat som ett skatte- än som ett försäkringssystem, bl. a. så till vida som högre avgifter icke utgår vid större risker. En annan viktig olikhet mot det engelska systemet är, att avgifterna i Nya Zeeland utgår i proportion till den försäkrades inkomst (1 shilling per pund) medan det engelska systemet är baserat på fixa avgifter. Medan sjukvårdsförmåner i regel utgår lika till alla, utgår flertalet övriga förmåner — sjukpenning, invaliditetsersättning etc. — i Nya Zeeland endast efter ekonomisk behovsprövning, vilket icke är fallet enligt det engelska systemet.

Sedan sjukvårdsförsäkringen i Nya Zeeland nu varit i funktion några år har kritik i olika avseenden riktats mot vissa av dess konsekvenser. De anmärkningar som framförts mot systemet (se t. ex. dr G. M. Smith i The Christian Science Monitor, 29 september 1945 och en korrespondent till New York Times Quentin Pope, den 7 november samma år), går i huvudsak ut på, att systemet stimulerar till rofferi av en del läkare, som uppbär ersättning utan att ens ha sett sina patienter, att staten förleder läkarna att göra sig stora förtjänster mot en liten arbetsprestation, uppammar obenägenhet hos läkarna att sköta om svårare fall på sina mottagningar eller i hemmen, vilket skulle medfört ett ökat antal remisser till sjukhusen, samt att systemet med reseersättningar leder till oberättigade förtjänster för landsbygdens läkare. Till svar på denna kritik har mr Sydney Greenbie (förutvarande assistent hos amerikanske ministern i Nya Zeeland i ett den 19 november 1945 publicerat brev till New York Times) förklarat, att missbruk förekommit, men att de lämnade skildringarna i stort sett gav en vrångbild av programmets förverkligande. I en artikel i Evening Post, Wellington, Nya Zeeland, den 2 oktober 1945 citeras följande uttalande av hälsovårdsministern: »Jag ser mig nödsakad att meddela att missbruket av 'fee-for-service'-systemet kommit regeringen att allvarligt taga under övervägande huruvida detta system bör bibehållas.» Ministern ansåg också, att antalet sjukhusinläggningar under den tid sjukförsäkringen fungerat varit för stort. De brister, som visat sig vid realiserandet av Nya Zeelands hälso- och sjukvårdsplan, synes sålunda framför allt hänföra sig till några av läkarna framtvungna förändringar i programmet, främst prestationsersättningen, och vissa läkares missbruk härav.

Praktiskt gestaltar sig förhållandena nu på följande sätt:

Av ca 800 allmänpraktiker är endast 16, bosatta i glest befolkade trakter, heltidsanställda; då systemet trädde i kraft 1941 var det mindre än 50 läkare, som gick med på att uppbära ersättning med capitation fee; troligen är antalet ännu lägre för närvarande; övriga läkare arbetar på fee-for-service-basis, vilket medger ett friare läkarval. Även då det gäller sjukhusvård föreligger fritt val mellan olika sjukhus; vård på privatsjukhus ersätter försäkringen med 9 shillings per dag — överskjutande belopp får patienten själv betala — vård på allmänt sjukhus, inklusive läkarvård, lämnas gratis. Moderskapsvården omfattar även vård av privatläkare på hans mottagning, i hemmet och på sjukhus. Öppen medicinsk och kirurgisk vård vid sjukhus meddelas kostnadsfritt. De privata sjukhusen är med få undantag avsedda för barnbördsvård och nästan samtliga har anslutit sig till försäkringssystemet; av 201 sådana anstalter hade i mars 1943 31 accepterat försäkringsersättningen som full betalning, medan en tilläggsavgift kunde ut-

krävas av patienten vid 139 sjukhus och rätten att debitera patienten för lämnade förmåner, som ej ingick i kontraktet, utövades av 31 sjukhus. — Utom läkemedel och röntgen, varom förut talats, ersättes också av försäkringen massage och annan fysioterapi samt sjuksköterskevård i hemmen, vilken ordinerats av läkare; ersättning utgår i vissa fall genom direkt uppgörelse med den, som lämnar vården, i andra genom återbäring till patienten.

Den Nya Zeeländska utvecklingen ger anvisning om vilket motstånd och vilka svårigheter ett försök att genomföra en av det allmänna organiserad och finansierad hälso- och sjukvård för hela befolkningen i ett land kan väntas möta. De olika vägar, som prövats och prövas för att komma till rätta med dessa, har också sitt givna intresse. Ehuru långt ifrån alla problem ännu är lösta torde man redan nu, på grundval av tillgängliga siffror och andra fakta (huvudsakligen hämtade ur en av J. Fisher publicerad översikt i Social Security Bulletin, vol. 8 sid. 3, september 1945), våga säga, att sjukvårdsorganisationen i Nya Zeeland ur administrativ och ekonomisk synpunkt i många avseenden synes väl fylla sin uppgift. Enligt vad vi våren 1947 inhämtat av dess hälsovårdsminister, överväger regeringen icke för närvarande att göra några ändringar i de principer, som gäller för läkarersättningen.

SOVJETUNIONEN.

Utbyggnaden av hälso- och sjukvårdsorganisationen i Sovjetunionen har under de senaste decennierna försiggått i mycket hastigt tempo. Medan den allmänna hälsonivån före det första världskriget var synnerligen låg, dödligheten 30 pro mille, spädbarnsdödligheten 244 pro mille, hade man ett par decennier senare nått en standard, som numerärt sett i många avseenden kunde tåla en jämförelse med den västerländska. Ännu 1928 var dock dödligheten i europeiska delen av Sovjetunionen jämte Ukraina 18 pro mille och i första levnadsåret 160 pro mille.

I principiellt hänseende är det sovjetryska hälso- och sjukvårdssystemet upplagt efter enkla och klara linjer. Eftervård och rekonvalescentvård, särskilt av olycksfall, är mångenstädes föredömligt ordnad. Den allmänna sjukhusstandarden är dock efter västerländska mått synnerligen enkel. Även de vårdtekniska anordningarna inom den öppna vården är ofta torftiga, med långa väntetider i dåligt uppvärmda lokaler etc. Rådande brister är förklarliga med hänsyn till det dåliga utgångsläget — den låga levnadsstandarden samt den låga allmänna bildningsnivå och hygieniska standard, som av gammalt varit rådande i vissa delar av unionen, vidare den starka isoleringen de senaste decennierna samt slutligen unionens utsatta läge med ständiga krig eller risk för sådana.

Under det senaste kriget har vissa inskränkningar måst göras i hälso- och sjukvårdsorganisationen. Verksamheten skall dock ha praktiskt taget oavbrutet upprätthållits inom hela det vittförgrenade systemet.

Inskränkningarna har varit av temporär natur, varför det statistiska materialet från åren närmast före och i början av kriget torde vara ägnat att belysa även den nuvarande situationen. Rysk hälsovårdsstatistik torde dock i jämförelse med vår uppvisa vissa särdrag, som gör direkta jämförelser svåra.

För bedömandet av de siffror rörande hälso- och sjukvårdens resurser och omfattning, som lämnas här nedan, erinras om att i Sovjetunionen antalet invånare beräknas till 192 miljoner och jordarealen till 21 456 000 km^2.

Totalt läkarantal (1941)	141 000
Antalet läkare i städerna (1941)	121 500
Antalet läkare på landet (1941)	19 500
Totala antalet vårdplatser på sjukhus (1945)	642 252
Totala antalet vårdplatser på konvalescentanstalter och vilohem, ca	500 000
Antal hälsocentraler och ambulatorier (1940)	13 461
Totala antalet besök vid hälsocentraler (1940)	394 192 000
Antalet läkardistrikt på landet (1945)	13 946

Den 1 januari 1941 fanns hos de medicinska myndigheterna i Sovjetunionen antecknade följande antal specialister (angivna i tusental):

invärtesläkare	34·1	dermato-venereologer	3·9
kirurger	10·5	röntgenologer	2·2
obst.-gynekologer	8·7	fysioterapeuter	0·3
pediatriker	16·6	malariologer	1·1
oftalmologer	3·0	epidemiologer	2·1
neurologer	2·6	hälsovårdsläkare	3·9
psykiatriker	2·1	bakteriologer	2·2
tuberkulosläkare	3·1	rättsmed. exp:er	0·6
otolaryngologer	2·1	stomatologer	4·7

Hela antalet specialister uppgick enligt dessa uppgifter till 103 800.

Om gruppen invärtesläkare, 34 100, räknas såsom allmänläkare och ej såsom specialister, skulle av det totala läkarantalet, 141 000, 71 000 utöva allmän sjukvård och 69 700 specialistvård. Antalet specialister och allmänläkare skulle då vara ungefär lika stort.

Läkarnas utbildningsstandard har allt mera förbättrats. Läkarutbildningen, som sedan 1935 varit 5-årig, är på väg att göras 6-årig. Efter en gemensam grundutbildning omfattande halva studietiden uppdelas de studerande på tre olika utbildningslinjer, en allmänt medicinsk profylaktisk-terapeutisk, en hygienisk-sanitär (för bostads- och fabrikshygien, födoämnesfrågor, epidemiologi etc.) samt en pediatrisk linje, som huvudsakligen har till föremål barnens hälsa och trivsel samt dessutom havandeskaps- och förlossningsvård såsom naturligt sammanhängande härmed. Antalet kvinnliga medicine studerande är högre än antalet manliga.

Inom den slutna vården har stora framsteg gjorts både med hänsyn till vårdens kvantitet och kvalitet. 1941 uppgick antalet vårdplatser till ca 700 000 (mot ca 142 000 år 1913). I städerna finns i genomsnitt 8·3 vårdplatser per 1 000 invånare, i landsdistrikten är motsvarande siffra 1·2.

Flertalet sjukhus är uppdelade på specialavdelningar. Dessutom finns en del specialsjukhus för särskilda slag av sjukdomar. Sklifasovskisjukhuset i Moskva är uteslutande avsett för omhändertagande av olycksfall och svåra akuta sjukdomstillstånd såsom brustet magsår, allvarliga hjärtattacker, fall av sockersjuka med diabetescoma eller insulinchock. Detta sjukhus har jourtjänst dygnet om och dess ambulanser, bemannade med en läkare och två fältskärer, står i ständig beredskap. Sjukhuset har fyra filialer i olika delar av staden. Antalet platser för kirurgiska, medicinska och gynekologiska fall är 700. Av läkarna kräves minst tio års utbildning för anställning vid sjukhuset. 100 läkare är fast anställda medan ytterligare 70 avlöser varandra i jourtjänsten. Sjukhus med motsvarande uppgifter har inrättats i Leningrad och Kharkov.

72 % av alla sjukvårdsanstalter är hälsocentraler eller ambulatorier. Vid sidan av dessa finns dispensärer för olika slags vård. Vid hälsocentralerna, som är avsedda för en befolkning av 50 000—80 000 invånare eller mer, lär i allmänhet minst 7 specialiteter vara representerade. 92 % av samtliga ambulatorier och polikliniker uppges ha specialister. Ambulatorierna betjänar en befolkning av 6 000—10 000 invånare och är mindre specialiserade. De s. k. hälsopunkterna, bl. a. vid fabriker och »kolchoser», är filialer till polikliniker och ambulatorier och förestås av fältskärer eller barnmorskor. Området för en poliklinik är uppdelat på flera distrikt, vart och ett med sin distriktsläkare. Vid behov remitterar denne in patienter till områdets sjukhus, vars specialister endast har ett relativt litet antal vårdplatser vardera till sitt förfogande men samtidigt tjänstgör vid polikliniken. Inom varje sådant område finns en pediatriker med uppgift att — utöver den direkta sjukvården — stå för organisation, ledning och kontroll av alla anstalter för barn inom området. Inom läkardistrikten börjar man mer och mer anställa sjuksköterskor för öppen vård.

För olycksfall och hastigt påkomna sjukdomsfall i trängande behov av läkarvård finns särskilda stationer för »snabb medicinsk hjälp». 1941 var dessa 989 till antalet med tillsammans 1 842 ambulanser till sitt förfogande. Som sjukhus och baser för dessa stationer fungerar, såsom förut nämnts, i de största städerna särskilda institut med speciell expertis.

Antalet hembesök hos patienter uppgick år 1941 inom unionen till mer än 29 000 000 eller ett på sex invånare.

För att sammanfatta och tillgodogöra den erfarenhet, som samlats inom den öppna vården, skapades år 1939 en ständig poliklinikkommission, vari såväl den centrala som den lokala sjukvårdens organ är representerade.

Enligt Sovjet-konstitutionen är varje medborgare berättigad till fri be-

handling vid sjukdom. Detta tillämpas såväl inom den slutna sjukvården och konvalescentvården som inom den öppna vården vid polikliniker, ambulatorier, hos distriktsläkare o. s. v. Vid medicinska undervisningsanstalter och forskningsinstitut finns några polikliniker och diagnostiska institutioner, där avgifter uttages av patienterna. Dessa kan vem som helst söka oberoende av bostadsort och man har således »fritt läkarval» i denna mening. Privatläkare avlägger också hembesök mot särskild ersättning. Båda dessa vårdformer är dock av ringa omfattning, sedan den av samhället meddelade vården erhållit de avsevärda resurser, som den numera har.

I allmänhet är det fria läkarvalet begränsat till läkarna vid den institution, som de sjuka har tillgång till inom det område, där de bor. I övrigt är förhållandena olika i skilda delar av unionen. I Leningrad fick befolkningen söka sin distriktsläkare men hade också möjlighet att söka annan läkare. I Moskva fordrades mycket vägande skäl för ett läkarbyte, i Kharkov kunde man mot lågt honorar bli behandlad av de läkare, som var anställda av Röda Korset, och i Kiev rådde fullständigt fritt läkarval. Dessa uppgifter avser år 1937; vissa förändringar kan ha inträtt under de senaste åren.

Läkarna är anställda mot fast lön och deras dagliga arbetstid skall i regel vara sex timmar, vid sinnessjukhus, tuberkulossjukhus, röntgenavdelningar etc. ännu kortare. Ännu så länge har emellertid flertalet läkare dubbla tjänster, ofta så att de delar sin arbetstid mellan läkarverksamhet och administrativ verksamhet.

Alla läkare är berättigade till en månads semester med full lön. Kontantlönen är ej så stor och det är mycket liten skillnad mellan inkomsterna för de olika läkarkategorierna. En väsentlig del av lönen utgår i form av sociala förmåner — försäkring, rättighet till full lön och kostnadsfri vård vid sjukdom, invaliditetsbidrag och pension. Läkaren äter billigt vid den institution, där han har sitt arbete, han har inga studieskulder och inga kostnader för sin praktik. Barnens uppfostran bekostas till stor del av samhället och i regel har båda makarna i ett äktenskap inkomstbringande arbete. Det uppgives, att läkarna och ingenjörerna hör till de högst avlönade yrkesgrupperna, även om en stakhanovarbetare i egenskap av kapacitet på sitt område kan tjäna mer än flertalet läkare.

I en nyligen publicerad artikel om Landsdistriktssjukhuset av arkitekt A. N. Poltavtsef framhålles, att nätet av medicinsk-profylaktiska inrättningar för vård inom de perifera områdena ända fram till kriget var helt otillräckligt.

Enligt artikeln kommer under den närmaste tiden byggnadsverksamheten för medicinsk-profylaktiska inrättningar, i synnerhet för de små distriktsanstalterna att få stor omfattning.

Enligt folkkommissariatets för hälsovård föreskrifter måste poliklinik obligatoriskt ingå i landssjukstugans organisation, vilket icke utesluter in-

rättandet även av självständiga polikliniker i de fall detta är nödvändigt för att uppnå ett ändamålsenligt betjänande av allmänheten.

De typiska landsdistriktssjukstugorna är av två slag:

a) sjukstuga med 10 vårdplatser och en poliklinik med ca 35 besök om dagen och
b) sjukstuga med 25 vårdplatser och en poliklinik med ca 50 besök om dagen.

Sådana små distriktssjukstugor är avsedda för den elementära läkarvården. Patienter med mera komplicerade sjukdomar, vilka påkallar specialistvård, skickas till större och bättre utrustade sjukhus i distriktscentra.

Dessa typer av sjukstugor är huvudsakligen avsedda för jordbruksområden, varvid 2—3 vårdplatser beräknas per 1 000 invånare. En sjukstuga på 10 platser kan sålunda betjäna en befolkning på upp till 5 000 personer, medan en sjukstuga med 25 platser är tillräcklig för 8 000—12 000 personer.

Sjukstugor på 10—25 vårdplatser anses lämpade icke blott för jordbruksområden utan även för industrisamhällen.

STORBRITANNIEN.

Allmän orientering.

Den viktigaste rollen i engelsk hälso- och sjukvård tillkommer av gammalt allmänpraktikern-familjeläkaren. Hans förhållande till sina patienter har länge lämnats utan annan reglering från det allmännas sida än de bestämmelser, som rör kompetenskrav, registrering och medicinskt handlande. Först enligt fattiglagen (the Poor Law år 1834) anställdes läkare direkt av det allmänna. Deras antal ökades successivt, bl. a. då enligt 1848 års förordning om allmän hälsovård särskilda hälsovårdsläkare, Medical Officers of Health, anställdes, i vilkas uppgifter ingick att sörja för fattigsjukvården. Dessa liksom de efter år 1879 anställda fabriksläkarna, de efter år 1907 anställda skolläkarna och andra läkare i den förebyggande sjukvården tjänstgjorde i allmänhet endast på deltid och hade den huvudsakliga delen av sin inkomst från enskild praktik. Intill år 1911 var det för andra än medellösa helt en privatsak att förskaffa sig läkarvård och sjukhusvård.

År 1911 genomdrev Lloyd George den första »National Health Insurance Act» (lag om obligatorisk sjuk- och invaliditetsförsäkring), som sedermera undergått vissa förändringar. För denna redogöres i SOU 1944: 15 sid. 72 ff. År 1944 uppgavs försäkringen omfatta ca 21 miljoner av befolkningen, till största delen representerande anställda med en inkomst understigande 420 pund årligen. År 1936 var antalet inregistrerade sjukkasseläkare

i England	16 000
i Wales	969
i Skottland	2 040
	19 009.

Dessa siffror innebär, att det stora flertalet allmänläkare i Storbritannien bedriver sjukkassepraktik. En läkares lista får i regel uppta högst 2 500 personer. Varje försäkrad har rätt att fritt välja någon av sjukkasseläkarna inom sin kassas verksamhetsområde. Möjlighet att efter en tid byta läkare föreligger också. Läkaren uppbär för varje person, som finns antecknad på hans lista, en per capita-ersättning (9 shilling per år). Avgifterna till kassan är för man 11 pence och för kvinna 10·5 pence i veckan. Arbetsgivaren betalar i båda fallen 5·5 pence av detta belopp. Försäkringen berättigar bl. a. till sådan läkarvård, som kan meddelas av envar legitimerad läkare (allmänvård) och läkemedel, men ej till specialistvård eller sjukhusvård. Försäkringsförmånerna utgår endast för den försäkrade själv, icke för maka eller barn till försäkrad.

I en av PEP (Political and Economic Planning) år 1937 avgiven »Report on the British Health Services» skildras (sid. 142 ff.) den engelske allmänpraktikerns verksamhet i följande ordalag:

»Allmänpraktikerna kan delas i tre grupper. I Londons West End och i de faschonablare delarna av några industristäder, där de förmögnaste är bosatta, finns 'Mayfair'-praktikern. Han har en lukrativ verksamhet. Men endast ett fåtal läkare besitter den kombination av tur, skicklighet samt ekonomiska och sociala kvalifikationer, som fordras för detta slag av praktik. Vidare har vi de praktiker, som ombesörjer vården i medelklassens bostadsområden, främst i förstäderna. Detta slag av praktik är inte så inkomstbringande som 'Mayfair'-läkarens men kan icke desto mindre vara lönande nog. I landsorten är en sådan praktik i regel kombinerad med mottagning för arbetarklassen men ibland kommer medelklassens patienter in genom huvudingången och arbetarklassens patienter genom en särskild ingång till mottagningen. Den ena sortens patienter infinner sig på förutbeställd tid, den andra förväntas avvakta sin tur och kan få sitta avsevärd tid i ett stundom obekvämt väntrum. Slutligen har vi de allmänpraktiker, som nästan helt begränsar sig till mottagning för arbetarklassen och den lägre medelklassen och som alltid samtidigt är sjukkasseläkare. Vanligen är dessa läkare sjukkasseläkare åt familjeförsörjaren och sköter familjens övriga medlemmar i sin egenskap av privatpraktiker.»

En nylegitimerad läkare har i England kunnat öppna privatpraktik på egen hand; vanligare har dock hittills varit, att han övertagit en redan inarbetad praktik eller ingått som delägare i en sådan.

Hur många av den öppna vårdens läkare, som arbetat ensamma eller i kompanjonskap med annan läkare, är omöjligt att säga. Enligt PEP:s rapport (sid. 143) arbetade 415 av de 2 061 allmänpraktiker, som i slutet av år 1936 var registrerade hos Londons Insurance Committee, i kompanjonskap, medan 151 hade en läkarassistent anställd.

Det engelska sjukhusväsendet har av gammalt utvecklat sig i två olika huvudformer, dels såsom privata välgörenhetsinrättningar, dels såsom av det allmänna anordnade sjukhus, till en början mest fattigsjukhus och epidemisjukhus. De privata sjukhusen (voluntary hospitals) uppgår i England och Wales till ett tusental med omkring 77 000 vårdplatser. Dessa sjukhus är av

de mest olika slag från undervisningssjukhus med alla olika specialiteter till små sjukstugor med mindre än 30 vårdplatser. Även rena specialanstalter finns bland dem. De offentliga sjukhusen har mer och mer vidgat sin verksamhet till att sörja för befolkningen i allmänhet. År 1930 blev principen att den allmänna sjukvården snarare är att anse som en uppgift för primärkommunerna än en fattigvårdsangelägenhet till fullo accepterad. Vid krigsutbrottet hade denna princip realiserats så långt, att de lokala myndigheterna i England och Wales drev 140 allmänna sjukhus med nästan 70 000 vårdplatser, bortsett från specialanstalter, såsom sanatorier, epidemisjukhus, sinnessjukhus etc., medan mer än 400 sjukhus med nära 60 000 vårdplatser fortfarande administrerades enligt fattiglagen. Under kriget har enligt Emergency Hospital Scheme inrättats ytterligare ca 50 000 vårdplatser, närmast avsedda för tillfälligt bruk, vilka dock torde komma att bibehållas under några decennier. Sjukhusorganisationen i Skottland är uppbyggd efter samma linjer. Specialisterna på dessa olika sjukhus deltar ofta i den öppna vården på av dem själva bestämda villkor.

Enligt en lag av år 1916 har de lokala myndigheterna ålagts att svara för diagnostik och tidigbehandling av veneriska sjukdomar. 200 polikliniker har upprättats för detta ändamål antingen fristående eller i samband med sjukhus.

Under 1900-talet har utvecklingen på sjukvårdens område i England varit mycket livlig. Härvid har man allt mera kommit att anse det som svagheter i organisationen, att ingen offentlig myndighet, central eller lokal, haft att svara för att behövliga sjukhusplatser stått till förfogande samt att koordinationen mellan olika vårdgrenar varit otillräcklig. Resultatet av de åtgärder, som vidtagits, har blivit ett mycket svåröverskådligt sjukvårdsväsende, »ett lappverk», vars olika delar ej alltid varit helt avpassade efter varandra.

Utredningar och försöksverksamhet.

Tyvärr medger utrymmet icke en fylligare skildring av den diskussion med olika förslag till reformer på hälso- och sjukvårdens område, som under de senaste decennierna förts i Storbritannien. En av huvudfrågorna har varit, huru den av allmänpraktiker meddelade vården på bästa sätt skulle kunna kombineras med specialistkonsultation, där sådan varit erforderlig. Kort efter inrättandet av hälsovårdsdepartementet (Ministry of Health) år 1919 tillsattes »Consultative Council on Medical and Allied Services» under ordförandeskap av Lord Dawson of Penn med uppdrag att uppgöra en systematiserad plan för huru invånarna inom ett visst område skulle kunna få tillgång till den medicinska och därtill hörande vård, som de kunde behöva. Dessa och andra sakkunniga avgav år 1920 rapporter, som utmynnade i att en fullständig och ändamålsenlig medicinsk vård borde bringas inom räckhåll för varje medlem av samhället. Frågan om sjukhusvården behandlades

i ett stort antal separata utredningar. År 1936 avgav the Committee on Scottish Health Services en rapport, the Cathcart report, vari bl. a. framhölls, att de olika medicinska vårdgrenarna måste samordnas och att en sådan koordinerad vård så långt som möjligt borde baseras på familjeläkaren.

Som andra dokument av intresse i detta sammanhang nämnes i vita boken en rapport, avgiven av en grupp yngre läkare, som kallade sig Medical Planning Research group, ett förslag till en National Health Service av the Society of Medical Officers of Health samt till slut den mycket dokumenterade »Report on the British Health Services», utgiven av PEP år 1937, vilken redan förut berörts.

PEP framför i fråga om allmänpraktikerns ställning följande teser: Allmänpraktikern har sin huvuduppgift på diagnostikens område. Diagnostik är den betydelsefullaste och främsta av alla specialiteter. Allmänpraktikern bör betraktas såsom specialist på diagnostik. Såsom sådan behöver han både en bättre intellektuell skolning och en bättre teknisk utrustning än hittills. För utredningen av oklara eller svåra fall behöver han dessutom hjälp av invärtesspecialister, kirurger, obstetriker och allehanda andra experter, som behärskar var och en sitt begränsade område, däribland också det kliniska laboratoriets arbete. Lösningen av dessa problem finner PEP ligga i något acceptabelt system av samarbete i lokala grupper, arbetande i välutrustade centrala mottagningar. Dessa mottagningscentraler skulle vara försedda med den mest moderna diagnostiska och terapeutiska utrustning, inbegripande ett mindre operationsrum och ett litet kliniskt laboratorium under sakkunnig ledning. Genom en dylik anordning skulle också praktikern befrias från risken för yrkesmässig isolering.

Åren 1930 och 1938 publicerade brittiska läkarförbundet (British Medical Association) förslag till en allmän medicinsk vård för hela nationen.

År 1942 utgav the Medical Planning Commission, som var sammansatt av medlemmar från brittiska läkarförbundet, the Royal Colleges of Physicians and Surgeons och andra läkarsammanslutningar, en rapport. I denna gjordes vittgående förslag till förbättring av samhällets medicinska organisation. Bl. a. rekommenderades såsom en betydelsefull anordning någon form av gruppraktik. Kommissionen gillade inte att läkaren anställdes mot heltidsavlöning, ej heller läkarens ställning som sjukkasseläkare, men ville från olika anställningsformer samla vissa drag: från den förra samarbetet i grupp, bättre fortbildningsmöjligheter, pensionsförmåner, semester, och från den senare fritt läkarval, minimum av statligt ingripande samt reglerande bestämmelser, fixerade efter centrala förhandlingar. De fördelar, som följde av organisationen, borde stå alla till buds och icke bara en del av folket. Man rekommenderade hälsocentraler, utrustade av de lokala hälsovårdsmyndigheterna, med plats för 6—12 läkare, väntrum och mottagningsrum, operationsrum för den lilla kirurgin, ett litet röntgenlaboratorium och ett enkelt kliniskt laboratorium. En del specialister borde stå till förfogande på centralen för konsultation och nära samarbete borde äga rum med lokala sjukhus. Centralens arbete skulle vara förebyggande och upplysande

lika väl som botande. Barnmorskor, sköterskor och annan hjälppersonal (hemhjälp) skulle också ha sin bas i centralen. Läkarna borde avlönas med visst grundbelopp, varierande efter deras meriter, samt en årsavgift för varje person, de hade på sina listor. Därtill borde komma ersättning per prestation för övriga patienter. Arbetstiden skulle vara begränsad. Fördelarna av denna gruppraktik borde utsträckas till läkare i glesbygder så långt detta vore möjligt. Centralens läkare skulle också göra hembesök. Sjukhusens läkare borde vara av tre typer: 1) professorer, 2) heltidsanställda läkare, med rätt att åta sig en begränsad privatpraktik inom eller utom sjukhuset, 3) läkare för patienter, som sökte öppen vård vid sjukhuset, men också, genom förmedling av familjeläkaren, för hemsjukvård av hälsocentralernas patienter.

Alla dessa rapporter gav anledning till en livlig fortgående diskussion både bland läkarna, i politiska kretsar och i pressen. Marken var därför mycket väl förberedd och en departemental utredning pågick redan, när Sir William Beveridge år 1942 framlade sin socialförsäkringsplan, i vilken som en grundförutsättning för förslagen angavs, att en fullständig hälsovårdstjänst för alla slag av vård och för alla medborgare kom till stånd. Regeringen meddelade också i februari 1943, att den accepterade denna princip. Efter förhandlingar och diskussioner med alla intresserade parter framlades därpå den 17 februari 1944 den engelska regeringens vita bok om en nationell hälsovård, »The White Paper».

Innan vi ingår på dess förslag skall först i korthet beröras tre olika slag av försöksverksamhet i samband med den öppna vården, vilka tilldragit sig stort intresse. Två av dessa är gjorda i Skottland, ett i London.

Det må här erinras om att anordningarna för den allmänna sjukvården i Skottland såväl i organisatoriskt som i en del andra avseenden skiljer sig från dem i England och Wales. Detta beror till stor del på olikheter i fråga om geografiska förhållanden och bebyggelse. Sålunda är i Skottland 80 % av landets befolkning koncentrerad till 17 % av arealen, nämligen landets industriområden, medan återstoden är betydligt glesare befolkad.

Det första experimentet kallas »the Highlands and Islands Medical Service Scheme». Det innebär ett intimt samarbete mellan staten och de privatpraktiserande läkarna och har revolutionerat läkarvården inom ett område som omfattar sju grevskap och ett höglandsdistrikt, tillsammans mer än hälften av Skottlands jordareal men mindre än en femtedel av dess befolkning. Uppslaget gavs av en undersökning av the Dewar committee år 1912, som fastslog, att till följd av befolkningens gleshet och ojämna fördelning samt landets topografi och klimat det var mycket svårt för befolkningen att erhålla läkarvård och särskilt arbetsamt och till och med riskfyllt för läkarna att lämna sådan. Med anledning härav bildades en fond, till vilken parlamentet årligen gav tillskott med ändamål att ordna upp läkarvården inom ifrågavarande område. Huvuduppgiften har varit att sörja för att invånarna fått

åtnjuta läkarvård för samma kostnad oberoende av det avstånd läkaren haft att tillryggalägga. Detta sker genom en överenskommelse mellan departementet och läkaren, enligt vilken läkaren erhåller en hygglig inkomst, får bil till sitt förfogande, tillhandahålles för ändamålet uppförd eller iordningställd bostad o. s. v. Motsvarande gäller för sköterskeväsendet. Detta försök, som lett fram till ett system, som i mycket påminner om vårt svenska provinsialläkarsystem, har fullkomligt förändrat läkarvården i dessa trakter och även gjort mera välkvalificerade läkare villiga att åta sig att tjänstgöra där.

Det andra försöket igångsattes 1942 och kallas Clyde-Bassin-experimentet, emedan det påbörjades i Clydeflodens dalgång, där över 40 % av Skottlands sjukförsäkrade befolkning är bosatt. Försöket innebär, att privatpraktiker och tjänsteläkare samarbetar med olika diagnostiska institutioner, dit unga arbetare, som behöver mera ingående undersökningar, hänvisas. Verksamheten har så småningom utvidgats att omfatta hela Skottlands industriområde och benämnes »the Supplementary Medical Service Scheme».

Ett resultat av Clyde-Bassin-försöket är, att man på hemställan från bränsleministeriet och gruvarbetarnas välfärdskommission upprättat ett välplanerat »hälsovårdsinstitut» i anslutning till Gleneagles sjukhus, där man arbetar på att så fort som möjligt återföra sjuka eller skadade gruvarbetare till hälsa och till arbetet i gruvorna. Institutet omfattar avdelningar för fysikalisk terapi, yrkesterapi, sjukgymnastik m. m. Försöket har sammankopplats med omhändertagande av arbetare, som av hälsoskäl frikallats från militärtjänst, och deras »rehabilitation». Både allmän läkarvård och specialistbehandling lämnas gratis åt unga arbetare, som är i behov därav.

Det tredje experimentet ägde rum i södra delen av London och kallas Peckhamförsöket. Det startades för 20 år sedan av två läkare i liten skala och avsåg ett studium av förutsättningarna för ett gott hälsotillstånd. Man erbjöd befolkningen, som tillhörde medelklass och rätt välställd arbetarklass, att begagna sig av vissa klubblokaler, som gratis ställdes till förfogande i en fastighet, där de underkastades regelbundna läkarundersökningar. Man konstaterade efter några år — vilket numera får anses höra till socialmedicinens säkra rön — *att* många familjer med glädje utnyttjade den periodiska hälsoundersökningen som en god hjälp att bibehålla hälsa, *att* sjukdomar ofta kan upptäckas, innan de manifesterat sig genom subjektiva eller objektiva symtom och långt innan individen själv vet, att något fattas honom, *att* sjukdom i detta stadium lättare kan behandlas framgångsrikt än i det manifesta skedet samt *att* en sjukdom, som upptäckts tidigt och då lätt kunnat hävas, ofta snart recidiverar, om individen återvänder till den miljö, i vilken sjukdomen uppstått.

Såsom nästa steg uppfördes ett större hus för 2 000 familjers fritidssamvaro och man ansåg sig, när kriget avbröt försöket, ha kunnat konstatera, att storstadens invånare ofta lider av en isolering mitt i människovimlet, att det behövs speciella anordningar för att åvägabringa naturliga kontakter

och att sådana i hög grad befordrar hälsan och hejdar utvecklingen av latenta lidanden. Experimentet säger således mindre om betydelsen av den öppna läkarvården än av den förebyggande socialhygieniska vården och har sitt största intresse i samband med den allmänna samhällsplaneringen. Det har haft stort inflytande på den rörelse, som söker skapa s. k. »community centers» i alla kommuner, särskilt i städerna.

Den stora sjukvårdsreformen.

Den utredning, som resulterade i »the White Paper» om »a National Health Service», påbörjades av den engelska samlingsregeringen och framlades av den socialdemokratiska ministären 1944. Dokumentet innehöll en samling allmänna principer snarare än utarbetade förslag. Den huvudsakliga innebörden var, att tillgång till läkarvård skulle beredas alla, oberoende av ekonomi, bostadsort etc., samt att en samordning skulle ske av vård, meddelad av allmänläkare, och specialistvård, meddelad vid tillfälliga konsultationer eller regelbundna mottagningar, liksom också av sjukhusvård, sjuksköterskevård i hemmet, vård vid barnsbörd och andra grenar av hälsovård. Ökad uppmärksamhet skulle i sistnämnda hänseende ägnas åt att vården ej blott inriktades på att bota sjukdomar utan också på att förebygga dem och höja det allmänna hälsotillståndet.

Då i the White Paper talas om »a comprehensive service» avses därmed en vård, som spänner över hela området av medicinsk rådgivning. Tillsvidare måste dock av tekniska skäl tandvård och ögonvård delvis lämnas utanför. Meningen är ej att det nuvarande systemet med verksläkare i industrin och särskilda skolläkare skall upphöra. Över huvud söker man i största möjliga utsträckning bygga vidare på hittillsvarande ordning. Reformförslagen bär också på de flesta punkter spår av kompromiss med det nuvarande tillståndet och dess individualistiska traditioner.

Administrativa förslag.

Hälsovårdsministern samt statssekreteraren i Skottland — båda här kallade ministern — behåller högsta ledningen och ansvaret inför parlamentet. Vid sin sida får ministern ett centralt *hälsoråd* (Central Health Services Council) av trettio till fyrtio läkare med rådgivande funktioner och initiativrätt. De tillsättes av honom efter samråd med kåren. Angående deras verksamhet avger ministern årligen rapport till parlamentet.

Dessutom tillsätter ministern *en medicinalstyrelse* (Central Medical Board) att vara chefmyndighet för privatpraktikerna inom systemet.

Det lokala ansvaret stannar hos *grevskaps- och municipalråden* (county and county borough councils), vilka dock sammanslås till större enheter för särskilda uppgifter. Utom i mycket stora counties, såsom London, är sammanslagning nödvändig för skapandet av en differentierad och avvägd sjukhusorganisation med därav beroende speciella vårdformer. Grevskaps- och municipalråden sammanslutes för sådant ändamål till *»joint authorities»*.

Dessa skall därjämte utarbeta en ingående regionplan för all offentlig hälsovård inom respektive region. Planen fastställes av ministern och ligger, tills ändringar i samma ordning göres, till grund för hälsovården inom regionen. Den förenade myndigheten biträdes av en lokal motsvarighet till det ovan nämnda centrala hälsorådet, kallad *Local Health Services Council,* som också äger yttra sig direkt till ministern.

De praktiserande läkarnas ställning.

Friheten att välja husläkare bibehålles. Läkarna å sin sida äger frihet att helt eller delvis praktisera utanför systemet på vanlig arvodesgrund. Om en läkare både har privat och allmän praktik, ålägges han en särskild begränsning av det antal patienter, vilkas vård han omhänderhar i sin sistnämnda praktik och motsvarande reglering av sin inkomst från det allmänna.

Praktiken avses, där så är lämpligt, skola äga rum gruppvis och då oftast i speciellt utrustade praktikercentraler eller hälsocentraler (Health Centers), bekostade och underhållna i England och Wales av grevskaps- och municipalråden, i Skottland av ministeriet med rätt att delegera till lokal myndighet.

Den »förenade myndigheten» skall i sin regionplan uppskatta behov och önskvärd fördelning av praktiker och sedermera ge akt på ändrade förutsättningar. Den skall ställa sjukhus- och konsulthjälp till förfogande för praktikern. Men för övrigt står de praktiserande läkarna under centralt överinseende av ministern och »Central Medical Board». Den sistnämnda föreskriver legitimations- och lönevillkor och avgör med hänsyn till regionplanerna ansökningar om övertagande av äldre eller öppnande av ny allmän praktik på en ort. Den enskilde läkarens åligganden och rättigheter under hälsovårdsplanen fastställes i ett kontrakt mellan honom själv och »Central Medical Board». Arbetar praktikern i s. k. hälsocentral, inträder den lokala myndigheten som tredje part.

Man avser icke att införa något fast avlöningssystem för alla praktiserande läkare under planen. Endast läkare, anslutna till hälsocentraler, skall normalt avlönas i likhet med anställda; för de övriga skall antalet patienter på läkarens patientförteckning vara beräkningsgrund (s. k. capitation fee), liksom redan är fallet med dem, som praktiserar under National Health Insurance Scheme. Lönesatser och övriga villkor blir föremål för särskilda underhandlingar med kåren.

Nyexaminerade läkare skall någon tid tjänstgöra som assistenter, företrädesvis inom hälsocentral, och kan av Central Medical Board beordras att under sina första år uteslutande ägna sig åt arbete för den allmänna sjukvården enligt planen.

Kompensation skall kunna betalas åt läkare, som lämnar en privatpraktik för att ingå i en hälsocentral eller som ej kan överlåta sin praktik, enär behovet av läkare på orten enligt Central Medical Board är tillräckligt. Bru-

ket att sälja praktiker, även sådana under National Health Insurance, ställer den nya planen inför flera problem, om vilka man avser att förhandla direkt med kåren.

I ekonomiskt avseende fastslår the White Paper följande huvudprinciper:

1. Hälso- och sjukvårdstjänsten skall vara gratis för alla, möjligen med undantag av avgifter för vissa förmåner.
2. Kostnaderna för hälso- och sjukvårdstjänsten skall betalas ur centrala och lokala fonder.

Slutligen meddelas, att enligt verkställda beräkningar totalkostnaden av allmänna medel för genomförandet av förslagen för England och Wales förväntas uppgå till 132 miljoner pund årligen jämfört med omkring 55 miljoner för närvarande. För Skottland anges kostnaden till omkring 16 miljoner pund mot 6 miljoner för närvarande. Utom av statliga och kommunala bidrag skall kostnaderna till stor del bestridas av socialförsäkringspremier, erlagda av de försäkrade.

Sjukhusväsende och specialistkonsultation.

Den »förenade myndigheten» svarar för uppbyggnaden av ett fullständigt sjukhusväsen, däri inbegripet en kår av »specialkonsulter» i enlighet med regionplanen. Ägande- och förvaltningsrätten till de offentliga (kommunala) sjukhusen övertages från grevskaps- och municipalråden. De enskilda sjukhusen (voluntary hospitals) inbjudes att ansluta sig till organisationen under regionplanen.

Alla sjukhus under planen skall iaktta vissa centralt föreskrivna minimivillkor om avlöning av sköterskor samt om anställning av till sjukhusen anknutna specialkonsulter. En särskild inspektion upprättas för alla sjukhus med inspektörer, arbetande i regionala grupper.

Konsulterna skall som nämnt lyda under de förenade myndigheterna men kan, lika väl som till de allmänna, anknytas till de enskilda sjukhusen. De skall stå till förfogande även för kliniker och praktiserande läkare.

I diskussionen om the White Paper's principer har den engelska läkarkåren varit ganska delad. Läkarnas sammanslutningar har riktat en skarp kritik mot vissa punkter, särskilt heltidsbetalningen av läkarna och tvångskommendering för tjänstgöring på viss plats, och påyrkat rätt för vilken som helst legitimerad läkare, som icke direkt förklarats olämplig, att på fastställda villkor få deltaga i den samhälleliga vården samt förordat en talrikare representation av läkare i beslutande församlingar. På de två första av dessa punkter gick regeringen läkarna till mötes i det slutliga förslaget. De senare kommer att — i likhet med åtskilliga andra — avgöras först i samband med följdförfattningarna till lagen.

En allmän anmärkning mot the White Paper är, att dess bestämmelser mest avser den allra nödvändigaste medicinska omvårdnaden och ej så mycket är inriktade på att giva den förebyggande medicinen ökad vikt. En annan anmärkning är den, att förslaget splittrar bestämmanderätten i ärenden, som hör nära samman, på olika beslutande myndigheter. Läkarorganisationerna föreslår, att man skall koncentrera de organisatoriska frågorna till den myndighet (»joint authority»), som får ansvaret för planläggningen och driften av hälso- och sjukvården inom varje region. Kring vart och ett av de 11 universiteten kommer att gruppera sig tre eller fyra regioner, vardera innefattande ett antal counties och städer med egen administration. Man borde då låta dessa nya områden övertaga en stor del av den bestämmanderätt, som nu är delad mellan de lokala hälsovårdsmyndigheterna och ministern, samt ge deras ledning ett starkt inslag av medicinsk expertis.

I november 1946 blev »hälsobillen» antagen av parlamentet med mycket små förändringar på grundval av ett regeringsförslag, som skilde sig från förslagen i the White Paper framför allt genom att hälsovårdsministern fått rätt att övertaga alla enskilda sjukhus. Hur läkarna skall ersättas beröres icke i lagen utan blir föremål för förhandlingar.

Sedan de engelska läkarna under år 1946 efter allmän omröstning beslutat att ej ingå på förhandlingar med regeringen, kom sådana förhandlingar likväl till stånd i mars 1947.

TYSKLAND.

I anslutning till det världsberömda tyska försäkringsväsendet utvecklade sig den tyska sjukförsäkringen, obligatorisk för större delen av folket sedan år 1883. En redogörelse för denna försäkrings närmare utformning genom 1911 års riksförsäkringslag med däri senare gjorda ändringar lämnas i socialvårdskommitténs betänkande VII med utredning och förslag ang. lag om allmän sjukförsäkring (SOU 1944: 15, sid. 68 ff.). Den har jämte poliklinikväsendet i samband med de utmärkta sjukhusen satt sin prägel på den öppna vården fram till början av 1930-talet. Såväl inom som utom Tyskland gav denna utveckling anledning till mycket livliga diskussioner om fördelar och risker av sjukkassepraxis och om allmänläkarnas och specialläkarnas förhållanden. Den ledande ställning på det medicinska området, som Tyskland sedan länge innehaft, ändrades snabbt under tiden för Hitlerregimen.

Principerna för sjukvårdens utbyggande fick i Tyskland en särskild färg och formulering av den nazistiska ideologien med dess politiska dogmer, främmande för vetenskap och humanitet. Genomförandet av dess program innebar krav på läkare och patienter helt olika dem, man enligt en demokratisk ordning anser sig kunna och böra ställa. Studiet av förhållandena i Tyskland under den nazistiska regimen har därför — såvitt vi av tyska

och svenska källor kunnat finna — varken i fråga om den allmänna målsättningen eller de praktiska detaljerna något positivt att erbjuda vid utformningen av den svenska sjukvården. Vi har därför icke närmare ingått på förhållandena i Tyskland.

Reflexioner kring innebörden av meddelade notiser.

Det behöver icke sägas, att ovan meddelade notiser icke gör anspråk på någon enhetlighet eller fullständighet. Vi har till stor del sammanställt dem ur det material, som vi erhållit under de år utredningen pågått; delvis är de hämtade ur tillgänglig litteratur, delvis ur redogörelser av hitkomna utländska gäster och av svenskar, som besökt andra länder; i några fall förskriver de sig från våra egna iakttagelser vid besök utomlands. Varken material eller tid har räckt till en mera systematisk eller fullständig skildring. Notiserna synes oss dock vara av intresse.

Frågan om vi kan lära något för den öppna vårdens organisation i Sverige av meddelade fakta från olika länder, är måhända mången beredd att genast svara nekande. Är inte vårt hälsotillstånd och vår livslängd bland de bästa i världen? Skall vi då inte vara nöjda med vår läkarvård och låta våra läkare driva sin verksamhet som hittills? Kanske är den för folkets breda lager otillfredsställande sjukvården t. ex. i Förenta staterna ej utan samband med staternas jämförelsevis höga antal läkare? Dessa och andra motfrågor har riktats till oss under vår utredning och fordrar en kort kommentar av sammanhangen.

Först må då åter framhållas, att hälsotillståndet hos ett folk är ett resultat av flera olika faktorer, bland vilka sjukvårdsorganisationen, och särskilt organisationen av den öppna sjukvården, endast är en. Den allmänna ekonomiska standarden är av grundläggande betydelse för folkhälsan. Den allmänna kulturella standarden, här närmast uttryckt i folkets vanor och folkbildningen på hälsovårdens område, avgör ett folks möjligheter att dra nytta av sjukvårdsorganisationen. Läkarkårens inställning och allmänna standard i fråga om utbildning är likaså av väsentlig betydelse. Dessa tre faktorer torde i olika länder var för sig eller tillsammans utöva ett bestämmande inflytande. Brister i det ena eller andra avseendet håller flerstädes folkhälsan nere. Om läget är gynnsamt i de tre avseenden, som här berörts, kan andra faktorer, såsom läkarnas antal och den samhälleliga organisation, som reglerar folkets möjlighet att få del av en fullgod läkarvård, var för sig eller tillsammans få avgörande betydelse. I detta läge torde vi i Sverige befinna oss för närvarande.

Vår folkhälsa är jämförelsevis god och stadd i förbättring. Men skulle vi stanna av i utvecklingen och underlåta att tillämpa de moderna metoderna i folkhälsans tjänst, som t. ex. den personliga hälsovårdande övervakningen av vuxna, medan andra länder fortsatte sin frammarsch i samma

tempo, som skett de senare åren, skulle vi riskera att förlora vår plats i täten. Vårt försprång är inte så stort. Även vår folkhälsa företer väsentliga och sannolikt onödiga svagheter.

Det är ett misstag att tro, att vi endast har något att lära av länder, som hunnit längre än vi med hänsyn till resultaten.

Ett exempel. Efter det förra världskriget spred sig den hälsovårdande övervakningen av spädbarn över hela världen och bidrog överallt till barnadödlighetens nedgång. Genom att Sverige, liksom Nya Zeeland, i stor skala genomfört idén i samhällelig regi har vi lyckats ytterligare nedbringa vår spädbarnsdödlighet. Men idén är icke framfödd i något land med god barnhygien utan i Frankrike, där spädbarnen dog som flugor och behövde den bättre än barn i andra länder. I Frankrike har bland andra orsaker läkarkårens individualism hindrat idéns allmänna realiserande ända till år 1946. Nu har det franska parlamentet omsider principiellt beslutat genomföra en samhällelig reglering på detta område.

På samma sätt kommer ofta uppslag och förslag till förbättringar av samhällelig organisation från länder, där folket lidit svårt av vissa missförhållanden. Dessa förslag kan sedan visa sig vara lösningen på ett visst problem även i länder, där skadeverkningarna varit mindre framträdande.

Vi bör påminna oss, att det endast är några århundraden sedan läkarvård i Sverige gavs endast åt furstar och stormän, medan folkets sjukvård sköttes av lekmän. Det är endast en generation sedan vår hälso- och sjukvård blev så utbyggd, att man med större rätt kunde tala om en sådan för folkets bredare lager. Fortfarande finns många länder, där man ännu inte hunnit så långt, trots ett mycket större läkarantal än vårt. Även i vårt land gjordes nyligen en officiell beräkning av läkarbehovet med utgångspunkt från vilket läkarantal som under nu rådande förhållanden kunde tänkas finna sin goda bärgning och icke från minimibehovet ur folkhälsans synpunkt (läkarutbildningssakkunnigas betänkande III, SOU 1945: 56).

Under de senaste decennierna har hela befolkningens välfärd och hälsa blivit målet för de socialpolitiska strävandena. Intresset för de breda lagrens livsvillkor, ej minst för deras hälso- och sjukvård, har blivit allmänt. Felaktig är frågeställningen: Har svensk läkarvård plötsligt blivit så dålig, att den måste reorganiseras? Med utgångspunkt från den medicinska vetenskapens och den allmänna teknikens stora framsteg, som nu gör det möjligt att på ett mera effektivt sätt bekämpa folksjukdomarna och befordra folkhälsan, måste frågan i stället lyda så: Motsvarar svensk öppen hälso- och sjukvård moderna krav på omvårdnad av folket i dess helhet? Vad dessa krav innebär, framgår med förvånande enighet vid ett studium av de idéer, som kommit till officiellt uttryck i olika länder under de senaste åren.

Det är här icke fråga om idéer, som presenteras av något visst politiskt parti. I Sovjet har de framburits av kommunisterna, i England av liberalen Beveridge, sedan de utarbetats av läkarna själva och partilösa radikaler, i Förenta staterna av den närmast konservative president Truman, i Frank-

rike av ett enigt parlament av alla olika partier. Det kan ej anses överflödigt att i korthet presentera dessa för större delen av den civiliserade världen gemensamma idéer.

Kap. 9. Allmänna principer.

Principerna för tillgodoseende av medborgarnas behov av hälso- och sjukvård har under de gångna årtiondena klarnat. Formuleringarna växlar från land till land men deras innebörd är snart sagt överallt i huvudsak densamma.

Här följer några exempel på detta:

Sovjetunionen, som (enligt Newsholme och Kingsbury: Red Medicine, Socialized Health in Sovjet Russia, 1934), var den första nation i världen, som inriktade sig på att söka bygga upp en fullständig organisation, avsedd att ge förebyggande vård och sjukvård åt varje man, kvinna och barn, fick ett centralt hälsokommissariat år 1918. Målet för dess verksamhet angavs år 1926 av den dåvarande chefen, doktor Semashko, sålunda: »Medicinens nationalisering innebär inte, som somliga menar, att alla privata sjukhus skall stängas och all privat praxis förhindras, utan en socialisering betyder i första hand att staten övertar ansvaret för att åt var och en, så snart han är i behov därav, tillhandahålles kostnadsfri och högvärdig medicinsk vård. Först därefter kommer, liksom dimman för solen, alla privata sjukhus och all kommersiell praxis att försvinna.» För att detta mål skulle förverkligas måste följande krav uppfyllas:

a) *hälso- och sjukvårdsorganisationen* skulle vara *enhetlig;*
b) de olika vårdformerna skulle utbyggas till sådan omfattning, att vården vore *tillgänglig för alla medborgare;*
c) vården skulle meddelas *kostnadsfritt;*
d) *läkare* och *övrig vårdpersonal* skulle vara *väl kvalificerade* för sina uppgifter;
e) stor vikt skulle läggas på *det profylaktiska arbetet.*

Storbritannien. I den av regeringen i februari 1934 framlagda programskriften »En nationell hälsovård» (A National Health Service) framhölls, att liksom allmänheten vant sig vid att myndigheterna skulle sörja för tillgången till rent och rikligt vatten eller till goda vägar och betraktade dessa ting som självklara förmåner att tillhandahållas alla utan åtskillnad, så borde den numera ha rätt att vänta sig en hälsovård, organiserad under samhällets ledning, fri för alla och med bidrag från envar i form av skatter och socialförsäkringspremier. Detta var bakgrunden till regeringens utfästelse att etablera *en fullständig hälsotjänst av sådan omfattning, att varje man, kvinna och barn, som så önskade, skulle kunna påräkna att genom densamma få de råd, den behandling och den vård, som deras hälsotillstånd påkallade, — allmänvård och specialistvård, sjukhusvård och hemsjukvård*

— *liksom också läkemedel, proteser etc. i behövlig utsträckning och detta utan annan kostnad än erlagda försäkringsavgifter.* En sådan hälsotjänst, lika för alla, fick anses ligga i linje med den allmänna utveckling av hälsovården, som i England kontinuerligt försiggått sedan lång tid tillbaka.

I den nya målsättningen ingick bl. a., att de olika vårdgrenarna skulle utbyggas och samordnas på sådant sätt, att de alla kunde tagas i bruk med lika stor lätthet. De luckor, som fanns i den dittillsvarande organisationen, skulle successivt utfyllas. Det var av den allra största betydelse att inställningen till hälso- och sjukvården bleve en annan, så att läkare, sjukhus och de öppna mottagningarnas tekniska resurser mera engagerades i den positiva hälsovårdens tjänst och icke så ensidigt som hittills inriktades på undersökning och behandling av sjuka.

I *Förenta staterna* har president Truman i ett budskap den 19 november 1945 till kongressen (bil. 36) begärt lagstiftning om ett nationellt hälsoprogram.

I detta budskap yttrade han bl. a. följande:

»Vi är läkarna mycken tack skyldiga för deras skicklighet och hängivenhet, men trots de stora vetenskapliga framstegen förlorar vi varje år många fler människor genom för tidiga dödsfall, som borde ha kunnat förekommas, än vi förlorade i strid eller av krigsskador under hela kriget.

Vi är stolta över den reduktion av dödlighetssiffrorna som uppnåtts, men den har övervägande åvägabragts genom allmän hälsovård och andra allmänna föranstaltningar. Vi har varit mindre effektiva i att tillföra varje medborgare de medicinska framstegens förmåner i form av individuell vård och behandling.

Under den tid, som gått, har den moderna medicinens förmåner ej varit tillgängliga för medborgarna med någon som helst likställighet, ej heller är de det i dag, eller kommer de att bli det i framtiden, om icke regeringen är djärv nog att gripa sig an med saken.

Människor med låg eller medelmåttig inkomst får icke samma medicinska uppmärksamhet som de med höga inkomster. De fattiga har större sjuklighet, men de får mindre medicinsk vård. Landsbygdens invånare får en medicinsk tillsyn, som varken i fråga om omfattning eller kvalitet kan jämföras med stadsbornas.»

President Truman drog härur följande slutsatser:

»Vår nya ekonomiska rättighetsförklaring ('bill of rights') måste innefatta ett tryggande av hälsan oberoende av bostadsort, sysselsättning eller ras för hela Förenta staternas befolkning.

Vi måste nu fastslå, att nationens hälsa är en nationens gemensamma angelägenhet, att ekonomiska hinder, som spärrar vägen till uppnåendet av hälsan, skall nedrivas och att tryggandet av varje medborgares hälsa är en uppgift, som förtjänar hela nationens bistånd.»

Deklarationen utmynnar i ett nationellt hälsoprogram, omfattande fem punkter av i huvudsak följande innehåll:

1) *Inrättandet av sjukhus och tillhörande tjänstbarheter (hälsocentraler o. s. v. både för förebyggande vård och sjukvård) med ekonomiskt stöd av den federala regeringen.*

Den federala regeringen skall godkänna de enskilda staternas planer och

individuella projekt samt fixera nationella »standards» med hjälp av ett råd, omfattande både medicinsk och annan sakkunskap.

2) *Expansion av den allmänna hälsovården samt den förebyggande vården för mödrar och barn.*

Till denna punkt hänföres bl. a. uppgörandet av ett särskilt program för bekämpande av veneriska sjukdomar, för industriell hygien och för tuberkuloskontroll. Den förebyggande vården börjar med barnen och mödrarna för att fortsätta upp genom åldrarna under iakttagande av att regeringens hjälp samordnas med de anslutna staternas ansträngningar.

3) *Främjande av medicinsk utbildning och forskning.*

4) *Förutbetalning av kostnaden för medicinsk hjälp.*

Det ekonomiska problemet bör lösas genom att kostnaderna för vården fördelas på alla, vilket bäst uppnås, om den obligatoriska socialförsäkringen utsträckes till hela befolkningen. »Detta är icke socialiserad medicin.»

Därjämte rekommenderas skapandet av en stor nationell »hälsofond», ur vilken kostnaderna för sjukhus, läkare o. s. v. skall bestridas.

»Människor skall fortfarande ha frihet att välja läkare och sjukhus. Borttagandet av ekonomiska spärrar mellan patient och läkare ökar den frihet, som för närvarande existerar i detta val.»

5) *Skydd för inkomstbortfall vid sjukdom och lyte.*

Detta skydd skall kombineras med den allmänna socialförsäkringen.

Den *internationella arbetsorganisationen* har bland sina rekommendationer till anslutna länder också en (nr 60) angående hälso- och sjukvård, vilken antogs av arbetsorganisationens konferens 1944 och framlades för Sveriges riksdag i proposition nr 234 den 9 mars 1945 jämte en del andra rekommendationer. Riksdagen beslöt, att rekommendationen, då den innehöll många synpunkter, som vore värda beaktande vid utformningen av den svenska socialpolitiken, borde bringas till de myndigheters och utredningars kännedom som därav berördes, för att uppmärksammas vid fortsatta utrednings- och planläggningsarbeten.

Ur denna rekommendation rörande allmänna principer för ett lands hälso- och sjukvårdsorganisation må följande citeras:

»2. Arten och omfattningen av den vård, som skall lämnas genom organisationen, bör fastställas i lag.»

»8. Organisationen bör komma alla samhällsmedlemmar till godo, vare sig de är sysselsatta i förvärvsarbete eller ej.»

»18. Då vård lämnas genom offentlig hälso- och sjukvårdsmyndighet, bör tillgången till vården icke göras beroende av vissa villkor, såsom fullgjord skattskyldighet eller behovsprövning, utan böra alla samhällsmedlemmar ha samma rätt till vård.»

»19. Tillgång till fullständig hälso- och sjukvård bör städse beredas under rationell organisation och samordning, i största möjliga utsträckning, med den allmänna hälsovården.»

»20. Fullständig hälso- och sjukvård bör stå till förfogande på varje tid och plats för alla av organisationen omfattade samhällsmedlemmar på samma villkor och utan hinder av administrativ, ekonomisk eller politisk natur eller eljest utan samband med vederbörandes hälsotillstånd.»

»27. Ett optimum av vård bör göras lätt tillgängligt för de vårdberättigade genom en organisation, som garanterar största möjliga ekonomi och effektivitet i fråga om facklig utbildning, personal, utrustning och andra hjälpmedel samt genom nära kontakt och samarbete mellan alla utövare av läkaryrket eller närstående yrken och de olika institutionerna i systemet.»

Det må anmärkas, att fastslåendet av dessa principer, på vilka ytterligare exempel ges i föregående kapitel från olika länder, icke skett utan en viss opposition närmast från läkarnas enskilda organisationer. Huvudsakligen har denna opposition riktat sig mot de praktiska försöken att omsätta principerna i verklighet. Man har från läkarhåll icke så mycket velat bestrida ovan anförda allmänna principer, om vilka den stora folkmajoriteten i olika länder torde vara enig, men man har skjutit fram vissa resonemang, som ansetts tillhöra »läkaretiken», vari ett viktigt argument varit, att det rätta förtroendet från patienternas sida icke kunde påräknas, om de icke finge betala läkaren kontant den summa, som läkaren begärde. Det har vidare påstått, att den enskilde läkaren icke skulle kunna uppbringa samma personliga intresse för patienten, om läkaren icke finge särskild ersättning av denna för en honom ägnad särskild omsorg. Dessa argument återfinns i diskussionen från olika länder. De har emellertid där icke tillmätts sådan betydelse, att de ansetts böra inverka på huvudsaken, nämligen det allmännas skyldighet att tillhandahålla varje medborgare den behövliga medicinska omvårdnaden.

Det bör framhållas att, om läkaren i vissa fall står till tjänst med samtal, behandling etc., som icke är nödvändiga, kanske ej alltid behövliga, detta vid en bristande tillgång på läkare icke är utan intresse, såsom innebärande risk för att en nödlidande kan komma att lämnas utan behövlig hjälp. I den aktuella diskussionen i vårt land förtjänar detta argument sitt beaktande även om dess betydelse är mindre, när det gäller planering för årtionden framåt.

Särskilt i den amerikanska diskussionen har framhävts, att rekryteringen till yrket måste antagas bli påverkad av den kommande organisationen ej minst i fråga om ekonomiska detaljer; för framtiden kunde man hoppas, att sammanknytningen av begreppen läkare och affärsman skulle bli mindre uttalad.

En annan sak är att de speciella läkarsynpunkterna på ekonomiska frågor måste skänkas vederbörligt beaktande, när man går till förhandlingar för att stimulera de nuvarande läkarnas fulla och frivilliga medverkan i folkhälsoprogrammet.

Avd. III. Diskussion.

Kap. 10. Principiell diskussion om läkekonsten och formerna för dess utövning.

Inledningsord.

Svensk hälso- och sjukvård kan väl uthärda jämförelse med andra länders. Vår långa fred, landets och folkets ekonomiska standard, folkets allmänna upplysning, läkares, sjuksköterskors och andra medicinska medhjälpares personliga och medicinska kultur är faktorer, som bidrar till vår goda plats vid en internationell jämförelse. Även om vår organisation av hälso- och sjukvård visar flera goda drag, har den dock vissa svagheter, bl. a. i fråga om den förebyggande vården och den öppna sjukvården.

Här skall nu ges en sammanfattning och en analys av det i avd. I och II hopbragta materialet med avsikt att söka få fram, på vilka vägar hälsotillståndet i vårt land genom åtgärder, som berör den öppna vården, borde kunna väsentligt förbättras med *minsta möjliga ändringar av den bestående organisationen och utan onödiga eller olägliga kostnader för samhällsmedlemmarna.* Det finns så mycket större anledning till en sådan klargörande diskussion som den öppna sjukvården i vårt land står inför mycket stora påfrestningar. Till följd av riksdagens beslut att från den 1 juli 1950 genomföra fri sjukhusvård och obligatorisk sjukförsäkring torde en betydligt ökad tillströmning till den öppna sjukvården komma att uppstå. Det uppdrag, som getts oss, framstår därmed som lika mycket betingat av de närmast kommande årens händelser som av de nyss förgångnas. Särskilda åtgärder måste under en rätt lång övergångstid vidtas, innan den vidgade målsättningen för hälso- och sjukvården i praktiken kan helt genomföras. Det är då nödvändigt, att man följer riktlinjer avpassade efter dagens krav utan att äventyra morgondagens. Genom en analys bör man söka få fram, vilka berättigade krav, som kan komma att ställas på den öppna vården och hur dessa bäst skall kunna mötas. Eljest kunde t. ex. den läkarbrist, som enligt vårt förmenande föreligger i förhållande till det reella men ännu till stor del latenta läkarbehovet, när detta snart nog kommer att träda i dagen, giva anledning till mindre välbetänkta åtgärder, som kunde på längre sikt försvåra situa-

tionen. En framsynt planläggning av utbyggnaden för det eller de närmaste årtiondena bör kunna spara tid, pengar och arbetskraft åt landet.

Allmänläkarens uppgifter förr och nu. Specialisternas roll.

Så länge den medicinska vetenskapen ännu icke hunnit längre i sin utveckling än att varje läkare ansågs kunna behärska hela dess område och även under specialiseringsprocessens tidigare skede stod *husläkaren-familjeläkaren,* i fortsättningen ofta kallad allmänläkaren i motsats till specialläkaren eller specialisten, som centrum i sjukvården. Så var i vårt land liksom i övriga kulturländer förhållandet ända in på 1900-talet.

Allmänpraktikerns insats som husläkare i de sociala skikt, där han var verksam, var också förtjänt av den stora uppskattning den rönte. Tack vare befolkningens ännu relativt stora bofasthet kunde en sådan läkare både i städer och på landsbygd få tillfälle att under flera decennier följa de familjer, som stod under hans vård. Han fick en personlig kännedom om sina patienters konstitution och miljö, som i hög grad underlättade hans bedömande av inträffade sjukdomstillstånd. Han kände sina patienters levnadsvillkor och medicinska förhistoria liksom de psykiska insulter, för vilka de utsattes, och han hade i sin väska hela den tekniska attiralj, som den dåtida vetenskapen ställde till förfogande. Sjukhusen hade ofta inte mycket större diagnostiska resurser.

Industrialismens genombrott och befolkningens därmed följande större rörlighet gjorde det så småningom åtminstone i städerna alltmera ovanligt, att familjerna kunde förbli knutna till sin läkare som förr. Samtidigt skänkte medicinens utveckling icke blott större kunskap om sjukdomarna, vilken kunde utnyttjas för att ställa diagnosen och ordna behandlingen vid sjukbädden, utan försåg också diagnostiken med en hel del till särskilda laboratorier förlagda hjälpmedel, vilka praktikern i sin enskilda verksamhet icke eller endast med svårighet och under kännbara ekonomiska uppoffringar kunde disponera. Hela utvecklingen har också alltmera tenderat till att med användande av dessa hjälpmedel sätta en tidigare diagnos, varmed menas att konstatera en börjande sjukdom redan vid de första, eventuellt mycket obetydliga tecknen, ja, t. o. m. innan några subjektiva sjukdomstecken uppträtt (den hälsovårdande övervakningen). Härtill kommer, att under de senaste årtiondena ett allt större antal läkare inriktat sig på diagnos och behandling av vissa speciella sjukdomsgrupper eller på en viss ålderskategori av patienter.

Av tablåerna sid. 201, vilka motsvarar diagrammen på sid. 35 och 36, ser vi, hur specialavdelningar och specialsjukhus vuxit fram i Sverige vid sidan av de odelade lasaretten, vilkas överordnade läkare torde böra räknas såsom kirurgiska specialläkare. Sjukstugorna redovisas ej i detta sammanhang.

På de rena specialavdelningarna (vi bortser således härvid från de odelade lasaretten), fanns enligt tablåerna vid sekelskiftet ungefär ett 40-tal

Specialiteternas utveckling vid de allmänna sjukhusen i Sverige 1900—1944.

Antal avdelningar	Kir.	Med.	Rtg.	Öron	Ögon	Obst. Gyn.	Barn	Radiol.	Hud. Kön.	Tbc.	Psyk.	Odel. lasarett	S:a avdelningar
1900 ..	6	6	—	—	2	7	2	—	3	1	15	70	112
1910 ..	8	9	—	1	3	9	4	—	2	10	17	71	134
1920 ..	14	14	1	3	4	9	5	—	2	20	18	71	161
1930 ..	28	30	19	11	10	8	8	4	3	46	25	65	257
1940 ..	41	43	39	23	21	14	15	7	4	47	36	56	346
1944 ..	45	47	44	30	24	20	21	7	4	48	38	59	387

Antal läkartjänster	Kir.	Med.	Rtg.	Öron	Ögon	Obst. Gyn.	Barn	Radiol.	Hud. Kön.	Tbc.	Psyk.	Odel. lasarett	S:a tjänster
1900 ..	22	19	—	—	2	16	9	—	10	1	34	90	203
1910 ..	33	32	—	1	9	22	10	—	7	26	49	109	298
1920 ..	58	43	1	3	11	22	15	—	7	79	69	135	443
1930 ..	121	121	47	34	29	27	28	14	9	105	97	124	756
1940 ..	219	221	126	69	59	51	54	31	10	129	161	159	1 289
1944 ..	246	253	154	94	69	82	67	32	13	132	185	174	1 501

överordnade och ett 70-tal underordnade läkare. År 1944 var motsvarande siffror 328 överordnade och 999 underordnade.

Vid kirurgiska avdelningar var antalet överordnade läkare 1900 6 med i genomsnitt 2·7 underordnade läkare vardera; 1944 fanns det 45 överordnade kirurger med i genomsnitt 4·5 underordnade läkare vardera. För invärtesmedicinska avdelningar var motsvarande siffror 6 överordnade läkare med i genomsnitt 2·2 underordnade läkare vardera vid sekelskiftet och 47 överordnade läkare med i genomsnitt 4 underordnade läkare vardera 1944.

Den största specialiteten utgjorde vid sekelskiftet psykiatrin med 15 överordnade läkare, av vilka var och en hade i genomsnitt 1·2 underordnade läkare vardera. 1944 var psykiatrin den femte specialiteten med hänsyn till läkarantalet, som uppgick till 38 chefläkare, vardera med i genomsnitt 4 underordnade läkare.

Vid sekelskiftet fanns vidare 7 obstetriker med 9 underläkare. 1944 var siffrorna 20 och 62.

För barnsjukdomar, hud- och köns-, ögon- och tuberkulossjukdomar fanns vid sekelskiftet endast några få avdelningar. Av dessa har tuberkulosspecialiteten ökat mest. Den hade 1944 48 chefläkartjänster vid sjukhusavdelningar och sanatorier och proportionen överordnade/underordnade läkare var 1 : 1·8. Antalet läkare vid fristående centraldispensärer var samma år 19.

Röntgenspecialiteten tillkom sent men har under de senaste 25 åren i fråga om läkarantalet nästan hunnit i kapp medicin och kirurgi. Den står inför ytterligare expansion, som dock försvåras av att antalet underordnade läkare är så lågt (i genomsnitt 2·3) för varje överordnad läkare.

Barn-, ögon- och öronspecialiteterna har utvecklats långsammare än röntgenspecialiteten; ögon- och öron- något snabbare än barnspecialiteten. Samtliga står inför ytterligare utbyggnad, försvårad av att antalet underordnade läkare är så lågt i förhållande till de överordnade, i barnspecialiteten i genomsnitt 2·2 på varje överordnad, i ögonspecialiteten 1·9 och i öronspecialiteten 2·1. Den specialisering, som belyses av dessa siffror, utgår från invärtesmedicinen och allmänkirurgin som de två stora moderspecialiteterna.

Invärtesmedicinen är den centrala specialiteten. Den ägnar sig huvudsakligen åt ämnesomsättningen, andningen, blodomloppet samt in- och utsöndringen. Alla andra specialiteter behöver dess hjälp och den behöver själv hjälp av övriga specialiteter. Bland dem är en del huvudsakligen medicinska, t. ex. de som avser hudens medicinska sjukdomar och nervsystemet. Andra tillhör kirurgin med dess under- och hjälpdiscipliner. Kirurgens särmärke är instrumentet, med vilket han ingriper, men det avgörande är icke blott hans operativa skicklighet utan också hans omdöme, om och när ett ingrepp skall ske. För bedömande härav behövs en omfattande allmänmedicinsk men även en speciell invärtesmedicinsk sakkunskap.

Verksamheten på sjukhusen har för specialläkarna betytt mycket. De har i den slutna vården fått tillgång till lämpliga lokaler, hjälp av särskilt tränad personal och goda laboratorier. De olika specialläkarna har också med lätthet kunnat vid behov konsultera varandra. Utan tvivel verkade dessa ökade möjligheter attraherande på många av de duktigaste bland de unga läkarna, varigenom vår lasarettsläkarkår från första början kom att utgöra en elit. Lasarettsläkarna blev framför andra rådgivare åt landstingen, när dessa omkring och efter sekelskiftet gick att utbygga den slutna sjukvården. Den svenska sjukhusvårdens höga standard har här en av sina förklaringar.

Enligt 3 § i kungörelse den 17 september 1915 (SFS 559) fordras för behörighet till lasarettsläkartjänst på odelat lasarett utöver den kirurgiska tjänstgöringen minst 8 månaders tjänstgöring på invärtesmedicinsk avdelning. Numera synes utvecklingen snabbt gå mot en uppdelning av de odelade lasaretten, varigenom flertalet kirurger får en invärtesmedicinare att rådfråga. En riktning inom kirurgin vill, sedan obstetrik-gynekologi, ögon-, öron-, hjärn- och neurokirurgi ävensom narkoslära och plastikkirurgi avdelats, dela den kvarvarande kirurgin på extremitets- och olycksfallskirurgi samt inälvskirurgi. Å andra sidan är redan brösthålans kirurgi och urologin särskilda specialiteter. Vilket område, som så småningom skall bli kvar för en allmänkirurg, är för närvarande icke lätt att förutsäga.

Invärtesmedicinaren befinner sig i en något liknande situation. Redan i slutet av 1800-talet erkändes barnläkekonsten (pediatriken), själsläkekonsten (psykiatrin), hud- och könssjukvården och tuberkulosvården som självständiga specialiteter. De underdiscipliner, som närmast kommer i fråga för avspjälkning, är uppräknade på sid. 37. Flertalet av dem torde ha långt ej blott till det organisatoriska slutstadiet — en specialavdelning under egen

överläkare vid varje centralsjukhus — utan t. o. m. till upprättandet av den institution, som borde tillhöra det första stadiet — en forskningsavdelning vid rikssjukhuset. Ett mellanstadium i den organisatoriska utvecklingen kan sägas föreligga, då en specialavdelning förlägges till varje undervisningssjukhus, som därigenom blir ett slags regionsjukhus, eventuellt supplerat med ett mindre antal specialavdelningar vid vissa centralsjukhus. Reumatologin håller på att uppnå detta mellanstadium. Epidemiologin befinner sig i mellanstadiet men torde snart ha uppnått slutstadiet.

Specialiseringens förutsättningar ligger klara. Det medicinska vetandet har ökats så att en enda person icke längre kan behärska hela arbetsfältet. Ofta är den speciella tekniska proceduren för undersökning eller behandling av en viss grupp sjukdomar så omfattande, att den helt kräver sin man. Detta gäller både när det rör sig om mycket vanliga fall, som kommer att ge specialisten en nästan virtuos färdighet, och vid mera sällsynta fall, som måste samlas på en hand för att vederbörande specialist skall bli tillräckligt erfaren. Det är den medicinska vetenskapens utveckling, som har framdrivit specialiseringen. Denna är dock icke utan faror och nackdelar. De är desamma inom medicinen som inom andra yrken.

I den mån den sociala och den profylaktiska sidan av medicinen på sistone krävt ökad uppmärksamhet, har detta utövat inflytande på specialiseringen. Specialläkarna har fått nya uppgifter att ta hänsyn till. De blir var och en sakkunniga för den förebyggande vården på sitt område — barnläkaren för den förebyggande barnavården, kvinnoläkaren för mödravården, invärtesmedicinaren bl. a. för yrkessjukdomarna, otiatern för hörselvården, ej minst i bullerindustrier, oftalmologen för syn- och blindvård, psykiatern för mentalhygienen, lungläkaren för tuberkulos-profylaxen, venerologen och gynekologen jämte arvsforskaren, psykologen m. fl. för sexualhygienen i vidsträckt mening. Kirurgen blir jämte allmänläkaren målsman för den allmänna olycksfallsprofylaxen. Sociala och profylaktiska synpunkter kräver å andra sidan ett ständigt hänsynstagande till förhållandena i hem och hemort samt på arbetsplatsen, vartill i allmänhet endast allmänläkaren har möjlighet.

Helt naturligt kan specialläkarna tekniskt sett driva diagnostiken inom sina respektive områden väsentligt längre än allmänpraktikern. En utveckling i samma riktning som den ovan för vårt land skisserade har förekommit i alla länder. På sina håll har den ökade specialiseringen lett till att allmänpraktikerns anseende minskats och hans insats nedvärderats. Man har t. ex. i Förenta staterna och i Danmark nedsättande kallat den moderna allmänpraktikern, som i bil färdas mellan sina patienter, »hästdroskedoktor» och med denna benämning menat, att allmänpraktikern tekniskt och kunskapsmässigt stannat på en gången läkargenerations stadium.

Den anförda kritiken mot allmänpraktikern har i andra länder varit häftigare än i vårt, där den hållits tillbaka av den höga standard och det goda

anseende, som våra allmänläkare och särskilt våra tjänsteläkare med rätta åtnjutit. Kritiken har emellertid i alla länder mötts av en kraftig opposition.

Man har påpekat, att den direkta personliga iakttagelsen av patienten fortfarande är av grundläggande betydelse. Vissa enkla men klargörande frågor om hälsotillståndet liksom den yttre besiktningen ger ofta ovärderliga upplysningar i synnerhet åt den läkare, som förut känner patienten och hans allmänna tillstånd. På samma sätt kan de åtgärder, som ingår i en allmänpraktikers dagliga rutinundersökningar, ofta ge viktiga resultat. Så kan t. ex. en palpation av ändtarmen komma att avslöja tidiga stadier av olika sjukdomstillstånd, som hos en medelålders man är vanliga. En cancer eller ett sår i magtarmslemhinnan kan ha gett en blödning, påvisbar genom ett enkelt kemiskt prov på avföringen; en cancer i blåshalskörteln kan direkt kännas som en förhårdnad. Man har erkänt svagheten i den isolerade praktikerns position med hänsyn till de tekniska hjälpmedlen (exempelvis röntgen, EKG, bakteriologiska och kemiska undersökningar) och förklarat det nödvändigt att råda bot på denna olägenhet men också påpekat, att beundrarna av specialiseringen skjutit över målet. Specialisten, som är inriktad på sitt avgränsade område, riskerar lätt att glömma, att människan i själva verket är hel och odelbar. Detta gäller desto mer, ju mera tekniskt specialiteten är betonad. Teoretiskt borde ingenting hindra, att specialisten skänkte uppmärksamhet även åt allmänna förhållanden rörande patienten och hans hälsotillstånd. Men i praktiken torde bl. a. den stora arbetsbelastningen göra detta allt svårare. Satsen att det är av utomordentlig vikt att komma till rätt slag av specialist, då patienten eljest kan riskera att bli behandlad för något annat än det sjukdomstillstånd, som vid en viss tidpunkt är det för honom väsentliga, torde alltjämt i viss utsträckning gälla, ej minst för neurotiska patienter. Allmänläkaren däremot ägnar en huvuddel av sin uppmärksamhet åt det allmänna hälsotillståndet och löper just genom sin allmänna utbildning och inriktning mindre risk än en specialist att komma in på felaktigt spår. Hygieniska förhållanden berörande kost, bostad, arbete, rörelse i friska luften och psykiska faktorer tillmätes också allt större betydelse vid olika sjukdomstillstånd. Den läkare, som sköter patienten i hans hem, har större möjlighet att anpassa sina råd, så att de verkligen kan följas av patienten. Sistnämnda synpunkt försätter allmänläkaren i en särställning även gentemot de sjukhusspecialister, som bör betraktas såsom tillika allmänläkare men som är bundna till sjukhuset och i allmänhet icke kan vara familjeläkare. En allmänläkare, som fått specialutbildning i invärtesmedicin, har givetvis särskilt goda förutsättningar för sin verksamhet.

Det är numera av den sakkunniga opinionen överallt i princip erkänt, att *en god öppen läkarvård kräver tillgång till både allmänläkare och specialläkare och att dessa i regel bör sökas i den ordningen, att allmänläkaren-familjeläkaren konsulteras i första hand och specialläkaren först då så visat sig behövligt för diagnos, behandling eller bådadera.* En patient, som kommit direkt till specialläkare, särskilt inom ett tekniskt betonat fack, har ej sällan behov av att också konsultera en allmänläkare.

Båda kategorierna läkare är nödvändiga för en god medicinsk organisation. Båda bör inpassas på sin rätta plats. Bådas uppgifter förändras i och med att de medverkar i sjukvårdens utveckling fram mot tidigdiagnostik och förebyggande vård. Denna utveckling håller på att helt förändra den allmänna aspekten på sjukvården. Vi har länge vetat, att vissa sjukdomar är ärftligt betingade och att de flesta påverkas av vår medfödda konstitu-

tion, men det börjar bli allt klarare, att flera sjukdomar än vi anat också sammanhänger med den allmänna livsföringen. Vilken sjukdomens orsak än må vara är det i det stora flertalet fall av vikt att kunna angripa den i dess första början, medan den ännu kan botas utan efterföljande invaliditet. Ofta gäller det dock först att notera allmänna, rätt diffusa symtom, ett ändrat ansiktsuttryck, en allmän trötthet, en minskad matlust, och bedöma dessa. Därför har allmänläkaren sin givna plats i tidigdiagnostiken och vid hälsoövervakningen, även om han ofta icke kan fullfölja dessa uppgifter utan biträde av olika specialister.

Nödvändigheten av ett organiserat samarbete mellan allmänläkare och specialläkare gäller vidare och ej minst på de områden, där den medicinska vetenskapen och organisationen hittills kommit mest till korta, i eftervården, vid de kroniska sjukdomarna, därav särskilt de reumatiska hjärtsjukdomarna, de ortopediska sjukdomarna samt neuroserna. Naturligt synes vara, att den allmänläkare, som vanligen sköter patienten, från tid till annan genom remiss inhämtar specialläkaren-konsultens mening på det närmaste sjukhus, där sådan expertis finns tillgänglig. Denna ordning, som redan i stor utsträckning tillämpats i de delar av vårt land, där allmänläkare och specialläkare funnit varandra i ordnat samarbete till patientens bästa, bör överallt genomföras i full utsträckning. I fråga om den förebyggande vården praktiseras den i Sverige framgångsrikt sedan mer än tio år inom spädbarnsvården och tuberkulosvården.

De å sid. 20 berörda hälsoundersökningarna av husmödrar i Stockholm i samband med gymnastikundervisning avbröts sommaren 1946 av Sveriges läkarförbund på grund av »interkollegiala betänkligheter». De har numera återupptagits i något ändrade former. Jämte den tekniska undersökningsstationen har de privata allmänpraktikerna inkopplats och sålunda samarbete mellan allmänläkare och specialläkare organiserats. Mera tid ägnas varje undersökt. Kostnaden har som följd härav höjts. Antalet upptäckta sjukdomsfall har visat värdet av verksamheten.

I många fall är det också värdefullt om en allmänläkare kan ha möjlighet att samråda med annan allmänläkare. Detta önskemål har i en del länder tillgodosetts genom gemensamma mottagningscentraler för en grupp allmänläkare. En sådan anordning erbjuder också andra stora fördelar (viss gemensam hjälppersonal, teknisk utrustning etc.). Även en specialist har stundom behov av att konsultera en kollega inom samma specialitet.

Allmänläkares och specialläkares utbildnings-, arbets- och inkomstförhållanden.

Förutsättningarna för att en allmänläkare skall kunna utföra de uppgifter, som tilldelas honom i en modern hälso- och sjukvårdsorganisation, är en gedigen utbildning, anpassad efter arten av hans verksamhet, bekväm tillgång till den assistans (teknisk apparatur och personal), som kräves speciellt för en god tidigdiagnostik, samt möjlighet att i behövlig utsträckning konsultera olika specialläkare.

Allmänpraktikerns utbildning måste särskilt inriktas på att göra honom till en god diagnostiker och terapeut i den allmänna läkarvården samt att ge honom en överblick över de särskilda diagnostiska och terapeutiska möjligheter, som de olika specialiteterna kan erbjuda. Den önskvärda utbildningstiden för tjänsteläkare med allmänpraktik har av läkarutbildningssakkunniga i deras betänkande III (SOU 1945: 56 sid. 82) förklarats utgöra omkring fem år efter licentiaten, varav ungefär halva tiden bort komma på utbildning vid odelat lasarett samt medicinsk och kirurgisk avdelning och halva tiden på »randutbildning» inom vissa angivna specialområden. De sakkunniga konstaterar (sid. 98 l. c.), att den privatpraktiserande allmänpraktikern i stort sett har samma behov av utbildning som tjänsteläkarna, men att kraven dock ej i alla avseenden behöver ställas lika höga. *Grundutbildningen* på sjukhus anses dock (sid. 99 l. c.) böra göras lika för alla läkare — 3—4 år (sid. 156 l. c.). Medicinalstyrelsen har i sitt yttrande över detta förslag i samband med ett eget förslag till omläggning av de medicinska studierna stannat för kravet på en utbildning, baserad på ett gemensamt grundläggande sjukhusår jämte ytterligare tre sjukhusår både för allmänpraktiker och specialister.

Båda förslagen förutsätter inrättandet av ett tillräckligt antal ettåriga underläkartjänster för utbildningsändamål — ett exempel bland många på sambandet mellan öppen och sluten vård och betydelsen av att en ändamålsenlig samordning skapas mellan dem.

Att de under senare år utnämnda provinsialläkarna har en utbildning, som i regel väsentligt överstiger läkarutbildningssakkunnigas normer, framgår av vårt kap. 3 sid. 74. De sakkunniga uppger själva (sid. 95 l. c.), att vid tiden för deras utredning en tredjedel av de privatpraktiserande allmänläkarna hade mer än två års utbildning utöver licentiatexamen och att en tredjedel av dem, som öppnat praktik 1936—1940, hade mer än tre års utbildning. I Stockholm och Göteborg hade dock endast 12 % av allmänpraktikerna mer än tre års utbildning, under det att 54 % hade mindre än ett års utbildning. Provinsialläkares och privatpraktikers genomsnittliga utbildning efter examen är alltså för närvarande mycket olika.

Medan sjukhusläkarna efter *grundutbildningens avslutande* erhåller sin *fortsatta utbildning* inom vederbörande specialitet genom tjänstgöring som underläkare vid sjukhus eller sjukhusavdelning, förvärvar allmänpraktikern för honom behövlig erfarenhet under motsvarande tid genom sin verksamhet i den öppna vården, lämpligen kompletterad med repetitionskurser av olika slag och intermittent tjänstgöring på sjukhus. Under dessa år synes inkomstställningen för sjukhusunderläkare, som utbildar sig till specialläkare, och allmänpraktiker böra vara ungefär densamma.

De personliga egenskaper, som kräves hos en allmänpraktiker och en specialläkare, är väl ej identiska, men någon åtskillnad i dignitet är det icke fråga om. Båda parterna behöver för sin verksamhet en god intellektuell ut-

rustning, fantasi och medkänsla. Dessa egenskaper är av särskild betydelse för familjeläkaren, medan en mera tekniskt betonad begåvning spelar en särskild roll för utövningen av många specialiteter. — Även familjeläkaren kan sägas vara specialläkare, nämligen i fråga om allmän diagnostik, och som sådan i särskilt behov av egenskaper som associationsförmåga, förmåga av överblick och intuition. Båda kategorierna är slutligen i behov av ett uppträdande, som vinner patienternas förtroende.

Då, som förut framhållits, inom modern läkarvård både allmänläkare och specialläkare är nödvändiga, bör också, där utbildning och personlig duglighet är likvärdiga, efter den egentliga utbildningstidens slut ungefär samma ekonomiska vederlag utgå. De olikheter, som i detta avseende föreligger mellan allmänläkare och specialläkare liksom mellan olika slag av specialläkare, är historiskt betingade och i behov av justering. Angeläget vore att ersättningssystemet kompenserade större duglighet eller erfarenhet. Så är visst icke alltid förhållandet för närvarande och det är ej heller lätt att ordna det så. För allmänheten betyder det vinnande sättet så mycket, att ofta en erkänt duglig läkare med kantigt sätt har svårare att vinna dess förtroende än en mindre duglig kollega eller till och med en kvacksalvare med ett mera tilldragande sätt. Önskemålet har på sina håll i anglosaxiska länder lett till en gruppering av läkarna i en arbetsgemenskap i olika inkomstklasser efter antalet praktikår — assistenter, juniorer och seniorer.

Det har förut framhållits, att specialvården i Sverige utvecklats i anslutning till den slutna vården; ungefär två tredjedelar av specialläkarna innehar sjukhustjänst. I vissa kirurgiska specialiteter är detta nära nog nödvändigt för att läkarnas tekniska skicklighet skall kunna bibehållas. Gäller det mindre vanliga sjukdomsfall samlar man dem gärna ur denna synpunkt till ett mindre antal sjukhus, t. ex. undervisningssjukhusens specialavdelningar.

Även för allmänläkaren är det ett stöd att ha möjlighet till fortsatt observation på anstalt. Så är förhållandet, då tjänsteläkaren är utrustad med en sjukstuga, privatpraktikern med ett sjukhem och då till allmänkirurgens förfogande står ett odelat lasarett. Allmänläkarna är dock i väsentligt mindre utsträckning knutna till sluten vård än specialisterna. Ofta saknar allmänläkaren ännu i sin individuellt bedrivna praktik betingelser för att ensam slutföra en effektiv och modern diagnostisk verksamhet. Hans i trots härav stundom manifesterade obenägenhet att utnyttja specialläkarmottagningarna säges bottna i en farhåga, att han ej får återse patienten eller att en av honom till sjukhusmottagning inremitterad patient skall omhändertas av en läkare med mindre erfarenhet än han själv. På sina håll tvingas allmänpraktikern att överskrida sin kompetens, då ingen specialläkare finns att tillgå inom räckhåll eller befintliga specialläkare är alltför överhopade med arbete. En bättre ordnad remiss- och konsultationsverksamhet är därför flerstädes behövlig liksom bättre tillgång till laborations- och andra tekniska resurser.

Som framgår av den utländska översikten i avd. II har man flerstädes, framför allt i Förenta staterna, sökt lösa dessa problem genom anordnande av gemensamma öppna mottagningar för flera läkare, stundom endast specialläkare, stundom även allmänläkare. Sådana »gruppmottagningar» tillkom till en början på privat initiativ. Idén har sedermera upptagits av det allmänna och lett till omfattande planer på ett fullständigt sjukvårdssystem bestående av samordnade »hälsocentraler» av olika typ och storlek, som redan på vissa håll genomförts.

I den amerikanska Parran-planen (jämför sid. 171 ff.) tänker man sig att vid ett litet sjukhus med 50 sängar ha en allmänläkare, som närmast har att svara för den till sjukhuset förlagda hälsocentralen och dess hjälppersonal för sanitet, distriktsvård, förebyggande mödra- och barnavård, tuberkulosvård, öppen venerisk vård och profylax samt allmänhetens fostran i hälsovård. Utom denna allmänläkare räknar man med att till denna typ av hälsocentral bör knytas en invärtesmedicinare, en kirurg och en öron-, näs- och halsläkare för att tillgodose den öppna vårdens behov av specialläkare. Samma dubbla uppgift tilldelas de hälsocentraler med endast ett tiotal vårdplatser, som är avsedda att placeras i folkfattiga trakter. Här har allmänpraktikern en naturlig mötesplats med sina medhjälpare i distriktet. Han får här tillgång till röntgen och laboratorium. Hit kommer vid behov konsulterande specialläkare från större enheter i systemet. Härigenom får också hälsovårdsarbetet vid centralen en nära anknytning till sjukvårdsarbetet och talet om sjukvårdsanstaltens betydelse för folkets hygieniska fostran en högre grad av realitet.

På liknande sätt avser man att i de engelska »health centers» ställa lokaler, teknisk hjälp, laboratorier och andra diagnostiska hjälpmedel till disposition för samtidiga mottagningar av allmänpraktiker och specialläkare. Dessa amerikanska och engelska planer måste sägas väl anknyta till den medicinska utveckling, som ovan refererats. Även de danska »diagnosestationerna» är en anordning i samma syfte. Till dessa måste dock antingen tagna prov eller patienterna själva skickas för specialundersökningarna. Det måste anses vara fördelaktigt, om hälsocentralerna erbjuder möjlighet till provens tagande och undersökning i samma byggnad, där patienten och läkaren sammanträffar.

Lord Moran, dåvarande presidenten i Royal College of Physicians i London, yttrade i ett tal i överhuset i juni 1943: »Om läkarna, i stället för att praktisera i sina hem, slog sig ihop i grupper på 8—9 läkare och tog emot sina patienter i en för ändamålet uppförd byggnad med anordningar för diagnostik och med specialister till hands för konsultation, skulle de återuppliva atmosfären från sina studiedagar på sjukavdelningarna, och detta skulle vara till stor vinst för samhället.»

Ur R. Cilentos sid. 159 ff. berörda skildring av bl. a. *gruppraktiken och diskussionen omkring denna i Australien* må, då vi själva saknar praktisk erfarenhet av denna verksamhet annat än i form av polikliniker, anföras följande utdrag.

En fullständig hälsocentral för konsultation åsyftar

a) att motverka en otillbörlig ökning av den del av poliklinikarbetet vid stora allmänna sjukhus, som faller inom området för allmänpraktiken och återföra det till de allmänpraktiker, som är verksamma i närheten av patienternas hem,

b) att bevara kontakten mellan den lokala allmänpraktikern och hans patient, även om denne behöver specialistvård, och att ombesörja att han snabbt får sådan,

c) att diagnos ställes utan kostnader för patienten,

d) att minska det dubbelarbete och den totalkostnad, som konkurrenssystemet för med sig, och samordna läkarkårens kunnande i patienternas intresse,

e) att tillvarata det personliga förhållandet mellan läkare och patient, vilket håller på att försvinna, och bevara och utsträcka det fria läkarval, som kan finnas,

f) att införskaffa bättre och fullständigare uppgifter om sjukdomars förekomst och orsaker och därigenom bättre möjligheter för ett vetenskapligt studium av allmänt förekommande sjukdomar,

g) att samordna olika läkares synpunkter ifråga om såväl förebyggande som kurativ vård och slutligen

h) att tillförsäkra allmänpraktikern

1) skälig ersättning för hans tjänster, även sådana, som nu ej betalas,

2) ökad möjlighet att vidmakthålla sina kunskaper och sin skicklighet och att förverkliga sin önskan om ytterligare specialisering,

3) lättnad i hans nuvarande skyldighet att stå till förfogande hela dygnet.»

Diagnostik- eller undersökningsavdelningen vid ett litet, strategiskt beläget landsortssjukhus är helt enkelt vad dess namn antyder — en avdelning, avsedd att förse den lokale praktikern med laboratorie- och röntgenresurser för hans diagnostik. Teknikerna kan på detta sätt tillhandahålla sina tjänster åt många läkare, vilka nu saknar sådana och inte själva gör anspråk på dem; de kan avlyfta de läkare, som nu gör sitt eget laboratorie- och övriga diagnostiska arbete, en stor del av deras börda.

Sedan många år har det varit på modet att i vackra ordalag hylla två, efter vad det vill synas avlägsna ideal:

1) att »förebyggande är bättre än botande» och att detta är den »äldre tjänsten» inom medicinen; och

2) att allmänpraktikern, vilken sedan 50 år håller på att sacka efter i trossen, måste spela huvudrollen i den medicinska vården.

Den fullständiga konsultationshälsocentralen är ett allvarligt försök att tillmötesgå båda dessa önskemål; den diagnostiska avdelningen anses ofta som ett otillräckligt men dock värdefullt hjälpmedel härtill. Medan den sistnämnda anordningen (hjälp från sjukhusens diagnostiska avdelning) varmt applåderats av »the Federal Council of the British Medical Association» i Australien, har idén om konsultationshälsocentralen, förvånansvärt nog, ej fått mottaga några applåder; och förslaget om en kombination av sådana centraler till förmån för såväl den personliga förebyggande som den kurativa medicinska vården tycks betraktas med särskild misstro. (Kan detta möjligen bero på att det ej finns några tjänsteläkare och alltför få allmänpraktiker i den numerärt sett lilla grupp av kommittéherrar, som officiellt gett uttryck åt kårens missnöje. Det förefaller inte som om läkarna i gemen någonsin blivit tillfrågade.)

— —

Sheffields diskussionsgrupp, vars synpunkter är refererade i British Medical Journal 8 maj 1943, s. 52, var av den meningen, att allmänpraktik borde utövas vid hälsocentraler, av vilka var och en borde vara avsedd för en befolkning av ca 15 000 invånare och ha en stab på omkring 10 läkare, som skulle stå i intimt samarbete med varandra, ha en gemensamt organiserad jourtjänst och upprätthålla förbindelse med andra medicinska centra. — — —

»Läkarna vid centralerna skulle uppbära en grundlön jämte ett tillägg för varje patient upp till en maximiinkomst av 2 000 pund.

En kameral avdelning skulle ha hand om alla ekonomiska angelägenheter och ha ansvar för att det fanns ett tidsenligt system av journaler, ordnade och analyserade på ett sätt, ägnat att underlätta arbetet för de anställda läkarna och att stimulera intresset för grundliga utredningar av fallen och fullföljandet därav genom efterundersökningar. Principen om det fria läkarvalet skulle upprätthållas.»

Den australiska planen.

Konsultations-hälsocentraler för fullständig verksamhet (d. v. s. omfattande alla slag av individuell förebyggande och kurativ vård) erfordrar, för att vara motiverade, en befolkning av minst 15 000 invånare och blir oformliga, om de försöker betjäna mer än 50 000; det idealiska området för en sådan central omfattar 30 000 invånare.

En väsentlig minskning av genomsnittskostnaden för läkarna och besväret för patienterna skulle bli resultatet, om en gemensam konsultationshälsocentral eller bara en poliklinik komme till stånd i varje stad på 15 000 eller fler invånare och i varje förstad på mellan 15 000 och 50 000 invånare på lämpliga platser, där folktätheten var störst, där de bekvämaste transport- och trafikförbindelserna fanns tillgängliga och där det fanns tillgång till en sjukstuga eller ett bassjukhus, om så behövdes.

British Medical Association har deklarerat, att ingen läkare bör vara ansvarig för mer än 2 000 potentiella patienter. För närvarande ligger genomsnittet i Australien under normala tider något under 2 000 — en del läkare är ansvariga för mycket mindre befolkningsenheter, några för mycket större, en del är sysselsatta i akademisk verksamhet eller som specialister eller i administrativt arbete och tar inte emot några patienter alls eller endast på remiss. Icke desto mindre är i en tätbebyggd stad i provinsen eller i en förstad till någon huvudstad 1 500 till 2 000 ett mycket lämpligt antal att begagna som utgångspunkt för en approximativ beräkning av läkarbehovet. (Förstäderna till en storstad har som förut framhållits betraktats som likställda med provinsstäder, ehuru de tillsammans bilda en metropol. På en del ställen är de fortfarande ställda under särskilda och självständiga lokala myndigheter.)

I ett område av för ändamålet idealisk storlek (t. ex. 30 000 invånare) skulle finnas från 15 till 20 allmänpraktiker vid konsultations-hälsocentraler, av vilka åtminstone en skulle bestrida heltidstjänst i hälsovård och tillika vara verksam som förbindelseled till den centrala administrationen. Gruppen skulle utse sin egen styresman, direkt ansvarig inför departementet eller inför under detta sorterande kontrollmyndighet, och, där så vore möjligt, skulle denna styresman ha åtminstone 10 års erfarenhet som allmänpraktiker. Gruppen skulle arbeta enligt en på förhand uppgjord tjänstgöringslista med bestämda tider och dagar för varje läkares tjänstgöring. Listan skulle fastställas av medlemmarna genom inbördes överenskommelse med hänsyn till det lokala behovet men under garanti, att centralen hade tillräcklig läkarpersonal för såväl dag- som nattjänst.

Förbindelselänken mellan de stora sjukhusen och den kurativa funktionen hos konsultations-hälsocentralen har redan påvisats. Den utgöres av sektorn för specialistkonsultation. Denna sektor komme att bestå av en grupp erkända specialister, som vunnit erfarenhet på sjukhusen eller i allmän läkarpraktik och de komme att sinsemellan förfoga över allt som tillhör en fullständig klinisk utrustning för det lokala behovet. De skall finnas till hands vid centralen för konsultation på bestämda tider, men de skall också vara tillgängliga vid de anslutna bassjukhusen och måste nog i allmänhet vara deltidsanställda såsom specialister vid centralsjukhusen för att fullgöra sin verksamhet inom den slutna vården därstädes.

I det föregående har berörts viss hjälppersonal vid hälsocentralerna. I den mån denna innefattar annan än poliklinisk personal är den samtidigt anställd i hälso- och sjukvården liksom läkare och tandläkare. *Detta är särskilt fallet vid profylaktisk tand- och ögonvård, skolhälsovård, kliniker för förebyggande mentalhygien, distriktsvård, socialvård etc.* Det torde vara onödigt att tillägga, att den registrering, som skulle lämnas genom en så ingående hälso- och sjukvårdstjänst, också skulle bli av största betydelse för den medicinska forskningen.

Emellertid skulle man i praktiken ej uppnå en tillfredsställande ordning, om polikliniker upprättades endast med hänsyn till invånarantal och areal, ty varje storstad har sin egen individualitet, som kräver hänsynstagande också till andra faktorer. Det existerar en uttalad eller tyst indelning av varje storstads område i sektioner av olika slag — hamnområdet, fabriksområdet, grosshandelskvarteret, området för affärsmän och yrkesutövare och området för den dagliga kommersen; områden, ägnade åt byggnader för regerings- och administrationsändamål, slumkvarteren (lyckligtvis mycket få) och bostadsområden för mindre inkomsttagare, ofta med många barn, området för hyreskasernerna med deras täta medelklassbefolkning med få barn, förstäder och förortssamhällen för folk i medelklassen med större men fortfarande alltför små familjer, förstäder för högre inkomsttagare eller bostadskvarter för överklassen, o. s. v.

Vid en medicinsk planering och särskilt med hänsyn till den ekonomiska distributionen och effektiviteten av polikliniker måste därför varje storstad behandlas som om den fortfarande vore ett konglomerat av särskilda städer; härvid bör emellertid gränslinjerna dem emellan hellre uppdragas efter framkomna önskemål och sociologiska grunder än efter geografiska, så långt detta praktiskt och utan skada låter sig göra.

Douglas Robb, en av Nya Zeelands pionjärer för anordnande av hälsocentraler, skildrade för några år sedan allmänpraktikerns arbetsförhållanden och de förändringar däri, som syntes behövliga, på följande sätt.[1]

»Först gäller det att göra läkarens och hans hustrus liv drägliga ur allmänmänsklig synpunkt. Nödvändigheten av att stå till förfogande 24 timmar om dygnet 7 dagar i veckan, svårigheten och utgifterna för att få en vikarie för den årliga semestern eller annan ledighet, svårigheten att få tid för periodiska repetitionskurser eller ens att få möjlighet att från dag till dag, från vecka till vecka följa medicinens utveckling, bristen på tid för vanliga hobbies och förströelser utanför yrkesarbetet är välkända av oss alla. Till hur stor del dessa svårigheter uteslutande beror på den konkurrensprincip, som för närvarande behärskar vårt arbete, är omöjligt att säga, men den spelar säkert en väsentlig roll. Resultatet av vår kroniska överansträngning är, att vi bland andra akademiska yrkesmän fått ett rykte för trångsynthet och allmän brist på intellektuella och konstnärliga intressen, vilket illa anstår vårt ansvar inför och vår plats i samhället.»

Doktor Robb fick bl. a. följande entusiastiska instämmande av en läkarfru.

»Jag föreställer mig att inga andra kvinnor lever i så nära kontakt med och får sitt privatliv så infiltrerat med sina mäns arbete som allmänpraktikernas hustrur. Kan inte vi därför tillåtas hjälpa till med att planera för framtiden? Som hustru till en läkare med en omfattande industripraktik har jag i många år levat bland min mans patienter långt borta från mina vänner i en trakt där det är omöjligt att skicka barnen i någon skola. Jag är lycklig nog att ha ett modernt hus, fastän vi bara har en helt liten träd-

[1] »Medical Practice in Clinic Form» av Douglas Robb, N. Z. Medical Journal. Okt. 1941.

gård, men många läkare är tvungna att bo i stora och obekväma hus, svåra och dyrbara att sköta, för att endast sådana byggnader har tillräckligt med plats för mottagningen. Om våra makar hade sitt arbete i hälsocentraler, skulle det bli möjligt för dem liksom för andra yrkesidkare och deras familjer att bo i en angenäm omgivning, där ett normalt socialt liv är möjligt. Är det inte på tiden, att vi läkarhustrur kräver att få slippa att under återstoden av våra liv bo 'ihop med butiken'.»

Så långt må saken ses ur läkarens synpunkt. Och nu kommer turen till patienten: Om fullständiga konsultations-hälsocentraler eller, alternativt, polikliniker accepteras och inrättas som en fundamental del av den öppna läkarvården, är det av vikt att två allvarliga fel undvikes. På inga villkor får resultatet bli en »institutionaliserad» brist på den privata förtroligheten eller förlust av det fria läkarvalet. Bådadera är väsentliga för relationen patient—läkare. *Det kan inte nog framhållas, att konsultations-hälsocentralen är en samling av privata konsultationsrum,* dit patienterna kommer för att konsultera den av dem valde läkaren och där i realiteten denna valfrihet utsträckes att omfatta varje allmänpraktiker och specialist, som är ansluten till centralen — en långt större valfrihet än den, som för närvarande existerar.

Fritt läkarval.

Det har i vårt land som i andra länder av patienterna ansetts som en stor förmån att kunna vända sig till den läkare, som har deras förtroende. I praktiken har denna rättighet ofta inskränkts genom långa avstånd, få läkare eller kännbara kostnader, särskilt för patienter på landsbygden och för de fattiga. Även sedan resemöjligheterna blivit avsevärt större har möjligheten att fritt välja specialläkare ofta varit liten, då antalet sådana läkare inom räckhåll för patienten varit lågt.

En patient söker i allmänhet en läkare med ett vänligt och humant uppträdande, en yrkesskicklighet, som tillåter honom att förstå sjukdomstillståndet och föreskriva den bästa behandlingen, och med fordringar på ekonomisk ersättning, som icke är större än att patienten finner sig kunna komma ut med den. Även om många patienter bättre förstår att bedöma en läkares sätt än hans skicklighet, är det även i fråga om skickligheten i många fall möjligt för allmänheten att skaffa sig en någorlunda riktig uppfattning. Ofta kommer det rykte, en läkare förvärvat, att ligga till grund för allmänhetens större eller mindre förtroende.

En läkare måste ofta fråga patienten om förhållanden av sådan art, att denne endast vill yppa dem för en person, som har hans fulla förtroende. Läkaren måste ej sällan ge föreskrifter, som patienten icke skulle efterfölja, om han inte trodde på läkarens skicklighet och omdöme. Allmänheten är därför angelägen om att få fritt välja läkare, så långt detta låter sig göra. Denna önskan är desto mera berättigad, ju mera personligt en patients ärende är, och är därför också allmänt erkänd framför allt i fråga om allmänpraktikerna.

Att rådfråga en egen familjeläkare, för vilken patienten har förtroende, kan numera sägas ingå bland de förmåner, som samhället vill tillhandahålla

alla sina medborgare. I *allmänläkarens* uppgifter ingår bl. a., att han skall deltaga i spridandet av sunda levnadsregler och här med sin auktoritet och sin kunskap stödja den verksamhet, som utövas av lärare och andra. Men vidare bör han ägna sig åt den enskilda människan för att konstatera, när hälsan hotas av börjande sjukdom, och denna verksamhet är svårare än att konstatera tydliga sjukdomstecken och lika individuell som sjukvård. Denna förebyggande hälsokontroll är den viktigaste punkten på programmet för framtidens läkarvård. Den har sina speciella krav och sina speciella metoder för olika åldrar. Delvis söker den ännu sina former.

Föregående generations familjedoktor, vännen i familjen som hade tid att stanna på supé och uppliva tristessen med sina intressanta utblickar över de mänskliga svagheterna, har våra danska vänner ansett sig konservera med sitt system av privatpraktiker, som arbetar efter maximerad taxa eller mot en årsersättning per capita, »det bästa systemet i världen». Man har i detta land för avsikt att öka effektiviteten hos privatpraktikerna genom att bereda möjlighet till specialistkonsultation även på landsbygden. Men danska besökare säger oss, att det opersonliga jäktet hos den överansträngde allmänpraktikern ger honom föga tid att tränga in i patientens bekymmer. Det blir även där stundom mer av schablon och recept, mindre av djuplodande klarläggande av patientens underliggande och egentliga konflikter. Det »personliga» löper risk att bli liktydigt med det ineffektiva. Den idealiska lösningen på den nya tidens problem i fråga om allmänpraktikerns roll och uppgifter återstår nog att finna i Danmark liksom i andra länder. Det danska systemet synes just nu vara inne i en livlig utvecklingsperiod, där man prövar sig fram under täta förändringar. Vi har all anledning att nära följa detta försök.

En förutsättning för att familjeläkaren skall kunna ge patienten bästa möjliga hjälp är att läkaren följer honom länge och förvärvat en personlig kännedom om honom. Det är därför önskvärt att icke i onödan byta familjeläkare. Såsom giltig anledning måste anses, att förtroendet är rubbat. I det fria läkarvalets princip ingår därför rätt för patient liksom för läkare att avbryta förhållandet, där så blivit fallet. Däremot är en tät växling av familjeläkare utan djupare anledning, som ofta ses hos neurotiker, icke önskvärd. I ett land med läkarbrist är den särskilt ofördelaktig, då därigenom läkarkåren tvingas göra dubbelarbete, med påföljd att många patienter blir ohulpna. För att förekomma detta är det berättigat och t. o. m. nödvändigt att ha vissa bestämmelser om valet av familjeläkare. Införandet av ett hälsokort för var och en är ägnat att inbespara onödigt dubbelarbete.

När en allmänläkare åtagit sig att svara för så många patienter han kan hinna med, måste han ha möjlighet att begränsa sitt klientel. I synnerhet om det är fråga om någon särskilt duktig läkare, som kommit »i ropet», väcker en vägran av honom att mottaga fler patienter, hur berättigad den med hänsyn till hans arbetsbörda än kan vara, lätt irritation. Lämpligheten

av att, på sätt som skett i det danska sjukförsäkringssystemet, understryka önskvärdheten av en övre gräns för varje läkare genom vissa restriktioner i det allmännas ersättning, då patientantalet överskrider en viss siffra, är omtvistad.

För närvarande finns viss möjlighet för tillämpning av det fria läkarvalets princip i våra städer men däremot i ringa utsträckning för landsbygdens befolkning. I samma mån som läkarantalet ökar, blir problemen, som följer med växling av familjeläkare, aktuella även där.

Även frågan om i vilken utsträckning *specialläkaren* skall motta patienter, som söker honom direkt, måhända utan att vara i verkligt behov av hans expertis, har mycket diskuterats. För allmänhetens rätt att utan allmänpraktikerns anvisning söka specialläkare kunde möjligen anses tala den allmänna principen om fritt läkarval. Detta fria läkarval hör dock i första hand till allmänläkarens område. I t. ex. England och Danmark föreslår eller tillämpar man det endast för allmän läkarvård och ej för av samhället helt eller delvis bekostade besök hos specialläkarna. Av allmänheten, i våra enkäter representerad bl. a. av sjukkasse- och landstingsrepresentanter, har bestämts hävdats, att man, så länge arvoden skall erläggas i den öppna vården, motsätter sig en bestämmelse, att endast remissfall finge mottas av specialisterna vid sjukhusen, då detta skulle innebära en dubbel utgift för de patienter, som är i behov av specialläkare. Det kunde också tänkas, att en allmänpraktiker vägrade skriva ut remiss till specialläkare, ehuru patientens önskan om specialistvård vore fullt berättigad. Nyssnämnda möjlighet är ett starkt skäl för att snarast söka ordna betalningsförhållandena inom den öppna sjukvården så att denna olägenhet undvikes. Mot friheten att direkt söka specialistvård utan förmedling av allmänpraktiker talar eljest — utöver vad tidigare sagts — det förhållandet, att specialläkarnas antal i Sverige är så ringa jämfört med behovet, att en avlastning av deras arbete och en koncentration på de fall, som bäst behöver dem, är väl försvarlig för att inte säga nödvändig, åtminstone tills tillgången på specialläkare blivit rikligare. I detta läge har man på flera håll vid sjukhusläkarnas mottagning på anstalterna sökt en kompromisslösning, ibland kallad »örebrosystemet», som går ut på en förutbeställning av tid till den öppna mottagningen med företräde för remissfall, en lösning som i nuvarande läge i allmänhet torde kunna rekommenderas. Att finna den metod för patienternas fördelning på olika läkare inom den av det allmänna bekostade hälso- och sjukvården, vilken så långt som möjligt tillgodoser det fria läkarvalet i anslutning till de på orten rådande förhållandena och fallens art, är en angelägen uppgift, som man får söka lösa så långt det är möjligt.

Något om neuroser.

De psykiska rubbningar av enklare eller svårare art, som ej räknas till sinnessjukdomarnas eller de grava psykosernas område, har först på senare år blivit föremål för direkt på dem inriktade sjukvårdsorganisatoriska åtgärder från det allmännas sida (se sid. 62 ff.).

Att detta skett först nu och icke tidigare har bl. a. berott på att omhändertagandet av sådana psykiska störningar — i fortsättningen för korthetens skull kallat neurosvården — som särskild medicinsk specialitet är så ny. Skiftande behandlingsmetoder har under lång tid lancerats och praktiserats av olika psykologiska skolor med växlande framgång. Först under det senaste decenniet har vissa riktlinjer för vården mera allmänt accepterats. I många avseenden befinner sig denna verksamhet dock ännu på experimentstadiet.

Samtidigt med att insikterna på området vuxit har man mer och mer blivit på det klara med vilken omfattande utbredning de psykiska rubbningarna har; så uppges 30—50 % — siffran växlar hos olika författare — av alla sjuka, som söker allmänläkare eller invärtesmedicinsk specialläkare, i övervägande grad vara neurosfall. Erfarenheten har också visat, att lindrigare fall, som blivit försummade, lätt övergår i gravare former, som kan innebära allvarliga lidanden. En tidigare ej så ovanlig uppfattning var, att åtskilliga neurotiker i onödan upptog läkarnas tid med sina klagomål och att i deras eget intresse dessa »inbillningssjukas» symtom så mycket som möjligt borde nonchaleras. (Jämför uttrycket »svb-käring» = sveda, värk, bränna.) Denna inställning har numera övergivits; i praktiken är det dock ännu endast ett fåtal av dessa sjuka, som har tillgång till adekvat vård. I regel underkastas numera den nervöst sjuke i första hand en allmän undersökning på allmänläkarens mottagning och får sedan ett recept på nervlugnande medel, oftast också råd, uppmuntran och allmän personlig vänlighet. På detta sätt kan patienten ej sällan hållas gående. Härvid spelar förtroendet till läkaren en huvudroll.

I detta sammanhang må erinras om att endast för ett eller annat årtionde sedan betraktades som neuroser en rad tillstånd, vilka nu hänföres till kroppssjukdomarnas område, sedan man förvärvat kunskap om deras materiella mekanism. Olika rubbningar under övergångsåldern är numera tillgängliga för behandling med endokrina preparat. En rad nervösa symtom har visat sig ingå bland tidiga tecken till en del bristsjukdomar och fördelaktigt påverkas av tillförsel av exempelvis vissa vitaminer. Den goda effekten har t. o. m. lett till ett omdömeslöst insprutande av hormoner och vitaminer, sådant det praktiseras av s. k. »sprutdoktorer». Avlupna eller pågående hjärninflammationer (encefaliter) har visat sig vara rätt vanliga och ge vissa djupgående rubbningar, som förut räknades som funktionellt nervösa. Hjärnskakning efter olycksfall kan ge liknande symtom liksom vissa förgiftningar, exempelvis gengas. Ju mer man lärt, dess mera har om-

rådet för de genuina neuroserna inskränkts. Allt talar för att denna process ännu icke är avslutad och att från neuroserna med stigande kunskap tid efter annan vissa ytterligare sjukdomsgrupper kommer att avskiljas. Med hänsyn till vad här anförts, måste vid fall, som vid första påseende ter sig som neurosfall, en intensiv analys göras med olika tekniska hjälpmedel för att man skall kunna upptäcka eventuellt underliggande orsaker till symtomen och få en riktig diagnos. Det kan också vara så, att en neurotiker sjuknar i ovidkommande kroppslig sjukdom, vilken då lätt misskännes.

Å andra sidan har en utveckling i motsatt riktning ägt rum, i det man funnit psykiska rubbningar ligga till grund för eller förvärra tillståndet vid sjukdomar, som förut ansetts rent organiskt betingade.

Båda de stora världskrigen har givit erfarenheter om neurosernas uppträdande, som fördjupat vår kunskap. Det har blivit tydligt, att vissa människor reagerar med allvarliga nervösa symtom på yttre förhållanden, som orsakar uttalad misstrivsel, fruktan eller grämelse. Är dessa yttre förhållanden mycket starka, kan neuroser framkallas även hos eljest psykiskt normala människor. Så såg man ske under krigen. Ofta är neurotiserade patienter människor, som redan tidigare visat vissa svagheter i sin psykiska konstitution. Man har givit dem olika namn. En svensk forskare talar om *subkapabla* personligheter, vilkas förståndsgåvor är svaga (debila eller imbecilla), *subvalida,* psykasteniska, vilkas brist på energi för särskilda påfrestningar är speciellt framträdande, *substabila,* vilkas känsloläge är underkastat allt för uttalade periodiska växlingar, och *subsolida,* vilkas beteendeschema ansluter sig till vad hittills brukat kallas hysteriskt. Dessa olika rubbningar, som för övrigt ej sällan uppträder tillsammans, kan i enlighet med vad nyss antytts, i vissa fall vara en följd av hjärnskada, såsom en hjärninflammation, en hjärnskakning, en förgiftning, en förlossningsskada eller någon påverkan redan i moderlivet. De kan också vara i egentlig mening ärftliga.

Den nyare terapin på området, som i vårt land än så länge är mycket fåtaligt företrädd, är ofta mera psykologiskt och socialt än direkt medicinskt inriktad. Det kan gälla att skaffa patienten ökade kontakter, en verksamhet, där han trivs och känner att han gör nytta. Livsåskådningsfrågor kommer också in. Frågan om modern psykisk vård är komplicerad och förtjänade sitt eget kapitel men skall ej här närmare upptagas. Läkarens roll i förhållande till fackpsykologen börjar teckna sig.

Detta är i korthet motiveringen för en bättre undervisning i psykologi för läkare, uppfostrare och sköterskor, för utbildning av ett stort antal psykiatriker och för tillskapande av en ny kår av medhjälpare, psykologer, vilka behövs i den slutna och den öppna sjuk- och hälsovården lika väl som på barnhem och i skolor.

Den moderna psykologin befinner sig i ett begynnelsestadium och dess resultat låter sig ännu knappast kodifieras. Som alltid i en nydaningstid är

det svårt att skilja agnarna från vetet. Akademikerna är ej alltid i främsta ledet; lekmän kan ha väsentliga ting att lära ut. Men här är också fältet öppet för kvacksalveriet. Försiktighet parad med djärvhet bör därför på detta område vara regeln för vårt handlande, när det gäller att planlägga utbildningen och arbetsförhållandena för dessa behövliga medhjälpare i den öppna såväl som i den slutna sjukvården. Specialläkaren, psykiatrikern, bör här som inom andra specialgrenar av medicinen vara den, som ansvarar för behandlingen, och den, kring vilken de olika medhjälparna (psykologer, socialarbetare m. fl.) grupperar sig.

Läkarens ställning under samhällelig huvudman.

Läkaryrkets karaktär av fri näring har åberopats gentemot en utvidgad samhällelig reglering av läkarverksamheten. En sådan reglering genom det allmänna har befarats leda till en byråkratisering av yrket. I första hand har man fruktat ett ingripande i läkarens medicinska handlande genom olämpliga föreskrifter av administrativa myndigheter. Alldeles kan icke denna farhåga visas bort. Märkligt är dock, att från den läkargrupp, som under längre tid än någon annan haft samhället till huvudman, nämligen provinsialläkarkåren, klagomål på olämpliga administrativa ingrepp sällan höres. Förekommer sådana, synes åtminstone i vårt land möjlighet ha förefunnits att snabbt få rättelse. Anledning att för framtiden befara en förändring härutinnan synes icke föreligga.

Ej ens under den mycket hårda byråkratiska reglering, som under krigstiden med hänsyn till läkemedel och annan sjukvårdsmateriel måst äga rum, synes på något håll klagomål i större utsträckning ha förekommit. Visserligen har bl. a. i England framförts kritik mot krigsbestämmelser, som varit mindre väl avvägda med hänsyn till läkarnas privata praxis. Det kan dock knappast förvåna, om i då rådande situation enstaka misstag, som för övrigt snart blev rättade, förekom. De torde knappast böra åberopas i detta sammanhang.

Mera berättigad synes då farhågan för ett vidsträckt rapportskriveri. Särskilt i vårt land måste myndigheterna sägas ej alltid betänka, att det stundom är viktigare, att deras frågeformulär blir enkla och lättförståeliga än att de är fullständiga. På denna punkt är en vaken kritik av nöden. Ej heller medicinalstyrelsen vill frita sig från synder i här berörda hänseende. En viss garanti mot missbruk borde dock kunna vinnas genom ett stadgande, att formulär alltid borde utarbetas i samråd med av läkarorganisation utsedda representanter — något som för övrigt i viss utsträckning redan tillämpats med gott resultat. En fortlöpande kontroll för avskaffande av alla ej längre nödvändiga formulär och en stor försiktighet vid infordrande av uppgifter är nödvändig.

Vad beträffar arbetsförhållandena i övrigt, exempelvis arbetstid, lokaler,

trafikmedel, saknas ej exempel på brister inom den av det allmänna bedrivna verksamheten. Vad som vinnes i trygghet får ej sällan betalas genom viss stelhet och omständlighet i formerna och ibland med torftighet i resurserna. Den samhälleliga företagsamheten i Sverige torde dock i stort sett väl tåla en jämförelse med den privata. Av vikt är, att man icke centraliserar hårdare än som är nödvändigt utan tvärtom förlägger den direkta ledningen av verksamheten så perifert som det är möjligt av praktiska skäl. Läkarnas frihet bör därvid garanteras genom att tillräckligt inflytande tillförsäkras den medicinska sakkunskapen vid handläggningen av organisatoriska frågor samt genom att större möjlighet beredes till överklagande i olika instanser vid olämpliga administrativa åtgärder. Läkarnas vakthållning omkring sin verksamhet måste i framtiden liksom hittills vara vaken, men får icke resultera i att önskvärda reformer i hälso- och sjukvård hindras eller förryckes genom mer eller mindre obestämda och omotiverade farhågor.

Läkarkåren i de flesta länder torde de senaste decennierna ha hört till de kårer, som haft de största inkomsterna, och ser nu, med de tendenser till ekonomisk nivellering, som råder, mot framtiden med oro. Det gemensamma synes i olika länder vara en uttalad misstro mot samhällets avsikter, sådana de kan komma att överföras i handling av beslutande församlingar. Ser man närmare efter, varpå farhågorna är inriktade, går meningarna isär.

Så t. ex. protesterade läkarkåren i England vid införandet av den frivilliga sjukförsäkringen år 1911 mycket häftigt, särskilt mot systemet med en viss summa per år till läkaren såsom ersättning för varje av honom vårdad försäkringstagare (capitation fee). Läkarna insamlade en fond för att kämpa mot sjukförsäkringen. Denna fond kom dock aldrig till användning. År 1946 har man diskuterat att använda denna fond till försvarande av det system, för vars bekämpande den en gång insamlades, för det fall att regeringen kommer att kräva införandet av ett annat system med s. k. baslön. Detta system är detsamma som sedan länge med stor fördel för läkarna tillämpats ifråga om provinsialläkarkåren i Sverige. De svenska läkarna synes å sin sida alls icke vilja höra talas om det system, som de engelska läkarna föredrar, utan kräver prestationsersättning, en betalningsform för allmänpraktiker, vilken ansvariga kårrepresentanter i England underkänt.

Ett annat exempel är, att läkarna i England befarar de olyckligaste följder av samhällets beslutade övertagande av de enskilda sjukhusen. I Sverige torde ingen ha en tanke på att frångå det system med i huvudsak av det allmänna drivna sjukhus, som vi med goda resultat praktiserat i så många årtionden.

En sådan misstro mot samhälleligt ingripande även där avsevärda sociala vinster kan förväntas, innebär en uppenbar våda både för hälsovården och läkarkåren. Alla krafter bör inriktas på att så utforma de behövliga reformerna, att samhällets och sakkunskapens intressen kommer att löpa jämsides.

Behovet av medicinsk sakkunskap vid bedömandet av en läkares gärning torde komma att göra sig ännu starkare gällande, då allmänheten i anslut-

ning till beslutade reformer kan förväntas allt mer komma att understryka sin rätt till läkarens uppmärksamhet.

Med rätta har det sagts, att ingen god läkarvård är möjlig, om icke läkarna som kår är nöjda med sin ställning. Härav följer dock icke, att läkarna inom den allmänna hälso- och sjukvårdsorganisationen måste tillfredsställas just på det sätt de för tillfället helst önskar, om detta ur patienternas eller det allmännas synpunkt icke är förmånligt. Läkarna skall åtnjuta en ersättning, som de i gemen finner skälig, och beredas sådan ställning och sådana arbetsförhållanden, som hänsynen till hälso- och sjukvården kräver. Häri inneslutes skälig hänsyn både till patienter och läkare.

Förhållandet läkare—patient under samhällets huvudmannaskap.

Det må framhållas, att här som alltid, när ej annat sägs, endast är tal om den vård, som samhället enligt angivna principer förbinder sig att ställa till den enskildes förfogande. Om patienterna ej önskar begagna sig av denna förmån, står det dem fritt att avstå. Inga hinder är avsedda att läggas för en läkare, som icke önskar ansluta sig till samhällets sjukvårdsorganisation, att utöva praktik i de former han själv bestämmer och mot ersättning av patienterna efter hans fria skön.

För att man enligt de skisserade principerna skall till allmänhetens förfogande kunna ställa en fullständig och fullvärdig hälso- och sjukvård kräves, som förut framhållits, ett tillräckligt antal välutbildade allmänläkare och specialläkare av olika slag, vidare olika kategorier av hjälppersonal till läkarnas assistans och i viss utsträckning även för självständig verksamhet, goda lokaler samt slutligen en teknisk utrustning i nivå med modern vetenskaplig standard. Det synes uppenbart, att det uppställda syftet lättast kan förverkligas inom rimlig tid genom att samhället självt påtar sig uppgiften att organisera den öppna hälso- och sjukvården även i de delar så icke redan skett. Detta innebär bl. a. en ny ordning för allmänpraktiker i städer och stadsliknande samhällen samt en vidare utveckling av tjänsteläkarorganisationen på landsbygden. Vad i detta sammanhang sägs, gäller samtliga läkare, som medverkar i den samhälleliga vården, vare sig de tjänstgör inom sjukhus eller utom, i stad eller på landsbygd.

Den medicinska vetenskapens utveckling har möjliggjort en preventiv medicin, som fordrar allmänhetens medverkan på ett helt annat sätt än förut. Direktören för Rockefellerstiftelsen, doktor Allan Gregg, pekar på, huru kännedomen om sjukdomarnas orsaker kräver, att allmänheten erhåller sådan upplysning, att den blir villig att ersätta hälsoarbetare i tillräckligt antal, samt att läkarna frigör sig från den individualismens och kårmedvetandets inställning gent emot samhället och allmänheten som ovidkommande parter, som ännu mångenstädes lever kvar.

Vid en helhjärtad samverkan mellan läkare, myndigheter och allmänhet skulle våra nuvarande kunskaper om sjukdomsorsakerna göra mycket stora, måhända revolutionerande framsteg möjliga.

Gentemot en mera reglerad samverkan har åtskilligt anförts om »det irrationella momentet i läkarkonsten», om den »nimbus», som omger denna konst och »i ej ringa grad bidragit till yrkets ökade anseende» samt om »de fina och spröda förgreningarna på läkekonstens träd», som »snabbt förstöras, om de ej få spira fritt» (L. Brahme: Samhället och läkaren. Svenska läkartidningen nr 45 år 1942).

Berörda problem har sin motsvarighet på de flesta områden av samhällslivet, där den tekniska revolutionen gjort sig gällande. Så har ju människan i våra dagar ställts inför frågan: hur bevara känslan för torvan i det industrialiserade jordbruket, den individuella skaparglädjen i den fabriksmässiga massproduktionen? En och annan romantiker vill lösa problemet genom ett frivilligt avstående från den moderna tekniken. Andra nöjer sig med att söka bromsa en utveckling, vars konsekvenser synes riskabla och svåra att överblicka. Åter andra söker rädda sig ur dilemmat genom att dra en bestämd gräns mellan teknikens och den individuella konstskicklighetens områden. Så har bl. a. skett, då man i fråga om läkarvård velat betrakta storstadspoliklinikerna som anstalter för uteslutande teknisk undersökning och behandling av »sjukdomar», medan på de enskilda läkarmottagningarna exklusivt skulle utövas »läkarkonst», vars objekt vore »den sjuka människan» (Ljungdahl; jämför citat sid. 43).

I gamla tider var läkarens verksamhet mindre tekniskt betonad, men nu som då är den sjuke en individ med sina särdrag, som kräver läkarens uppmärksamhet för sina sjukliga symtom. Någon ändring häri har ej föranletts av att nutidens läkare dessutom är en medarbetare i försäkringsverksamheten och på sistone också i hälsovårdsarbetet.

När de första barnavårdscentralerna startade i Solna i början av 1920-talet infördes under intrycket av den då synnerligen ivriga propagandan mot kostnadsfria förmåner, som fördes under mottot »kamp mot understödstagarandan», en avgift av 5 kronor i kvartalet. Det visade sig, att även fattiga människor gärna erlade denna avgift och verksamheten växte. Liknande erfarenheter har man under längre tid haft i Göteborg, som införde samma system och länge höll fast vid det. Då i senare hälften av 1930-talet statsbidrag infördes för den förebyggande barnavården, bestämde riksdagen såsom villkor för statsbidraget, att vården skulle lämnas kostnadsfritt. Framgången har med denna anordning varit minst lika god. Några ogynnsamma följder av densamma har icke kunnat konstateras. Numera överlämnar det allmänna dessutom vid ett barns födelse ett väsentligt större kontantbelopp i stället för att utkräva avgift.

Exemplet visar, hur en god idé kan slå igenom vare sig betalningsformen är den ena eller den andra. Ej heller för förtroendet till läkaren i hans allmänna verksamhet torde det förhållandet, att patienten avkräves honorar, spela någon nämnvärd roll. Även i Sverige synes den läkare inta den friaste och värdigaste ställningen, som utan ekonomiska bihänsyn kan bestämma,

åt vilka patienter han främst bör ägna sin tid. Så är redan fallet med våra provinsialläkare.

I allmänhet söker läkarna att efter bästa förmåga vinna allmänhetens förtroende genom att upplysa den. I varje fall synes arvodes- och uppbördsfrågan icke numera behöva sammanblandas med frågan om läkarnas auktoritet på sätt som skett.

Alla är överens om huvudsaken. Det gäller att behålla det personliga förhållandet mellan läkare och patient och att samtidigt låta patienten komma i åtnjutande av den moderna teknikens framsteg. Denna slutsats gäller patienter av olika slag, icke minst dem, som lider av neuroser.

Ett stort antal administratörer och läkare i andra länder har kommit till den slutsatsen, att avlägsnandet av ekonomiska transaktioner mellan läkare och patient icke kommer att skada utan tvärtom att förbättra det personliga förhållandet mellan dem. Om incitamentet till arbetet säger doktor Richard A. Manclark (British Medical Journal Supplement 10 juni 1943): »De läkare, som i sitt arbete drivas av entusiasmen för sitt yrke, komma inte att arbeta med mindre entusiasm, därför att de på hälsocentralen förses med den bästa och mest moderna utrustning, med lämplig och effektiv assistans, samt slippa överansträngning och frestelsen att ödsla tiden på välställda inbillningssjuka på bekostnad av väntande mindre bemedlade. De få, för vilka drivkraften är det ekonomiska vinstbegäret, komma att finna sin väg till annan verksamhet.»

Formerna för läkarnas ersättning i den öppna vården.

Frågan om läkarnas ersättning har sedan gammalt varit ett delikat problem. Enligt den grekiske historieskrivaren Diodoros fick läkarna i Egypten i århundradet före vår tideräknings början sin betalning av staten. Enligt Platon (i »Staten») blev Asklepios dödad av blixten, då han av penningbegär låtit förmå sig att bryta sina principer och förlänga livet på en rik åldring, vars tid mänskligt sett var ute. Enligt Talmud däremot, den judiska urkunden från århundradena närmast efter Kristi födelse, söker den läkare förgäves att bota, som icke får något betalt för sitt arbete. Som synes är de argument, som framföres i dagens debatt, mycket gamla. Det ligger också fortfarande allvar under det gamla tyska ordspråket, även om det kan vara lika tillämpligt i fråga om andra yrken: »Den unge läkaren rodnar, när han tar emot sitt honorar, den gamle läkaren, när han inte får något».

Genom att samhälleliga organ handhar huvudmannaskapet, skulle den ekonomiska relationen mellan läkaren och patienten lättare kunna upphävas. Från läkarhåll har sagts, att detta kunde innebära en allvarlig fara för det förtroende, som måste råda från patientens sida, om läkarens åtgärder skall kunna få den bästa effekten.

Vi ser oss här föranlåtna att något närmare ingå på hithörande problem, icke för deras vikt i och för sig men på grund av den framträdande plats

de intar i argumenteringen från vissa läkares organisationer. Det är också just nu ett över hela världen diskuterat problem.

Ersättningen i öppen samhällelig läkarvård kan utgå enligt något av följande fyra betalningssystem:

1) ersättning per år och person,
2) prestationsersättning efter maximitaxa,
3) lön med tillägg och pension och
4) baslön jämte ersättning enligt 1) och/eller 2).

System 1 (ersättning per år och person) är i utlandet det vanliga i sjukkassepraxis, såsom i Danmark och i England. Det har starkt kritiserats av läkare i olika länder. »Enda möjligheten för en läkare, som åtnjuter hela sin inkomst enligt detta system, att höja denna, är att öka antalet patienter på sin lista på sina kollegers bekostnad och till skada för sin egen effektivitet. Hastig diagnos och forcerad behandling följer med systemet. Ju mer tid läkaren ger varje patient, dess lägre blir hans totala inkomst. Detta skulle icke tolereras i någon annan form av verksamhet eller av någon annan kår» (Federal British Medical Ass. Australia 1941).

Man kan också citera den engelska organisationen P. E. P.[1]: »Ett för stort antal sjukkassepatienter och för stor efterfrågan på intyg och kvitton av alla möjliga slag reducerar snabbt allmänpraktikern till en agent för utskrivning av smärtstillande medel och till en medarbetare i ett system av registrering och betalning av sjukersättningar i stället för en hälsoarbetare.»

En läkare, doktor J. A. Scott, anlägger i British Medical Journal 1943 psykologiska synpunkter. »Det är ett verkligt beklagligt system, som tvingar en läkare att för sitt uppehälle ta emot så många patienter, att han icke kan ägna skälig tid åt den psykologiska aspekten av sjukdomen. Resultatet är, att många fall av uttröttbarhet eller uttröttning i industriarbete, psykoneuroser, dålig anpassning få gå under rubriken anemi, gastrit, nervklenhet och liknande. De få sedan någon oskadlig medicin, som bidrager att befästa en falsk föreställning om en fysisk sjukdom, och bli snart kroniska invalider.»

System 2 (fixerad prestationsersättning).

Vad ovan sagts om en sjukförsäkring, som ordnats enligt systemet årsbetalning per patient, är i stort sett tillämpligt även på systemet med fixerade prestationsersättningar, sådant det tillämpats i Tyskland m. fl. länder. Enligt detta system har dock läkaren möjlighet att öka sin förtjänst genom att ställa tillbaka patienten ett större antal gånger än nödvändigt eller att vidta mindre nödvändiga åtgärder, vilka ofta begäres av patienterna.

Vid båda dessa ersättningssystem (1 och 2) får man räkna med viss konkurrens mellan läkarna. Särskilt är den fria konkurrensen mellan praktikerna ett viktigt drag i systemet med prestationsersättning. Allvarliga gen-

[1] Political and Economic Planning, jämför sid. 184.

sagor har riktats mot detsamma just ur denna synpunkt. Vi återger här några.

Doktor Arthur Brown, en australiensisk privatpraktiker, skriver 1944 (Medical Journal of Australia): »Ett kort studium gör det tydligt, att konkurrensen, kampen för att uppehålla en viss levnadsstandard, vilken är beroende av ersättningsprinciperna för läkarverksamheten, är det viktigaste hindret för närvarande för den medicinska organisationens vidare utveckling. Den är fientlig mot medicinens främsta intressen och därmed mot allmänheten åtminstone i följande avseenden:

1) Den har en tendens att hos somliga läkare utveckla en affärsmässig inställning i stället för en rent yrkesmässig.

2) Den kommer kårens medlemmar att bli otillbörligt känsliga för varje utvidgning av den allmänna hälsotjänsten med vad därtill hör och ofördelaktigt påverka deras uppfattning om denna.

3) Den förhindrar en ändamålsenlig distribution av medicinska vårdmöjligheter och av läkare.

4) Patienternas egenskap av inkomstkälla försvårar en förbehållslös samverkan mellan läkarna.

5) Den motverkar en kontroll över de yngre läkarna, utövad av de äldre, vilken är en väsentlig faktor för höjandet av den allmänna medicinska standarden.

6) Den skapar en skillnad mellan prestationsersatt privat praktik och lönebetald samhällelig hälso- och sjukvård till nackdel för den senare.»

»Hur skall en samverkan mellan medicinens olika grenar kunna vara möjlig, när den fria konkurrensen är praktikens grund?» frågar Brown och påvisar att de läkare, som för sin inkomst är beroende av klientelets storlek, måste uppfatta utvidgandet av samhällets förebyggande vård, tuberkulosdispensärer, barnavårds- och mödravårdscentraler o. s. v., som ett hot, potentiellt eller aktuellt, mot sin trygghet. »Få av oss kan vara så immuna mot ekonomiska synpunkter, att vi inte reagera på detta sätt.» Som ett exempel härpå nämner han, att i Melbourne år 1944 förelåg förslag om en centralisation av cancerbehandlingen till ett »radiumhem», som säkert skulle betytt mycket för patienterna. Det avvisades med motivering, att det skulle träda privatläkarnas rätt att (mer eller mindre sakkunnigt!) behandla cancerpatienterna för nära.

Konkurrenssystemet föranleder ibland praktiserande läkare att sända sina patienter till ett sjukhus, som är beläget längre bort, trots att distriktssjukhuset, som skulle kunna bispringa dem, ligger mycket nära.

Fördelarna av en samverkan med inbördes kritik är mycket stora. Intet betalningssystem grundat på fri konkurrens medger den förmån i detta hänseende, som lätt vinnes på sjukhus och hälsocentraler med avlönade läkare. Hur skall man eljest få en slö praktiker — och sådana finns — att hålla sin

yrkesutövning på en god standard? Utförandet av det dagliga arbetet under ögonen på kolleger är en starkare sporre till yrkesmässig förkovran än det incitament, som ligger i att kunna förvärva högre inkomst. Så långt Brown.

Till detta system ansluter sig ordningen med en taxa, som reglerar återbäringen från kassan till patienten men icke fixerar det belopp, läkaren har att begära av patienten. Systemet har använts i Nya Zeeland och i Sverige. I Nya Zeeland har man sett exempel på, att samhällets bidrag tagits som utgångspunkt, när läkaren beräknat sitt honorar av patienten. Samhällshjälpen har sålunda tillfallit läkaren i stället för patienten.

Systemet med prestationsersättning ger patienten större utgifter för läkarvård ju svårare och mera långvarig sjukdomen är och ju mindre till följd härav hans betalningsförmåga. Bördan faller alltså tyngst på den som minst kan bära den.

Den skarpa kritik mot systemet med prestationsersättning, som framförts i olika länder och som bottnar i att det på ett ofördelaktigt sätt skärper konkurrensen mellan läkarna, gör sig tydligen mera gällande vid ett jämförelsevis stort antal privatpraktiserande läkare i ett land. Det är därför naturligt att de klagomål, som i Sverige då och då når fram till medicinalstyrelsen, framför allt kommer från de största städerna. Då vi av olika skäl måste öka vår läkartäthet både i stad och på land, har vi anledning att i tid beakta de följder, som prestationsersättningssystemet fört med sig i andra länder. För ett land, som vill skapa en hälso- och sjukvårdsorganisation, som överensstämmer med de i kap. 9 angivna principerna, talar ovan antydda olägenheter starkt emot användandet av här behandlade system.

System 3. Lön med tillägg och pension.

Detta system har hittills tillämpats i mycket ringa skala för praktiker, medan det däremot kommit till användning för administratörer, vetenskapsmän, lärare i teoretiska discipliner samt läkare i allmän hälsovård och militärtjänst, även om dessa ofta uppträder som praktiker vid sidan av sin egentliga verksamhet. I vissa tekniskt betonade discipliner såsom röntgen, laborationsarbete och anestesi samt i patologi, radiologi, dietetik och även psykiatri har det på sina håll utomlands börjat tränga igenom eller föreslås såsom särskilt lämpligt.

Den ovan återgivna kritiken av systemen med betalning per patient eller per prestation ger ett direkt stöd åt ett system med fast avlöning.

System 4, som utgör en kombination av de olika avlöningsformer, vilka berörts i det föregående, behandlas i den följande diskussionen.

Vi har funnit det riktigast att huvudsakligen anknyta till utländska erfarenheter av olika betalningssystem. Var och en kan dra svenska paralleller. Framställningen skall här blott kompletteras med några allmänna övervä-

ganden rörande ekonomin. Vi tar upp denna ur allmänhetens, ur läkarnas och ur samhällets synpunkt.

Allmänheten skall enligt den beslutade lagen om allmän sjukförsäkring täcka kostnaderna för sin läkarvård — vi bortser här från kostnader för läkemedel, sjukhusvård och resor — i fyra olika former, nämligen genom erläggande av

a) skatt till staten,
b) landstingsskatt eller skatt till vederbörande storstad,
c) sjukförsäkringsavgift (i samband med kronouppbörden) och
d) arvode till läkaren, av vilket en viss del, dock högst tre fjärdedelar, i efterhand ersätts av sjukkassan. Att märka är, att anställda, som på arbetsgivarens bekostnad erhåller sjukvårdsförmåner, icke beskattas för denna förmån.

Det dominerande intresset måste för allmänhetens del knytas till frågan, huruvida den under d) upptagna prestationen skall kunna inarbetas i de under a)—c) upptagna prestationerna eller någon av dem eller om det är nödvändigt att även för framtiden bibehålla den som en särskild prestation.

Med svenskens starkt utvecklade sinne för en formell rättvisa vore det naturligt, om allmänheten i första hand krävde ett system, som ansågs vara »rättvist». Principen, att bästa möjliga vård i lika hög grad är ett samhällets intresse som den sjukes, har accepterats av statsmakterna vid genomförandet av sjukkassereformen. Därav följer att frågan om åstadkommande av en rättvis fördelning av läkarvårdskostnaderna bör ske efter samma principer som tillämpas då det gäller kostnaderna för socialvård i allmänhet. I detta avseende kan vi inskränka oss till att hänvisa till socialvårdskommitténs betänkanden och den av dem föranledda offentliga diskussionen.

I denna diskussion har frågan, om man bör välja »försäkringslinjen» eller »understödslinjen», ägnats stor uppmärksamhet. För vår del har vi det intrycket, att frågans vikt många gånger överdrivits. Vi är benägna anse, att den individuella uppfattningen på denna punkt i själva verket växlar så starkt, att någon säker ledning icke kan erhållas genom en analys av befolkningens önskemål. Anhängarna av båda linjerna är ense om att man bör välja den linje som är »rationellast», och det är om vad som är att anse som rationellt, som meningarna går i sär. Spörsmålet kan diskuteras efter sakliga linjer.

I den offentliga debatten om socialvårdsreformen har frågan om hur man bäst skall bekämpa »understödstagarandan» intagit en framträdande plats. Att förneka existensen av en sådan mentalitet vore enligt vår mening lika oriktigt som att söka kväva den genom ekonomiska spärrar. Man bör i stället söka göra klart, vari den bottnar. Individer med överdrivna anspråk på det allmänna, vilket väl ändå är kärnan i understödstagarandan, hyser nog nästan undantagslöst dessa anspråk — vi räknar här ej med kriminella

parasiter — på grund av att de inte kan reda upp sina förhållanden till egen belåtenhet eller, annorlunda uttryckt, på grund av social missanpassning i det ena eller andra avseendet. En sådan missanpassning beror ofta på neuroser eller ock ger den underlag härför, och därför har vederbörande behov av att få gå igenom sin situation med en läkare. Vad som framstår som understödstagaranda är därför då det gäller läkarvård i själva verket ofta ett legitimt behov. Vi anser oss kunna uttala, att det endast i sällsynta undantagsfall skulle förekomma, att en frisk person skulle rådfråga läkare, även om detta kunde ske kostnadsfritt, om han icke ansåge sig ha behov av läkarens undersökning, råd eller föreskrifter.

En annan sak är, att allmänheten ofta icke kan bedöma, om samråd med läkare är påkallat eller ej. Ett exempel härpå har Fallada givit i sin Pinneberg. Denne springer i nattens timmar från den ene sovande läkaren till den andre, medan hans Lämmchen ångestfylld vakar över deras förstfödde, som inte skriker som föräldrarna är vana utan så att det är tydligt att han känner smärta. När Pinneberg sent omsider återvänder med en yrvaken och förstående läkare, kan denne genast konstatera vad som föranlett pojkens skrik — han håller just på att få sin första tand.

I alla tider har det varit så och i alla tider kommer det att vara så, att folk »i onödan» anlitar läkare av skäl, som är i släkt med Pinnebergs. Men att söka förekomma detta genom att resa ekonomiska hinder är icke blott inhumant; det är även i hög grad irrationellt, emedan oro och bekymmer för egen eller anhörigas hälsa icke kan lättas genom sådana åtgärder och emedan denna oro ofta går tillbaka på en allvarlig medicinsk bakgrund. Det medel, som här kan rekommenderas, är ökad medicinsk folkupplysning i allmänhet och klok rådgivning i det enskilda fallet.

Läkarnas farhågor att kraven på hembesök kommer att öka väsentligt och att dessa krav kommer att framföras på ett pockande sätt, när patienten icke själv har att erlägga större del av betalningen, må i enskilda fall komma att visa sig berättigade. Vi påminner om att det enligt nuvarande bestämmelser tillkommer tjänsteläkare att själv avgöra, vilken av olika kallelser, som är mest trängande, ävensom om han själv bör göra besöket eller, när särskild anledning därtill är, kan låta en distriktssköterska göra en preliminär visit och med läkaren diskutera sina iakttagelser, samt att läkaren som grundval för dessa överväganden har rättighet att av patienten begära en skildring av anledningen till kallelsen, vare sig denna sker per telefon eller genom besök av närstående. Detta system, som för närvarande tillämpas även i fråga om sjukbesök hos patienter, för vilka kommunen ersätter hela kostnaden, har i stort sett arbetat väl, åtminstone där läkaren har förstått att vänja sitt klientel vid sådan av honom företagen prövning. Så länge distrikten på landsbygden är väsentligt större än de borde vara, kommer denna prövning att kvarstå och ställa sina särskilda krav på läkarens klokhet.

Införes sjukkasseersättning för hälsovårdsundersökning tillkommer det

självfallet också läkaren att avgöra, huruvida hans övriga verksamhet tillåter honom att åtaga sig begärda sådana undersökningar på annan tid än som kan vara fastställd därför.

När vi nyss förutsatt att en frisk person icke söker läkare för sjukvård, om han icke subjektivt anser sig ha behov av läkarens råd, har vi närmast haft själva läkarvården i sikte. Aspekten blir något annorlunda, om man tänker på läkemedel och intyg.

Det är ställt utom tvivel, att svenska folket årligen förtär tonvis med läkemedel, som delvis inte är till någon nytta och stundom direkt skadliga. Men detta missförhållande behöver icke öka, om läkarvården blir kostnadsfri. Tvärtom bör läkarna då erhålla bättre tillfällen till individuell kontroll av bruket av läkemedel och i större omfattning än för närvarande kunna motverka oskicket.

Läkarintygens uppgift är i väsentlig mån att tjäna som medel, vilka konstituerar en rätt för patienten — till sjuklön eller sjukpenning, till extra livsmedelstilldelning, till pension eller till en försäkring. Ofta ställer kravet på ett intyg om frihet från eller förekomst av viss sjukdom läkarna i svåra situationer, betingade av intressemotsättningen i den situation, där intyget skall vara bevismedel. Ur denna, låt oss säga kvalitativa synpunkt, som innebär, att läkaren vid utfärdande av ett intyg har att väga patientens intressen mot den slutliga intygsmottagarens, synes det uppenbart, att läkaren erhåller en mera obunden ställning, om intygsersättningarna avskaffas.

Däremot kan man icke utesluta möjligheten av att allmänhetens anspråk på intyg, kvantitativt sett, kommer att stiga vid en kostnadsfri läkarvård. Åtgärder bör alltså finnas i beredskap för att kunna stävja sådana anspråk, om de i en framtid anmälas. I detta hänseende synes erfarenheterna av en annan viktig social förmån, nämligen den fria rättegången, kunna ge viss ledning.

När den fria rättegången infördes, saknades ej röster som spådde, att förmånen framför allt skulle komma att utnyttjas av kverulanter och processmakare. I skilda sammanhang utförda undersökningar, bl. a. av riksdagens revisorer, har också visat, att försök till missbruk av förmånen ej saknats. Statsrevisorerna, som aldrig ifrågasatt att förmånen skulle avskaffas, har i stället rekommenderat en ur skilda synpunkter strängare behovsprövning. Sedan domstolarna tagit del av dessa allmänna uttalanden, har några klagomål de senaste åren icke försports.

Det, som gjort den fria rättegången till den stora sociala tillgång den är, är säkerligen såväl den allmänna standarden hos vårt folk som ock den klokhet, människokännedom och takt, som de rättsvårdande myndigheterna ådagalagt gentemot de obestridligen förefintliga representanterna för understödstagarandan och som kommit kritiken mot den fria rättegången att förstummas.

Man vill gärna tro, att svenska folket i stort sett icke skulle förhålla sig mindre lojalt mot den fria läkarvården och särskilt de fria läkarintygen än mot den fria rättegången. Mot de procentuellt fåtaliga medborgare, som kommer att söka missbruka rätten att kostnadsfritt erhålla intyg, har de

sjukvårdande organen enligt vår mening en icke mindre klokhet, människokännedom och takt än de rättsvårdande till sitt förfogande. För vår del tror vi att dessa medel kommer att förslå. Skulle svårigheterna likväl visa sig bli stora, bör allmänna anvisningar om förutsättningarna att vägra intyg kunna ges.

Allmänhetens befogade krav torde, då det gäller »försäkringslinje» eller »understödslinje» samt motarbetande av »understödstagarandan», på grund av det anförda inskränka sig till anspråk på att systemet för ersättandet av läkarvårdskostnaderna blir »rationellt» eller med andra ord på en gång enkelt och effektivt. Detta krav bör redan i och för sig skänkas det allra största beaktande.

Som ett exempel vill vi anföra följande. Vi vill därvid uttryckligen betona, att exemplet icke konstruerats med ledning av några arbetstidsstudier, utan grundas endast på i och för sig rimliga antaganden, vari siffrorna kan ändras av läsaren utan att resultatet *i stort* påverkas därav. För att utskriva ett sjukkassekvitto på uppburet läkararvode kan en läkare — som ju har att leta bland taxans 76 nummer — antagas behöva två minuter. Med 12 miljoner arvodesbelagda läkarbesök per år nödgas allmänheten vänta 24 miljoner minuter på sjukkassekvitton eller alltså 400 000 arbetstimmar. Noga räknat borde man också medta den tidsförlust, som tillskyndas var och en av de kvarvarande patienterna i väntrummet. En erfaren allmänläkare i Stockholm har för oss uppgivit, att av hans 7 timmars dagliga mottagningstid en timme åtgår för utskrivning av sjukkassekvitton. Om detta uttalande ägde tillämpning på samtliga läkare — och detta antagande är inte helt orimligt — skulle innebörden därav kunna uttryckas så, att av landets 4 200 läkare 600 uteslutande ägnar sig åt att utskriva sjukkassekvitton. För att återgå till patienten skall denna därefter erhålla återbäring från sin sjukkassa. Han har då att bege sig till kassans lokal, eventuellt stå i kö där, och sedan erhålla beloppet. Om man antar, att varje besök hos kassan, restiden medräknad, tar i medeltal fem minuter, åtgår för återbäring av ersättningar för våra 12 miljoner besök hos läkare 60 miljoner minuter eller alltså 1 miljon timmar för patienterna.

Med ovanstående exempel har vi blott velat visa, vilken synnerligen stor effekt, som kan uppkomma om ersättningssystemet kompliceras. Varje system, som bygger på prestationsersättningsprincipen, måste medföra kvittens. Det system, som bäst eliminerar sådana nationalekonomiskt ej oväsentliga olägenheter, är, såvitt vi kan finna, vid sidan av årsarvode per patient, systemet med heltidslön åt läkarna.

Mot tanken på ett sådant system har från *Sveriges läkarförbund* rests bestämda gensagor. De rent ekonomiska motiven för denna ståndpunkt har, såvitt vi kunnat finna, knappast någonstädes preciserats, utan de har i stället ofta uttryckts med orden »principiella skäl».

Vid diskussion härom har det bl. a. påpekats, att det finns patienter, »som absolut vill ersätta sin läkare och som direkt lämna kvar en tia på bordet eller skicka upp en tårta, om de inte får betala hela arvodet i hittills vanlig form. Patienten får lätt föreställningen, att en prestation som inte ersättes, inte är någon prestation».

En sådan tradition, jämförlig med forna tiders tionde till prästerna, före-

finnes utan tvivel. Att prestationen tillbörligen ersättes, men i förväg, och förmedlas av myndighet, sjukkassa eller annan, torde dock snart nog komma att ingå i allmänhetens medvetande. Gåvan som ett uttryck för individens tacksamhet mot den, som hjälpt honom, kommer väl alltid att i speciella fall finnas kvar här som i andra vänskapsförhållanden. Det viktiga är, att läkaren icke får ställa några anspråk på ersättning utöver den av samhället lämnade. För förtroendet till läkaren blir som hittills främst dennes yrkesskicklighet och uppträdande mot klientelet avgörande. Det har av många läkare för oss vitsordats vid våra resor, att det för dem skulle kännas som en befrielse att slippa avkräva patienten en ersättning, som ofta kan representera ett kännbart utlägg, och att istället från annat håll erhålla skälig ersättning. För patienten skulle avlägsnandet av det ekonomiska momentet, så att han i sin relation till läkaren alltid endast komme att vara vårdbehövande — aldrig »behövande» —, innebära en av den mindre välsituerade livligt åstundad förändring. Behöver allmänheten eller vissa individer lära sig lojalitet och hänsyn gent emot läkaren och hans arbete, som alltid kommer att innebära ett moment av offer av tid och egna önskningar eller särskilda ansträngningar, torde den saken numera kunna klargöras med hjälp av press och radio.

Tendensen att lämna en ersättning, överstigande taxan, där sådan gäller, torde stundom vara mera ett utryck för misstroende än för förtroende. Så länge dualismen hos vissa läkare består mellan ett privat klientel, som mottas mot högre taxa, och ett annat klientel, som mottas gratis eller mot lägre ersättning, är detta förklarligt; genom extra ersättning söker då patienten tillförsäkra sig det privilegierade klientelets förmodade förmåner vid läkarbehandlingen.

Mot en fixerad taxa, lika för alla, har även anförts, att något nämnvärt missbruk av läkarnas frihet att själva bestämma sina arvoden knappast förekommer.

Undantag härifrån har dock påvisats särskilt i fråga om viss specialistvård men också vid vård genom allmänläkare. En del av dessa bringas till medicinalstyrelsens kännedom utan att styrelsen i allmänhet har möjlighet att ingripa. Olikheten mellan läkarnas och patientens syn på arvodets storlek och prestationens värde är ofta betydlig.

Denna skillnad belyses grellt av den gamla historien, som på olika orter hänförts till olika läkare: tillfrågad av en gumma, vad han skulle ha för konsultation och behandlingar, svarade doktorn »sjuttiofem» och menade att ordet kronor som självklart kunde uteslutas. »Å nej, en hel krona kan det allt vara värt», blev svaret från gumman, som lika självklart trodde doktorn räknade i ören.

Att läkarverksamhet under samhällets huvudmannaskap och mot en fixerad låg taxa icke utesluter ett stort förtroende från patienternas sida och en allmän uppskattning visas av vårt svenska provinsialläkarväsende. Att en kostnadsfri läkarverksamhet icke hindrar samma önskvärda förhål-

lande visas av den slutna vården och den förebyggande vården, sådan den det senaste årtiondet utvecklat sig i vårt land.

Motståndet torde till en del förklaras av att läkarna kunnat iaktta, hur andra intellektuella yrken, vilka överförts till de moderna avlöningsreglementena, ofta erhållit en successivt försämrad reallön. Läkarna har alltså haft fullgod anledning räkna med, att en så småningom skeende försämring skulle inträda även i deras ställning, om de samtyckte till att underkasta sig de vanliga bestämmelserna i avlöningsreglementena.

Det har hävdats, att även skattesynpunkter i viss mån påverkat läkarkårens ståndpunkt till frågan om heltidsanställning. Allmänt bekant är, att taxeringskontrollen är effektivare på löntagare än på personer, vilkas inkomst icke uteslutande härflyter direkt av tjänst. Till följd härav kommer avsevärda inkomstbelopp icke att framträda i deklarationerna av den senare kategorin medborgare. Det sammanlagda årliga beloppet av den undertaxering som sålunda uppkommer, kan för samtliga icke löntagare i landet antagas röra sig om miljarder. Med nuvarande avlöningssystem kan även den samvetsgranna läkaren bli i viss mån undertaxerad, men detta skulle omöjliggöras vid en övergång till systemet med heltidslön.

Sveriges läkarförbund har vid samråd med oss påyrkat, att vi i detta sammanhang skulle omnämna en av förbundet verkställd utredning angående överordnade taxeringsmyndigheters beslut i anledning av besvär över skilda taxeringsnämnders ändringar av olika läkardeklarationer. (Se doktor W. Rasch, svenska läkartidningen 1947 nr 18.)

Till de ekonomiska motiven har dock lagts vissa motiv, som hänför sig till de psykologiska förutsättningarna för utövning av läkarkonsten. En redovisning för vissa av dessa motiv har byråchefen Annell lämnat i form av ett summariskt referat av en i vissa hänseenden likartad, längesedan avslutad principdebatt.

Långvariga födslovåndor föregick den radikala omläggning av föreskrifterna om prästerskapets avlöning, som skedde genom förordningen den 11 juni 1862 angående allmänt ordnande av prästerskapets inkomster. Fjortonåriga mödor krävde förarbetena till denna författning, som, fullföljd genom ett komplex av lagar den 9 december 1910, underkände den uråldriga uppfattningen, att »åhörarna» såsom medlemmar av socknenmenigheten genom tionde borde ersätta prästens omsorger. För menige man var nog uppfattningen om förbönernas kraft att befria från ond, bråd död eller från den eviga döden härvidlag det centrala. Meningsutbytet under tiden för omläggningen — den omfattade mer än ett halvsekel — var, för att använda ett ord utan varje överdrift, tillspetsat.

Enighet rådde om, att vissa toppar bland klerus satt med mycket goda inkomster och att många prästmän, framför allt de obefordrade, levde i knappa, stundom otillräckliga villkor. Alla var likaså ense om, att de pensioner till prästänkor och barn, som prästerskapet genom sammanskott till en gemensam kassa lyckats åstadkomma, var helt otillfredsställande.

Reformivrarna framhöll nu, att religionsvårdens behöriga handhavande i vårt land av ålder betraktats icke blott som ett församlingsintresse utan ock som en landets samfällda kulturuppgift. Det materiella underlaget för den prästerliga verksamheten och

beredandet av ökade möjligheter för den kyrkliga organisationens utveckling hade ej heller tidigare helt överlämnats åt den enskilda offerviljan och sockenmenighetens gottfinnande, utan statsmakten hade, tid efter annan, ingripit. Den i författningarna sanktionerade och även från kronans sida främjade anordningen med konventioner (ackorder, sämjor) mellan vederbörande »lärare» och »åhörare» om tiondens och andra pastoraliers utgivande hade exempelvis krävt medverkan av offentlig myndighet, där föreningen skulle få giltighet utöver den sittande prästens tjänstetid.

Med utgångspunkt härifrån krävde man nu, att de enskildas »offer» till prästerskapet, tiondet alltså och vad därmed var att jämställa, skulle avskaffas. Om man kunnat tala om en frihet beträffande den äldre tiden för vederbörande menighet att med sitt prästerskap överenskomma om avlöningen, så borde detta åskådningssätt nu undanröjas. Församlingarna borde få ådagalägga sitt intresse för själavården genom att även fortsättningsvis sörja för bostäder och kyrka, men i övrigt skulle beslut angående löneregleringar tillkomma Kungl. Maj:t. Därvid borde man utan olägenhet kunna nedskära inkomsterna för de mest gynnade prästmännen och låta det därigenom uppkommande överskottet av vissa avlöningstillgångar ingå i en gemensam fond, prästerskapets löneregleringsfond eller, som den senare kom att benämnas, kyrkofonden. Denna skulle utfylla förefintliga underskott på andra håll, bereda möjlighet till förbättrade änke- och pupillpensioner samt, så småningom, även tjänstepensioner, s. k. emeritilöner.

Anhängarna av den bestående ordningen blev inte svaret skyldiga. Talangfullt och temperamentsfullt fördes deras talan, i synnerhet i kyrkomötet, som med ett för den tiden knappast känt språkbruk skulle kunna betecknas som den prästerliga kårens fackliga representation. Då kyrkomötets medverkan i reformerna var nödvändig, vägde dess synpunkter tungt.

Till en början invändes, att reformivrarna förbisåg väsentliga värden i själva sättet för uppbörden av tionden. För givaren var det uppenbarligen en ej ringa glädje att själv få lämna sin gärd i handen på den, som genom sin prästerliga lärdom och sina åtgöranden bevakade hans andliga välfärd. För mottagaren förelåg samma glädje, och härtill kom, att han genom samtal med givaren och iakttagelser av hans uppträdande kunde berika sin kännedom om dennes karaktär. Mellan båda uppkom genom det högst personliga i uppbördssättet en nära kontakt, ett, vi skulle vilja säga mystiskt anstruket vinculum ecclesiæ, av största värde för frälsningsarbetets ansättande, respektive anammande. Dessa värden, liksom värdet av att ersättningen genom uppbördssättet hade en anstrykning av frivillighet, ja gåva, skulle helt gå till spillo, om ersättningen i stället skulle överräckas av statens kalla hand.

En annan svaghet i det föreslagna systemet uttrycktes i riksdagens första kammare av statsutskottets dåvarande ordförande, biskopen G. Billing, sålunda: Ett bifall till förslagen skulle icke blott göra riksdagen till en direkt medbolagsman i den kyrkliga ekonomin utan kyrkan skulle därigenom göras till statens eller, man kunde ju säga, till riksdagens understödstagare.

Reformivrarna genmälde, att den prästerliga löneuppbörden sedan århundraden tillbaka hade givit ständiga anledningar till misshälligheter löngivare och löntagare emellan. Det ekonomiska beroende av menighetens goda vilja och laglydighet, vari det antikverade lönesystemet ofta försatte prästerskapet, framstod som föga förenligt med dess ställning och för samhället betydelsefulla verksamhet. Den otrygghet med avseende å ekonomin, varunder prästerskapet hade att fullgöra sin uppgift, var en ständigt återkommande besvärspunkt i ståndets framställningar. Förhållandenas egen natur tvingade sålunda fram allt fastare former för den statliga regleringen av och kontrollen över avlöningsväsendet.

Det behöver ej sägas, att vi med dessa strödda anteckningar ur redan gulnade blad ej velat ge en fullständig bild eller dra en absolut parallell. Vi

har blott velat visa, att argumentationen *för* ett bibehållande av ett »fritt» betalningssystem och *mot* en statlig reglering av ersättningsformen för intellektuella yrken har gamla anor i svenskt offentligt liv. Det sanningskorn som den psykologiserande argumentationen innehåller, är dock så försvinnande litet, att det synts oss överflödigt att vidare orda därom.

Mot systemet med heltidslön för läkarna har även anförts, att läkarkonsten till sin natur vore ett fritt yrke och att en övergång från prestationsersättning till heltidslön skulle beröva läkarutövningen dess karaktär av »konst» och i stor utsträckning göra den till slapp och håglös rutin. En hänvisning till mängden och kvaliteten av det arbete, som utförts av redan nu heltidsanställda svenska läkare, torde förslå till att visa ohållbarheten av denna uppfattning. Självfallet innehåller en anordning, som ger arbetaren ekonomiskt vederlag för en ökad prestation, en värdefull stimulans, vars effekt dock icke förminskas av att merersättningen normeras. I flertalet kollektivavtal för kroppsarbetarna i Sverige är sålunda ackordsbestämmelserna utformade i detalj.

Vill man förena principen, att den medicinska vården skall åtnjutas utan kostnad för den enskilde vid det tillfälle, då den lämnas, med en sådan stimulans, är det nödvändigt att ersättningen maximeras. Av vår redogörelse för förhållandena utomlands framgår, att man härvid har många möjligheter att välja på. *Läkarkårens* legitima intressen synes härvidlag framför allt vara, att ersättningen får tillräcklig storlek och att läkare av olika åldrar och kategorier icke missgynnas i förhållande till varandra.

Samhällets krav måste i första hand gå ut på att systemet blir i görligaste mån enkelt och att det icke hos läkarkåren skapar känslan av att dess arbete undervärderas.

Med utgångspunkt från allmänhetens, läkarkårens och samhällets befogade krav, vilka vi icke funnit i princip stridande mot varandra, har vi övervägt lämpligheten av att anknyta ersättningen till antalet hos varje läkare inskrivna patienter (det engelska capitation fee). Den danska taxa I är en modifikation härav. Vi har vidare utarbetat ett system, baserat på låg grundlön kombinerad med ersättning efter den tid, som varje läkare ägnar åt läkarverksamhet. Vi har slutligen prövat andra här och i utlandet praktiserade kombinationer av olika ersättningssystem. Men vi har icke funnit fördelarna med dessa system så påtagliga, att vi presenterat våra beräkningar som praktiska alternativ. För vår del har vi funnit valet böra stå mellan det ersättningssystem, som nu tillämpas för exempelvis sinnessjukhusläkare, d. v. s. heltidslön, och det system, som för närvarande tillämpas för exempelvis provinsialläkare, d. v. s. grundlön plus maximerad prestationsersättning.

Beträffande den närmare utformningen av dessa alternativa system hänvisar vi till våra förslag till civilt läkaravlöningsreglemente med därtill hörande boställsordning samt till civil läkartaxa. Här skall endast redovisas några synpunkter av mera allmän räckvidd.

Rent teoretiskt är det givetvis ett önskemål, att varje ersättningssystem utmäter ersättningen i förhållande till den utförda prestationen. Detta går också för sig, när prestationerna är av enkel beskaffenhet så som fallet är med åtskilligt industriellt löpande-bands-arbete. Redan när prestationen komplicerats så pass som vid famnvedshuggning är ersättningen efter upphuggen kubikmeter behäftad med svagheter; av två jämngoda huggare hinner den, som hamnar i ett snöfritt och lättkluvet bestånd, hugga mer än den, som i besvärande snödjup har att fälla kvistiga och vresiga sextontumsgranar. Omöjligheten att mäta prestationerna med kommensurabla mått har gjort, att man då det gäller intellektuella yrken i regel nödgats frångå principen om ersättning efter prestation och i stället tillgripit principen »skälig standard».

Om man, i motsats till oss, vill beteckna detta som en svaghet i systemet, så gäller denna svaghet, ehuru mer eller mindre prononcerat, samtliga hittills försökta ersättningssystem för läkare. Systemet med grundlön jämte maximerad taxa är för anhängarna av prestationsersättningsprincipen mindre olämpligt än systemet med heltidslön. Mot taxan har dock, som framgår av bil. 27, redan vid dess tillkomst från läkarhåll riktats den anmärkningen, att tilläggstaxorna innebure en frestelse att meddela sakligt ej påkallad behandling i avsikt att höja arvodet. Denna anmärkning har — trots att farhågorna oss veterligt besannats endast i undantagsfall — synts oss så befogade, att vi i vårt taxeförslag uteslutit tilläggsarvoden.

En från kritik mot taxan som ersättningsnorm för läkarens arbete har ur en annan synpunkt framförts av professor M. Ljungdahl i en artikel i svenska läkartidningen nr 51 år 1946. Ljungdahl anför på denna punkt i huvudsak, att läkarnas tendens att komma ifrån neuroserna och flykten in i dem genom att blunda för dem och i stället för orsakerna behandla följderna, eventuellt med krystade organdiagnoser, i hög grad gynnas av taxeringen av läkarnas arbete. Endast det, som kan mätas, kan taxeras, och inom terapin är det endast den mot de organiska sjukdomarna riktade behandlingen, som kan mätas. Sjukkassetaxan och övriga taxor hänför sig därför helt naturligt så gott som uteslutande till mot organiska sjukdomar riktade åtgärder. Analyser, förklaringar, övertalningar, uppmuntringar, över huvud taget all påverkan av människan kan knappast taxeras. De får i taxan inrymmas i »besök av sjuk» eller »besök hos sjuk», och ½ eller 1 timmes sådant arbete taxeras ej så högt som ett snitt i en bobba eller en kanske onödig insprutning av något vitamin. För att läkarna skall få sina för uppehället nödvändiga inkomster, måste de följa taxan och behandla alla sjukdomar som organsjukdomar. Vad det kostar i fråga om förlorade arbetsdagar och slöseri med medikamenter kan inte uppskattas, men säkerligen ligger det högt över vad den enskilde och samhället vinner med taxorna.

Enligt Ljungdahls mening finns det för vårt sjukhusväsen inga så dyrbara herrar som monomanerna på taxor och polikliniker. Bl. a. för att

reglera tillströmningen till sjukhusen rekommenderar Ljungdahl för det första: taxera endast sådan medicinsk behandling, som kan taxeras.

Vi har inte annat än i sällsynta undantagsfall kunnat finna belägg för Ljungdahls pessimistiska uppfattning, att läkarnas inställning till sitt yrke skulle vara så merkantil, att de för att vinna en högre taxeinkomst skulle avstå från kravet på adekvat behandling. Men det är obestridligt, att mycket medicinskt handlande icke låter sig pressas in i en taxa. Denna omständighet utgör, som Ljungdahl finner, ett principiellt tungt vägande skäl för att avskaffa läkartaxorna.

Till dessa skäl kan läggas åtskilliga andra, framför allt av praktisk natur. Systemet med heltidslön innebär i förhållande till varje system, där en taxa ingår, en så betydande administrativ förenkling, att vi redan på grund härav vill uppställa detta system som framtidsmålet.

Förutsättningar för att inom en snar framtid nå detta mål helt och hållet föreligger enligt vår uppfattning icke ännu. Med nuvarande otillräckliga läkarantal kan en bestämd normalarbetsdag icke genomföras för flertalet läkare. Under sådana omständigheter skulle införandet av heltidsavlöning innebära en ej avsedd nedprutning av läkarnas ersättning, beräknad per tidsenhet. Är sålunda ökad tillgång på läkare en av förutsättningarna för det angivna målet, utgör å andra sidan utbildningskostnadernas förbilligande för de medicine studerandena en förutsättning ej blott för möjligheterna att nå fram till heltidslönesystemet utan tillsynes även för den ökade rekryteringen till banan. Enligt vår mening måste därför statsmakterna ägna frågan om medicinarutbildningens förbilligande omgående uppmärksamhet och utan uppskov gå i författning om för frågans lösning erforderliga åtgärder. Till dess att läkarantalet nått erforderlig storlek synes det oss därför nödvändigt, att man såsom alternativ till heltidslönen tillämpar linjen med grundlön jämte prestationsersättning enligt maximerad taxa.

Det allmännas nuvarande möjligheter att tillgodose behovet av öppen sjukvård.

Själva grundstommen till en organisation, enligt vilken samhället tillhandahåller öppen sjukvård, föreligger redan i Sverige i och med samordningen av sjukstugor, smärre lasarett, centrallasarett och undervisningssjukhus med den till dem förlagda öppna vården. Ett effektivare utnyttjande härav till ett intimare och mera planmässigt bedrivet samarbete mellan allmänpraktiker och sjukhusspecialister, — bl. a. ett bättre rapportsystem i båda riktningarna — vore ägnat att avhjälpa en del av de brister, som berörts i det föregående. Men våra sjukhus är dock ofta nog icke så planerade, att den öppna sektorn kan utbyggas till en för hela den öppna specialvården behövlig omfattning. Ej heller är det givet, att denna alltid lämpligast bör förläggas till sjukhus. En gruppmottagning eller hälsocentral,

dit ett flertal allmänpraktiker och specialister förlägger sitt arbete, bör också kunna ordnas utan direkt lokalt samband med ett sjukhus, även om den organisatoriskt är anknuten dit.

I denna form synes den nuvarande fristående polikliniken, försedd med de diagnostiska hjälpmedel, som poliklinikerna på de stora sjukvårdsinrättningarna har tillgång till, kunna bibehållas och vidare utvecklas. Den praktiska utformningen av organisationen får anpassas efter de olika behoven i mer eller mindre tätt bebyggda områden. Ett upprättande av mera i detalj gående förslag till sådana relativt fristående polikliniker eller hälsocentraler med hänsyn tagen till förhållandena i olika orter, som redan sedan länge uppgjorts för Stockholm, bör kunna leda till en ändamålsenlig lösning av många problem inom den öppna vården.

För att avslöja sjukdom i olika åldrar i tidigt stadium måste man dels göra en undersökning av patientens allmäntillstånd och analysera de härvid upptäckta symtom, som kan bero på en börjande sjukdom — detta är allmänläkarens arbete — dels utföra vissa specialundersökningar, inriktade på att avslöja sjukdomstillstånd, vilka är särskilt vanliga i ifrågavarande ålder eller på vilka upptäckta sjukdomstecken häntyder. Utarbetande av schema för sådana undersökningar i olika åldrar bör anförtros åt kliniskt sakkunniga t. ex. medicinalstyrelsens vetenskapliga råd i samarbete med representanter för allmänpraktiker. I den mån lämpliga diagnostiska prov, förfaringssätt eller metoder ännu inte är utarbetade, synes det vara en uppgift för statens medicinska forskningsråd att söka bidra härtill.

Allmänvård och specialvård måste för att kunna anpassas till berörda utveckling samordnas på flera sätt. Specialläkarhjälp måste kunna lämnas även åt perifert belägna områden, genom insändande av prov, plåtar och kurvor för centralt bedömande eller genom personligt besök av specialläkare vid tillfälle, då de, som behöver hans hjälp på en plats, är så många, att det är bättre att han reser till dem än att de reser till honom.

Den utveckling mot allt större specialisering, allt skarpare inriktning på tidigdiagnos och på profylax, som ovan skisserats, har försiggått i ett allt mera accelererat tempo. Det är rimligt att anta, att denna utveckling kommer att fortsätta. Det är omöjligt att förutsäga, inom vilken tid vi vunnit kontroll över folksjukdomarna — när t. ex. tuberkulosen och andra infektionssjukdomar kan effektivt bekämpas genom bättre allmän hälsovård, åtgärder mot smittbärare eller mot smittorna eller genom vaccination, eller när vi återvunnit vårt goda allmäntillstånd från primitiva perioder, då tandröta eller reumatiska infektioner knappast bet på oss. Sannolikt kommer medicinska och tekniska upptäckter under det närmaste årtiondet liksom under det just förgångna att för varje år ändra betingelserna för vårt ingripande i hälso- och sjukvården. En alltför stark eftersläpning i applikationen av de nya upptäckterna är icke tolerabel. Det är nödvändigt att så bygga upp organisationen, att den med tillräcklig smidighet låter anpassa sig efter den fortgående utvecklingen.

Samordningen av allmänpraktiker, specialister och tekniska medhjälpare måste vara rörlig, allt efter de krav, som kommer att ställas på dem. Då den centrala ledningen av hälso- och sjukvården obestridligen har lättare att med hjälp av tillgänglig sakkunskap följa utvecklingen, framstår det som en angelägenhet av vikt, att den centrala hälso- och sjukvårdsorganisationen utbygges efter moderna krav, framför allt med ett tillbörligt antal konsulter av hög kapacitet för rådgivningen till periferin på områden, där framsteg står att nå på bas av vunnen kunskap. Å andra sidan synes det för samordning av olika vårdformer och olika sakkunskap förmånligt med ett decentraliserat efter enhetliga linjer organiserat huvudmannaskap för de områden, inom vilka de organisatoriska åtgärderna bör samspela.

Fördelar att vinna.

Genom en mera planmässig samordning regionsvis av den förebyggande vården, den öppna sjukvården och den slutna sjukvården under ansvarig huvudmans ledning alltifrån undervisningssjukhus, över centralsjukhus och fritt belägna hälsocentraler av olika slag till den ensamme läkaren i ödebygden, skulle bästa resultatet kunna vinnas för patienternas vård. Ensidighet och isolering kunde motarbetas. Läkarna kunde tillföras lämpliga lokaler, teknisk assistans genom tillgång till behövliga laboratorier och, i den mån personalsvårigheterna, som just nu synes svåra, kunde övervinnas, erforderlig hjälp av sköterskor, biträden, kuratorer, psykologer och skrivbiträden. Slutligen kunde läkarna själva så småningom erhålla en rimlig arbetstid — ett önskemål av stor betydelse även för själva vårdens kvalitet. En god fortbildning genom tillfälligt byte på tjänster etc. kunde även ordnas. Behovet av ekonomisk säkerhet och skälig inkomst både för läkare och övriga personalgrupper kunde slutligen tillgodoses utan att patienternas ekonomi träddes för nära eller samhällets resurser utsattes för svårare påfrestningar.

Att dessa fördelar skulle kunna vinnas inom rimlig tid utan en därpå inriktad fast organisation synes föga sannolikt.

Kap. 11. Otillräckligheten av vår nuvarande organisation för öppen hälso- och sjukvård.

De fria former, vari den öppna sjukvårdens utveckling försiggått, har under den gångna tiden på många sätt varit till fördel. En rik erfarenhet av olika organisationsformer har förvärvats genom mångfalden av anordningar, som i skilda länder företagits. Man har också haft större möjlighet att »laga efter läglighet», obunden av normer, vilket varit av värde under den forcerade specialiseringsprocessen, då ständigt nya specialiteter kommit att kräva representation även i den öppna sjukvården. Även för den allmänna

sociala synen på sjukvårdsfrågorna har de senaste decennierna utgjort en brytningstid, varur de principer, som skisserats i avd. II, framgått.

Sedan linjerna för den för framtiden önskvärda utvecklingen numera i någon mån klarnat både ur medicinsk och social synpunkt, synes tiden inne att — vid genomförandet av en mera enhetlig och effektiv organisation — så vitt möjligt tillvarata de värdefulla impulser och initiativ, som tagits, och avlägsna de brister, som kunnat konstateras.

Ej utan berättigad stolthet avslutar en kirurg (W. Kock, artikel 1946) en målande skildring av utvecklingen av svenskt sjukvårdsväsende med följande ord:

»Få länder torde i våra dagar kunna uppvisa en sjukvårdsorganisation, som är så väl uppbyggd och organiserad som den svenska. Det gamla Serafimerlasarettet kvarstår ännu som rikssjukhus tillsammans med det år 1940 invigda Karolinska sjukhuset, som kommit att bli ett centrum både för forskning och sjukvård såväl för huvudstaden som landet i övrigt. Båda ha karaktär av undervisningssjukhus. I olika delar av landet finnas centrallasarett, som utbyggas i snabb takt för att möjliggöra effektiv specialistvård för landsbygdens folk. Utvecklingen går i allt snabbare tempo och det är att hoppas, att den praktiska sjukvårdens målsmän skola låta den medicinska forskningens resultat i full utsträckning komma hela vårt folk tillgodo. Först därigenom kunna vi med våra oändligt ökade resurser rätt förvalta arvet från de medicinska fäderna. Folkhälsan är både ett individuellt och ett folkets problem. Men den utgör också ett socialt och ekonomiskt problem av väldiga dimensioner. Endast genom en vidsynt och generös sjukvårdspolitik kunna vi nå det mål som är och förblir det väsentliga för vårt sjukvårdsväsende: *ett friskt svenskt folk.*»

De önskemål, som här framförts närmast i fråga om sjukhusvården torde också, och kanske framför allt, äga berättigande i fråga om den öppna sektorn av vårt sjukvårdsväsen.

Av tidigare kapitel framgår, att det är de oavbrutet växande kraven på den öppna sjukvården — liksom på hälso- och sjukvården över huvud taget —, som kommit den hittillsvarande organisationen i vårt land att framstå som kvantitativt och kvalitativt otillräcklig. Särskilt efter ikraftträdandet av den obligatoriska sjukförsäkringen den 1 juli 1950 kommer detta att i ökad grad bli förhållandet.

Denna otillräcklighet gäller i första hand *tillgången till läkare — både allmänläkare och specialläkare — samt till annan sjukvårdspersonal av praktiskt taget alla kategorier* såväl på sjukhusen som ute i bygderna. Det stora underskott, som här råder, utgör ett hinder för en behövlig utbyggnad av vården och försvårar dess rationella organisation. Samtidigt gör bristen behovet av en reglering än mera trängande. Det blir av ännu större vikt, att de fåtaliga krafterna får den ur allmänhetens och vårdens synpunkt bästa användningen.

De personliga hjälpkrafter, som läkaren disponerar, är otillräckliga, särskilt för praktiker i den öppna vården men på sina håll också på sjukhusens öppna mottagningar. Utom den direkta sjukvårdspersonalen gäller detta också sådana funktionärer som kuratorer, psykologer och skrivbiträden.

Särskilt underläkarnas mottagningar är ofta mindre väl tillgodosedda med hjälpkrafter.

Laborationsmöjligheterna är otillräckliga speciellt för praktikerna i öppen vård utom sjukhusen, vilka läkare ofta ej heller har tillfredsställande tillgång till *modern teknisk undersöknings- och behandlingsapparatur* i övrigt. Sjukhusens laboratorier och övriga tekniska resurser förslår ibland knappast för deras egna behov.

Allvarliga anmärkningar kan i många fall riktas mot de *lokaler,* där den öppna sjukvården bedrives. Ofta är de både otillräckliga och mindre ändamålsenliga. Att på sjukhusen ute i landet behovet av sådana lokaler så ofta otillräckligt beaktats torde nära sammanhänga med *bristen på huvudman* för den öppna vården vid dessa anstalter. Vid planläggningen även av nyare anstalter har man ofta försummat att ta tillbörlig hänsyn till den öppna vårdens utvidgningsbehov, varom man för övrigt knappast kunnat bilda sig någon mera säker uppfattning bl. a. på grund av bristande översikt över den öppna vårdens olika grenar. Givetvis har här inverkat den opåräknat hastiga utvecklingen och den ökade tillströmningen, som ej förutsetts. Lokalerna blir därför ofta mycket snart för trånga utan att möjlighet finns att inom överskådlig tid avhjälpa detta. Under våra studieresor har gång på gång bristerna i fråga om lokaler för den öppna vården vid sjukhusen gjort sig påminta i form av dåliga eller inga isoleringsmöjligheter för svårt sjuka eller smittförande patienter, trängsel och tristess i väntrum eller för ändamålet begagnade korridorer, olämpligt förlagda ambulansintag etc. De av centrala sjukvårdsberedningen (bil. 8) framlagda normerna för lokalbehovet vid olika slag av mottagningar på sjukvårdsanstalter skulle, om de realiserades, mångenstädes innebära en total ombyggnad.

Ej minst tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare utanför sjukhusen, särskilt på landsbygden, har ofta svårt att få sin lokalfråga ordnad, och det har hänt, att provinsialläkartjänster fått stå vakanta på grund av svårigheterna att erhålla lämplig mottagningslokal och bostad. Med utökningen av antalet provinsialläkardistrikt kommer dessa svårigheter att skärpas.

Genom de nämnda bristerna försvåras en rationell organisation av den öppna sjukvården, vilket leder till vissa för patienterna kännbara missförhållanden. Hit hör t. ex. de långa *väntetiderna* hos praktiskt taget alla slag av läkare.

Samarbetet mellan allmänläkare och specialläkare samt mellan olika specialläkare inbördes är på många håll otillfredsställande, vilket leder till att stundom specialistkonsultation, som bort ske, underlåtes, stundom specialläkare anlitas för fall, som ej kräver hans speciella kompetens, till förfång för andra fall, där denna hans kompetens skulle ha varit av värde. Även om remisstvång ej kan föreskrivas, är dock anvisningar av allmän karaktär önskvärda. För patienten innebär vanan att vid sjukdomsfall på eget initiativ söka specialist, att han går miste om den önskvärda *kontinuitet i vår-*

den, som en primär hänvändelse till familjeläkare skulle tillgodose. Ett neurosfall kan på detta sätt söka ett mycket stort antal läkare för olika krämpor, eventuellt utan att någonsin komma under sakkunnig behandling för sin neuros.

Frånvaron av en tillfredsställande ordning för den öppna vårdens *jourtjänst* både i städer och på landet är en brist, som drabbar både läkare och patienter. *Bristen på koordination* gäller också mellan de olika vårdformerna sluten kroppssjukvård och sinnessjukvård liksom mellan sjukhusvård, öppen sjukvård, hemsjukvård och förebyggande vård. Även för sjukvårdens anslutning till socialvården i vidsträckt mening är det illa sörjt. Ansatser finns i sinnessjukhusens hjälpverksamhet, i de på senare tid företagna försöken med särskilda socialläkare etc., men det är tills vidare endast ansatser. Även distriktsläkarorganisationen i de största städerna har ju haft liknande syfte, vilket dock delvis förfelats genom dualismen i dessa läkares verksamhet med två slag av mottagningar — en för det privata och en för socialvårdsklientelet, en anordning, som får anses oförenlig med modern tidsanda.

I detta sammanhang må nämnas, att — ehuru ej alltid direkt beroende av organisations- och administrationsförhållanden — läkaren ännu allt för ofta finner sina ansträngningar gäckade på grund av att hans ordinationer icke kan efterlevas av patienten eller för att han icke kan ge den riktiga ordinationen, då han vet patienten sakna möjlighet att följa densamma. Det kan gälla vila, miljöombyte, sundare kost, bostadsförhållanden och levnadsvanor över huvud taget. Detta är ägnat att framkalla åtskillig pessimism och resignation hos läkaryrkets utövare. Större resurser i berörda hänseenden skulle otvivelaktigt öka läkarnas arbetsglädje.

Icke minst bekymmer vållar frågan om *läkarens ersättning* för arbetet i den öppna vården. Även härvidlag befinner vi oss i en brytningstid. Betalningstagandet efter ögonmått med högre taxa för förmögna och »välgörenhet» mot obemedlade och mindre bemedlade är föråldrat men tillämpas fortfarande på sina håll. Försöket att genom en sjukkassetaxa få till stånd större enhetlighet i fråga om ersättningsbeloppens storlek samtidigt som en väsentlig del av kostnaden överflyttas från patienterna till samhället blir blott en halvmesyr, så länge denna taxa liksom nu blott är en återbäringstaxa och icke normerande för det faktiska läkararvodet samt dessutom är komplicerad och tidsödande i tillämpningen. Rådande olägenheter torde komma att ytterligare skärpas med genomförandet av den helt fria sjukhusvården. Härigenom kommer klyftan mellan kostnaderna för öppen och sluten vård, som redan är betydande, att ytterligare vidgas, allmänhetens tryck på den slutna vården att bli allt större och — därest man icke motstår detta tryck utan ökar den slutna vårdens resurser utöver det strängt behövliga — samhällets egna kostnader att i onödan växa. Denna argumentations riktighet har stundom bestritts t. ex. av läkarförbundets polikliniksakkunnige, som sagt,

att »öppen vård avlastar aldrig något annat än andra former av öppen vård». Snarare skulle den alltid medföra en ökad belastning av den slutna. Detta är riktigt, så länge den öppna vården befinner sig i utbyggnad för att motsvara det latenta vårdbehovet. I en fullt utbyggd organisation med god tidigdiagnostik kommer den öppna vården att i längden verka avlastande på den slutna vården. Den måste därför också i fråga om patienternas kostnader göras mer konkurrenskraftig mot den slutna.

Det hittills i vårt land ur flera synpunkter mest tillfredsställande resultatet synes ha vunnits av kombinationen fast grundlön med taxebunden prestationsersättning för arbetet i den öppna sjukvården, så som det hos oss tillämpats i fråga om provinsialläkarna. Även andra ersättningsprinciper har för samma grupp framgångsrikt prövats i hälsovårdsarbetet.

Nuvarande ersättningspraxis, som tillämpas av specialläkare — i vissa fall även av privatpraktiserande allmänläkare — har ibland kunnat ge berättigad anledning till även grava klagomål. Dessa har avsett enstaka läkares mera systematiskt tillämpade metoder eller enskilda flagranta fall.

Samtliga de brister, som i det föregående konstaterats och som bottnar i den historiska utvecklingen, har blivit allt mera framträdande allteftersom vårdens omfattning vuxit. I sista hand kan de föras tillbaka på den bristande *planering och organisation* av den öppna vården, som i inledningen påpekats.

Det anförda gäller ej endast den i enskild regi utan också i viss mån den av samhälleliga myndigheter ordnade öppna sjukvården. Så har det påpekats, att utbyggnaden av storstadspoliklinikerna ibland försiggått på ett mindre planmässigt sätt och att även vid dem organisatoriska svagheter gjort sig gällande, stundom av samma, stundom av annan art än dem, som på flera håll visat sig råda i den öppna vård, som bedrives vid landstingens sjukhus.

Självklart är också, att en vård i samhällets regi icke i och för sig är ett botemedel mot alla brister. Förutsättning för en god sådan är bl. a., att erforderlig medicinsk expertis utnyttjas av de offentliga sjukvårdsmyndigheterna samt att tillräckliga medel anslås för verksamheten. Så länge denna verksamhet drives som ett *frivilligt åtagande av vissa myndigheter,* ställer det sig svårare att få till stånd en rättelse av rådande missförhållanden; blir den öppna vården *en dessa myndigheter av samhället pålagd skyldighet,* blir läget ett annat.

En allmän reglering kan göra mycket för att minska motsatsställningen mellan huvudmän och läkare i den öppna vården och på ett mer genomtänkt sätt avväga rättigheter och skyldigheter dem emellan. Till sådana åtgärder hör fastställandet av normer för läkarantal, arbetstidsreglering, hänsynstagande till den medicinska expertisen i direktioner och styrelser etc. En central normering i stort är ofta fördelaktig för det hela; detaljfrågorna får sedan anpassas efter de lokala förhållandena. Största möjliga decentralisering efter riktlinjer, som generellt uppdragits under medverkan av läkarkåren både i centrala och perifera instanser, synes här vara det riktiga.

Svensk målsättning.

Det finns enligt vår mening icke någon anledning att för Sveriges del avvika från den målsättning, som för närvarande från ledande håll officiellt framföres eller redan fastslagits i skilda länder (se kap. 8—9). Även hos oss bör således gälla, att *all behövlig medicinsk omvårdnad bör ställas till förfogande för var och en, som därav är i behov, utan särskild kostnad vid det tillfälle, då vården åtnjutes;* att *det allmänna bör taga ansvaret för genomförandet av detta önskemål genom en utbyggd och reglerad organisation;* att i denna *den allmänna hälsovården, sjukhusvården och den förebyggande personliga hälsokontrollen bör samordnas inbördes och med den öppna sjukvården* och att särskilt *denna öppna sjukvård,* som i vårt land i stor utsträckning varit överlämnad åt läkarnas privata initiativ, särskilt vad beträffar den allmänna läkarvården i städerna och specialistvården både i städer och på landsbygd, *genom samhällets försorg bör utbyggas och regleras.* Härigenom fullföljes den allmänna utvecklingslinjen i svensk social medicin.

Kommentar till den angivna målsättningen:

1) »*all behövlig medicinsk omvårdnad*».

Hit räknas utom alla slag av läkarvård även tandvård, sjuksköterske- och barnmorskevård samt vård genom sjukgymnast jämte till dessa vårdformer hörande tekniska undersökningar och behandlingar.

2) »*var och en*».

Ingen del av befolkningen bör av ekonomiska grunder ställas i särklass i fråga om hälso- och sjukvård, varken de sämst eller de bäst ekonomiskt situerade, ej heller de, som bor långt avlägset från vårdcentralerna.

3) »*i den mest tjänliga form*».

Detta uttryck innebär, att i vården skall ingå behövlig såväl allmänvård som specialistvård, såväl förebyggande undersökning som rådfrågning, undersökning och behandling vid och efter sjukdomsfall.

4) »*utan särskild kostnad vid det tillfälle, då vården åtnjutes*».

Ingenting sägs här om huruvida medlen för hälsovård och sjukvård bör erhållas genom försäkring eller genom skatter.

5) »*att det allmänna bör taga ansvaret*».

Uttrycket understryker hälso- och sjukvårdens betydelse för hela folket och för samhället. Man kan ha vilken åsikt som helst om samhällelig verksamhet, men rätt stor enighet torde råda därom, att naturrikedomarna mer än individuell verksamhet bör vara underkastade samhällets omsorger.

Bland naturtillgångarna får den mänskliga arbetskraften — och därmed hälsan — anses vara den förnämsta.

6) — »*samordnas inbördes*» —

När nu den öppna sjukvården, både vården genom allmänläkare i städer och specialistvården i städer och på landsbygd, skall utbyggas och regleras genom samhällets försorg, bör samtidigt hänsyn tagas till övriga former av medicinsk omvårdnad, ty endast härigenom kan det under 3) här ovan ställda kravet förverkligas.

Ehuru de uppställda målen säkert ej kan realiseras under de närmaste åren bör de likväl vara vägledande vid planläggningen.

Kap. 12. Möjligheterna att anpassa våra förhållanden efter uppställda principer.

Olika läkarkategoriers villkor och ställning i den öppna sjukvården.

Lasarettsläkare och andra överordnade läkare.

Minst två tredjedelar av specialläkarna i Sverige innehar tjänster som läkare vid sjukhus. Utom de överordnade läkarna vid de delade lasaretten, vid sanatorierna och sinnessjukhusen samt vid olika slag av specialanstalter såsom vanföreanstalter, anstalter för kirurgisk tuberkulos etc. är även de odelade lasarettens överordnade läkare att hänföra till specialistgruppen, nämligen såsom specialläkare i kirurgi. Också en del av underläkarna innehar specialläkarkompetens.

Då antalet privatpraktiserande specialläkare i Sverige är lågt och då de specialläkare, som icke innehar sjukhusläkartjänst, övervägande har sin verksamhet förlagd till de största städerna, är det tydligt, att den öppna vård, som meddelas av sjukhusens specialister, för närvarande nästan ensam har att tillgodose behovet av specialläkarvård ute i landet.

Trots att sjukvårdsanstalternas huvudmän icke äger något i lag fastställt ansvar för tillgodoseendet av den öppna vården har de ställt sjukhusens resurser till läkarnas förfogande för öppen mottagning. Denna mottagning har genom frånvaron av annan lagstiftning än stadgandena i 15 § sjukhuslagen i praktiken framstått som en chefläkarnas rättighet, vilken de ägt utöva efter gottfinnande.

För huvudmännen har det tett sig fördelaktigt att på detta sätt ha läkaren tillgänglig inom sjukhusets lokaler under hela dagen även om så icke absolut påkallats av den slutna vården. Denna anordning har också kunnat motivera, att grundlönen satts till ett så lågt belopp, att den icke varit att betrakta som heltidsavlöning. Man har vidare räknat med att den öppna vården kunde ha en viss avlastande inverkan på den slutna. Dock har man

från huvudmannahåll varit angelägen att gardera sig mot risken för att den öppna mottagningen skulle komma att inkräkta på den tid, som borde ägnas den slutna vården. Garantier häremot har man, som tidigare nämnts, sökt tillförsäkra sig i gällande överenskommelse mellan landstingens centrala lönenämnd och svenska lasarettsläkarföreningen angående mottagningar för öppen sjukvård på lasarett (bil. 14).

Till förmån för systemet med gemensamma läkare för sluten och öppen vård har läkarna själva åberopat bl. a. den omväxling i arbetet och den ökade erfarenhet, som det innebure för läkarna, kontinuiteten i vården för patienter, som före och efter sluten vård sköttes på den öppna mottagningen, samt de större möjligheterna till ett urval av patienter, som bäst vore i behov av sluten vård.

I de största städerna har — delvis ur de gamla fattigmottagningarna — vid sidan av mottagningar enligt 15 § sjukhuslagen framvuxit av huvudmannen drivna s. k. poliklinikmottagningar, till en del — dock ej så ingående — reglerade genom särskilda bestämmelser.

För patienterna erbjuder poliklinikerna i jämförelse med andra former av öppen vård bl. a. de fördelarna, att de får tillgång till sjukhusens tekniska resurser — denna fördel erbjuder också mottagningar enligt 15 § sjukhuslagen —, att de på förhand kan ungefärligen beräkna kostnaden för besöket, som i allmänhet är liten, samt att de kan infinna sig arbetsklädda utan vidare ceremonier. Huvudmännens intresse i denna vårdform är att med minsta möjliga kostnad, på något håll enligt uppgift med vinst, tillgodose behovet av öppen vård inom sjukvårdsområdet i den form och omfattning, som av huvudmännen själva befinnes lämplig.

I vissa avseenden har båda formerna för den öppna vården vid sjukhusen — mottagning enligt 15 § och »poliklinikmottagning» — i praktiken visat sig mindre lyckliga. Poliklinikernas läkare har ibland funnit sina önskemål alltför litet beaktade av huvudmännen för dessa anstalter. En läkaropinion, som vant sig att betrakta den öppna mottagningen som ett läkarprivilegium, har i huvudmännens poliklinikmottagningar sett ett obehörigt intrång, varigenom huvudmän och patienter tillgodoser sina intressen på läkarnas bekostnad. Denna inställning kan befaras på sina håll hos sjukhusläkarna ha minskat intresset för att råda bot på förefintliga organisatoriska brister hos poliklinikerna och där söka åstadkomma goda mottagningsförhållanden med kortast möjliga väntetid, tillgodoseende av kravet på kontinuitet i vården av patienter, så långt detta skulle låta sig göra, m. m. I stället har förefintliga brister framställts såsom liggande i poliklinikväsendets natur och givit anledning till ett systematiskt motstånd mot poliklinikformen.

Å andra sidan gör sig inom den öppna sjukhusvården enligt 15 § sjukhuslagen bristen på ansvarig huvudman gällande på flera sätt, främst i den otillfredsställande lösning, som lokalfrågan mångenstädes fått. Tillströmningen begränsas ej alltid genom de mest önskvärda metoderna och

stundom genom en taxa, som kan tänkas hålla det mindre välsituerade klientelet borta. Samtidigt föreligger inga garantier för att läkarnas arbetskraft i första hand reserveras för fall, som kräver deras särskilda expertis som specialläkare; i flera fall är de överlupna av patienter, som hellre bort skötas av allmänpraktiker.

Bortser man från den mottagning med förutbeställning av tid, som ofta hålles utöver den annonserade mottagningstiden, är skillnaden mellan poliklinikmottagning och mottagning enligt 15 § icke så avsevärd vare sig i fråga om förtjänster eller brister. Enligt doktor Fengers sid. 43 ff. citerade uttalande är för en utlänning, obunden av det hos oss traditionella betraktelsesättet, skillnaden närmast obefintlig. Uppenbart är, att ur ren sjukvårdssynpunkt båda slagen av mottagningar fyller exakt samma funktion, nämligen att bereda tillgång till öppen specialistvård med utnyttjande av den slutna vårdens resurser i fråga om personal och teknisk utrustning. Utgår man från denna funktion bör man kunna utarbeta *en* grundform, så gestaltad att de brister, som nu vidlåder båda de befintliga formerna, i möjligaste mån elimineras.

De *rättigheter, som* i första hand *bör tillkomma de överordnade läkarna* vid en reglering av den öppna vården, är följande:

1) frihet i det medicinska handlandet (»enligt beprövad erfarenhet etc.»),
2) administrativ bestämmanderätt angående vårdens anordning inom de gränser, som uppdras genom av direktionerna utfärdade arbetsplaner (maximerat antal arbetstimmar i öppen vård per vecka etc.),
3) tillbörlig assistans av sköterskor, kuratorer m. fl., och, där så kan ske, av underordnade läkare,
4) tillgång till lokaler och teknisk utrustning enligt en för sjukvårdsområdet gällande plan,
5) rimlig, begränsad total arbetstid,
6) skälig ersättning.

De överordnade läkarna skall i gengäld ha följande skyldigheter:

1) deltagande i öppen vård, främst skyldighet att mottaga remissfall, enligt fastställd plan, jämväl innehållande ersättningsnormer,
2) ledning av underordnad personal och ansvar för dess medicinska handlande,
3) minimiarbetstid.

Underordnade läkare.

Såväl vid landstingslasarettens öppna mottagningar enligt 15 § som vid de egentliga poliklinikerna är även anstalternas underläkare i viss utsträckning verksamma. Åtskilliga av dem innehar specialläkarutbildning i de fack, som de företräder. Där så icke är fallet har vid landstingslasaretten de underläkare, som deltar i öppen vård, i regel haft en god grundutbildning, medan en del underläkare vid poliklinikerna stundom knappast varit till-

räckligt erfarna för att utan noggrann handledning utöva specialläkarvård. I den mån specialläkarkompetens föreligger hos underläkarna, är det ur den öppna vårdens synpunkt synnerligen önskvärt, att de deltar i denna vård, så långt arbetet inom den slutna vården medger detta. Även för de yngre läkarna får sådan praktik anses mycket värdefull ur utbildningssynpunkt, men den måste då utövas under kompetent läkares ledning och ansvar. Härom har hittills icke funnits tillfredsställande bestämmelser.

För *underläkarnas* del bör vid en reglering av den öppna vården *rättigheter och skyldigheter* främst utgöra:

1) att delta i öppen vård enligt för varje sjukvårdsinrättning fastställd arbetsordning,
2) att hålla viss rimlig total arbetstid,
3) att i fall, där så erfordras, konsultera överordnad läkare samt
4) att erhålla skälig ersättning.

Sjukhusläkarnas förhållande till läkare utom sjukhusen.

Mot den öppna specialläkarvården vid sjukhusen har anförts, t. ex. av läkarförbundets polikliniksakkunnige, att denna vård obehörigen inkräktar på de privatpraktiserande läkarnas verksamhetsområde. Dessa läkare har förklarats utgöra en för samhället nödvändig reserv, vilket bl. a. skulle motivera särskilt hänsynstagande i detta avseende. För vår del anser vi, att de privatpraktiserande läkarna icke bör anses bilda en reserv utan i likhet med övriga läkare helt tas i anspråk i kampen mot ohälsan. Detta särskilt som med nuvarande läkarknapphet vårdbehovet ännu under överskådlig tid torde komma att väsentligt överstiga tillgången på såväl allmänvård som specialistvård.

I fråga om återremisser bör inga strikta regler ges men goda allmänna riktlinjer uppdras. Patientens vård bör fördelas på specialläkare och allmänläkare efter fallets medicinska art. Patientens behov av specialläkares omvårdnad bör avgöra, när han återsändes till allmänläkaren. Ett intimt organiserat samarbete dem emellan bör alltså äga rum.

Rimligt är, att på sjukhus vårdade fall erhåller sin *eftervård* på sjukhusets öppna mottagning, i den mån denna vård kräver särskild specialkunskap eller särskilda tekniska resurser, men att den i övriga fall alltid, då så lämpligen kan ske, överlämnas till familjeläkaren. *Konsultationsfall* bör i regel ställas tillbaka till den läkare, som förordat konsultation; om så icke kan ske, bör denne erhålla meddelande om att fortsatt specialistvård ansetts nödvändig och anledningen härtill.

Även vid intagning och utskrivning bör inremitterande läkare underrättas. För dessa arbetsuppgifter erfordras skrivpersonal. Enkla blankettformulär är också ägnade att underlätta en god praxis härvidlag. Där sjukhusspecialisten anser kontrollbesök på sjukhuset lämpligt efter viss tid kan vården under mellantiden ofta överlämnas till allmänläkaren. Denne bör, där så är möjligt, då han hänvisar en patient till specialistvård, härom utfärda

skriftlig remiss, innehållande sådana uppgifter om förhistorien och gjorda iakttagelser, som kan för specialistens uppfattning vara avgörande, samt av den inremitterande läkaren såsom säker, sannolik eller misstänkt angiven diagnos.

Omfattningen av den öppna vården vid sjukhusen bör främst avvägas med hänsyn till allmänhetens behov av öppen specialistvård samt efter vad sjukhusens resurser i fråga om personal och lokaler samt utrustning kan anses medge. Läkarantalet vid sjukhusen måste därefter fastställas enligt normer, som bl. a. tar hänsyn till den omfattning den öppna vården befunnits böra ha. För en sådan avvägning av den öppna vårdens volym vid och utanför anstalt erfordras planering för varje sjukvårdsregion. Vid denna bör bl. a. beaktas, att jourtjänsten för t. ex. olycksfall ordnas mera tillfredsställande än som nu på sina håll är fallet. Medan t. ex. den underordnade sinnessjukpersonalen hösten 1946 går till förhandlingar om att s. k. passiv tjänstgöring skall ersättas även när den sker mera sällan än var tjugonde natt och röner tillmötesgående av myndigheten, är många läkare jourhavande varje (provinsialläkare) eller varannan natt (vissa sjukhusläkare) utan att härför särskild ersättning beräknas utgå.

I den mån den kritik, som anförts mot löpande-bandsystemet vid poliklinikerna är berättigad, torde den ofta med samma fog kunna riktas mot mottagningar enligt 15 §. Då fråga är om uttalat teknisk vård, som i flera specialiteter är fallet, innebär systemet den fördelen, att väsentligt flera patienter kan omhändertagas, vilket vid nuvarande läkarbrist är av särskilt värde. Åtminstone tills vidare måste vi på vissa områden finna oss i ett i och för sig mindre önskvärt löpande-bands-arbete, så länge denna anordning är en förutsättning för att alla, som behöver vård, skall erhålla åtminstone någon sådan.

Privatpraktiserande specialister.

De privatpraktiserande specialisterna utom sjukhus är i Sverige med få undantag samlade i de största städerna. Deras verksamhet försvåras ibland av deras isolerade ställning och ofta av brist på tillräcklig, modern utrustning. En sådan utrustning kan utnyttjas mera rationellt, om den betjänar ett flertal praktiserande specialister. Har en specialist anskaffat en utrustning för egen del, kan detta innebära en avsevärd belastning för hans ekonomi. I början av verksamheten dröjer det i regel, trots det stora behovet av specialister, en tid, innan patienterna finner vägen till den nya praktikern, varför de första åren efter etableringen ej sällan går med förlust. Detta hör till det nuvarande systemets brister.

Allmänläkare.

Allmänpraktiker, som ombesörjer öppen vård, är dels civila tjänsteläkare — provinsialläkare, stadsläkare m. fl., tillsammans ca 700 — dels privat-

praktiserande allmänläkare, av vilka knappast hälften så många ägnar hela sin arbetstid häråt.

De skilda kategorierna har olika arbetsvillkor. Med hänsyn till arbetslokal är flertalet ogynnsamt ställda: De provinsialläkare, som har sjukstugor, har i detta avseende en bättre ställning. Bristen på ändamålsenliga lokaler är eljest framträdande framför allt för de tjänsteläkare, som förenar öppen sjukvård och hälsovård (dispensärvård, mödra- och barnavård etc.). Möjligheten att bekvämt konsultera specialister är alltför begränsad.

Det mycket stora flertalet allmänläkare har en allt för betungande arbetsbörda. De privatpraktiserande allmänläkarna har att själva sörja för sin ekonomiska trygghet vid sjukdom och dödsfall, vilket för många, i synnerhet i början av deras fria verksamhet, innebär så tunga bördor, att tryggheten endast ofullständigt eller alls icke nås och många icke ens anser sig kunna unna sig någon tids årlig semester.

Olika vårdformers volym.

Vid ett försök att beräkna läkarbehovet måste hänsyn tagas till omfånget av samtliga de vårdformer, vari läkarverksamheten bedrives. Av särskild vikt är detta i vårt land, där samma läkare i så stor utsträckning är verksamma inom olika vårdformer.

Sluten sjukvård.

Volymen av den slutna vården vid de civila sjukvårdsanstalterna i riket 1944 absolut och i relation till folkmängden framgår av följande tablåer, som också visar, hur omfattningen av vården ökat under 1900-talets decennier.

Medan antalet vårdplatser vid de civila sjukvårdsanstalterna år 1910 uppgick till 32 103, var siffran 72 671 för år 1940, vilket innebär en ökning, absolut sett, med nära 130 %. I relation till invånarantalet motsvarar ökningen nära 100 %. Motsvarande jämförelse i fråga om antalet underhållsdagar ger till resultat en ökning med ca 180 %, absolut sett, och nära 150 %

Civila sjukvårdsanstalter.

År	Samtliga anstalter					
	Absoluta tal			Per 1 000 invånare		
	Vårdplatser $^{31}/_{12}$	Intagna	Underhållsdagar	Vårdplatser $^{31}/_{12}$	Intagna	Underhållsdagar
1910	32 103	156 063	8 773 363	5·8	28·3	1 588·7
1920	42 423	252 735	13 126 463	7·2	42·8	2 231·1
1925	48 708	270 380	15 488 152	8·0	44·7	2 558·5
1930	58 576	356 584	18 730 960	9·5	58·0	3 049·2
1935	67 446	437 590	22 787 177	10·8	70·0	3 645·7
1940	72 671	524 904	24 848 584	11·4	82·4	3 900·0
1944	78 805	709 550	27 715 961	11·9	107·6	4 201·5

År	Lasarett[1]					
	Absoluta tal			Per 1 000 invånare		
	Vårdplatser 31/12	Intagna	Underhållsdagar	Vårdplatser 31/12	Intagna	Underhållsdagar
1910	9 142	89 246	2 709 364	1·7	16·2	490·6
1920	11 103	142 866	3 679 236	1·9	24·2	623·1
1925	12 692	165 534	4 326 922	2·1	27·3	714·8
1930	15 800	223 451	5 526 395	2·6	36·4	899·7
1935	16 740	279 874	6 070 547	2·7	44·8	971·2
1940	19 412	318 483	6 289 196	3·0	50·0	987·1
1944	21 073	417 219	7 475 193	3·2	63·2	1 133·1
1945	21 694			3·3		

[1] Tuberkulos-, sinnessjuk-, barn-, barnbörds- och konvalescentavdelningar *icke* medräknade.

År	Tbc-anstalter					
	Absoluta tal			Per 1 000 invånare		
	Vårdplatser 31/12	Intagna	Underhållsdagar	Vårdplatser 31/12	Intagna	Underhållsdagar
1910	2 198	3 929	490 675	0·4	0·7	88·9
1920	5 150	11 604	1 712 595	0·9	2·0	290·0
1925	6 124	12 282	2 097 158	1·0	2·0	364·4
1930	7 414	15 322	2 546 122	1·2	2·5	414·5
1935	8 642	17 137	2 962 080	1·4	2·7	473·9
1940	8 722	17 429	2 924 680	1·4	2·7	459·0
1944	9 104	18 477	2 908 294	1·4	2·8	440·8
1945	9 048			1·4		

År	Sinnessjukhus[1]					
	Absoluta tal			per 1 000 invånare		
	Vårdplatser 31/12	Intagna	Underhållsdagar	Vårdplatser 31/12	Intagna	Underhållsdagar
1910	8 012	2 257	2 786 427	1·5	0·4	504·6
1920	10 352	2 695	3 914 523	1·8	0·5	663·0
1925	12 024	3 003	4 718 070	2·0	0·5	779·4
1930	15 280	4 336	5 740 068	2·5	0·7	934·4
1935	20 990	7 576	8 093 183	3·4	1·2	1 294·8
1940	22 021	6 540	9 259 583	3·5	1·0	1 453·3
1944	23 225	7 560	9 655 707	3·5	1·1	1 465·1
1945	23 191			3·5		

[1] Statens och vissa större städers anstalter.

i relation till folkmängden. År 1944 uppgick antalet vårdplatser till 78 805 och antalet underhållsdagar till 27 715 961, vilket i förhållande till 1910 års siffror innebär en ytterligare absolut ökning efter 1940 med 19 % respektive 33 % eller, om hänsyn tages till befolkningsökningen, med 9 % respektive

19 %. En jämförelse mellan olika slag av anstalter visar, att den största ökningen av antalet vårdplatser under de gångna decennierna hänför sig till barnbördsavdelningar, vårdhem för kroniskt sjuka, tuberkulosanstalter och sinnessjukhus; så t. ex. uppgick den absoluta ökningen av vårdplatserna vid sinnessjukhusen 1910—1945 till 187 % och vid tuberkulosanstalterna till 311 %.

Antalet per år intagna ökade vid flertalet anstaltstyper (lasarett, sjukstugor, barnsjukhus, barnbördsavdelningar, hem för kroniskt sjuka) förhållandevis ännu mer. Detta vittnar om en väsentligt stegrad vårdintensitet. Särskilt barnbördsplatserna har under de allra senaste åren utnyttjats till det yttersta med nära 40 intagningar per vårdplats 1944 mot ej fullt 30 år 1910 och 27 år 1940.

Den tekniska utvecklingen ställer ständigt ökade möjligheter till den medicinska diagnostikens och terapins förfogande. Ännu synes behovet av vårdplatser icke på långt när vara täckt. En jämförelse med antalet vårdplatser i övriga länder med väl utvecklat sjukvårdsväsende (Danmark, England, Nya Zeeland) visar, att man där bedömer situationen på ett liknande sätt. Delvis sammanhänger detta med den fortgående utvecklingen av nya specialiteter. På de flesta områden, där en aktivering av vården synes sannolik med en förkortad vårdtid som följd, såsom på sinnessjukhusen, torde en första förutsättning vara ökning av läkarnas antal på området. I viss mån kan härigenom tiden för diagnosens ställande förkortas, liksom också den efterföljande vården på sjukhus ofta vid en tidigare diagnos blir kortare. Men med de ökade tekniska resurserna blir de kategorier av patienter, som för diagnosens ställande eller terapins inpassning har behov av en sjukhusvistelse, allt flera. Den moderna lever- och hjärtdiagnostiken utgör exempel härpå. (Se t. ex. yttrande av professor Svartz i bil. 26.) Sannolikt kommer denna utveckling att allt mera accentueras.

På grundval av de kommunala huvudmännens utbyggnadsplaner m. m. har medicinalstyrelsen i januari 1947 gjort en beräkning av den slutna vårdens byggnadsbehov för det närmaste årtiondet. För 1947 uppgick den beräknade byggnadskostnaden till ca 180 miljoner kronor. Beräkningen avsåg 290 anstalter. Det påpekas, att beloppets storlek förklaras av, att byggnadsbehovet de sista åren varit uppdämt. Vad lasarettsvården beträffar anges, att landstingen fattat preliminära beslut om anordnande under de närmaste 3 åren av ca 8 000 nya vårdplatser för en kostnad av omkring 160 miljoner kronor eller något över 50 miljoner kronor om året. Enligt medicinalstyrelsens tioårsplan för sinnessjuk- och sinnesslövården föreslås en utbyggnad på dessa områden äga rum för en kostnad av ca 100 miljoner kronor eller 10 miljoner kronor per år. Den kroniska kroppssjukvården bör enligt styrelsens mening under de närmaste 10 åren utbyggas med minst 10 000 nya vårdplatser. Beräknas medelkostnaden per vårdplats uppgå till 15 000 kronor, skulle dessa kostnader för tioårsperioden uppgå till 150

miljoner kronor eller sålunda till 15 miljoner kronor per år. Tillsammans skulle för här uppräknade ändamål under de närmaste åren kunna komma att årligen erfordras ett belopp av ca 75 miljoner kronor.

Man måste därför förutse, att den slutna vården kommer att kräva ett ständigt ökat antal läkare under de två närmaste årtiondena. Endast tuberkulosvården kan i detta hänseende möjligen mot periodens slut förväntas utgöra ett undantag.

Den förebyggande vården.

För närvarande sker den profylaktiska hälsoövervakningen i olika åldrar med väsentligt olika intensitet. Mödraövervakningen under havandeskap omfattar normalt 1—2 läkarundersökningar, 3 undersökningar genom barnmorska samt regelbundna tätare urinundersökningar. Spädbarnen tillses med till en början kortare, småningom längre intervaller tillsammans i medeltal 7—8 gånger under första levnadsåret av läkare och dessemellan av barnmorskor eller sjuksköterskor. Från andra levnadsåret sker övervakningen med längre mellanrum för att mot skolåldern inskränkas till en gång årligen och i skolan, vad angår fullständig läkarundersökning, ungefär en gång vartannat år. För alla dessa kategorier gäller, att övervakning, då undersökningen visar behov därav, omedelbart kan ske med kortare intervaller. Läkarens medhjälpare — barnmorska eller sjuksköterska — som besöker de enskilda hemmen, tjänstgör ofta som förmedlare av nya läkarbesök; föräldrar och lärare tar också initiativ härtill.

I de hälsofarliga yrkena är det särskilt föreskrivet, om hälsokontrollen skall vara årlig eller ske med större intervaller. Den påbörjade skärmbildsundersökningen av svenska folket räknar till en början med en undersökning av varje invånare vart tredje år (1946 och 1947 blott en femtedel av folket), där icke upprepade undersökningar och fortsatt kontroll visar sig behövliga. De långa intervallerna är övervägande betingade av tekniska svårigheter. Sakliga grunder talar för minst en och helst flera årligen återkommande undersökningar i de s. k. tuberkuloshotade åldrarna ([15—]20—40[—50] år) samt av äldre.

Vid en utbyggnad för hela befolkningens del av denna förebyggande hälsokontroll, som är aktuell flerstädes i utlandet men ännu ingenstädes utföres i större skala, kommer med all sannolikhet fortsättningsvis som hittills en differentiering att ske efter olika åldrar. Möjligt är t. ex. att i vissa åldrar, som särskilt hotas av viss sjukdom, en fortlöpande undersökning i fråga om denna sjukdoms särskilda yttringar i visst eller vissa hotade organ kommer att ske med kortare intervaller, medan övriga undersökningar sker med längre. Säkert är, att själva metodiken för dessa förebyggande hälsoundersökningar med vetenskapens fortskridande utveckling kommer att allt mer förenklas och förfinas, liksom att dessa undersökningar år från år kommer att öka i omfattning och betydelse.

I vilken mån sådana undersökningar, t. ex. för arbetare i olika yrken, kommer att fordra speciella föranstaltningar, på samma sätt som i Sverige hittills skett för mödravård, barnavård, tandvård och tuberkulosvård, låter sig icke för närvarande i detalj förutsägas. Ingen anledning synes föreligga att vänta ett brott på den nuvarande utvecklingslinjen, enligt vilken såväl allmänläkare som specialister i regel är inkopplade både på den profylaktiska och den kurativa delen av hälsovården och dessa så mycket som möjligt samordnas.

De erfarenheter, som redan vunnits inom olika områden av den förebyggande hälsovården hos oss liksom i andra länder, tillåter slutsatsen, att genom denna vård ofta upptäckes, att hälsan är hotad på ett sätt, som kan nödvändiggöra både särskild rådgivning och särskilt ingripande i den öppna eller slutna sjukvården; samtidigt ändras sjukvårdens karaktär, i det att fallen kommer till behandling i ett tidigare och för aktiv terapi mera lämpat stadium, varigenom bättre resultat av vården kan vinnas. Det är detta, som gör att man vid en konkurrens mellan den förebyggande hälsovården och sjukvården måste söka en kompromiss, som tillgodoser utvecklingen fram mot en tidigare och resultatrikare behandling. Redan nu skulle en två gånger om året utförd undersökning för vissa åldrar kunna sägas vara motiverad. Möjligheterna att få till stånd en sådan organisation kommer successivt att ökas. Att utvidga den förebyggande hälsoövervakningen till alla åldrar är en angelägen uppgift.

Den öppna sjukvården.

Den öppna sjukvårdens volym framgår uppskattningsvis av tablån sid. 252.

I tablån redovisas den öppna sjukvården vid anstalterna (poliklinikerna och lasarettsläkarnas enskilda mottagningar enligt 15 §) liksom den öppna vård, som bedrives av tjänsteläkarna på landsbygden samt i städer och stadsliknande samhällen enligt beräkningar, som gjorts på grundval av vårt ovan redovisade material. Även en uppskattning av omfattningen av de privatpraktiserande läkarnas öppna vård har verkställts, vilken dock är väsentligt osäkrare. Av tusentalet läkare, som i tablån redovisats som privatpraktici, har vi för ungefär hälften uppskattat arbetstiden till ca 9 timmar i öppen vård; de övriga driver en till omfattningen väsentligt mindre privat praktik vid sidan av tjänst. Siffran 4·68 miljoner läkarbesök i tablån har erhållits som resultat av en förutsatt medelarbetstid av 6 timmar med 3 patienter i timmen under 260 mottagningsdagar. Sannolikt är alla dessa värden låga och slutsiffran alltför låg.

Totalsumman besök hos läkare under förra hälften av 1940-talet kan enligt tablån anses uppgå till omkring 12 miljoner per år. Huru många personer, som gjort dessa besök, är ej bekant. Antalet sjuka, som sökt läkare under ett år, kan icke anges ens för de sjukförsäkrade.

Öppen kroppssjukvård.

Uppskattning av antalet läkare, deras arbetstid i öppen vård och antalet besök på mottagningarna per år.

Vårdformer i öppen mottagning vid (hos, i)	Antal läkare	Arbetstid i öppen mottagning per läkare och dag timmar	Antal besök per år	
			per läkare	sammanlagt
polikliniker (1941)	155	4·3	6 774	1 050 000
delade lasarett (1943)	330	2·2	4 137	1 365 000
odelade lasarett (1943)	130	1·8	3 731	485 000
sjukstugor (1943)	80	4·1	6 125	490 000
sanatorier (1943)	·	·	·	80 000
provinsialläkare (1944)	385	5·0	4 500	1 730 000
kommunalt anställda läkare (1944)	190	5·5	6 000	1 140 000
privatpraktiserande läkare	(1 000)	·	·	(4 680 000)
förebyggande mödra- och barnavård (1943)	·	·	·	490 000
centraldispensärvård (1943)	·	·	·	243 000
distriktsdispensärvård (1943)	·	·	·	116 000
Totalt	·	·	·	**11 869 000**

Anm. I uppskattningen har icke medtagits öppen mottagning vid vissa specialavdelningar vid delade lasarett eller överläkarnas enskilda mottagning vid sjukhusen i Stockholm, Göteborg, Malmö, Uppsala och Lund. Risk för dubbelräkning föreligger för besöksfrekvensen hos provinsialläkare, som samtidigt är sjukstugeläkare.

Om alla medborgare sökte läkare i samma utsträckning skulle, om tablån ger en någorlunda riktig bild av läget, för närvarande var och en i vårt land söka läkare i öppen sjukvård ungefär två gånger om året.

I vissa sammanställningar från senare år — såsom 1941 års reumatikervårdssakkunnigas betänkande III (SOU 1945: 41, sid. 92) och läkarutbildningssakkunnigas betänkande III (SOU 1945: 56, sid. 29) — ges olika exempel på att klientelet i städerna har en väsentligt högre besöksfrekvens än det på landsbygden. Den allmänna besöksfrekvensen får anses låg. Från andra länder anges gjorda beräkningar ha gett högre siffror. Sjukkasseklientelet i Danmark säges söka läkare i tre gånger så stor utsträckning. I Danmark menar somliga läkare, att patienterna ej sällan söker för obetydligheter, som icke skulle erfordra läkares ingripande. I Sverige har motsvarande omdöme givits av vissa läkare. Andra läkare, exempelvis de, som särskilt sysslar med maligna svulster, tuberkulos, hypertension, anser tvärtom, att behandlingsresultaten skulle bli väsentligt bättre, om patienterna lärt att tidigare hänskjuta bedömandet av till synes obetydliga rubbningar i hälsotillståndet till medicinsk expertis. En regelbunden och differentierad hälsovårdande undersökning två gånger om året skulle, som skett i fråga om cancern i U. S. A., i viss mån tillgodose dessa önskemål. Då givetvis även under tiden mellan sådana hälsoundersökningar sjukdomstecken, som påkallade omedelbar läkarundersökning, komme att visa sig, skulle en organisation av hälso- och sjukvården i vårt land enligt dessa linjer erfordra ett större läkarantal än det nuvarande.

En huvudlinje för planläggningen inom hälso- och sjukvården måste vara

att underlätta den gradvisa övergången till en sådan kombinerad hälso- och sjukvård.

Redan nu bör gällande bestämmelser ändras så att, liksom i mödravård — ofta också i skolhälsovård — redan sker, mindre krävande terapeutiska råd och ingripanden ges vid den förebyggande undersökningen och den där tjänstgörande läkaren i de fall, då särskild läkarvård kräves, hänvisar till sådan.

Ännu länge kommer att såsom en huvudsak inom den förebyggande hälsovården framstå omhändertagandet av tidiga sjukdomstillstånd genom olika specialister. I fråga om öronlidanden gäller detta t. ex. i stor utsträckning om akuta inflammationer i mellanörat, särskilt vanliga hos skolbarn, om bihåleinflammationer i olika åldrar samt om behandlingen av börjande lomhördhet som yrkessjukdom i bullrande yrken. Hela folktandvården är uppbyggd för en upprepad kontroll och behandling av begynnande tandröta. Motsvarande gäller mer eller mindre inom andra specialiteter.

I kapitlet om den öppna psykiska sjukvården har framhållits, att denna vårdform just börjat utbyggas och kan förväntas komma att vinna en avsevärd omfattning. I fråga om den psykiska hälsovården gäller kanske i än högre grad än om kroppsvård, att de förebyggande åtgärderna måste insättas på så tidigt stadium som möjligt för att kunna bli effektiva. På grund härav måste särskild vikt läggas vid det fulla utbyggandet av den psykiska barna- och ungdomsvård, som redan börjat inrättas i vårt land. En viktig regel är därvid att läkaren, enkannerligen barnpsykiatrikern, icke bara har att tillgodose det hjälpbehov, som direkt anmäler sig på rådgivningscentralerna vid länslasaretten. Eftersom de gryende psykiska missanpassningssymtomen hos barn och ungdom ofta tar sig direkta eller indirekta uttryck i uppfostringssvårigheter av olika slag och i s. k. vanart eller ungdomsbrottslighet, är det av vikt, att barnpsykiatrikern får inleda en arbetsgemenskap med barnavårdsnämnder (respektive ungdomsnämnder) och andra samhällsorgan, som har med dessa frågor att skaffa. De förändringar i barnavårdslagen, som infördes i och med att den psykiska barna- och ungdomsvården beslutades av statsmakterna, förutsätter ju också möjligheter till sådan rådfrågning hos läkare från barnavårdsorganens sida. Även inom skolhälsovården föreligger ett liknande behov av rådfrågningsmöjligheter hos specialläkare. Det förtjänar också påpekas, att i samma mån som den förebyggande barnavården — vid barnavårdscentraler respektive barnavårdsfilialer etc. — undan för undan utökas till att omfatta hela förskoleåldern, kommer med all sannolikhet även småbarnsålderns uppfostringsfrågor att bli en läkarangelägenhet i långt högre grad än vad som nu är fallet.

Organiserandet av en öppen psykisk hälsovård för vuxna måste på samma sätt utgå från den grundläggande erfarenheten, att de psykiska rubbningarna ofta, direkt eller indirekt, leder till sociala missanpassningsfenomen såsom nedsatt försörjningsförmåga, familjesvårigheter och andra sociala konfliktsituationer, stundom också till alkoholism, kriminalitet o. dyl. En öppen

psykisk vård för vuxna kan alltså inte inskränka sig till enbart mottagningar, dit de hjälpbehövande själva kan vända sig. Miljökorrektioner måste ofta företagas, både i profylaktiskt och terapeutiskt syfte. Den öppna vården för psykiskt sjuka, både för barn och vuxna, måste därför i utpräglad grad medge möjligheter att arbeta ute i fältet direkt i den hjälpsökandes egen miljö. Detta förutsätter ett intimt samarbete mellan den öppna psykiska hälso- och sjukvården vid lasaretten och sinnessjukhusen och de sociala hjälporganen. Även utvecklingen av socialvården, alkoholistvården och kriminalvården kräver ett allt intimare samarbete mellan psykiatriskt utbildade läkare och befattningshavare inom respektive vårdområden. Det förtjänar sålunda särskilt understrykas, att utvecklingen av de samhälleliga hjälporganen för med sig ett behov av särskilda socialt utbildade psykiatriker och socialläkare och detta i allt högre grad, ju mer tyngdpunkten förlägges från sluten anstaltsvård till öppen vård. Detta kommer på lång sikt att kräva ett betydande antal läkare och annan socialt och psykologiskt utbildad personal.

Läkarbehovet.

Behovet av allmänläkare.

I början av 1930-talet hölls i Genève en av nationernas förbunds hälsovårdskommitté ordnad internationell konferens om hälsovården på landsbygden. Vid denna enades deltagarna om att såsom en lämplig arbetsbörda för en allmänläkare skulle anses omvårdnaden av ett distrikt med 2 000 invånare. Denna uppskattning av en läkares genomsnittliga prestationsförmåga har sedan flerstädes utomlands återkommit i diskussionen som en naturlig utgångspunkt vid försök till ett planmässigt avvägande av en allmänläkares arbetsbörda. Siffran 1 500 invånare per allmänläkare har år 1946 angivits som den lämpliga i beräkningen av den amerikanska staten Manitobas läkarbehov.[1] Uppenbart är dock, att vi i Sverige icke inom överskådlig framtid kan nå upp till denna standard. Vi får tills vidare sikta till att en distriktsläkare på landsbygden, med hjälp av en god organisation och tillräcklig assistans av hjälppersonal (distriktssköterskor, distriktsbarnmorskor, laboratoriebiträden etc.), jämte teknisk utrustning, vari ingår motorfordon för både läkare och medhjälpare, samt med hjälp av konsulterande specialister, skall kunna sköta ett distrikt med ungefär 4 000 invånare.

Medicinalstyrelsen har också vid sin uppläggning av 1946 års riksplan för provinsialläkarvården räknat med en medelstorlek för provinsialläkardistrikten av 4 000 invånare. Om man i enlighet härmed utgår från att en allmänläkare i vårt land skall kunna omhänderha vården av 4 000 invånare, skulle det behövliga antalet sådana läkare år 1960, då enligt en av professor S. Wahlund gjord prognos invånarantalet skulle utgöra 7·2 miljoner, vara i runt tal 1 800.

[1] Report of Rockefeller Foundation on Personal training requirements of the province of Manitoba, oktober 1946.

För landsbygdens del har beräkningsgrunden godtagits av den läkarsammanslutning, som bäst känner till landsbygdens hälsovårdsproblem, nämligen svenska provinsialläkarföreningen. Om man räknar med att landsbygdens befolkningssiffra år 1960 är densamma som för närvarande, 3 800 000, skulle behovet av allmänläkare enligt denna norm då uppgå till 950. Vid årsskiftet 1941/42 var antalet tjänsteläkare på landsbygden 377, varjämte antalet privatpraktiserande kan antas ha varit 73. Utbyggnadsbehovet från denna tidpunkt till 1960 blir alltså 500 allmänpraktiker.

För städernas del är ett tal av en allmänläkare på 4 000 invånare uppenbarligen för lågt. Vid årsskiftet 1941/42 var enligt de läkarutbildningssakkunniga (SOU 1945: 56, sid. 90), antalet i hela landet verksamma privatpraktiserande allmänläkare 294. Om vi hänför hela detta antal utom de 73 läkare, som vi ovan medräknat på landsbygden, till städerna och ytterligare räknar med, att hela antalet privatpraktiserande specialister, 270, bedrev allmänpraktik i full utsträckning, skulle antalet privatpraktiserande allmänpraktiker i städerna vid denna tidpunkt kunna anges till 491. Härtill kom ej fullt 200 kommunalt anställda läkare samt uppskattningsvis 110 militärläkare, överåriga och förut ej medräknade specialister, vilka hade viss allmänpraktik. Tillhopa fanns alltså enligt denna uppskattning högst 800 allmänläkare, vilket på en stadsbefolkning av 2 400 000 ger relationen en läkare på 3 000 invånare. Trots att flertalet av dessa läkare som framgår av vår framställning i vårt utkast till kap. 3 av detta betänkande ofta hade en alltför tung arbetsbörda, anser vi oss nödsakade att för år 1960 i städerna räkna med ett oförändrat antal allmänläkare i förhållande till folkmängden. På en stadsbefolkning av 3 400 000 invånare skulle då behövas 1 130 allmänläkare, innebärande en ökning i förhållande till årsskiftet 1941/42 av 330.

Det sammanlagda utbyggnadsbehovet för allmänläkarnas del skulle alltså bli (500 + 330) 830. Vi vill framhålla, att befolkningsökningens fördelning på städer och landsbygd grundats endast på ett antagande. Om den faktiska utvecklingen går i annan riktning, kan självfallet slutsiffran för utbyggnadsbehovet komma att i viss mån ändras. Den enligt vår mening oemotståndliga tendensen till fortsatt urbanisering och de säkerhetsmarginaler, som kalkylen innehåller, har föranlett oss att ej räkna med nu nämnda, oväsentliga felkälla.

Behovet av specialister.

Det har i den historiska översikten i kap. 1 framhållits, att antalet »erkända» specialiteter år från år ökar i samband med de landvinningar, som göres av den medicinska vetenskapen. Vilka läkare, som skall räknas som specialister, är beroende av vilka utbildningskrav, som uppställes inom de olika specialiteterna. Några internationella bestämmelser eller överenskommelser härom finns ej. Reglerna växlar från land till land.

I vårt land fastställes dessa regler som redan nämnts av Sveriges läkarförbund (bil. 24) som också på begäran förklarar de läkare, vilka uppfyller kraven, för specialister. Någon registrering hos offentlig myndighet sker ej. Samma eller högre reella kompetenskrav ställs emellertid på innehavare av åtskilliga läkartjänster, särskilt tjänster som överordnade läkare vid sjukvårdsanstalter. Långt ifrån alla de läkare, som reellt uppfyllt läkarförbundets kompetenskrav, är sålunda formellt registrerade som specialläkare. En inventering av tillgången på specialläkare av olika slag i vårt land är därför svår att verkställa.

Enligt läkarutbildningssakkunnigas beräkningar uppgick antalet specialläkare under åren 1940—1945 till i genomsnitt 1 200—1 300. Utom de överordnade läkarna ingick i dessa siffror drygt 300 underordnade läkare vid kroppssjukhus samt sinnessjukhusens förste och andre läkare.

Ännu senare uppgifter har erhållits ur det register över svenska läkare, som föres av medicinalstyrelsen och arméinspektionens sjukvårdsavdelning gemensamt. Resultatet redovisas i nedanstående tablå samt i bil. 25.

Översikt över landets läkare, upprättad av medicinalstyrelsen och arméinspektionens sjukvårdsavdelning år 1947.

Registrerad specialutbildad (enl. bil. 25)	Antal läkare
1 klass kirurgi	248
2 » »	491
1 » invärtes medicin	278
2 » » »	296
Pediatrik	89
Med. tbc	131
Ortopedi (+ kir. tbc)	30
Psykiatri	232
Gynekologi och obstetrik	70
Epidemiologi	18
Bakteriologi och hygien	54
Öron-, näs- och halssjukdomar	114
Ögonsjukdomar	69
Hud- och könssjukdomar	51
Röntgendiagnostik	119
Teoretici	90
Ej specialiserade	1 494
Summa	**3 874**

273 överåriga läkare och 87 läkare, för vilka merituppgifter saknas, ingår ej i ovanstående statistik.

Siffrorna för specialläkare avser de läkare, som våren 1947 var under 70 år. Totala antalet läkare i registret var 4 234. Meritförteckning saknades för 87 stycken av dem. 273 var överåriga. Meritförteckningarna förskrev sig huvudsakligen från åren 1945—46. En redogörelse för hur uppgifterna erhållits och registrerats lämnas i bil. 25. De i samma bilaga återgivna kompetenskraven överensstämmer ej med Sveriges läkarförbunds; då registret är upplagt för krigs- och beredskapstjänstgöring har något andra grunder ansetts böra tillämpas. »Första klassens» specialister var enligt tablån inom kirurgi och invärtesmedicin tillsammans 526, inom övriga specialiteter 1 067. Drygt 40 % av läkarkåren skulle således besitta god specialut-

bildning. Härtill kom tillsammans 787 kirurger och invärtesmedicinare med mer än två men mindre än fyra års specialutbildning (20 % av kåren), 1 494 läkare (ej fullt 40 % av kåren) tillhörde gruppen ej specialiserade.

En hel del av de här som specialiserade upptagna läkarna är verksamma inom tjänsteläkarkåren, särskilt som provinsialläkare och stadsläkare (se tablåerna över dessa läkares utbildning i bil. 25) eller i den centrala administrationen. De är därför icke tillgängliga för att fylla behovet av specialläkare, på vilket vi här skall ingå.

Även beträffande specialisterna har vi ansett angeläget att beräkna det minimiantal, som kan komma att krävas år 1960.

I stor utsträckning har vi funnit oss kunna följa de beräkningar, som verkställts av de läkarutbildningssakkunniga i deras betänkande III, där de genomgått specialitet för specialitet och med utgångspunkt från det år 1942, i vissa fall något senare, aktuella läget sökt uppskatta dels *ersättningsbehovet* (på grund av överårighet och dödsfall), dels *utvidgningsbehovet* inom specialiteten fram till 1960. De har härvid i fråga om flera specialiteter medräknat ej blott överordnade läkare och privatpraktiserande specialläkare utan även specialistkompetenta underläkare, vilket möjliggjorts genom en individuell prövning i varje särskilt fall. Beträffande uppskattningen av utvidgningsbehovet har av vissa remissinstanser, bl. a. Sveriges läkarförbund, påpekats de stora svårigheter, som är förenade med ställandet av en sådan prognos. Enligt vår mening har de sakkunniga räknat med en utbyggnad efter synnerligen restriktiva linjer; det är tvivelaktigt, om de stigande kraven på hälso- och sjukvården skall kunna tillgodoses inom en så snäv ram.

En sammanställning[1] av läkarutbildningssakkunnigas uppskattningar av läkarbehovet 1960 ger i stort sett följande resultat:

Specialister i invärtesmedicin i egentlig mening	ca	225, varav 60 underläkare
Tuberkulosspecialister	»	80
Andra invärtes medicinska specialister såsom fysikaliska terapeuter, kliniska laboratorer, neurologer, epidemiologer och reumatologer	»	65
eller tillsammans	ca	370
Specialister i kirurgi i egentlig mening	ca	290
Andra kirurgiska specialister såsom neurokirurger, barnkirurger, ortopeder, anästetiker, odontologer	»	70
eller tillsammans	ca	360, varav 110 underläkare
Röntgenologer och radiologer	»	150, varav ett 60-tal underläkare
Obstetriker-gynekologer	»	190, varav ca 120 underläkare
Öron-, näs- och halsläkare	»	180, varav 65 underläkare
Ögonläkare	»	110
Dermato-venereologer	»	62
Psykiatriker	»	311
Pediatriker	»	155
Totalantalet specialister	ca	**1 888**, varav ca 415 underläkare

[1] De uppgifter i läkarutbildningssakkunnigas ovannämnda betänkande III ang. utbildningen efter med. lic. examen, sid. 99 ff., på vilka sammanställningen grundats, har stundom mera karaktär av allmänna överväganden än av en rent siffermässig uppskattning. Sammanställningen får därför endast betraktas som ett försök att schematiskt återgiva de sakkunnigas uppfattning, vilken närmare kan studeras i deras betänkande.

En prognos av detta slag måste ju alltid bygga på i viss mån osäkra premisser. Utbildningssakkunniga har garderat sig mot en uppskattning, som skulle kunna ge för höga siffror, genom att utgå från att utbildningskapaciteten skall vara av samma storleksordning som nu och att besöksfrekvensen skall stå i beroende av allmänhetens betalningsförmåga i fråga om arvoden och resekostnader, beräknad efter grunder, som emellertid redan måste anses föråldrade. Deras beräkningar är därför av minimikaraktär. Vi är dock beredda att acceptera den gjorda uppskattningen i fråga om specialiteterna invärtesmedicin och kirurgi i vidsträckt mening, röntgenologi och radiologi samt dermatovenereologi. Något annorlunda ställer det sig i fråga om de övriga specialiteterna.

Obstetrik-gynekologi.

Föredraganden i mödravårdsärenden i medicinalstyrelsen, docent H. Johansson, har meddelat, att det den 1 januari 1945 fanns 21 överläkare eller därmed jämställda, 12 biträdande överläkare eller därmed jämställda och 16 privatpraktiserande obstetriker-gynekologer eller tillsammans 49 specialister. Han upplyste vidare, att man inom Svenska gynekologförbundet räknat med, att år 1960 antalet läkare, tillhörande ovannämnda tre kategorier, skulle vara 43, 13 och 25 eller tillsammans 81 specialister. Härjämte ville han framhålla önskvärdheten av att de lasarett, som är eller bör utvecklas till normallasarett, erhölle sådan specialist, vilket skulle innebära ytterligare ca 30 läkare av överläkarkategorin, samt att tillsammans 25 biträdande lasarettsläkare anställdes vid centrallasaretten. Till den förut angivna siffran 81 skulle då läggas ytterligare 55, varigenom man för år 1960 skulle ha att räkna med ett behov av 136 obstetriker-gynekologer. Härvid föres till gruppen biträdande överläkare och därmed jämställda 38 stycken. Läkarutbildningssakkunniga har räknat med 190 läkare, verksamma inom specialiteten, varav ca 120 underordnade läkare, 50 i överordnad ställning och 20 privatpraktiserande. Ökningen av antalet överläkare skulle således i förhållande till utbildningssakkunnigas beräkningar utgöra 23 och av övriga specialister i överordnad eller självständig ställning till 43. Till underläkarbehovet återkommer vi längre fram.

Öron-, näs- och halsläkare.

I bil. 26, protokollet för den 3 december 1943 jämte därtill hörande promemoria, har medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professor G. Holmgren, uttalat sig angående behovet av otiatriker i vårt land. Han har bl. a. förklarat, att en sådan specialist skulle ha full sysselsättning inom ett område om ca 50 000 invånare. Enligt denna norm skulle antalet otiatriker behöva omedelbart fördubblas. Med stöd av vad i promemorian anförts om det vidsträckta arbetsfält, där otiatrikerna skulle ha en stor uppgift att fylla, torde man dock enligt vår mening våga dra den slutsatsen, att denna norm icke är tillfredsställande utan att man snarare bör räkna

med 3 otiatriker på 100 000 invånare, vilket motsvarar 1944 års danska och 1946 års amerikanska siffra. Med ett invånarantal av 7 200 000 år 1960 skulle detta innebära 216 öronläkare i stället för de 180, som de sakkunniga räknat med. Vi får således här en ökning av deras siffror med 36.

Ögonläkare.

I bil. 26, protokollet för den 4 december 1943 jämte därtill hörande promemoria, har medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professor K. G. Ploman, verkställt beräkningar rörande behovet av ögonläkare i vårt land, varvid han sökt föra sin kalkyl ända fram till år 1960. Med oförändrat invånarantal (6 455 000) kommer han härvid till ett antal av 100 ögonläkare som en minimisiffra, vilken innebär, att antalet ögonläkare skulle uppgå till 0·15 per 10 000 invånare. Professor Plomans siffra synes vara väl låg. Detta framgår bl. a. av att han, för att komma till densamma, räknat med att en ögonläkare skulle komma att mottaga i genomsnitt 2 500 nya patienter per år samtidigt som han i likhet med de läkarutbildningssakkunniga anser att skötseln av 2 000 nytillkomna fall sannolikt skulle ge en sådan läkare tillräcklig sysselsättning. Professor Ploman har vidare kommit till det angivna resultatet genom en invecklad kalkyl, där besöksfrekvensen i olika delar av landet beräknats med ledning av »skattekvot», närhet till läkare etc. Medan i de största städerna ca 6 % av befolkningen beräknats söka ögonläkare har i fattigare och mera glest befolkade områden endast 1 % ansetts söka sådan läkare med alla graderingar däremellan. Efter den allmänna sjukförsäkringens införande med resebidrag etc. torde man icke längre behöva räkna med så stor ojämnhet. Hälsoundersökningarna av småbarn och skolbarn, så småningom också av andra åldrar, torde sannolikt leda till att fler ögonsjukdomar avslöjas och kommer under specialvård. Att för år 1960 räkna med att i genomsnitt 4 % av landets befolkning kommer att söka ögonläkare och att varje läkare hinner sköta 2 000 nytillkomna fall per år torde vara försvarligt. På ett invånarantal av 7 200 000 skulle då behövas 144 ögonläkare eller i det närmaste 0·2 per 10 000 invånare. Motsvarande antal finns redan nu i Danmark och Förenta staterna. I förhållande till det av de sakkunniga angivna utvidgningsbehovet innebär detta en ökning med (144 — 110) 34 läkare. Vi har icke ansett oss böra här ingå på den principiella frågan om lämpligheten av en uppdelning av ögonläkarna på operativt verksamma och andra.

Psykiatriker.

Vår uppfattning om behovet av psykiatriker avviker också från utbildningssakkunnigas. Härvid stöder vi oss bl. a. på följande, av överinspektören för sinnessjukvården, med. doktor G. Lundquist gjorda beräkning:

»Vid hittillsvarande sinnessjukhus behövs, om man räknar med de två föreslagna ersättningssjukhusen, som redan beslutats, ytterligare 11 överläkare, 26 förste läkare

och 42 andre läkare. På fem i 10-årsplanen föreslagna nya sjukhus kommer att krävas 10 överläkare, 10 förste läkare och 20 andre läkare. Vid centrallasarettens psykiatriska avdelningar kommer att krävas 25 överläkare, 25 förste läkare och 50 andre läkare. Vid de barnpsykiatriska avdelningarna 25 överordnade och 25 underordnade läkare, vid de rättspsykiatriska avdelningarna 30 överordnade (chefläkare och förste läkare) och 10 underordnade läkare, medan vid hjälpverksamheten förutsättes 25 läkare. Detta innebär att 334 psykiatriska specialister skulle behövas utöver de nuvarande 174. Av dessa 174 är 95 överläkare och förste läkare (därav 17 i städer utanför landsting) samt 79 andre läkare (därav 18 i städer utanför landsting). Efter sagda beräkning skulle *1960 krävas sammanlagt 282 överläkare och förste läkare samt 226 andre läkare,* vilket av de förstnämnda kategorierna betyder ett underskott av 187 och av den senare kategorin ett underskott av 147. *Totalantalet psykiatriker på 10 000 invånare skulle med denna ökning bli 0·7.*»

Sistnämnda siffra är ungefär densamma som av sakkunniga i U. S. A. angivits såsom dagens behov därstädes. Lundquists beräkning förutsätter, att varje överläkaravdelning på sinnessjukhus, som kräver 1 överläkare, 1 förste läkare och 2 andre läkare, skulle utgöras av 350 patienter. Lundquist framhåller, att detta endast är en etapp på vägen och att läkartillgången på dessa sjukhus därigenom icke kan bli tillfredsställande. Den av honom angivna siffran för behovet av psykiatriker är därför en minimisiffra. I förhållande till de sakkunnigas siffra — 311 — innebär Lundquists beräkning, som vi helt accepterar, en ökning med (508 — 311) 197 läkare. Någon nedprutning härvidlag anser vi under inga förhållanden tillrådlig och hänvisar till vad i kap. 10 samt förut i detta kapitel anförts om utvidgningsbehovet på detta område.

Pediatriker.

Föredraganden i barnavårdsärenden i medicinalstyrelsen, docent J. Ström, har på vår begäran verkställt en uppskattning av behovet av barnläkare 1960. Med reservationer för alla osäkra faktorer har han kommit till följande siffror:

Städer utanför landsting

Stockholm	ca	65— 75
Göteborg		25— 30
Malmö		12— 15
Norrköping		5— 6
Hälsingborg		4— 6
Gävle		3— 4
		114—136

Landstingen

Ett pediatriskt centrum i varje landstingsområde	25
Ytterligare pediatriska centra	10—15
Ytterligare pediatriker i större städer inom landstingsområdet	25— 35
	60— 75
	175—210

Medlemmen av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, professor A. Wallgren, har vitsordat ett behov av 200 barnläkare. Inom denna specialitet räk-

nar vi därför med ett behov av (200 — 155) 45 läkare utöver det av utbildningssakkunniga beräknade antalet.

Av ovan angivna uppskattningar framgår, att vi räknar med ett specialistbehov år 1960, som med ca 400 överstiger de sakkunnigas uppskattning, vilken gick ut på ett behov av ca 1 900 specialister. I denna vår siffra — 2 300 — ingår underordnade läkare till ett antal av upp emot 400; tjänsteställningen blir dock en senare fråga, beroende på sjukvårdsorganisationens utformning. Om det nuvarande antalet specialister, verksamma såsom sådana, beräknas vara 1 300, skulle utvidgningsbehovet uppgå till 1 000. Denna beräkning av det nuvarande antalet överensstämmer rätt väl med de siffror, som framlagts i de förut redovisade tablåerna i bil. 25 och på sid. 256, där antalet specialister av första klassen upptagits till ca 1 500, av vilka dock några hundratal är verksamma som allmänläkare. Då man måste räkna med vikarier för specialisterna under semester och sjukledighet torde — om vikariebehovet beräknas utgöra 1/8 av specialistbehovet — det verkliga utvidgningsbehovet böra uppskattas till ca 1 300. Även denna siffra anser vi låg i förhållande till det behov, som inom en ej avlägsen framtid torde ha manifesterat sig.

Behovet av underordnade läkare.

Vid beräkningen av specialläkarbehovet har en del underordnade läkare, som ansetts böra besitta specialistkompetens, medräknats. I nedanstående siffror rörande underläkarbehovet ingår också dessa läkare. Hänsyn till denna dubbelföring kommer att tagas vid slutsummeringen av de olika läkargrupperna.

Utbildningsplatserna, d. v. s. underläkarplatserna vid olika anstalter, var i slutet av 1930-talet alltför få för vårdens rätta bedrivande. I cirkulärskrivelse den 22 juni 1938 meddelade medicinalstyrelsen nya normer för beräkning av det erforderliga antalet underläkartjänster vid medicin- och kirurgavdelningar samt vid odelade lasarett. Enligt uppgift i 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunnigas betänkande rörande de yngre sjukhusläkarnas avlönings-, arbets- och bostadsförhållanden (SOU 1942: 4, sid. 15) uppgick, om dessa normer lades till grund, bristen på underläkare vid årsskiftet 1939/40 till minst 100 vid medicinska och kirurgiska avdelningar, lasarett och sanatorier. Hela antalet underordnade läkare vid kropps- och sinnessjukhusen var vid tiden för undersökningen (november 1938) 907, varav 98 auskultanter. 531 av dessa underordnade läkare var anställda vid odelade lasarett, medicinska och kirurgiska avdelningar samt sanatorier, därav 62 som auskultanter (SOU 1940: 32, sid. 3 och 5).

Enligt en sammanställning av Sylf omkring årsskiftet 1943/44 skulle bristen vid denna tid — huvudsakligen beräknad efter samma normer — ha nedgått till ca 50. Hela antalet underordnade läkartjänster vid kroppssjukhusen uppgick då till 848.

Under åren 1944—1946 har antalet underläkartjänster vid kroppssjukhusen (här liksom i den år 1940 publicerade undersökningen bortses från vissa undervisningsanstalter) ökat med ca 168, medan antalet nyinrättade avdelningar under särskilda överläkare för samma tid och samma slag av anstalter uppgår till ett 40-tal. Antalet underläkare vid kroppssjukhusen uppgick således vid 1946 års utgång till ca 1 020; inräknat auskultanter m. fl. torde totala antalet underordnade läkare ligga mellan 1 100 och 1 200.

Utredningsmannen hos 1938 års hälso- och sjukvårdssakkunniga uppskattade år 1939 det årliga utvidgningsbehovet i fråga om vissa slag av underordnade läkartjänster till ca 40 (SOU 1940: 32 sid. 27). Under de gångna 8 åren synes en ökning med i genomsnitt 38 underläkare per år ha skett. Att den enligt 1938 års normer beräknade bristen under denna tid ändock minskat torde bero bl. a. på att de nya tjänsterna i stor utsträckning inrättats just vid det slag av anstalter och avdelningar, för vilka normerna gäller. Detta har bl. a. varit en följd av det uppskov med inrättandet av nya avdelningar inom andra specialiteter, som krigsåren medfört.

Emellertid har normerna redan sedan åtskilliga år ansetts vara i behov av revision. Förslag om nya normer, avseende även vissa av de övriga specialiteterna, har framlagts av medicinalstyrelsen men ärendet har förklarats vilande i avvaktan på de organisatoriska förändringar, som väntats bli en följd av läkarutbildningssakkunnigas förslag.

Vid en uppskattning av underläkarbehovet år 1960 synes man kunna gå fram på följande linje: nuvarande underläkarantal, ca 1 020, torde vid genomförandet av de nya normerna komma att ökas till ca 1 400. Härtill synes böra läggas ytterligare 40 tjänster per år, motsvarande »normalt» utvidgningsbehov, (13 × 40) 520. Hela behovet av underläkare vid kroppssjukhusen, bortsett från undervisningsanstalterna, skulle således uppgå till ca 1 920. I denna siffra ingår, som ovan framhållits, ett antal specialistkompetenta underläkare, som redan medräknats vid behandlingen av specialistbehovet. Vid en summering av de olika läkargrupperna för att komma fram till läkarbehovet i dess helhet bör vi minska siffran för underordnade läkare med detta antal, förslagsvis 400. Vid summeringen räknar vi således med ett underläkarbehov av ca 1 500 år 1960. Sinnessjukvårdens läkarbehov ingår ej i denna siffra utan anses fullständigt redovisat i avsnittet om specialistbehovet. Utvidgningsbehovet från år 1946 till 1960 skulle då vara ca 500.

Behovet av läkare för vissa andra uppgifter.

Behovet av militärläkare har nyligen utretts av 1944 års militärsjukvårdskommitté. Under de närmaste åren synes man böra räkna med ca 150 fast anställda sådana läkare mot 108 vid årsskiftet 1941/42; en viss minskning av antalet skall så småningom genomföras.

Inom *sjukvårdsförvaltning, industri* och *verk* antages minst 150 nya läkartjänster utöver nu befintliga 50 komma att behövas.

Antalet läkare, som ägnar sig åt *vetenskap och medicinsk undervisning inom de teoretiska disciplinerna,* vilket år 1941/42 uppskattades till 100, torde år 1960 böra uppgå till minst 200.

Sammanfattning av läkarbehovet.

På detta sätt kommer vi till ett beräknat behov år 1960 av ca 6 430 läkartjänster, fördelade på följande grupper:

	Antalet behövliga tjänster 1960
Allmänläkare i öppen vård, landsbygd	950
städer	1 130
Specialläkare	2 300
Underordnade läkare vid sjukvårdsanstalter	1 500
Militärläkare	150
Industriläkare m. fl.	200
Vetenskap och lärarverksamhet	200
	6 430

Emellertid måste man — såsom förut berörts i samband med utvidgningsbehovet i fråga om specialläkarna — räkna med ett behov av vikarier för dessa läkare under sjukdom och semester, enligt administrativ praxis uppskattat till 1/8 av dem, som ägnar sig åt ifrågavarande verksamhet. Ett behov av ytterligare ca 800 läkare skulle härigenom tillkomma. I Sverige skulle således år 1960 föreligga ett behov av mer än 7 200 läkare i arbetsför ålder. Samtliga ovan angivna siffror torde vara minimisiffror. Med nuvarande intagning skulle vi år 1960 kunna räkna med 4 700 läkare under 65 år. Om icke intagningen ökas, skulle detta innebära en brist av minst 2 500 läkare år 1960.

Det är uppenbart omöjligt att till år 1960 utbilda dessa 2 500 läkare utöver de nu årligen utexaminerade ca 150. Bristen skulle, med en studietid av 7 år, då fyllas på endast fem år, vilket ger en orimligt hög siffra för årligt intagna. Vill man fylla bristen med tio årsklasser, skulle härför krävas en årlig intagning av tillhopa mellan 400 och 500 studenter eller en ökning av intagningen med 250—350. Vi närmar oss härigenom det genomförbara. Svårigheten att inom de närmaste tjugo åren komma upp till behövligt antal läkare framgår av dessa siffror.

Om den nya medicinska fakulteten i Göteborg startar år 1948 och intagning sker av ett ökat antal medicine studerande vid de två universitetsfakulteterna och vid karolinska institutet, borde en fördubbling av den årliga intagningen kunna uppnås (från 186 upp mot närmare 400). En snabbutredning borde omedelbart startas om hur detta bäst kunde ordnas. Denna utredning borde tillika få sig anförtrott att inge förslag till ordnandet av underläkartjänster i tillräckligt antal såsom utbildningsplatser. Härigenom skulle ytterligare ca 850 läkare kunna stå till förfogande år 1960 och hela det behövliga antalet — 2 500 — ungefär år 1970. Detta skulle betyda att vi år 1970 hade kommit upp till en läkartäthet, motsvarande den nuvarande brittiska och norska men mindre än den nuvarande danska och även understi-

gande genomsnittssiffran i Schweiz och U. S. A. Såväl i England som i Norge anser man snarast läkarbrist vara för handen för närvarande. Även om det ovan angivna önskemålet om en ökning av antalet intagna medicine studerande skulle kunna realiseras på angivet sätt, ligger i våra beräkningar starka skäl för att snarast ta upp frågan om ytterligare åtminstone en medicinsk fakultet.[1]

För jämförelse återges nedan siffrorna för läkartätheten i olika länder enligt för oss tillgängliga uppgifter:

Antal invånare per läkare i

U. S. A. 1946	710	Australien 1943	1 172
Schweiz 1946	781	Sovjetunionen 1941	1 366
Danmark 1944	1 010	Frankrike 1946	1 420
Storbritannien 1945	1 020	Sverige 1946	1 650
Norge 1945	1 100	Finland 1946	2 420

Även rörande antalet specialläkare av olika slag har uppgifter erhållits från skilda länder. Tablån sid. 365 visar det befintliga specialläkarantalet per 10 000 invånare i Sverige, Danmark, Förenta staterna och Sovjet. Sista kolumnen återger de ovan gjorda uppskattningarna av specialläkarbehovet i vårt land år 1960. Som ovan framhållits ingår däri ett antal specialkompetenta underordnade läkare; däremot har behovet av vikarier för specialläkarna icke beaktats.

För U. S. A., England och Australien har anmälts ett väsentligt högre dagsaktuellt behov av kirurger — i genomsnitt 1 : 10 000 — än det av oss för 1960 beräknade. Dessa siffror återfinnes i den i noten sid. 254 nämnda publikationen, baserad på studier, gjorda av American Hospital Association, United States Public Health Service, Regional Hospital Surveys in Great Britain samt Australian Social Security Board. Där anges bl. a. den aktuella tillgången till läkare av olika slag i dessa länder. Genom medeltalsberäkningar, grundade på dessa officiella siffror, har utarbetats särskilda »standards» för läkarbehovet i staten Manitoba. Det är då av stort intresse att vårt till 1960 framräknade behov av specialister i invärtesmedicin, pediatrik, röntgen, ögon- samt öron-, näs- och halssjukdomar liksom även i gynekologi och obstetrik antingen fullständigt eller för de fyra sistnämnda specialiteterna nästan fullständigt överensstämmer med dessa officiella utländska standardsiffror.

Man får givetvis ej bortse från de olika faktorer, som förringar värdet av en jämförelse mellan siffrorna för de olika länderna. Påtagligt är emellertid att antalet specialister i förhållande till läkarkåren i dess helhet är mycket

[1] Då man söker ordna utbildningsmöjligheter för ett större antal medicine studerande än hittills, vinner också frågan om rekryteringen av dessa ökad aktualitet. I detta hänseende må nämnas, att enligt till statistiska centralbyråns universitetsstatistik lämnade uppgifter, av 1 602 under perioden ht 1937—vt 1946 vid medicinsk fakultet inskrivna studerande, 69 % tillhörde socialgrupp I, 28 % socialgrupp II och mindre än 3 % socialgrupp III.

Specialitet	Antal specialläkare per 10 000 invånare i				Beräknat behov av specialläkare per 10 000 invånare i Sverige 1960
	Sverige[1]	Danmark 1944	U. S. A. 1946	Sovjet[2] 1941	
Invärtesmedicin	0·3 (0·4)	0·5	0·2	1·8[2]	0·3
Pediatrik	0·1	0·1	0·2	0·9	0·3
Psykiatri	0·3 (0·4)	0·2	0·1	0·1	0·7
Annan invärtesmedicinsk specialitet inkl. tbc	0·2	0·2	0·1	0·2	0·2
Kirurgi	0·2 (0·4)	0·5	0·2	0·5	0·3
Obstetrik och gynekologi	0·1	0·3	0·1	0·5	0·4
Ögon	0·1	0·2	0·2	0·2	0·2
Öron, näs, hals	0·1	0·3	0·3	0·1	0·3
Röntgen	0·1 (0·2)	0·2	0·2	0·1	0·2
Övriga	0·1 (0·4)	0·4	0·3	1·1	0·2
Samtliga	1·6 (2·4)	2·9	1·9	5·5	3·1

[1] *Siffrorna utom parentes* avser år 1944 och omfattar hos Sveriges läkarförbund registrerade specialister jämte de överordnade läkare vid sjukvårdsanstalter (specialavdelningar och odelade lasarett), som då ej återfanns i sagda register. *Siffrorna inom parentes* är grundade på de uppgifter i tablå sid. 256 jämförda med befolkningssiffrorna för år 1947, vilka avviker från de hos läkarförbundet registrerade.

[2] Sovjets höga siffror för invärtesläkare kan möjligen förklaras genom att »terapeuter», som termen lyder, mera motsvarar allmänläkare än invärtesmedicinska specialister i vår mening; även i andra specialiteter torde utbildningskraven där ofta vara lägre än hos oss.

olika i skilda länder. Som exempel må nämnas, att i Norge en femtedel, i Förenta staterna ej fullt en åttondel av läkarkåren utgöres av specialister. I Sverige innehar säkerligen minst en fjärdedel och sannolikt två femtedelar av kåren sådan kompetens även om antalet hos Sveriges läkarförbund registrerade specialister är väsentligt lägre. Från Schweiz har rapporterats, att antalet privatpraktiserande specialister i detta land är 1 600, vilket på en befolkning av 4·3 miljoner innebär 3·8 specialister på 10 000 invånare. I Norge är siffran 1·1:10 000. I vårt land synes läkarbristen inom de erkända specialiteterna i särskilt hög grad gälla psykiatri, obstetrik och gynekologi samt pediatrik.

Läkarnas fåtalighet kan visserligen också medföra vissa fördelar för det allmänna och för läkarna. Den inbördes konkurrensen om patienterna uteblir, då varje läkare har ett stort antal väntande patienter, som han icke hinner mottaga, och läkarnas moral utsättes icke för samma påfrestningar som vid en hård konkurrens. Vårdens art blir helt olika, om han endast har tid att ägna sig åt de svårare sjukdomsfallen, där diagnosen är tämligen klar. För att genom undersökning av subjektivt symtomfria medelålders eller äldre personer hitta en kräftpatient i tidigt stadium måste man undersöka upp mot ett 100-tal, vilket kan synas vara ett tålamodsprövande arbete. Dessa synpunkter kan dock självfallet icke få influera på en utveckling fram mot en utbyggd organisation, som ur folkhälsans synpunkt kan förväntas ge ett mycket bättre resultat än den nuvarande.

Organisation och huvudmannaskap, administration, ekonomi och finansiering.

Som mål för svensk hälso- och sjukvårdspolitik bör, enligt vad som anförts i kap. 11 och övriga kapitel i denna avdelning, uppställas, att den öppna sjukvården genom samhällets försorg utbyggs och regleras samt att den allmänna hälsovården, den förebyggande personliga hälsokontrollen och den slutna sjukhusvården samordnas inbördes och med den öppna sjukvården. En förutsättning för att detta mål skall kunna nås är självfallet, att hälso- och sjukvården organiseras rationellt.

Rationell är den organisation, som för minsta kostnad fyller sitt ändamål på mest effektiva sätt. En sådan organisation kräver dels lämpliga organ och dels lämpliga verksamhetsområden för dem. Innan vi söker utröna, vilka organ som kan vara bäst lämpade att handha hälso- och sjukvården, skall vi klargöra, vad deras uppgifter materiellt sett skall bestå av.

Då det gäller den *slutna vården vid kroppssjukhus* har huvudmannens i sjukhuslagen stadgade skyldighet att »ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel», hittills i huvudsak givits den sakliga innebörden, att huvudmannen ansvarat för lokaler, bostäder (numera i regel mot hyra av befattningshavarna), anställandet av erforderlig personal samt anskaffandet av utrustning och förbrukningsmaterialier. Härutinnan erfordras icke någon ändring.

I avtal mellan lasarettens huvudmän och läkarsammanslutningar har lasarettens huvuduppgift i regel angivits vara att meddela sluten vård. Denna målsättning måste i och med godtagandet av principen, att utbyggnaden och regleringen av den öppna vården skall ankomma på samhället, ändras därhän, att lasarettens uppgift angives vara meddelandet av den vård, för vilken lasarettsläkarna besitter speciell utbildning, oberoende av om vården meddelas slutet eller öppet.

En följd av den sålunda vidgade målsättningen för sjukvårdsanstalterna blir till en början, att sjukhushuvudmännen får motsvarande skyldigheter beträffande *den öppna vården vid sjukhus* som ovan angivits beträffande den slutna (ansvar för lokaler etc.).

En annan följd bör bli, att meddelandet av öppen vård kommer att ingå bland lasarettsläkarnas tjänsteåligganden. Kravet på samordning av öppen vård vid sjukhus och allmänläkarvård medför i sin tur, att läkarna på lasaretten med sin specialkompetens på huvudmannens bekostnad i erforderlig utsträckning skall stå läkarna utanför centralsjukhuset till tjänst. Pediatriker, otiatriker, barnpsykiatriker och epidemiologer, för att nämna de i detta sammanhang viktigaste, bör till en början vara beredda att biträda läkare genom besök i periferien periodiskt eller när särskild anledning därtill föreligger såsom för att undersöka och ge råd åt svårtydda, svårförflyttade patienter i den slutna vården eller åt i den öppna vården hopade eller hopsam-

lade fall. Denna uppläggning av arbetet gör, att en ändring av normerna för de överordnade lasarettsläkarnas antal måste tagas under övervägande. Redan i och för sig är antalet vårdplatser på varje överordnad läkare nu mångenstädes i vårt land alltför stort. Utomlands anses på åtskilliga håll, att en överordnad läkare inte lämpligen bör ha ansvaret för ett sängantal, som hos oss inom vissa specialiteter icke är någon ovanlighet (100—150 eller mera). Många specialläkaravdelningar har i de stora länderna endast 15—25—35 sängar. Vid omläggningen får man pröva sig fram; i vissa fall bör det förslå med inrättandet av biträdande överläkartjänster, i andra fall torde uppdelning av en överläkaravdelning på två bli nödvändig, varvid avskiljandet av en ny mindre specialitet ofta är att föredra. I båda fallen bör den hemmavarande överordnade läkaren ta ansvaret för båda avdelningarna, när den andra är på konsultationsresa. I de fall, där den öppna mottagningen blir för stor för lasarettets resurser, bör dubbleringen verkställas genom inrättandet av friliggande hälsocentraler på sätt närmare utvecklas i kap. 13. Ett intimt samarbete, avseende bl. a. jourtjänst och konsultationsresor, bör äga rum mellan specialläkarna vid lasarettet och vid de friliggande hälsocentralerna. Läkarna vid dessa centraler bör genom utbyte beredas tillfälle att om möjligt årligen periodvis tjänstgöra på bassjukhuset.

Koordinationen av allmänläkarvård och specialvård bör tryggas icke blott genom att specialläkaren vid behov i särskilda fall uppsöker allmänläkarna utan även genom förbättrade möjligheter för allmänläkare att få sina tveksamma fall undersökta på lasarettet eller den friliggande hälsocentralen. För detta ändamål bör bättre möjligheter skapas för allmänläkarna att få laborationer o. dyl. (elektrokardiogram, röntgen etc.) utförda och bedömda på specialanstalterna. Viktigast är kanske att möjligheterna förbättras för en allmänläkare att efter remiss få sina tveksamma fall bedömda vid specialanstalt.

Inrättandet av psykiatriska kliniker och barnpsykiatriska avdelningar vid centrallasaretten kommer enligt vad som ligger i sakens natur att medföra åligganden för lasarettens huvudmän att söka uppnå en hittills nästan obefintlig kontakt med sinnessjukvårdens företrädare. Den moderna medicinska uppfattningen, att sinnessjukdom och kroppslig sjukdom ofta är olika yttringar av samma onda, gör en intim kontakt mellan dessa båda vårdformer än mer önskvärd. *Mentalhygienen och den öppna sinnessjukvården* bör, såvitt angår exspektanter till de egentliga sinnessjukvårdsanstalterna och därifrån utskrivna — inbegripet dem som vårdas i familjevård i anslutning till sinnessjukhusen — handhas av dessa anstalter, men i övrigt av den psykiska barna- och ungdomsvården och de psykiatriska avdelningarna vid lasaretten. Vården av lättskötta sinnessjuka och av sinnesslöa bör omhänderhas av samma huvudman, som ansvarar för sinnessjukvården på de stora sinnessjukanstalterna.

Det sakliga innehållet i huvudmannaskapet för *allmänläkarvården* bör

innefatta en viss utvidgning av de nuvarande prestationerna. Huvudmannen bör tillhandahålla allmänläkarna: a) mottagningslokal, b) bostad (mot hyra av läkaren), c) utrustning, d) biträde och e) förbrukningsmaterialier. Beträffande de olika prestationerna må anföras följande:

a) Kraven på mottagningslokaler behandlas närmare i kap. 13. Tills vidare bör godkännas en anordning, varigenom huvudmannen i stället för att tillhandahålla mottagningslokal utger årlig ersättning därför, exempelvis där läkaren i egen villa har nöjaktig mottagningslokal.

b) Provinsialläkarbostad på landsbygden bör omfatta lämpligt avpassat kvadratutrymme, medan nuvarande begränsning till visst antal rum bör upphävas. Beträffande hyresbelopp synes de normer kunna tillämpas, som fastställts i tjänstereglementet av år 1947 för landstingens befattningshavare. I stället för bostad bör huvudmannen, på begäran av läkaren eller med dennes samtycke, vara berättigad att utge bostadsersättning, förslagsvis med belopp, som anges i nyssnämnda tjänstereglemente.

c) Utrustningen bör omfatta *dels* möbler för mottagningslokalen, vars omfattning bör avpassas efter omständigheterna på platsen, *dels* instrumentarium, bl. a., där läkaren har tillräcklig utbildning, jämväl en mindre röntgenapparatur för diagnostik och elektrokardiograf. För bil bör läkaren erhålla visst årligt belopp med rättighet att använda den även för privata resor. Övergångsanordningarna på denna punkt torde ge sig själva.

d) I avvaktan på de förslag, som kommer att framläggas av 1946 års kommitté för sköterskeutbildningen, har vi ansett oss icke böra framlägga detaljerade förslag på denna punkt. Som ett framtidsmål står, att distriktssköterskeTätheten skall kunna ökas därhän, att läkaren i distriktet alltid skall kunna erhålla erforderligt biträde av distriktssköterskorna, som mångenstädes torde få att ombesörja även distriktsbarnmorskornas göromål. Vid sidan av detta nära samarbete mellan provinsialläkaren och hans distriktssköterskor behöves för skötseln av hans mottagning ett biträde, som även bör vara laboratoriebiträde. Under en övergångstid, tills det blir möjligt att utbilda ett tillräckligt antal laboratoriebiträden till läkarnas hjälp, torde läkarna själva få på ena eller andra sättet anskaffa sådant biträde mot en av statsverket härför lämnad standardersättning.

e) För åstadkommande av ett enkelt system, som såvitt möjligt onödiggör konflikter, föreslår vi, att en uppskattning av de kostnader, som en allmänläkare normalt har för förbrukningsartiklar, vart tredje år verkställes av huvudmannen och Sveriges läkarförbund.

Den utbyggnad av provinsialläkarinstitutionen på landsbygden, som icke kan rymmas inom de 50 nya provinsialläkartjänster, som vi förutsätter komma att årligen beviljas av statsmakterna under den tid, som kan överblickas, bör ske genom fortsatt inrättande av extra provinsialläkardistrikt. Då det är av vikt, att provinsialläkardistrikten anpassas till de blivande »storkommunernas» gränser, bör åt medicinalstyrelsen uppdragas att, så

snart konturerna av den blivande kommunindelningen kan skönjas inkomma med förslag till ny plan för rikets indelning i provinsialläkardistrikt. Därvid bör beaktas möjligheten att genom att förse provinsialläkarna med assistentläkare minska deras arbetsbörda. I arbetstyngda distrikt, där provinsialläkaren tillika är sjukstugeläkare, bör i stället tjänsten dubbleras, så att den ene provinsialläkaren företrädesvis ansvarar för sjukstugan och den andre företrädesvis för vården i övrigt.

Av flera skäl, bland vilka i detta sammanhang bör framhållas önskvärdheten av en anpassningsmöjlighet till inkorporering och andra gränsändringar mellan stad och landsbygd, bör stads- och stadsdistriktsläkare i städer, som ingår i landsting, erhålla samma huvudman som provinsialläkarna. De bör därvid erhålla analog ställning med dessa och i sinom tid även samma tjänstebenämning.

Köpings- och municipalläkartjänster bör förändras till provinsialläkartjänster. Överförandet av ifrågavarande läkare till provinsialläkarvillkor bör ske successivt, i den mån befintliga tjänster blir vakanta eller behov uppkommer av att inrätta nya. Individuell prövning bör ske beträffande varje tjänst, men som allmän norm bör gälla, att städer med upp till 3 000 invånare skall ingå i provinsialläkardistrikt, att städer med 3 000—5 000 invånare efter omständigheterna *antingen* skall ingå i provinsialläkardistrikt *eller* utgöra egna läkardistrikt, att städer med mer än 5 000 invånare skall utgöra egna distrikt samt att i stad alltid skall finnas en stads-(stadsdistrikts-)läkare för varje påbörjat invånarantal av tills vidare 15 000. Vid den slutliga utformningen bör stadsgränser icke utgöra hinder för den lämpligaste utformningen av varje provinsialläkar- eller stadsläkardistrikt.

Där flera allmänläkare på samma ort skall tillhandahållas mottagningslokaler m. m. av det allmänna, bör de med fördel kunna placeras i anslutning till varandra (gruppmottagning).

För att ett tillräckligt antal taxebundna läkare — vi motiverar närmare behovet därav i kap. 10, avsnittet om ekonomin — skulle erhållas i storstäderna, borde de privatpraktiserande läkare, som så önskar och som efter individuell prövning befinnes ha förutsättningarna, inbjudas att medverka i den samhälleliga öppna vården i dessa städer. De bör därvid erhålla *dels* förmånerna av fri mottagningslokal, bostad mot hyra eller bostadsersättning och biträdeshjälp eller medel härför samt ersättning för förbrukningsartiklar *och dels* därutöver ungefär de förmåner, som nu tillkommer extra provinsialläkare, d. v. s. ett arvode (nu 5 500 kronor + 19·6 %), semesterrätt, rätt till sjuklön samt rätt till egenpension och familjepension. Det bör uttryckligen framhållas, att vi icke avser någon tvångsanslutning utan att övergången skall vara helt frivillig. För att bereda privatpraktiker, som i övrigt finnes lämpliga men har för svag sjukhusutbildning, möjlighet till övergång, bör anordnas lämplig efterutbildning på sjukhus. Det allmänna borde därjämte bispringa med räntefria lån, som till 50 procent bör återbetalas under

de tre första åren efter det anställningen i den öppna vården tillträtts. Om vederbörande med goda vitsord bestritt sådan befattning under denna tid och ömmande omständigheter (sjukdom) föreligger, bör återstoden kunna avskrivas mot förbindelse av vederbörande att tjänstgöra i det allmännas hälso- och sjukvård ytterligare minst fem år. Vid dödsfall skulle också en avskrivning kunna ske. Någon skyldighet för myndigheterna att anta en privatpraktiserande läkare för tjänstgöring på viss plats, där läkartätheten redan är tillräcklig, medan tjänster kanske står lediga på annat håll, bör ej föreligga.

Det bör framhållas, att förestående förslag är tänkt som en övergångsanordning, avsedd att, så snart läkartillgången medger detta, ersättas med en ren tjänsteläkarinstitution. En sådan övergångsanordning torde vara nödvändig intill den tidpunkt, då läkarantalet blir tillräckligt, för att ej läkare skall dragas bort från landsbygden.

Huvudmannaskapet för distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor synes böra ges i stort sett samma innehåll som för närvarande.

I förhållande till nuvarande ordning innebär det sålunda skisserade programmet, att anspråken på huvudmännens insats både kvantitativt och kvalitativt måste väsentligt ökas. Helt nya uppgifter är huvudmannaskap för den öppna vården vid sjukhusen och för specialvården utom sjukhusen. Både på dessa områden och de områden, där samhällelig huvudman redan finns, kommer en kraftig ökning av vårdvolymen att bli ofrånkomlig. De stigande kraven på en såväl i anskaffning som drift dyrbar undersöknings- och behandlingsapparatur och kravet på en samordning över hela linjen av allt hälso- och sjukvårdsarbete kommer därjämte att kräva allt mer av medicinskt, tekniskt och organisatoriskt kunnande hos huvudmännen.

Den hälsovård, som avses i hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 och i epidemilagen — i huvudsak sanitetsväsendet och smittbekämpandet — är till sin natur av något annan karaktär än övrig hälso- och sjukvård. Sanitetsväsendet är, för att använda kommunallagarnas ord, en »gemensam ordnings- och hushållningsangelägenhet», som har avseende på den lokala miljön, och bör därför handhas av ett av den borgerliga primärkommunen utsett organ. Erinras må dock, att en del av dessa angelägenheter, såsom smittbekämpande, planering för vatten och avlopp, redan till stora delar måst ordnas inom större enheter än kommunerna, vanligen länen.

Hälsovårdsnämnderna har fått mycken kritik för bristande effektivitet. Denna brist har i allmänhet hänförts till hälsovårdsområdenas alltför ringa storlek och till alltför dålig tillgång på behövlig sakkunskap. Goda skäl finnes att hoppas, att en allmän förbättring i dessa hänseenden snart skall inträda. I sådan riktning antas komma att verka den nya kommunindelningen med större hälsovårdsområden, de förminskade tjänsteläkardistrikten, var-

igenom varje läkare bör bli delaktig i ansvaret för vården inom endast någon eller några kommuner, de nyskapade hälsoförbunden, folkrörelsernas och allmänhetens ökade intresse för hälsovård, utökad utbildning av sanitär hjälppersonal och dess spridning även till landsbygden.

Hälsovårdsnämndens verksamhet är i första hand upplysande och rådgivande. Vid behov gives också förelägganden med vittgående verkningar. Dessa måste kunna överklagas hos en instans med både medicinsk och juridisk sakkunskap. Det lämpliga organet härför synes som hittills böra vara länsstyrelsen, till vilken medicinsk sakkunskap (förste provinsialläkaren) liksom nu bör vara knuten.

Annorlunda förhåller det sig med övrig hälso- och sjukvård. Föremålet för denna vård, folkhälsan, är ett hela folkets intresse. Det har därför gjorts gällande, att vården principiellt sett borde organiseras av staten. Avgjort viktigare än de principiella synpunkterna är dock i förevarande sammanhang de praktiska.

I kap. 5 har skildrats, hurusom huvudmannaskapet för den slutna och den öppna sjukvården och för hälsovården är uppdelat på staten, landstingen och städerna utanför landsting. I kap. 10 har framhållits, hurusom det nödvändiga samarbetet mellan olika vårdformer enklast kunde tillgodoses genom ett enhetligt huvudmannaskap. Detta innebure i första hand, att endera parten övertoge den andras ansvar, vartill komme den verksamhet, som ännu icke omhänderhafts av någondera.

Skulle landstinget bli huvudman för den samlade hälso- och sjukvården, innebure detta i första hand ett kommunalt övertagande av ansvaret för den öppna specialvården vid eller i samband med kroppssjukhusen, en ordning som i städer utom landsting redan i stor utsträckning genomförts.

Som en andra uppgift skulle landstingen överta ansvaret för provinsial- och kommunalläkarväsendet samt vidare för den hittills av statsverket drivna sinnessjukvården. Av dessa uppgifter skulle omsorgen om sinnessjukvården kunna anses ligga landstingen närmast. När numera alltmer en jämställdhet eftersträvas mellan sinnessjukvård och kroppssjukvård, när landstingen redan fått ansvaret (eller har möjlighet att med statsbidrag åtaga sig ansvaret) för de initiala, lindrigare faserna av sådana själsliga lidanden som sinnessjukdomar och neuroser (SFS nr 270 år 1942 och SFS n:ris 421 och 422 år 1946) lika väl som för de s. k. lättskötta men kroniska vårdformerna (SFS n:ris 296 och 297 år 1937), kunde det synas naturligt, att landstingen även toge hand om de anstalter för vård av psykiskt sjuka, som nu drives av statsverket. Även här kunde man peka på nuvarande anordning i de största städerna utom landsting som förebildlig.

Provinsialläkarna tjänstgör redan i landstingens regi i förebyggande vård, mödravård, barnavård, skolhälsovård och tuberkulosvård. Det kunde synas

rimligt att till landstingen överföra även deras sjukvård och sanitära uppgifter.

Den första frågan blir nu: är det enhetliga huvudmannaskapet genomförbart genom landstingens övertagande av sinnessjukvård och provinsialläkarvård eller bör det kunna genomföras genom statens övertagande av landstingens sjuk- och hälsovård?

Om landstingens hälso- och sjukvårdande verksamhet väsentligt utökades till omfånget, måste de tydligen skaffa sig en utvidgad förvaltningsapparat. Särskilt måste den medicinska sakkunskapens medinflytande vid ärendenas handläggning regleras bättre än hittills skett. Detta kan dock icke vara en avgörande invändning mot att överflytta vården till landstingen, då redan den utveckling, som ägt rum och äger rum på kroppssjukvårdens olika fält, snart nödvändiggör en mera utbyggd förvaltningsapparat hos varje landsting. En sådan utveckling är redan i gång — antalet tjänstemän hos landstingen ökas, förste provinsialläkarna knytes i stor utsträckning närmare till landstingens verksamhet, landstingens centrala sammanslutning får allt flera uppgifter (lönefrågor, materielanskaffning m. m.). Avgörande för framkomligheten av den sålunda anvisade vägen till enhetlighet måste i första hand bli landstingens eget ställningstagande och i andra hand mera allmänna överväganden.

Vad först angår landstingens inställning torde denna vara gynnsam gentemot övertagandet av ansvaret för den öppna specialvården vid och i samband med sjukhusen men tveksam mot övertagandet av de statliga sinnessjukhusen och än mera tveksam mot övertagandet av allmänläkarväsendet.

Ur principiella och praktiska synpunkter må ytterligare följande anföras.

Förbunden med frågan om ett förvaltningsorgan är lämpligt sammansatt för sin uppgift är den, om dess *verksamhetsområde* har lämplig storlek. Allmänt sett är det mera rationellt att låta ett kvalificerat organs kunnighet och erfarenhet komma till användning inom ett jämförelsevis stort område än att för skilda småområden tillsätta två eller flera särskilda organ. Detta gäller framför allt i fråga om uppdragandet av allmänna riktlinjer. Om en huvudmans verksamhetsområde i något avseende visat sig olämpligt till sin storlek, har man sökt modifiera detta på olika sätt, som alla syftar till att åstadkomma en bättre balans mellan centrala, mera principiella, och lokala synpunkter. För närvarande söker man sig fram för att finna en tillfredsställande ordning. Vid stora huvudmannaområden, såsom t. ex. för den statliga sinnessjukvården, har man lokala organ, sjukhusdirektioner, som får överta vissa bestämda funktioner. I det angivna exemplet är det en allmänt utbredd mening, särskilt bland dessa direktioner själva, att deras befogenhet är alltför beskuren. Detta kan i första hand vara beroende på den centrala ledningens inställning men står därjämte i samband med en begränsad medelstilldelning och med att sjukhusens upptagningsområden delvis täcker varandra. En viss central beslutanderätt har därför måst be-

hållas t. ex. i fråga om personaltillsättningen. En utsträckt delegation av uppgifter till underordnad myndighet har krävt organisatoriska förändringar. Dessa består främst i en ökad inspektion för råd och anvisningar till de perifera organen och i vissa gemensamma bestämmelser. I fråga om reparation och underhåll av lokaler har nyligen en sådan konsultationsmöjlighet skapats för sinnessjukvårdens del. Därmed bör direktionernas befogenhet i denna del kunna ökas. I fråga om utskrivning av vissa patienter, beträffande vilka bestämmanderätten hittills legat centralt, hos sinnessjuknämnden, diskuteras också för närvarande vissa förslag att låta lokala organ överta en del av nämndens beslutanderätt.

Från början har en ledande princip för vår kommunala självstyrelse varit, att rätten till självstyrelse skulle innebära både administrativt och ekonomiskt ansvar för de från staten delegerade självstyrelseuppgifterna. Denna regel har för hälso- och sjukvården i och med dess alltmera ökade omfattning icke kunnat upprätthållas. Statsverket har funnit det förmånligt att genom bidrag till grenar, som synts särskilt viktiga, befordra deras utbyggande. Detta system måste enligt en enstämmig mening reformeras och är för närvarande i särskild ordning föremål för utredning. Från regeringshåll har sagts ifrån, att statsverket vore villigt att med förtroende överlåta sitt bidrag till hälso- och sjukvården åt huvudmännen utan att dessa skulle behöva bindas av detaljbestämmelser på varje punkt. De för det allmänna betydelsefulla grundläggande riktlinjerna finge i så fall garderas genom allmänna bestämmelser. Genom en utbyggnad av den konsulterande verksamheten har staten möjlighet att utan detaljföreskrifter tillvarata allmänna synpunkter. Dessutom kan man utsträcka överklaganderätten i sjukhuslag och -stadga till att avse även en real prövning.

Här berörda problem om formerna för det centrala inflytandet på utvecklingen inom länens hälso- och sjukvård synes sålunda stå inför en reform i bästa samförstånd mellan centrala och perifera representanter för det allmänna. Detta läge, som först om några år kan förväntas ha klarnat, motiverar att man på hälso- och sjukvårdens område framgår varligt och icke förrän verkningarna av reformen hunnit göra sig gällande vidtager några inskränkningar i landstingens sjukvårdande verksamhet.

Förnekas skall icke, att nuvarande utformning av sjukvårdsområdena i skilda sammanhang påtalats i den offentliga diskussionen. Vi erinrar i fråga om kostnaderna om skatteutjämningsberedningens i kap. 7 återgivna slutsats, att en kostnadsöverflyttning för att ge bestående effekt måste ske till staten eller till vidgade kommunala utdebiteringsområden, varvid det finge anses sannolikt, att överflyttningen ofta gåve möjlighet till bättre planläggning och ekonomisering. Statens sjukvårdskommitté anför i sitt betänkande angående den slutna kroppssjukvården i riket, att en kritik, som icke kunde frånkännas visst fog, under årens lopp riktats mot landstingens åtgärder beträffande lasarettsväsendets utveckling. Det saknades icke exempel på, står

det i betänkandet, att desamma icke varit förenliga med ändamålsenlighet och planmässighet. Under tiden efter det statens sjukvårdskommittés betänkande avgavs har denna kritik icke upphört.

Redan år 1918 framhöll läkaren och professorn John Berg beträffande gällande indelning i sjukvårdsområden såsom irrationellt, att städernas och landsbygdens sjukvårdsintressen så ofta och så strängt åtskildes som då skedde. Likaså ansåg han olämpligt, att den administrativa länsindelningens gränser var avgörande för den allmänna sjukvårdens ledning och anordningar. Han förordade i stället kontinuerligt samarbete mellan sakkunniga representanter för ett sjukvårdsdistrikt, vars gränser ej bestämdes av länens växlande storlek utan av bl. a. de i sjukvårdssystemet ingående anstalternas till storleken olika verksamhetsradier m. m.

Den sist antydda tankegången har tillmätts avgörande vikt i England och Förenta staterna. Som framgår av vår redogörelse i kap. 8 har man i dessa båda länder ansett, att de administrativa sjukvårdsområdena bör sammanfalla med undervisningssjukhusens områden. För att samtliga specialiteter skall kunna företrädas vid varje undervisningssjukhus får upptagningsområdena icke vara för små, i varje fall bör de inte omfatta mindre än 600 000 invånare. För att varje allmänläkare skall kunna få sina tveksammaste fall bedömda vid undervisningssjukhuset och för att allmänheten icke skall få för långa resor får upptagningsområdena å andra sidan ej vara för stora; helst ej över 1·5 miljoner invånare. I de anglosachsiska länderna har man ansett, att man endast genom att på detta sätt låta undervisningssjukhusens områden sammanfalla med de administrativa sjukvårdsområdena kan undvika den överorganisation, som enligt vad erfarenheten visat lätt följer, om sjukvårdsområdena göres mindre. Överorganisationen kan t. ex. innebära, att varje sjukvårdsområde önskar en egen klinik även för specialiteter, som lämpligare är gemensamma för större enheter. Som exempel på sådana kliniker som bör vara gemensamma för större områden må nämnas neurokirurgiska avdelningar, radiumbehandlingsanstalter, vissa reumatologiska specialavdelningar samt avdelningar för extremitetskirurgi, thoraxkirurgi och urologi.

Till jämförelse må här återges en »Master Plan», som den 22 april 1947 utgivits av The Hospital Council of Greater New York för denna stad. För varje miljon invånare räknar man med tio centralsjukhus (community hospitals). Vid dessa finner man avdelningar för allmän invärtesmedicin och kirurgi, obstetrik och pediatrik samt ytterligare en tredjedel av alla erkända specialiteter. Varje centralsjukhus har i allmänhet mellan 200 och 400 platser. Två av dessa centralsjukhus är dock utbyggda till regionala sjukhus, avsedda för 500 000 invånare vartdera, och inrymmande — förutom de nämnda specialiteterna — vårdavdelningar för dermatologiska, gynekologiska, neurologiska, ortopediska, otolaryngologiska och urologiska fall, tillsammans vart och ett 600 sängar. Slutligen är ett av dessa båda sjukhus ytterligare utbyggt till ett centralt universitetssjukhus på 800 sängar (alla de nämnda sjukhusen skall användas i undervisningens tjänst!) med avdelningar för neurokirurgi, oftalmiologi, plastisk kirurgi

och thoraxkirurgi, av vilka i undervisningens intresse det således anses behövas endast en avdelning för en miljon invånare.

Denna utbyggnad av ett sjukhussystem avsett för ca en miljon människor kring ett undervisningssjukhus är icke resultatet av några slumpvis gjorda sammanställningar. Den tydligaste tendensen i våra dagars medicinska strävanden att öka hälsostandarden är i de anglosachsiska länderna den ökade inkopplingen av den medicinska fakulteten (»högskolan») i dess närmaste områdes hälso- och sjukvårdsadministration. Som bassjukhus för centralsjukhus, normallasarett och hälsocentraler utövar universitetssjukhuset och fakulteten en stimulerande verkan, erbjuder sina diagnostiska och konsultativa tjänster och organiserar dels, och kanske i första hand, specialläkarutbildningen men dels också fortbildningen för olika medicinska personalgrupper allt efter behov. Den medicinska högskolan måste också vara inkopplad i utbildningen i preventiv medicin för allmänpraktiker, ty detta ämne ingår numera som en del av den kliniska utbildningen. Dess enhet är familjen, till skillnad från den allmänna hälsovården, vars enhet är kommunen. Därför måste den praktiska utbildningen i den preventiva medicinen förläggas till ett distrikt, vars medicinska administration kontrolleras av den för undervisningen ansvariga institutionen. Litet varstädes i världen har ledande sjukvårdsmyndigheter erkänt fördelen av universitetskontroll över det medicinska fältarbetet ute i distrikten och tagit hänsyn till av den medicinska undervisningsanstalten avgivet förord vid utnämning av hälsovårdspersonal i dem. Universiteten blir då också eventuellt ansvariga för löner och expenser utöver ett normaldistrikts. Härigenom kan utövningen av den preventiva medicinen bli lika intimt associerad med den verksamhet, som bedrives av de socialmedicinska medarbetarna, distriktssköterskor och andra, som sjukhusmedicinen är med de på sjukhuset tjänstgörande hjälpkrafterna. Den medicinska fakulteten får då också ett större ansvar för utbildningen av alla dessa medhjälpare, sköterskor, sjukgymnaster, kuratorer, sysselsättningsterapeuter, psykologer, dietassistenter, röntgen- och laboratorietekniker och hälsotillsyningsmän. Det blir allt klarare, att en god medicinsk organisation kräver en nära samordning av alla dessa grupper och att vårdens kvalitet i hög grad avhänger av deras kompetens. Varje universitet bör för sitt område ta sin del av ansvaret för att varje kategori skall kunna utbildas i tillräckligt antal.

Vi har all anledning att följa detta försök i U. S. A. och dess motsvarigheter i England med uppmärksamhet. Tills vidare gör vi klokast i att icke överge vår egen nationella linje med en väsentlig del av ansvaret förlagd hos samma myndigheter som hittills, förrän det visat sig, att den icke låter anpassa sig efter utvecklingens krav.

Frågan om en samverkan över gränserna av de nuvarande länen och städerna utom landsting har emellertid även i vårt land med åren blivit allt mera aktuell. 1944 års kommitté för kommunal samverkan har i ett i år framlagt betänkande (SOU 1947: 30) med förslag till lag om regionkommuner, diskuterat frågan, om olika former för sådan samverkan — storlandsting, regionkommuner och andra. I en särskild promemoria berör sekreterare S. Radhe några problemställningar rörande samarbete mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting i fråga om sluten vård. Han finner en samverkan ur sjukvårdssynpunkt vara naturlig men förutsätta en hastigare utbyggnad av stadens sjukvård än som eljest vore behövlig. Av olika möjliga former för samarbetet rekommenderar han för en första period den mest fria, »inackorderingsavtalet». Detta bör, sedan klarare översyn erhållits, ersättas av det mera bundna »dispositionsavtalet». Radhe ifrågasätter, att till

regionkommunen kunde knytas samarbetsuppgifter på sjukvårdens område och att där kunde inrättas ett organ för gemensam planering av jämväl sjukhusfrågorna. Då enligt Radhe erfarenheterna från samtliga institutioner med krav på godkännande av flera olika medkontrahenter är ytterst ogynnsamma, förordar han, att varje sjukvårdsområde för sig förvaltar sina anläggningar utan inblandning från övriga intressenter. I särskilt yttrande har ordföranden i Stockholms stadsfullmäktige C. A. Andersson förordat en lösning av Stockholms stads problem enligt formeln storlandsting i stället för regionkommun. Borgarrådet Y. Larsson finner likaså linjen med storlandsting rent principiellt böra ges företräde, »särskilt då den medför en organisatoriskt klar och fullständig lösning av sjukvårdsuppgifterna, vilka onekligen tillhör de viktigaste bland dem, som påkalla gemensam handläggning».

Diskussionen om större förvaltningsområden är således i gång för så vitt angår städerna och angränsande områden. För sjukvårdens del skulle inrättande av stora förvaltningsområden, exempelvis de nedan skisserade sex, grupperade var och en kring en medicinsk högskola och dess sjukhus, onekligen i framtiden innebära en enkel, klar och fullständig lösning av många problem. Under utredningsarbetet har en sådan linje diskuterats. Då vi funnit denna fråga icke mogen för ett positivt förslag eller ens ett programmatiskt uttalande, är orsakerna härtill flera. Den viktigaste bland dem är, att utbyggnaden genom de lokala huvudmännen givit vårt sjukhusväsen en fast förankring i folkets medvetande som en hela folkets angelägenhet. Häri torde en av förklaringarna till den gynnsamma ställning, som vår offentliga sjukvård intager i jämförelse med andra länder, vara att söka. Man bör enligt vårt förmenande framgå varligt vid ändring av förvaltningsformer, som visat sig medföra sådana fördelar.

Då behovet av en form för samverkan inom större områden än landstingens tränger sig på, har vi sökt finna en mindre ingripande lösning än statens övertagande av den kommunala sjukvården genom att väcka förslag om *statskommunala hälsovårdsstyrelser* med uppgift att omhändertaga *provinsialläkarfrågorna* jämte en del andra, för närvarande centralt av medicinalstyrelsen handlagda frågor samt att stå till nuvarande huvudmäns förfogande med en *allmän planläggnings- och konsultationsverksamhet* i specialmedicinska frågor. Dessa styrelser skulle bli ett naturligt forum för dryftande av de större områdenas gemensamma problem.

Bland de frågor, som hälsovårdsstyrelserna skulle överta från medicinalstyrelsen, står främst provinsialläkarfrågorna, vilka genom de nya förpliktelser, som enligt vårt förslag skulle åligga staten-huvudmannen i fråga om lokaler, utrustning och hjälppersonal, kommer att fordra nära personliga och lokala kontakter, om icke det hela skall bli allt för tungrott, särskilt med hänsyn till den snabba utbyggnaden av provinsialläkarorganisationen. Övriga ärenden, som hälsovårdsstyrelserna skulle övertaga från medicinal-

styrelsen, vore t. ex. allmänna och speciella hjälpåtgärder vid epidemier samt åtgärder enligt karantänsföreskrifterna och enligt bestämmelserna om sanitär kontroll över luftfarten, om skyddskoppympning och difterivaccination. I alla dessa fall är det en fördel, att den centrala myndigheten icke är långt avlägsen. Var och en av hälsovårdsstyrelserna skulle till sin hjälp inom samma ort ha ett och inom sitt område eventuellt flera bakteriologiska laboratorier, vilkas verksamhetsområden skulle gå utöver länsgränserna. Många av de frågor, som för närvarande går till medicinalstyrelsen beträffande förvaltningen och driften av sinnessjukhusen, dock icke förslag och förord till tjänster, och sinnesslöanstalterna samt beträffande distriktsvården, synes med fördel kunna övertagas av hälsovårdsstyrelserna. En närmare utredning, som genomginge samtliga medicinalstyrelsens uppgifter, finge föreslå en uppdelning mellan medicinalstyrelsen och hälsovårdsstyrelserna. Däremot skulle de perifera hälsovårdsstyrelserna icke från landstingen övertaga landstingens nuvarande åligganden, med undantag för ärendena rörande hemmen för lättskötta sinnessjuka och senare sinnesslövården. Ej heller skulle man göra någon ändring i fördelningen av huvudmannaansvaret mellan staten och städerna utom landsting. En reglering av gränsfrågorna finge bli föremål för överläggning och överenskommelser, allt efter som dessa frågor uppstode.

Beträffande de överväganden, som lett oss fram till förslaget om statskommunala hälsovårdsstyrelser, må ytterligare följande anföras.

Det torde efter vad nyss sagts vara förståeligt, att det kunnat ifrågasättas, om landets uppdelning på 31 sjukvårdsområden, varav 5 med lägre invånarantal än 100 000, ur allmän effektivitetssynpunkt är särskilt ändamålsenlig.

Till en början var landstingens förvaltningsorganisation så enkel, att uppgifterna flerstädes löstes av oavlönade förtroendemän. Under denna epok var de små förvaltningsenheterna lämpliga. I samma mån som uppgifterna vuxit och komplicerats har även landstingens förvaltningsapparat svällt. Numera finns hos landstingen ett ej obetydligt antal heltidsanställda byråtjänstemän. Från många håll inom ledande landstingskretsar har man med en viss oro sett denna utveckling.

Landstingens strävan att begränsa sin verksamhet och sin tjänstemannastab måste sägas vara förståelig och berömvärd. Ett väsentligt värde i de lokala huvudmännens verksamhet, den lokala självstyrelsen, är att arbetet utföres av ortens folk, som har en stark känsla av att det är fråga om en gemensam angelägenhet till medborgarnas bästa. I samma mån som ärendenas mängd och omfattning tvingar till anställande av tjänstemän, uppstår dock motsvarande risker som vid en central förvaltning genom tjänstemän. Riskerna kan t. o. m. sägas vara större, då samtidigt hänsyn till ortsförhållanden av olika slag kan föranleda sakligt sett mindre lämpliga ställningstaganden.

Det förefaller, som om det stigande antalet ärenden i en allt mer utbyggd hälso- och sjukvårdsorganisation kommer att bereda landstingen ett ständigt utökat arbete, som tvingar till ett ökat anlitande av tjänstemän. Det är detta perspektiv, som nödvändiggör frågan om icke vissa av landstingens uppgifter bör delegeras på större huvudmannaenheter. Som alltid, då en tjänstemannaorganisation skall uppläggas, är det av vikt att pröva, huru det positiva arbete, som skall utföras, skall kunna bli väl gjort med minsta antal anställda. Ser vi från sådana synpunkter på sinnessjukvården, blir resultatet följande.

I stället för att *all* sinnessjukvård övertages av landstingen, synes liksom nu en klyvning vara rationell. Landstingen får omsorgen om akutavdelningarna vid lasaretten, både de för vuxna och de speciella för barn, samt den i anslutning till dem organiserade öppna vården, av än större betydelse än den slutna. Statsverket behåller förvaltningen av sinnessjukhusen och de med dem samorganiserade sekundärsjukhusen och övertar från landstingen vården av de lättskötta sinnessjuka för att utbygga dessa sjukhus i behövlig utsträckning. Varje sinnessjukhusdirektion tilldelas ansvaret för, utöver sitt sjukhus, sekundärsjukhus och vårdhem för lättskötta sinnessjuka inom dess upptagningsområde.

De till direktionerna delegerade befogenheterna ökas och i samband härmed utökas också medicinalstyrelsens inspekterande personal. Överinspektören för sinnessjukvården får en medhjälpare, placerad i Cp 10, och likaså dubbleras inspektören för sinnesslövården, som samtidigt handhar den förebyggande psykiska barnavården och epileptikervården.

Går vi till frågan om vilket organ, som bäst skulle lämpa sig för handläggningen av det fullt utbyggda tjänsteläkarväsendet, då antalet ordinarie och extra provinsialläkare, som år 1940 var 364 och den 1 juli 1947 498, enligt förslaget redan efter fem år skulle komma upp till nära 1 000 för att så småningom i hela riket, tjänsteläkarna i städerna inberäknade, ökas till det dubbla eller ca 2 000 läkare, framstår behovet av personlig kännedom och personlig omsorg, ägnad åt provinsialläkarnas problem. Landstingsförbundets delegerade avråder från dessa ärendens förflyttning till landstingen och provinsialläkarna själva önskar gärna kvarstanna under statens huvudmannaskap. Medicinalstyrelsen har i sitt yttrande över medicinalstyrelseutredningens betänkande uttalat, att den föreslagna personalstorleken icke förslöge för att sköta styrelsens växande uppgifter. Styrelsen har skisserat en organisation med ett flertal inspektörer, varav en för den öppna vården och en för den slutna, vilkas huvudsakligaste uppgift skulle vara att under generaldirektören sammanhålla de skilda verksamhetsgrenar, som ingår i dessa vårdformer. Såsom ett första alternativ att bemästra alla de uppgifter, som följer med provinsialläkarvårdens utbyggnad, vill styrelsen åter framföra detta förslag, som principiellt betyder anställande i medicinalstyrelsen av en medicinsk ställföreträdare för generaldirektören i överdirektörs ställning och

ytterligare ett antal ledande läkare, på vilka de inspekterande och rådgivande funktionerna kunde fördelas. Om styrelsen på detta sätt utbyggdes, kunde möjligheter förefinnas att centralt sammanhålla det växande verket. Om man icke vill skrida till en sådan förstärkning av den centrala styrelsen, återstår endast att lägga ledningen mera perifert. *En* möjlighet synes då vara att som ortsorgan provisoriskt engagera förste provinsialläkarna, vilka skulle tilläggas vidgade befogenheter och ingå i länsstyrelserna som en särskild avdelning av dem. På sådana länsstyrelsernas hälsovårdsavdelningar borde då förutom förste provinsialläkaren finnas anställda 1—4 biträdande provinsialläkare, en administrativ chefstjänsteman, en byggnadsinspektör samt erforderlig biträdespersonal. På avdelningarna borde till en början ankomma de uppgifter, som nu tillkommer förste provinsialläkare. Beträffande tjänsteläkarväsendet borde hälsovårdsavdelningarna härutöver ansvara för byggnadsbeståndet (tjänstebostäder och mottagningslokaler), för utrustningen (möbler, instrumentarier och bilar), för tjänsteläkarnas förseende med biträdespersonal och för den läkartekniska granskningen av alla räkningar från tjänsteläkarna. Hälsovårdsavdelningarna borde hålla sin uppmärksamhet på frågan om distriktsindelning och allmänt taget vara tjänsteläkarnas förmän.

Förste provinsialläkaren torde enligt denna linje böra föredra större ärenden och ärenden av principiell betydelse för landshövdingen men i övrigt besluta på föredragning av vederbörande byråchef för hälsovården. Omfattningen av hans byråmässiga arbete torde göra det uteslutet att han biträder landstinget; däremot torde han själv eller representant för honom böra deltaga i hälso- och sjukvårdsberedningarnas sammanträden med rätt att få skiljaktig mening antecknad till protokollet.

Mot den nu återgivna skissen kan emellertid åtskilliga anmärkningar göras. Allmänt känt är, att länsstyrelsernas arbetsbörda är stor nog, trots att den hittills i fråga om hälso- och sjukvård i huvudsak endast omfattat sanitära frågor, och att man tvärtemot att söka tillföra länsstyrelserna nya arbetsuppgifter på senare tid sökt avlasta dem. Första provinsialläkarna skulle förvandlas från flygande inspektörer till byråtjänstemän. Avgörande synes vara, att anordningen skulle bidraga till att konservera den olämpliga uppdelningen av uppgifterna på ett antal delvis små sjukvårdsområden, vilkens olägenheter ovan utförligt diskuterats.

Såsom en annan möjlighet framstår inrättandet av särskilda statliga organ för handhavandet av ifrågavarande uppgifter.

Tidigare i detta kapitel har vi nämnt, att för tillgodoseende av läkarbehovet inom landet betydligt mer än 300 studerande under den tid, som kan överblickas, årligen måste intas vid de medicinska högskolorna. De tre fakulteter, som nu finns, samt den medicinska fakulteten vid Göteborgs högskola, som torde komma att inrättas till den 1 juli 1948, skulle visserligen måhända i nödfall kunna motta dessa studenter. Men varje läkare i lä-

rares ställning skulle i så fall få ett så stort antal elever att handleda, att utbildningens kvalitet skulle äventyras. Även för forskningen innebär en alltför betungande undervisningsskyldighet allvarliga vådor. Icke heller ur kostnadssynpunkt vore en sådan anhopning av studerande vid de fyra nämnda fakulteterna att förorda annat än under en övergångstid. Läkarkrafterna i många medicinska discipliner utnyttjas nämligen bäst, om de samtidigt sysslar med undervisning, forskning och praktisk verksamhet på sina institutioner. Blir elevantalet för högt, nödgas man vidta dubbleringar eller andra åtgärder, som ofta är oförenliga med en ekonomisk drift.

På grund av de anförda och ytterligare andra undervisningssynpunkter, på vilka här ej skall närmare ingås, håller vi för sannolikt att det kommer att visa sig nödvändigt att medicinska högskolor inrättas i ytterligare två städer. Närmast synes härvid Sundsvall och Norrköping—Linköping böra ifrågakomma. Först därigenom skulle den erforderliga utbildningskapaciteten på lämpligt sätt tryggas.

Genom inrättandet på detta sätt av ytterligare två undervisningssjukhus skulle förutsättningar skapas att ernå den korrespondens mellan vetenskapligt och praktiskt inriktad läkargärning, som vi tidigare angivit som ett angeläget önskemål. De olika undervisningssjukhusen borde lämpligen tillhandagå med konsultation för följande områden, vars sammanlagda folkmängd den 1 januari 1946 anges inom parentes: *karolinska sjukhuset* Stockholms stad och län samt Gotlands län (1 050 000), *akademiska sjukhuset i Uppsala* Uppsala, Örebro, Västmanlands och Kopparbergs län, Gävle stad samt av Gävleborgs län Gästrikland (900 000), *Linköpings undervisningssjukhus* Södermanlands, Östergötlands och Jönköpings län, av Kalmar län dess norra landstingsområde samt Norrköpings stad (900 000), *undervisningssjukhuset i Lund* Kronobergs län, av Kalmar län dess södra landstingsområde, Blekinge, Kristianstads och Malmöhus län, städerna Malmö och Hälsingborg samt av Hallands län dess södra del (1 300 000), *Göteborgs undervisningssjukhus* norra delen av Hallands län samt Göteborgs och Bohus län och staden Göteborg, Älvsborgs, Skaraborgs och Värmlands län (1 450 000) samt *Sundsvalls undervisningssjukhus* Hälsingland samt Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län (1 050 000). Varje konsultationsområde skulle härigenom bli av en storlek, som vore ur medicinska synpunkter fördelaktig.

I städer med medicinsk högskola skulle kunna upprättas *statskommunala hälsovårdsstyrelser*. Hälsovårdsstyrelsernas antal skulle alltså i en framtid kunna bli sex. Härvid finge man dock gå försiktigt fram och till en början genom försöksverksamhet inom någon region pröva lämpligheten av anordningen. Om denna verksamhet sloge väl ut och förutsättningarna i övrigt komme att vara förhanden kunde man fortsätta på den inslagna vägen. Hälsovårdsstyrelserna skulle genom sin placering ha tillgång till de främsta medicinska experter såsom vetenskapliga rådgivare.

Som närmare utvecklas i kap. 15, framtidsförslag, tänker vi oss möjligheten föreligga för en fakultet i Sundsvall att träda i verksamhet först om åtskilliga år och för en sådan i Linköping vid en ännu senare tidpunkt. Intill dess finge vederbörande områden anslutas till de fyra förhandenvarande i Stockholm, Uppsala, Lund, Göteborg, så att Uppsala hälsovårdsstyrelse finge hand om Norrland, medan Linköpings-distriktet till sin största del fördes till Stockholms. En viss utjämning mellan de fyra olika områdena finge övervägas.

Hälsovårdsstyrelserna borde från medicinalstyrelsen överta förut uppräknade och eventuellt andra uppgifter, som lämpligen kan decentraliseras. Hälsovårdsstyrelserna skulle i vissa frågor vara underställda medicinalstyrelsen. Hälsovårdsstyrelsen för Stockholms hälsovårdsområde borde vara en egen myndighet, men lokalt samordnad med medicinalstyrelsen. Sistnämnda ämbetsverk skulle i fortsättningen vara ett centralt inspektionsverk och den naturliga remissinstansen för allmänna frågor om hälso- och sjukvård samt besvärsärenden. Mellan dess chef och hälsovårdsstyrelsernas chefer borde regelbundna överläggningar äga rum.

Hälsovårdsstyrelserna borde bestå av lämpligt antal huvudmannarepresentanter, utsedda av Kungl. Maj:t på förslag av vederbörande landsting och stadsfullmäktige i städer utom landsting. För att ortsintressena skulle erhålla en tillbörligt allsidig representation synes det oss som om ledamöternas antal borde sättas till tio i varje hälsovårdsstyrelse. Det antal ledamöter av hälsovårdsstyrelsen, som varje huvudman borde föreslå, borde förslagsvis bestämmas i relation till folkmängden, dock med iakttagande av att varje landstingsområde eller del av landstingsområde och varje stad utom landsting alltid skulle ha en ledamot, även om dess folkmängd icke i och för sig berättigade därtill. För ledamöterna borde finnas lämpligt antal suppleanter. Ledamöterna borde åtnjuta dels ett fast årsarvode och dels arvode för varje sammanträdesdag ävensom resekostnadsersättning.

Som ordförande i hälsovårdsstyrelsen borde fungera en av Kungl. Maj:t utnämnd hälsovårdschef med läkarkompetens. Denne skulle vara ansvarig inför Kungl. Maj:t och medicinalstyrelsen för hälsovårdsstyrelsens arbete och ensam beslutande i alla ärenden av mindre vikt. Under honom borde finnas två byråchefer, den ene för ärenden av medicinskt innehåll och den andre för administrativa ärenden. I den administrativa byrån borde ingå ett byggnadskontor under närmaste ledning av en byggnadsinspektör. Hälsovårdsstyrelsen skulle sammanträda minst en gång i månaden och vid dessa sammanträden skulle handläggas alla ärenden av större vikt samt för efterhandsgodkännande anmälas av hälsovårdschefen avgjorda, medelstora ärenden, vilkas natur icke medgivit anstånd med avgörandet. Beslut borde fattas genom omröstning, varvid såsom hälsovårdsstyrelsens mening borde gälla majoritetens, där denna översteg tre fjärdedelar av hela det fastställda antalet ledamöter. I andra fall borde som styrelsens mening gälla den, som

omfattades av hälsovårdschefen. Rätt att få skiljaktig mening antecknad till protokollet skulle alltid föreligga, varjämte reservant åtminstone under vissa förutsättningar borde äga rätt att hos medicinalstyrelsen eller Kungl. Maj:t anföra besvär.

Genom inrättandet av hälsovårdsstyrelser vunne man en syntes av det värdefullaste i kommunal och statlig sjukvårdsadministration och bevarade därigenom möjligheterna till lokala initiativ, till en friare och sundare utveckling samt en smidig anpassning efter lokala förhållanden.

Förhållandet i medicinska frågor mellan Kungl. Maj:t, medicinalstyrelsen och andra centrala ämbetsverk samt hälsovårdsstyrelserna skulle i stora drag ordnas så, att medicinalstyrelsen utfärdade allmänna råd och anvisningar och vore rådgivande åt övriga centrala myndigheter liksom hälsovårdsstyrelserna åt de lokala. Överklaganden av hälsovårdsstyrelsens beslut borde i allmänhet med medicinalstyrelsens yttrande överlämnas till Kungl. Maj:t men i vissa fall kunna avgöras av medicinalstyrelsen.

Medicinalstyrelseutredningen har utfört en noggrann inventering av möjligheterna att överflytta styrelsens uppgifter på andra nu befintliga myndigheter. Det har visat sig, att möjligheterna härtill är starkt begränsade, emedan tänkbara avlastningsinstanser icke har erforderlig kompetens eller kapacitet. Detta skulle däremot de föreslagna hälsovårdsstyrelserna få.

Vid ett genomförande av detta förslag torde förste provinsialläkarna böra bibehållas vid i stort sett nuvarande arbetsuppgifter. I stad, där statlig hälsovårdsstyrelse funnes, vore det önskvärt, att expeditionslokal och skrivhjälp tillhandahölles förste provinsialläkarna av hälsovårdsstyrelsen. Härigenom skulle nu utgående expensmedelsersättningar till dessa förste provinsialläkare bortfalla. Biträdande förste provinsialläkarinstitutionen borde utvidgas så, att den biträdande förste provinsialläkaren bleve heltidsanställd, och kompletteras med en organisation, förslagsvis benämnd biträdande provinsialläkarinstitutionen. Denna skulle bestå av ett efter varje läns storlek avpassat antal, varierande mellan ett och fem, biträdande provinsialläkare, som skulle ha sin fasta stationering hos förste provinsialläkaren och icke, som enligt alternativet med hälsovårdsavdelningar vid länsstyrelserna, hos dessa. Biträdande provinsialläkarna borde i första hand fungera som avlösare för ordinarie tjänsteläkare under ledighet för dem från jourtjänst eller för semester o. dyl. Härutöver borde de biträda förste provinsialläkaren i hans arbete, varigenom avsevärt större effekt än för närvarande borde kunna utvinnas.

Slutsatsen av våra överväganden blir, att man bör uppge det i och för sig önskvärda kravet att finna en enhetlig huvudman för all hälso- och sjukvård och söka lösningarna mera i anslutning till bestående förhållanden.

Hälso- och sjukvårdens fortgående differentiering på olika specialiteter och vårdformer gör det nödvändigt, att huvudmännen i större utsträckning än förr äger tillgång till medicinsk sakkunskap, som kan ge råd angående av-

vägningen av behovet av anordningar för olika vårdformer och aktivt verka för den koordination mellan skilda läkarkategoriers verksamhet, som nu mer än tidigare är nödvändig. Denna medicinska sakkunskap skulle dock med mycket små organisatoriska förändringar kunna ställas till huvudmännens förfogande genom universitetens medicinska fakulteter och karolinska institutet. Förutsättningen är, att i anslutning till dem för ändamålet skapas administrativa organ, vilket vi från andra utgångspunkter funnit behövligt.

För städerna utom landsting torde någon ändring av nuvarande anordning icke vara påkallad förrän tjänsteläkarväsendet i en framtid utbyg ges även i dem. Denna ordning innebär alltså för närvarande för Stockholm, Göteborg och Malmö och eventuellt snart Norrköping huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård, samt för övriga icke-landstingsstäder huvudmannaskap för all hälso- och sjukvård inbegripen även den öppna och slutna sinnessjukvården vid lasaretten men övrig sinnessjukvård undantagen.

För landstingens del innebär förslaget övertagande av ansvaret för den öppna sjukvården vid och i samband med dess anstalter och ett bibehållande av alla nuvarande uppgifter utom vården av lättskötta sinnessjuka. I en framtid kan möjligen ifrågakomma att till de föreslagna hälsovårdsstyrelserna överflytta distriktssköterskor och övrig landstingen nyligen pålagd hälsovård i distrikten. Vårt förslag torde för landstingen icke påkalla annan ändring av den administrativa apparaten än att varje landsting fortlöpande borde erhålla mera biträde av en medicinskt skolad man, förste provinsialläkaren, biträdande förste provinsialläkaren eller bägge, efter den utbyggnad av organisationen, som vi skisserat i det föregående. Huvudmannaskapet för specialläkarvården skulle i stort sett ha samma materiella innehåll som landstingens nuvarande huvudmannaskap för anstaltsvården.

Formerna för utövandet av det statliga huvudmannaskapet torde böra bestämmas så, att hälsovårdsstyrelserna med hjälp av de lokala direktionerna finge svara för största delen av sinnessjukvårdens administration inom sina områden. Därvid bör, eventuellt med hjälp av statens organisationsnämnd, tid efter annan undersökas möjligheterna för en vidgad delegation på direktionerna av beslutanderätten. Till direktionernas förfogande borde ställas årliga, ej alltför knappt tilltagna belopp av allmänna medel. Medicinalstyrelsen skulle inspektera, utge allmänna direktiv och handha vissa grupper av ärenden, t. ex. utnämningar.

Ansvaret för sinnesslövård och vård av lättskötta sinnessjuka bör konstrueras analogt med ansvaret för sinnessjukvården.

Vad beträffar frågan om läkarnas ersättning har vi i kap. 10 i anslutning till den principiella diskussionen deklarerat vår ståndpunkt om den enligt vår mening för alla parter mest förmånliga lösningen; heltidslönen. Frågan om genomförbarheten av ett sådant förslag för närvarande liksom frågan om vilket betalningssystem, som bör komma till användning, måste helt överlämnas till överläggningar mellan det allmännas representanter och

läkarnas kårorganisationer. Vi betonar endast, att man icke kan vara nöjd med en lösning, som vid ett bibehållande av en sjukkassetaxa underlåter att ge denna karaktär av maximitaxa.

En förutsättning för att hälsovårdsstyrelserna skall fungera tillfredsställande är, att de erhåller större ekonomisk rörelsefrihet än den stela statliga budgetbehandlingen medger. Om exempelvis en sjukvårdsfunktionärs bostad eller mottagningslokal brinner ned, är det ej försvarligt att låta sjukvården ligga nere, till dess riksdagen hunnit anvisa medel till nybyggnad; om behov av ett tillfälligt provinsialläkardistrikt uppkommer t. ex. genom påbörjandet av ett stort kraftverksbygge, kan inrättandet av detsamma icke utan olägenhet anstå till dess Kungl. Maj:t efter ett halvår eller mera hunnit pröva ärendet etc. Tillsvidare bör de huvudsakliga utgifterna för den statliga hälso- och sjukvården liksom hittills bestridas från riksstatsanslag. För att undgå den befarade stelheten, kunde man överväga att införa en allmän hälsovårdsavgift. Denna borde förslagsvis konstrueras analogt med den av 1946 års riksdag beslutade folkpensioneringsavgiften. Möjligen vore det praktiskt att sammanslå de båda avgifterna till en gemensam hälsovårds- och pensionsavgift. Uppbördsmyndigheterna kunde därefter t. ex. ställa hälften av influtna avgifter till pensionsstyrelsens förfogande och hälften till förfogande för de lokala huvudmännen och de statliga hälsovårdsmyndigheterna för oförutsedda utgifter under mindre tunga former än en medelsanvisning över riksstatsanslag innebär.

Till en början torde det förslå, om sex miljoner kronor årligen ställdes till de hälsovårdsadministrativa organens förfogande för oförutsedda utgifter. Dessa organ borde därefter budgetårsvis avge en redogörelse för medlens användning dels till vederbörande departementschef och dels till riksdagens revisorer. Det årliga belopp, som en allmän hälsovårdsavgift borde inbringa, kan uppskattas till 85 miljoner kronor, vilka huvudsakligen borde ingå i riksstatens anslag.

Avd. IV. Förslag.

Kap. 13. Allmän organisationsplan för den öppna läkarvården.

Hälsocentraler.

Av det föregående har framgått, att ett rationellt ordnande av den öppna sjukvården förutsätter uppgörandet av en allmän plan, som upptar de olika leden i den öppna vården, anger i vilken relation de bör stå till varandra samt huru de bör samordnas med den slutna sjukvården och den förebyggande vården, som är under utbyggnad. De olika former av öppen vård, som bör ingå i en sådan plan, existerar redan i stor utsträckning, nämligen öppen mottagning vid centrallasarett, normallasarett och odelade lasarett, vid sjukstugor, hos tjänsteläkare i deras stationsorter samt vid de filialmottagningar, som hålles av sådana läkare, ofta med förläggning till distriktssköterskornas mottagningslokaler. Vid samtliga dessa mottagningar har sjukvård lämnats. I regel har också, ehuru i mindre utsträckning, i den öppna vården ingått hälsovårdande mottagningar.

Såsom i kap. 6 skildrats finns redan nu flera olika slag av hälsovårdande mottagningar, bl. a. inom tuberkulosvården, för förebyggande mödra- och spädbarnsvård och för barn i förskolåldern. De erfarenheter, som vunnits i denna verksamhet, har givit vid handen, att det är till stor fördel om vid sådana mottagningar anordningar träffats både för direkt hälsokontroll och för den vidare undersökning och behandling, som kan föranledas av de fynd, som göres vid en sådan kontroll. Med den fortsatta utvidgning av den förebyggande vården till allt större grupper av befolkningen, som med all sannolikhet torde komma att försiggå under de närmaste decennierna, är åtskilliga fördelar att vinna av att denna vård i största utsträckning förlägges till samma lokaler och i övrigt försiggår i intim samverkan med den öppna sjukvården (gemensamma läkare och andra funktionärer, gemensam utrustning etc.).

Det synes motiverat, att vid övergången till ett sådant system av sinsemellan samordnade hälso- och sjukvårdsmottagningar den förändrade karaktären hos mottagningarna markeras genom införandet av större likformighet också i terminologiskt hänseende.

I analogi med de benämningar, som kommit till användning i den förebyggande mödra- och barnavården — mödra- och barnavårdscentraler av typ I och II, mödra- och barnavårdsstationer samt mödra- och barnavårdsfilialer, samtliga i det allmänna språkbruket benämnda mödra- och barnavårdscentraler — vore det lämpligt att samhällets mottagningar för öppen sjukvård och förebyggande vård erhölle benämningen hälso- och sjukvårdscentraler. Emellertid må erinras om att i engelsktalande länder ordet hälsa (health) uppfattas som ett mera omfattande begrepp än hos oss. Så innesluter man i begreppet hälsovård (health care) även sjukvård, sjukförsäkring heter health insurance o. s. v. Mycket talar för en övergång till motsvarande språkbruk också i vårt land. Frånsett det lämpliga i att såvitt möjligt en internationellt enhetlig beteckning eftersträvas, torde detta bruk av ordet också psykologiskt sett vara ägnat att bidraga till att såväl allmänheten som läkarna mer och mer bringas att uppfatta hälsovården som ett särskilt betydelsefullt led inom hälso- och sjukvård. I enlighet härmed skulle med benämningen hälsocentral avses mottagningar för såväl öppen sjukvård som förebyggande vård. Om detta ord reserveras för de mottagningar, som har ständig tillgång till läkare, skulle benämningen hälsofilial (eventuellt hälsogård) lämpligen komma till användning i fråga om mottagningar, som intermittent besöks av läkare. I det allmänna språkbruket torde sannolikt också dessa komma att gå under benämningen hälsocentraler, liksom ordet barnavårdscentral i dagligt tal omfattar både barnavårdscentraler av typ I och II och filialer. Någon olägenhet härav har icke försports.

I det följande användes ovan angivna terminologi i fråga om mottagningar för hälso- och sjukvård.

Utom de till sjukhus förlagda mottagningarna skulle vid behov också inrättas friliggande mottagningar för specialläkarvård anknutna till sjukhus.

De olika slag av mottagningar, som bör ingå i den allmänna planen, är följande:

1) *Hälsocentral av typ I c.*
Öppen poliklinisk specialläkarmottagning vid *centrallasarett* och därmed jämställda sjukhus.
Motsvarande specialläkarmottagning kan också vara förlagd till annan ort än det sjukhus, till vilket den hör.
Till dessa mottagningar skall ett stort antal specialläkare finnas anknutna, såsom kirurger, invärtesmedicinare, öron-, ögon- och barnläkare, psykiatriker, barnpsykiatriker, obstetriker-gynekologer och röntgenologer samt laboratorer och allmänläkare.

2) *Hälsocentral av typ I n.*
Denna mottagning motsvarar den till *normallasarett* förlagda öppna mottagningen, kompletterad med lokaler för konsulterande specialläkare.

3) *Hälsocentral av typ II.*
Mottagningar vid *odelade lasarett* (II l) och *sjukstugor* (II sst) samt hos allmänläkare (II p).

4) *Hälsofilial,* i dagligt tal *hälsogård* (efter finskt mönster).
Mottagning hos *distriktssköterska* eller *distriktsbarnmorska,* dit läkare stundom kommer.

Samarbetet mellan olika slag av hälsocentraler bör organiseras så, att å ena sidan patienter vid behov remitteras från allmänläkare vid hälsocentraler av typ II till specialläkare vid centraler av typ I, å andra sidan specialläkare från sistnämnda centraler såsom konsulterande besöker de mindre, perifert belägna centralerna (öronläkare, barnläkare, psykiatriker, barnpsykiatriker etc.). En förutsättning för en sådan anordning är, att antalet specialläkare vid hälsocentralerna av typ I är tillräckligt stort.

Samordningen mellan till sjukhus förlagda hälsocentraler och sådana på annan ort inbördes och med bassjukhuset är inte uteslutande avsedd att tjäna allmänhetens omedelbara intresse av tillgång till adekvat vård. Även för de där verksamma läkarna och deras medhjälpare erbjuder den stora fördelar bl. a. i utbildningshänseende. I första hand bör de av centralernas specialläkare, som icke samtidigt tjänstgör vid sluten avdelning, beredas tillfälle att genom vikariat eller tjänstebyte med kolleger i samma fack och med likvärdig kompetens under någon tid av året tjänstgöra också i den slutna vården. Detta vore ägnat att vidmakthålla deras tekniska skicklighet i fråga om fall, som mera regelmässigt kräver anstaltsvård, att hålla dem à jour med den allmänna utvecklingen inom specialiteten och att motverka yrkesmässig isolering.

Sedan länge har man varit medveten om önskvärdheten av att olika kategorier av befattningshavare ute i distrikten en eller flera gånger under sin verksamhetstid erhåller tillfälle att återuppliva och komplettera sina teoretiska kunskaper. Hittills har detta önskemål huvudsakligen tillgodosetts genom s. k. repetitionskurser, av vilka de för barnmorskor är obligatoriska och de för tjänsteläkare föreslagits skola bli det (SOU 1945: 56). Det är en allmän mening, att sådan repetition bäst sker genom någon kortare tids tjänstgöring på sjukvårdsanstalt eller avdelning, där läkarna kunde förnya och komplettera sina kunskaper inom den eller de specialiteter, som för dem var av särskilt intresse. Sådan efterutbildning kunde förläggas till normallasarett, centrallasarett eller universitetssjukhus. Dessa tjänstgöringar skulle kunna ordnas dels såsom vikariat och dels genom tjänstebyten.

Denna verksamhet kräver inom varje sjukvårdsområde en lämplig person, helst sjukhusläkare, som efter vederbörandes hörande uppgör förslag rörande vikariat och tjänstebyten för varje år, vilka bör godkännas av den centrala sjukvårdsmyndigheten för området.

I detta sammanhang må understrykas behovet av ordnad utbildning för sjukhusadministratörer, såväl läkare som icke-läkare. I Förenta staterna och England har detta utbildningsproblem upptagits av de främsta medicinska högskolorna, som ordnat kurser för att utbilda chefer för den allmänna hälsovården. 1945—1946 utbildades i Förenta staterna ett femtiotal sådana chefer, av vilka åtta läkare. Kanske kunde frågan för de nordiska ländernas del ordnas i samband med en planerad gemensam utbildningsanstalt för högre hälsovårdsfunktionärer.

Samordningen mellan centraler av olika slag liksom också verksamheten vid centralerna bör i stora drag regleras genom bestämmelser, som fastställer huvudmannaskap, läkar- och personalförhållanden m. m. Härvid bör gälla, att öppen och sluten sjukvård samt socialhygienisk vård organiseras för varje sjukvårdsområde såsom en enhet för sig. Formerna för samarbetet mellan institutionerna inom olika sjukvårdsområden bör också regleras. Omfattningen av vården vid de olika centralerna bör bestämmas i den för sjukvårdsområdet uppgjorda allmänna planen.

Arbetet vid centralerna bör organiseras så, att olika specialiteters företrädare i den mån så är möjligt håller mottagning samtidigt. Vid specialläkarmottagningarna bör företräde lämnas patienter med remiss från annan läkare. Särskilda anordningar bör träffas för att patienterna med minsta möjliga omgång skall komma till den läkare, som lämpligen bör taga vård om dem. Så långt arbetsförhållandena medger, bör hänsyn tagas till framställd önskan att få söka viss namngiven läkare. Lämpliga åtgärder bör vidtas för att göra väntetiderna så korta som möjligt (förutbeställning av tid m. m.).

I fråga om *till sjukvårdsanstalter förlagda mottagningar av typ I eller II* må framhållas följande.

Vid bestämmandet av antalet läkare skall hänsyn tagas till arbetet i såväl öppen som sluten vård. Sjukhusets underordnade läkare bör biträda i den öppna vården. Om de av medicinalstyrelsen förklarats inneha specialläkarkompetens, kan de bedriva självständig verksamhet inom denna, ehuru med rätt att i behövliga fall konsultera överordnad läkare. I övriga fall må underordnade läkare medverka under kompetent läkares inseende och allmänna ansvar.

Direktion och styresman vid sjukhuset bör ha motsvarande befogenheter rörande den vid sjukhuset bedrivna öppna vården som de redan har i fråga om den slutna. Öppen mottagning bör hållas i samtliga de kliniska specialiteter, som är företrädda vid sjukhuset. Röntgenläkaren bör mottaga patienter utifrån endast på remiss.

En särställning bland hälsocentralerna kommer de till undervisningssjukhusen förlagda mottagningarna att intaga. Till dem kommer att remitteras de fall, som anses kräva högsta sakkunskap, i likhet med vad som redan nu är förhållandet. Samtidigt härmed bör de liksom hittills tjänstgöra som vanliga hälsocentraler av typ I för den del av deras hälsovårdsområden, som ligger dem närmast.

Hälsocentraler av typ I.

Hälsocentraler av typ I, som icke är förlagda intill ett sjukhus i stad, kan allt efter omständigheterna placeras i annan del av staden eller i annan större stad. De bör vid behov förses med egna laboratorier. Såsom läkare bör tjänstgöra specialläkare, tillsatta i samma ordning som lasarettsläkare. Läkarna bör kunna anställas på hel- eller deltid. Om vid hälsocentral an-

ställda underordnade läkares deltagande i arbetet bör gälla detsamma som om övriga vid sjukhuset anställda underordnade läkare. För det fall att andra än remisspatienter mottas, bör vid hälsocentral av typ I finnas anställd en allmänläkare eller specialist i invärtesmedicin, som tillgodoser patientens behov av allmän undersökning och bedömning, innan olika specialläkare sökes.

Med den utveckling som specialläkarvården i Sverige tagit kan man utgå ifrån att ett län med c:a 200 000 invånare för närvarande behöver två hälsocentraler av typ I c. Upptagningsområdet blir alltså ca 100 000 invånare för varje central. Då varje stad med mer än 40 000 invånare torde kunna behöva två hälsocentraler av typ I c, en invid centrallasarettet och därjämte ytterligare en, där icke den sistnämnda förlägges till annan stad inom landstingsområdet — till hälsocentralerna av typ I kommer ju även den omgivande landsbygden att söka — kan antalet centraler komma att överstiga en på 100 000 invånare i ett område.

Enligt i kap. 12 gjorda beräkningar av specialläkarbehovet bör man för 100 000 invånare så småningom förfoga över c:a 5 invärtesläkare, 5 kirurger, 3 öron-, 2 ögon-, 2 röntgenläkare, 2 obstetriker och gynekologer, 5 barnläkare och minst 7 psykiatriker. Antalet representanter för de olika specialiteterna vid hälsocentralerna får anpassas med hänsyn till det antal specialister, som är placerat på annat håll inom området.

I England har man efter en regional översyn av sjukhusresurserna räknat med minst 100 000 invånare för ett »district hospital» (centrallasarett) och ansett att detta område borde betjänas av minst fyra smärre hälsocentraler. Medan en psykiatrisk mottagning därstädes för närvarande i genomsnitt har att betjäna en befolkning av 183 000 personer, anser man enligt ett uttalande av engelska hälsovårdsministeriet 1946, att det bör finnas minst en sådan mottagning på 100 000 invånare, vilket kommer nära den amerikanska uppfattningen. Man anser i England också, att antalet barnpsykiatriska avdelningar (child guidance clinics) bör vara en på 100 000 invånare; dock räknar man endast med *en* sluten avdelning för sådan vård på 250 000 invånare. Dessa överväganden svarar väl mot tanken, att ett svenskt län med endast ett centrallasarett, utom en hälsocentral av typ I c invid sjukhuset, skulle ha ytterligare en central av samma storleksordning.

När behovet av centraler av typ I skall beräknas för större städer, särskilt städer utom landsting, bör ihågkommas stadsbefolkningens tätare besök hos specialläkare.

Förvaltning.

De vid sjukhus förlagda hälsocentralerna bildar i förvaltningshänseende en naturlig enhet med sjukhusen. Administrationen av de i annan stad förlagda hälsocentralerna av typ I c kan tänkas löst på olika sätt. Sannolikt behöver en sådan hälsocentral sin egen biträdande styresman, medan centra-

len i förvaltningshänseende anslutes antingen till annan sjukvårdsinrättning, som praktiskt taget alltid torde förefinnas i närheten, eller hellre till bassjukhuset, dit i varje fall läkarstaben bör höra.

Lokaler.

En av de viktigaste uppgifterna vid ordnandet av den öppna sjukvården är att lösa lokalfrågan. Centrala sjukvårdsberedningens arkitektavdelning har, på vår begäran, med biträde av ett antal medicinska konsulter — lasarettsläkaren S. Lindgren, Karlskoga, kirurg, lasarettsläkare A. Engel, Falun, invärtesmedicinare, biträdande läkaren E. Lindgren, Serafimerlasarettet, röntgenolog, samt provinsialläkaren J. Castenfors i Stockholms distrikt — utarbetat principförslag för uppförande av hälsocentraler av olika typer. Dessa förslag, som återfinnes i en den 16 februari 1947 dagtecknad P. M. jämte därvid fogade ritningar, är publicerade sid. 400 ff. i detta betänkande.

Det i centrala sjukvårdsberedningens P. M. beträffande hälsocentraler under 1) återgivna förslaget avser en *hälsocentral av typ I c* i annan stad än den, där bassjukhuset ligger eller i varje fall på så stort avstånd från detta, att centralen i fråga om lokaler måste helt lita till sina egna resurser. Av bilagan framgår på vilken läkarstab förslaget är uppbyggt. Även antalet medhjälpare, tillhörande andra kategorier av vårdpersonal, finns där angivet. Byggnadens volym har uppskattats till 23 300 kbm och kostnaderna beräknats till i runt tal 2·4 miljoner kronor.

Under 2) i centrala sjukvårdsberedningens P. M. lämnas en redogörelse för omfattningen av en mottagningsavdelning vid ett normallasarett på omkring 134 platser (60 för medicinska fall, 60 för kirurgiska fall och 14 för barnbördsfall), vilken anses motsvara en *hälsocentral av typ I n.* Den intill sjukhuset förlagda hälsocentralen av typ I n har icke illustrerats genom ritningar, då detta icke ansetts erforderligt på nuvarande stadium. Här blir lösningen av de lokala problemen med hänsyn till förut förefintliga lokaler med nödvändighet mera växlande från fall till fall.

Hälsocentraler av typ II.

Dessa centraler motsvaras för närvarande av de mottagningar, som hålles dels av läkare vid odelade lasarett och sjukstugor, dels av läkare, vilka icke är utrustade med sjukstuga. Ingen huvudman har hittills haft skyldighet att ägna dessa sistnämnda mottagningars lokalfråga sitt intresse. Statsbidrag till vissa tjänsteläkares mottagningslokaler har dock tidvis utgått. Sedan under en period statsbidragen varit inskränkta till provinsialläkarbostäder med tillhörande mottagningar inom ödemarksdistrikten, kan statsbidrag enligt 1947 års riksdags beslut åter lämnas även i övriga delar av landet. Av största vikt är, att en ansvarig huvudman tager sig an dessa lokaler, vare sig det kommer att bli en perifer hälsovårdsstyrelse eller en avdelning inom medicinalstyrelsen i samarbete med centrala sjukvårdsberedningen. Detta

utesluter icke, att den kommun, där läkaren är stationerad, på ett eller annat sätt medverkar till lösningen av lokalfrågan.

Under 3) i centrala sjukvårdsberedningens P. M. redogöres för ett förslag till en fristående *hälsocentral av typ II p,* avsedd för två provinsialläkare. En omstridd fråga är huruvida observationsplatser lämpligen bör anordnas i anslutning till provinsialläkarnas mottagning. Behovet härav gör sig gällande särskilt i sådana distrikt, där avstånden till närmaste sjukstuga eller lasarett är stora. Sådana observationsplatser är synnerligen personalkrävande och det har därför icke ansetts lämpligt att generellt förorda dem. I de fall, där centralen ligger i ett glest befolkat distrikt med långa avstånd till närmaste sjukvårdsinrättning, bör dock några observationsplatser inrättas. Såsom ett alternativ har ritningar uppgjorts till en fristående hälsocentral av typ II med två vårdrum, vartdera för två bäddar, samt pentry och toalett; denna observationsavdelning tänkes förlagd i omedelbar anslutning till mottagningslokalerna. Sådana anläggningar bör dock av angivna skäl endast förekomma undantagsvis.

För lokal, där en provinsialläkare håller hälso- och sjukvårdande mottagning, har centrala sjukvårdsberedningen år 1945 utarbetat av medicinalstyrelsen godkända typritningar. År 1947 har av centrala sjukvårdsberedningen uppgjorts ett nytt förslag till sådana mottagningslokaler. I sistnämnda förslag ingår också provinsialläkarbostad.

För gruppmottagningar av flera allmänläkare har icke ritningsförslag utarbetats. Dessa representerar för vårt land en ny mottagningstyp och olika planlösningar är tänkbara.

Hälsofilialer.

Särskilda förslag har ej heller utarbetats till lokaler för hälsofilialer eller hälsogårdar, där distriktssköterskor och (eller) distriktsbarnmorskor har sina mottagningar, eventuellt också sina bostäder. I allmänhet söker kommunerna att tillgodose även andra ändamål i samband med anordnandet av lokaler för sådana hälsofilialer. Alltefter arten av dessa andra behov — de må gälla tandvårdslokaler, daghem eller andra hälsovårds- eller barnavårdslokaler, skolbad e. dyl. — blir självfallet planlösningen för hälsofilialens lokaler helt olika.

Förhållandet mellan hälsovårdande och sjukvårdande mottagningar vid hälsocentralerna.

I den allmänna planen för den öppna sjuk- och hälsovårdens bedrivande inom ett hälsovårdsområde (jämför kap. 13 sid. 285) bör minimiantalet hälsovårdande och sjukvårdande mottagningar för varje hälsocentral fastställas. Härvid bör nuvarande förhållanden tjäna som utgångspunkt. Man torde dock icke böra räkna med att den förebyggande vården omedelbart skall kunna utvecklas i någon större utsträckning i andra former än den redan reglerade

verksamheten för förebyggande mödravård samt vård av spädbarn, barn i förskolåldern och skolbarn. Däremot bör den praxis, som gäller vid mödravårdsmottagningarna, att upptäckta svagheter, brister eller sjukliga symtom föranleder ordination och behandling, om möjligt av den läkare, som gjort upptäckten, eller, om detta icke lämpligen låter sig göra, av annan läkare efter remiss, systematiskt genomföras inom hela den förebyggande vården. För detta ändamål kräves kompletterande bestämmelser i fråga om den profylaktiska barnavården i förskolåldern och skolbarnsvården. Ett sådant förfarande sparar mycket dubbelarbete och mycken tid för såväl läkare som patienter. Vårt senare framlagda förslag om att utgifter för läkarvård åt barn helt skall ersättas av sjukkassan löser frågan om ersättning för sådan behandling.

Vad beträffar förebyggande undersökningar för åldern närmast över skolåldern samt för vuxna bör sådana igångsättas som försöksverksamhet i den mån så är möjligt. I första hand bör uppmärksamheten härvid inriktas på tiden efter skolans slut intill vuxen ålder. Sådan undersökning synes böra ordnas genom samverkan mellan vederbörande familjeläkare och vissa specialläkare. Såväl för denna ålder som för olika åldersgrupper av vuxna bör snarast undersökningsschema utarbetas, ägnade att, om de följes, på tidigt stadium avslöja de sjukdomar, för vilka dessa åldrar är särskilt utsatta. Sedan sådana schema uppgjorts — en uppgift, som lämpligen torde böra anförtros åt statens medicinska forskningsråd — bör de prövas i liten skala i försöksverksamhet. Försöksverksamhetens praktiska organisation synes böra ankomma på medicinalstyrelsen och lokal huvudman gemensamt.

Som allmän regel bör tills vidare gälla, att de för sjukvården oundgängliga kraven i första hand måste tillgodoses, men att man samtidigt bör söka att för hälsovårdande undersökningar använda hälso- och sjukvårdens personal och lokaler, så långt deras kapacitet skäligen kan förslå. Då det här så gott som alltid måste bli fråga om ett arbete utöver normal arbetsdag, måste tills vidare sådant hälsovårdande arbete, såsom redan i föregående kapitel gjorts klart, ersättas som en särskild prestation. Då det hälsovårdande arbetet i stor utsträckning kan förväntas minska sjukdomsfallens antal och svårighetsgrad, bör det icke uppskjutas, tills i framtiden större resurser i fråga om läkare och annan personal står till förfogande. En skälig kompromiss mellan hälso- och sjukvårdens krav med en ständig stegring av den tid och de krafter, som ägnas hälsovården, måste i stället eftersträvas.

Till slut skall påminnas om att den minsta typen av hälsocentraler, hälsogården, vid modern stadsplanering ofta betraktas som en del av det kommuncentrum, som skall innehålla samhällets lokaler för en mängd olika sociala ändamål, och att, t. ex. vid Peckhamexperimentet i London, man ansett hälsocentralen utgöra kärnan i en inrättning, genom vilken den moderna familjens behov av kontakter och fritidssysselsättning skall kunna tillgodoses på ett bättre sätt än som för närvarande i regel sker.

Detta betraktelsesätt leder ut över frågan om läkarvården, sådan den upptagits i detta betänkande, men ansluter väl till modern uppfattning av den medicinska undervisningens ändamål och av de uppgifter, vilka framtidens läkare bör vara skickade att handha. Så uttalar sig t. ex. H. Sigerist[1] på följande sätt:

»Barriären mellan preventiv och kurativ medicin måste brytas ner. Detta kan inte ske bara genom att lägga några kurser till de hittillsvarande i läkarutbildningen. En ny inställning måste skapas. Den unge läkaren måste bli intresserad för hälsa, ej blott för sjukdom. Klinisk medicin måste läras på ett annat sätt än hittills. Varje sjukdomsfall måste analyseras medicinskt och socialt med hänsyn till de faktorer, som gjort det möjligt, och slutsatser dragas om hur sådana fall för framtiden skall kunna undvikas. Då läkaren måste samarbeta mycket nära med hälsovårdens män, fordras, att han är väl insatt i den allmänna hälsovårdens uppgifter. Så börjar vi skymta konturerna av en ny läkare, vetenskapsman och socialarbetare, villig till gruppsamarbete, i nära kontakt med de människor han tjänar, en vän och en ledare, som använder alla sina krafter på att förhindra sjukdom och blir sjukvårdande först när de förebyggande åtgärderna misslyckats — den sociale läkaren, som skyddar folket och leder det fram, mot ett sundare och lyckligare liv.»

Kap. 14. Aktuella förslag.

Vår i avd. III redovisade undersökning av möjligheterna att anpassa förhållandena efter de principer, vi i samma avdelning uppställt, har visat, att vare sig tillgänglig arbetskraft eller våra övriga resurser räcker till för att på länge genomföra en för svenska förhållanden avpassad, helt tillfredsställande anordning av hälso- och sjukvården i vårt land, vilken tillika motsvarar de krav, man i den internationella diskussionen allmänt godtagit. När vi i vår utredning hunnit till denna punkt, har vi tvekat om vilken väg vi i fortsättningen skulle välja. Det kunde ha legat nära till hands att vi inskränkt oss till att avge de förslag, som synes realiserbara till den 1 juli 1950, då man tänkt sig att lagen om allmän sjukförsäkring skall träda i kraft. Framtiden är — som alltid — i så många avseenden oviss, att man måste räkna med möjligheten av en utveckling enligt linjer, som nu ej kan förutses.

Vi har dock icke velat stanna vid ett program på så kort sikt. De åtgärder, som nu kan vidtagas, innebär nämligen i stort sett endast utfyllandet av vissa luckor i nuvarande anordningar samt reglering av en del ekonomiska spörsmål. Den nuvarande organisationen bibehålles sålunda i huvudsak och de nämnda åtgärderna åsyftar endast att utvinna största möjliga effekt ur densamma. På längre sikt är det nödvändigt att väsentligt utvidga vårdens kapacitet och samtidigt — sedan erfarenhet vunnits genom viss försöksverksamhet — rationalisera såväl formerna för hälso- och sjukvårdens

[1] »The University at the Cross roads», New York 1946, sid. 114.

meddelande som vårdens administration och ekonomi. Då hälso- och sjukvårdens skilda grenar måste samordnas och de olika behoven bör vägas mot varandra, kan ett sådant reformprogram icke utformas, förrän de huvudsakliga riktlinjerna för den framtida utvecklingen uppdragits.

I förevarande kapitel har vi sammanfört de förslag, som vi anser bör genomföras senast till den 1 juli 1950. I kap. 15 har vi framlagt förslag, vilkas principiella innebörd bör hållas i sikte under de närmaste årtiondena. I båda kapitlen sker hänvisningar på några punkter till kap. 17, vari vi sammanfört vissa utkast till författningar. Det bör framhållas, att dessa icke är avsedda att utan överarbetning föranleda beslut av statsmakterna. Avsikten är, att de efter den granskning, som kommer att göras av remissinstanserna, skall kunna läggas till grund för ytterligare utredningsarbete. Kap. 18 ger en koncentrerad sammanfattning av förslagen.

De aktuella förslagen kan sammanfattas på följande sätt.

Vad först angår *den öppna vården vid kroppssjukhus* framlägger vi i kap. 17 utkast till författningar om ändringar i gällande sjukhuslag och sjukhusstadga. Vi hänvisar till dessa utkast och vill här endast anföra följande.

I utkasten förutsättes, att det skall åligga huvudmännen för den slutna vården att den 1 juli 1950 överta ansvaret för all öppen vård, som nu bedrives vid sjukvårdsanstalter, tillhöriga landsting, städer utanför landsting och halvofficiella institutioner såsom vanföreanstalter och kustsanatorier.

För huvudmännens del skulle detta innebära skyldighet att tillhandahålla lokaler, personal, instrument och förbrukningsartiklar m. m., som erfordras för den öppna vården. Praktiskt sett skulle förändringen icke innebära någon nämnvärd utvidgning av de åtaganden, huvudmännen i dessa avseenden redan frivilligt gjort. Viktigast är måhända, att det skulle åligga huvudmännen att, där kapaciteten av den öppna specialläkarvården vid anstalter för sluten vård icke täcker behovet, vidtaga åtgärder för att fylla detta och där så erfordras inrätta ytterligare hälsocentraler, samt att specialläkarna vid hälsocentralerna skulle vara skyldiga att i viss utsträckning företaga konsultationsresor inom upptagningsområdet.

Flera landsting har redan vid inrättandet av lasarettsläkartjänster i anställningsvillkoren för dessa läkare infört skyldighet att tjänstgöra vid flera lasarett, där icke behov av en heltidstjänstgörande lasarettsläkare ansetts styrkt. Så har varit fallet med röntgenläkare i Malmöhus län och Södermanlands län. Som redan förut anförts, föreligger ett mera generellt behov av sådana konsultationsresor framför allt av psykiatriker, barnpsykiatriker, öronläkare och barnläkare. En större smidighet i organisationen, vilken möjliggör sådana resor i behövlig utsträckning, synes rimlig, om läkarnas sakkunskap skall kunna till fullo utnyttjas, utan att skyldigheten att företaga resor är i detalj reglerad i vederbörande läkares anställningskontrakt.

För de överordnade läkarnas del skulle den nuvarande rättigheten att

meddela öppen vård härigenom förvandlas till ett tjänsteåliggande. Såvitt angår lasarettsläkare innebär detta i realiteten icke någon nämnvärd ändring av vad som nu praktiseras. Endast i sällsynta undantagsfall förekommer det, att lasarettsläkare icke håller mottagning för öppen vård på lasarettet. Däremot skulle den föreslagna förändringen innebära även en saklig utvidgning av skyldigheterna för åtskilliga överläkare vid storstädernas lasarett.

För varje landstingsområde och stad utanför landsting bör verkställas en planläggning av den öppna vårdens organisation efter samråd mellan anstalternas huvudmän, centrala sjukvårdsberedningen och medicinalstyrelsen. Planen bör inte alltför mycket syssla med detaljer. Den bör i stället vara en översiktlig grundplan eller, som man på andra områden uttrycker saken, en stomplan. Den ansvariga centralmyndigheten bör genom planen få visshet om *att* specialläkarvård anordnas i så vitt möjligt tillfredsställande omfattning, och myndigheterna bör vidare kunna få en allmän bild av *hur* denna vård lämpligen ansetts böra anordnas — vid egentliga lasarett, vid friliggande hälsocentraler, genom inrättande av centrallaboratorier etc. Ett ingående samråd mellan huvudman och myndighet torde vara ett godtagbart alternativ till ett i lag föreskrivet godkännande av plan.

Stomplanen skulle närmast innehålla en inventering av den öppna vårdens resurser för varje sjukvårdsområde, särskilt i fråga om personal och lokaler, och ett utbyggnadsprogram för denna vårdgren. Först är det angeläget att den öppna vårdens behov tillbörligt tillgodoses i de byggnadsprogram, som redan föreligger. Sedan en allmän översyn av förhållandena verkställts, blir nästa uppgift en komplettering från i detta betänkande framlagda synpunkter. Då samverkan förutsättes mellan universitetssjukhusen och sjukvårdsområdena liksom mellan dessa och den öppna vården i distrikten, för vilken medicinalstyrelsen är huvudman, synes den centrala myndigheten böra inkopplas redan från början. Samtliga lasarettsläkare bör stå till förfogande som konsulter. Då som ovan framhållits kontakt under uppläggandet av planerna bör hållas med centrala sjukvårdsberedningen och medicinalstyrelsen, bör dessa organs arbetskrafter förstärkas med tanke härpå. Den enligt beslut av 1947 års riksdag inrättade socialhygieniska avdelningen i medicinalstyrelsen, till vilken styrelsens arbete med planeringen bör förläggas, torde för dessa och andra med regleringen av den öppna vården sammanhängande arbetsuppgifter böra utbyggas till en självständig byrå. Då vissa av uppgifterna är av tillfällig natur, torde en del av personalen kunna vara arvodesanställd. Byrån är avsedd såväl för den grundläggande planeringen som för den kontinuerliga översynen och de jämkningar i planen, som kan komma att påfordras framdeles.

I England har hälsovårdsdepartementet självt handhaft en sådan planläggning, för vilken arbetat ett antal läkare, en för varje universitetsregion, med lång tids tjänstgöring inom regionen och väl insatt i dess förhållanden. Det synes hos oss rimligare att förlägga planläggningens tyngdpunkt till de

för anstaltsvården ansvariga huvudmännen. Planläggningen bör vara färdig senast den 31 december 1949.

Vid överarbetningen av förslagen rörande den öppna vården vid sjukhus, sedan remissyttranden inkommit, bör bl. a. övervägas, vilka ändringar, som erfordras i sjukhuslagen och till den anknutna författningar, och vilka övergångsbestämmelser, som kan befinnas påkallade. För att förhandlingsöverenskommelser mellan huvudmännen och vederbörande läkarsammanslutningar skall medhinnas skulle det vara önskvärt, att de överarbetade förslagen underställdes 1949 års riksdag.

I fråga om *den öppna psykiska vården* inskränker vi oss i detta sammanhang till att framhålla angelägenheten av att den pågående utvecklingen forceras så starkt som omständigheterna medger.

Denna utveckling innebär för den till sinnessjukhusen anknutna vårdens del bl. a. inrättande av överläkartjänster med heltidstjänstgöring i hjälpverksamheten och deras förseende med erforderliga hjälpkrafter. Hjälpverksamheten bör liksom nu ansvara för den öppna vården av exspektanter till sinnessjukhusen och av därifrån utskrivna, inbegripet dem, som omhänderhas i familjevård. Hjälpverksamhetsläkartjänsten bör gå i tur bland samtliga överläkare vid sinnessjukhusen för ett år i sänder, såvida ej annan anordning med hänsyn till betydelsen av kontinuitet i vården befinnes vara att föredraga. Vid varje sinnessjukhus bör antalet överläkare med en överstiga antalet överläkaravdelningar. Varje överläkare vid sinnessjukhus bör i lokal, som direktionen ställer till hans förfogande utanför sjukhuset, helst i befolkningscentrum, ha mottagning minst tre gånger i veckan, 2—3 timmar varje gång, och likaledes bör sådan mottagning utom sjukhuset hållas av underordnade läkare, som fyller kraven på specialläkarkompetens i psykiatri. Antalet underordnade läkare vid sinnessjukhusen bör samtidigt justeras i anslutning härtill. För detta ändamål synes medicinalstyrelsen böra tilldelas ett antal tjänster, förslagsvis 24, att utplacera allt efter behovet. Dessa förändringar bör vidtagas samtidigt som lönefrågan ordnas. De huvudmän, som själva handhar sin sinnessjukvård, torde själva böra ordna denna fråga.

I övrigt bör den öppna mentalhygienen och sinnessjukvården handhas av avdelningar för psykisk barna- och ungdomsvård och för psykiatri vid centrallasaretten samt av rådgivningsbyråer och stadsläkare, anställda för socialläkaruppgifter.

Dessa förslag bör hänvisas till inom sinnessjukvården och sinnesslövården pågående sakkunnigutredningar. I fråga om sistnämnda vårdgren inskränker vi oss till att understryka, att densamma är en organisatoriskt och medicinskt eftersatt del i sjukvårdssystemet.

För *allmänläkarvården på landsbygden* föreslår vi icke någon ändring av nuvarande ordning, så vitt den innebär inrättande av 50 nya provinsialläkardistrikt årligen och inrättande därutöver av erforderligt antal extra provinsialläkardistrikt på landstingens initiativ.

Däremot föreslår vi, att köpings- och municipalläkarinstitutionen successivt skall avvecklas genom att dessa läkartjänster vid uppkommande vakanser eller på gjord framställning efter prövning i varje särskilt fall förändras till provinsialläkartjänster. Detta förslag innebär, såvitt angår köpingar och municipier med mindre än 5 000 invånare, endast ett fullföljande av statsmakternas redan fattade principbeslut.

Omläggningen torde böra genomföras på det sätt, att antalet provinsialläkartjänster i personalförteckningen under det nuvarande anslaget till förste provinsialläkare och provinsialläkare m. fl.: avlöningar för budgetåret 1949/50 utökas med lämpligt antal, förslagsvis 15, tjänster för ifrågavarande ändamål, utöver de 50 tjänster, som avses för normal utbyggnad. De 15 tjänsterna bör därefter disponeras av Kungl. Maj:t i den mån förutsättningar för överförande av köpings- och municipalläkare till provinsialläkarvillkor uppkommer. På medicinalstyrelsen bör fortsättningsvis ankomma att budgetårsvis i sina petita ange det ytterligare antal tjänster, som under nästföljande budgetår beräknas bli erforderligt för ifrågavarande ändamål. Sedan samtliga köpings- och municipalläkare överförts till provinsialläkarstaten, bör bestämmelserna i allmänna läkarinstruktionen om dessa läkare upphävas.

Erforderliga övergångsbestämmelser, såsom om tillgodoräknande av den föregående kommunala anställningen i vissa fall för löneklassplacering och för pension, bör meddelas från fall till fall. Kommunalläkare, som har mindre än fem år kvar till den för provinsialläkare gällande pensionsåldern, bör i regel icke få överföras. Å andra sidan bör för överförd läkare i den kommunala anställningen intjänade tjänstår för pension i regel få tillgodoräknas vid bestämmandet av den statliga pensionen.

Allmänläkarvården i städerna bör enligt vår uppfattning tills vidare organiseras efter olika linjer allteftersom det gäller stad, som ingår i landsting, och stad utanför landsting.

För landstingsstädernas del föreslår vi ett successivt överförande av stads- och stadsdistriktsläkare till provinsialläkarvillkor. Överförandet torde böra ske i stort sett enligt samma principer, som nyss angivits för överförandet av köpings- och municipalläkare.

För vår del skulle vi helst se, att överförda stads- och stadsdistriktsläkartjänster i landstingsstäder också benämndes provinsialläkartjänster. Benämningarna stadsläkare och stadsdistriktsläkare skulle med andra ord i framtiden användas endast om läkare i storstäderna. Om detta förslag avvisas, bör till en början den nu i statsverksproposition och statsliggare använda termen »provinsialläkarstaten» ändras till »tjänsteläkarstaten». Vidare torde anslagen med den nuvarande gruppbeteckningen »förste provinsialläkare och provinsialläkare m. fl.» böra erhålla gruppbeteckningen »tjänsteläkare». Personalförteckningen under avlöningsanslaget med denna beteckning bör under angivna förutsättning utökas med läkarkategorien »stads- och stadsdistriktsläkare».

För budgetåret 1949/50 torde för sistnämnda kategori böra uppföras 25 tjänster, att disponeras av Kungl. Maj:t i den mån förutsättningar uppkommer. Ovan i kap. 12 har vi skisserat hur man bör gå fram. Här må endast framhållas, att överförandet av viss stads- och stadsdistriktsläkartjänst i varje fall bör föregås av en omprövning av frågan om stadsdistriktet givits en lämplig utformning i förhållande till angränsande provinsialläkardistrikt. Kungl. Maj:t skall äga befogenhet att i beslutet om överförande av en tjänst föreskriva de jämkningar i distriktsindelningen, som må befinnas påkallade.

Vid konkurrens mellan olika städer om nya tjänster bör prövningen ankomma på Kungl. Maj:t. Allmänt torde härvid få förutsättas, att vakant tjänst eller ny tjänst bör äga företräde framför tjänst, som redan är besatt. Ytterligare torde man få räkna med att vid i övrigt lika förhållanden tjänst i stad med högre skattetryck kommer att få företräde framför tjänst i stad med lägre skattetryck.

Det bör ankomma på medicinalstyrelsen att på samma sätt som ovan föreslagits beträffande köpings- och municipalläkare i sina petita ange det antal stads- och stadsdistriktsläkartjänster, som beräknas bli erforderliga under påföljande budgetår. Sedan samtliga stads- och stadsdistriktsläkare i landstingsstäder överförts till provinsialläkarvillkor, bör bestämmelserna i allmänna läkarinstruktionen om sådana läkare överses.

Initiativrätt till överförande av stads- och stadsdistrikts-, köpings- och municipalläkare bör tillkomma såväl medicinalstyrelsen och vederbörande landsting som samhället och läkaren. På förstnämnda myndighet bör ankomma att med erforderlig utredning överlämna ärendet till Kungl. Maj:t.

Det bör framhållas, att överförandet på sätt ovan angivits av tillhopa 40 kommunalläkartjänster för budgetår till provinsialläkarvillkor kommer att medföra ett avsevärt merarbete för medicinalstyrelsen. Erfarenheten har nämligen visat, att ärenden rörande indelning i läkardistrikt är mycket tidsödande: de kräver ett minutiöst förarbete och därefter samråd med ett stort antal myndigheter: länsstyrelser, landsting, berörda kommuner m. fl. En förutsättning för att medicinalstyrelsen skall medhinna detta arbete torde vara, att den å sid. 295 föreslagna utbyggnaden av styrelsens socialhygieniska avdelning kommer till stånd. Den byrådirektör, som nu föreståt avdelningen, bör därvid helt frigöras för handläggning av läkardistriktsindelningsärenden. Förslag härom torde böra underställas 1949 års riksdag.

Då det gäller städer utanför landsting torde anställandet av stads- och stadsdistriktsläkare tills vidare böra ske i samma ordning som hittills. Härvid bör dock iakttagas, att det skall åligga staden att inrätta *minst* ett i förhållande till folkmängden beräknat antal sådana läkartjänster. Detta antal torde böra med lämpliga tidsintervaller fastställas av Kungl. Maj:t och riksdagen gemensamt. Vi föreslår, att förslag avlåtes till 1949 års riksdag om fastställande av talet en läkare för varje påbörjat antal av 15 000 invånare att gälla fr. o. m. den 1 juli 1950.

Förslag till lag med bestämmelser om tjänsteläkare i vissa städer har avgivits av inom socialdepartementet tillkallade sakkunniga i ett betänkande med utredning och förslag angående de civila tjänsteläkarnas ställning i städer och stadsliknande samhällen (SOU 1932: 23). Vi har övervägt att framlägga ett motsvarande lagförslag med det sakliga innehåll, som ovan angivits. För en sådan åtgärd har synts oss tala, att bestämmelserna enligt traditionell uppfattning torde få anses vara av den natur, att de bör meddelas i lagens form. Då storstäderna hittills ådagalagt en stark strävan att själva tillgodose sin hälso- och sjukvård, anser vi sannolikt, att några invändningar mot vårt ifrågavarande förslag knappast är att förvänta. Vi har därför utgått från att bestämmelserna tillsvidare bör kunna ges i form av ett av riksdagen godkänt beslut, som bör av Kungl. Maj:t kunna meddelas såsom ett tillägg till den allmänna läkarinstruktionen. Skulle förslaget under remissbehandlingen icke befinnas formellt lämpligt, blir det en enkel sak att utarbeta det i lagens form.

En tjänsteläkare på 15 000 invånare är självfallet ett alldeles otillräckligt tal. För att allmänheten skall få så god tillgång till taxebunden läkare, som omständigheterna medger, föreslår vi, att storstäderna ålägges att anställa jämväl ett minsta antal extra stadsläkare. Föreskrift härom torde kunna meddelas i samma form, som vi nyss angivit beträffande stads- och stadsdistriktsläkare.

Extra stadsläkare torde, på sätt som angivits i kap. 12, erhålla i stort sett samma ställning som extra provinsialläkare. Önskvärt vore, att för varje extra stadsläkare fastställdes ett distrikt, inom vilket han med motsvarande skyldigheter som extra provinsialläkare i första hand skulle vara verksam. Möjlighet borde även finnas för huvudmannen att anställa extra stadsläkare som specialläkare, vilket skulle innebära, att han för meddelad vård som fölle inom den specialitet, för vilken han anställts, skulle äga utfå ersättning med de i civila läkarvårdstaxan för specialläkare angivna beloppen.

Helst borde antalet utom anstalt verksamma taxebundna läkare i storstäderna — d. v. s. stads- och stadsdistriktsläkare samt extra stadsläkare — sättas så högt, att folkmängden på varje sådan läkare skulle utgöra ca 3 000. Huruvida en sådan läkartäthet skall kunna vinnas redan till den 1 juli 1950 kan icke nu bedömas. I första hand måste det nämligen klarläggas, i vilken utsträckning nu verksamma privatpraktiserande läkare i icke-landstingsstäderna kan befinnas villiga att mottaga befattningar som extra stadsläkare. Med utgångspunkt från erfarenheterna av extra provinsialläkarinstitutionen — som dock har den nackdelen ur attraktionssynpunkt i förhållande till den föreslagna extra stadsläkarinstitutionen, att verksamheten i regel utövas på landsbygden eller i småsamhällen — räknar vi med ett ej obetydligt intresse från privatpraktikernas sida för extra stadsläkarbefattningar. För att stimulera detta intresse föreslår vi i det efterföljande avsnittet om ekonomiska förhållanden vissa särskilda åtgärder.

Föreskrifter om skyldighet för icke-landstingsstäder att tills vidare anställa extra stadsläkare torde böra meddelas i samma form som vi nyss angivit i fråga om skyldigheten för dem att anställa stads- och stadsdistriktsläkare. Svårigheterna att i förväg bedöma möjligheterna att erhålla kompetenta extra stadsläkare bör dock föranleda, att riksdagen endast tar ställning till principen, medan på Kungl. Maj:t bör ankomma att med ledning av utredningar, som bör verkställas av vederbörande städer, för var och en av dem fastställa det antal sådana läkare, som minst skall anställas. Nu ifrågavarande skyldighet bör liksom flertalet i detta kapitel framlagda förslag träda i kraft den 1 juli 1950.

Vi delar den från städerna utanför landsting i vårt samråd med dem framförda synpunkten, att det icke är berättigat att de själva skall bära kostnaderna för sin tjänsteläkarorganisation, medan staten åtar sig dem för övriga städer. Å andra sidan måste man taga hänsyn till verkligheten, som visat, att läkarna med förkärlek slår sig ned just i storstäderna och att vid en reglering genom statens försorg det därför är rimligt att ordna storstädernas allmänläkarförhållanden i sista hand. Redan nu bör den dock även där bli föremål för viss reglering. Vi föreslår därför den ovan framförda anordningen som en temporär lösning. Sedan förhållandena ordnats på landsbygden och i övriga städer, vilket med den av oss föreslagna utbyggnadstakten skulle kunna ha skett ungefär till år 1958, borde även stadsläkarna och de extra stadsläkarna i storstäderna successivt överföras på provinsialläkarstaten och storstäderna därigenom ekonomiskt jämställas med övriga delar av landet. Alternativt kan ifrågasättas, att under denna övergångstid visst statsbidrag till dessa läkares avlönande skulle utgå.

Våra viktigaste aktuella förslag i fråga om *de ekonomiska förhållandena på den öppna läkarvårdens område* ingår i det i kap. 17 intagna utkastet till civil läkarvårdstaxa med därtill hörande specialmotivering. Beträffande dessa förslag får vi anföra följande.

Den av 1946 års riksdag antagna lagen om allmän sjukförsäkring bygger på principen, att sjukkassorna icke skall direkt tillhandahålla läkarvård utan endast ersätta den försäkrades utgifter därför. I denna princip föreslår vi den viktiga jämkningen, att sjukkassorna eller arbetsgivare, som förbundit sig att helt eller delvis bekosta de anställdas läkarvård, direkt skall tillhandahålla sådan vård i den mån den meddelas av läkare, anställda i det allmännas tjänst, eller av privatpraktiserande läkare, som förbundit sig att följa taxan. Den försäkrades eget bidrag till läkarvårdskostnaden skulle därefter i förekommande fall avfordras honom av sjukkassan eller arbetsgivaren. Då det gäller privatpraktiserande läkare, som icke förbundit sig att följa taxan, skall ersättningen utgå enligt sjukförsäkringens princip om återbäring. Storleken av återbäringen regleras genom bestämmelser i taxan.

Enligt lagen ersätter försäkringen i princip läkarvårdsutgifter med $^3/_4$ av taxans belopp. Ehuru flera av oss anser det önskvärt, att försäkringen skulle

ersätta läkarvårdskostnaderna med hela det belopp, vartill de uppgått enligt taxan, har vi ansett oss icke böra under nuvarande läkarbrist framlägga förslag härom. Kostnaderna för en generell sådan utvidgning av försäkringen skulle kunna uppskattas till drygt 10 miljoner kronor.

Ett kraftigt argument för kostnadsfrihet i den öppna vården är bestämmelserna om fri sjukhusvård av år 1946. Även om man med hänsyn till den knappa läkartillgången icke vågar helt borttaga allmänhetens direkta utgift för den öppna sjukvården i samband med läkarbesöket, bör kostnaden på ett eller annat sätt hållas inom rimliga gränser. På ett område synes det nödvändigt att snarast genomföra likartade bestämmelser för sluten och öppen vård. Vi avser reglerna för ersättande av kostnaderna för stödjebandage och proteser. Härom bör omedelbart utredning verkställas.

Erinras må emellertid att det också i fortsättningen kommer att vara möjligt för varje centralsjukkassa att besluta om ersättning för lämnad läkarvård med hundra procent av beloppet enligt taxan, liksom det hittills med pensionsstyrelsens godkännande skett i Göteborg. I den mån så sker skulle det besvärliga problemet om debiteringen av de sista tjugofem procenten lösas på det enklaste sättet — genom att försvinna. Det synes enligt vår mening värt att övervägas, om icke uppbördsförfarandet generellt borde så ändras, att läkarna erhölle hela sin ersättning enligt taxan från sjukkassan, i vissa fall annan, som därefter hade regressrätt mot patienten för den honom åvilande fjärdedelen. Om denna utväg icke befinnes för närvarande lämplig, föreslår vi den kompromisslösningen, att patienten till läkaren direkt inbetalar den fjärdedel, som han är skyldig enligt bestämmelserna, medan läkaren får sända sjukkassan räkning på återstoden. Under alla förhållanden vill vi förorda, att för barn under 16 år taxebeloppet generellt ersättes hundraprocentigt. Uppbördsproblemet skulle redan härigenom väsentligt förenklas.

I 16 § sjukförsäkringslagen stadgas, att ersättning för läkarvårdskostnader skall utgå vid varje sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård. Enligt vårt förslag till taxa skulle läkarvårdsersättning i öppen vård utgå vid varje sjukdom eller annat tillstånd, som faller inom området för läkarkonstens utövning och som enligt läkares utsago kräver sådan vård.

Utvidgningen av försäkringens ersättningsskyldighet är icke så stor. Till en början må framhållas, att ersättning för av samhället anordnad förebyggande vård liksom hittills skulle utges — utanför sjukförsäkringen — direkt av det allmänna. Merprestationen för sjukkassorna inskränker sig alltså i förevarande avseende i stort sett till att ersättning skall utges även vid annat tillstånd än sjukdom, vilket faller inom området för läkarkonstens utövning och icke ersättes direkt av samhället.

Detta innebär, att en person, som uppsöker läkare för en undersökning av sitt hälsotillstånd, skall äga utfå ersättning av sjukförsäkringen, även om besöket icke föranledes av sjukdomssymtom. Den sakliga motiveringen för

att ersättning bör utgå i sådana fall har vi lämnat i avsnittet om den förebyggande vården i kap. 12. Vidare skulle exempelvis en person, som uppsöker läkare för erhållande av anvisningar om antikonceptionella medel, äga utfå ersättning härför. Att en kvinna, som uppsöker läkare för att, där ej vården meddelas vid förebyggande mödravårdsmottagning, erhålla besked, huruvida hon är gravid eller icke, bör erhålla ersättning från försäkringen, synes oss lika klart som att ersättning bör utgå till en kvinna, som besöker läkare med anhållan om abort. Likaså bör ersättning utgå för undersökning, huruvida artificiell insemination i visst fall bör utföras, ävensom för utförande av sådan insemination.

Sjukförsäkringslagen förutsätter, att ersättning skall utgå endast för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning. Enligt vårt förslag till taxa skall ersättningen i regel inkludera även arbetet med utfärdande av intyg. I fall, där en person uppsöker läkare endast för att erhålla intyg, utgår ersättningen i princip såsom för annat besök, exempelvis rådfrågning eller behandling. En följd av denna konstruktion av taxan blir, att sjukförsäkringen kommer att omfatta ersättning för alla intyg, som icke betalas av arbetsgivare, myndighet eller försäkringsinrättning. I fall, där något av dessa rättssubjekt skall ersätta intyget, utgår ersättning med belopp enligt taxan, utom till privatpraktiserande läkare, som ej förbundit sig att hålla taxan, vilka liksom nu kan begära den ersättning de finner skälig. Hur man skall åstadkomma den bästa gränsdragningen mellan sjukförsäkringens skyldighet att utge intygsersättning och andra rättssubjekts skyldighet i detta avseende är en fråga, som torde böra ytterligare utredas. Principen bör vara den, att sjukförsäkringen skall ersätta intyg, som erfordras övervägande för att patienten skall erhålla riktig vård, medan arbetsgivaren, pensionsstyrelsen och försäkringsinrättningen bör utge ersättningen, om intyget övervägande fordras för att man skall kunna avgöra, om sjuklön skall utgå, om invalidpension bör beviljas, om en försäkring kan tecknas etc. Utom i särskilt angivna fall kommer intygsersättningen att ingå i ersättningen för den rådfrågning, undersökning eller behandling, som föregått utfärdandet av intyget.

Sjukkassetaxan skall enligt sjukförsäkringslagen avse allenast allmänläkarvård samt vård av specialläkare inom specialiteten röntgenundersökning, röntgen- och radiumbehandling. Enligt vårt förslag till taxa skall försäkringen ersätta tre fjärdedelar av all öppen läkarvård inom ramen för densamma, oavsett om den meddelats av specialläkare eller allmänläkare.

Korrektiv mot missbruk av den utvidgade läkarvårdsförsäkringen torde böra lämnas genom att 16 § tredje stycket sjukförsäkringslagen bibehålles i oförändrad lydelse.

Det kan måhända synas vara en bakvänd ordning att framlägga förslag om ändrade principer i den nyss beslutade sjukförsäkringslagen i utkast till den taxa, som vid lagens antagande förutsatts komma att utfärdas som en följd av dess föreskrifter. I själva verket förhåller det sig icke så. En del

av de principiella ståndpunktstaganden, som kommit till uttryck i lagen, angavs av vederbörande statsråd, såsom framgår av vad vi anfört i de inledande anmärkningarna (sid. 15), vara endast provisoriska och betingade av att man icke kommit fram till godtagbara lösningar av vissa problem, framför allt några av dem, som behandlas i vårt förslag till taxa. Att detta förslag kommer att röna gensagor ur skilda läger anser vi naturligt. Svårigheterna att åstadkomma en reglering av det tresidiga förhållandet patient—läkare—sjukkassa är stora; oss veterligt har några förslag till en sådan efter så enkla linjer som våra icke tidigare framlagts i vårt land.

Om statsmakterna i princip godkänner vår taxa, jämkad enligt framkommen kritik, bör därefter verkställas ytterligare utredning om bästa sättet att anpassa sjukförsäkringslagen till dess innehåll. Om möjligt bör utredningen ske så snabbt, att förslag om ändringar i sjukförsäkringslagen kan underställas 1949 års riksdag för godkännande. Kan detta ej medhinnas, bör det i nödfall räcka att förslagen underställes 1950 års riksdag.

Ett godtagande i princip av taxan gör det icke påkallat med en ändring i avlöningsförhållandena för de stora grupperna statligt anställda civila läkare. Hur med militärläkarnas avlöning skall förhållas, när de blir skyldiga att följa taxan i sin enskilda mottagning, torde böra anges av försvarets sjukvårdsförvaltning i dess remissutlåtande.

Den statliga verksläkarinstitutionen torde i samband med införandet av allmän sjukförsäkring böra omläggas. En möjlighet synes vara, att verksläkarna i fortsättningen är anställda endast såsom övervakare av hygienen och som myndigheternas förtroendeläkare, sedan de statsanställda fått fritt läkarval. Att de i många fall kommer att uppsöka verksläkarna även för erhållande av sjukvård är naturligt. Verksläkarna skulle för meddelandet av sådan vård äga uppbära ersättning enligt civila läkarvårdstaxan, medan de för hälsovårds- och förtroendeläkarbestyren borde äga uppbära ett lämpligt avpassat fast årsarvode. Det torde böra uppdras åt medicinalstyrelsen att, sedan statsmakterna fattat principiell ståndpunkt, utarbeta närmare föreskrifter om ändringar i verksläkarinstruktionen.

De åtgärder, som erfordras beträffande läkare, som nu är anställda hos landsting, primärkommuner och halvofficiella institutioner, har vi angivit i kap. 12 och i specialmotiveringen till läkarvårdstaxan.

Anställandet av extra stadsläkare i städer utom landsting utgör en förutsättning för att storstadsbefolkningen skall kunna effektivt tillgodogöra sig den allmänna sjukförsäkringens förmåner. Särskilda åtgärder synes därför påkallade för att stimulera lämpliga privatpraktiker att söka extra stadsläkartjänster.

Som framgår av vår redogörelse i kap. 3 för vård genom privatpraktiserande läkare har åtskilliga privatpraktiker en sjukhusutbildning, som är väsentligt svagare än provinsialläkarnas. Många av dessa privatpraktiker är säkerligen goda läkare. Det bör dock icke få förekomma, att det allmänna

anställer en läkare för självständig verksamhet av ovan angivna slag, om han icke har den sjukhusutbildning, som enligt vedertagen praxis kräves för utövandet av läkaryrket i samhällets regi. Som ett minimum i detta avseende vill vi sätta två års tjänstgöring såsom underordnad läkare vid offentlig eller enskild sjukvårdsinrättning, varav minst ett halvt år vid odelat lasarett eller vid medicinsk eller kirurgisk avdelning av sjukhus. Föreskrift härom torde böra meddelas genom ett tillägg till kungörelsen den 17 december 1915 (nr 559) angående villkor för behörighet till vissa läkarbefattningar. I samband härmed torde kungörelsen böra ändras så, att för behörighet till provinsialläkartjänster och tjänster, som enligt våra förslag härovan skall jämställas med dem, skall fordras minst tre sjukhusår, varav antingen minst ett år vid odelat lasarett eller minst ett halvt år vid medicinsk och minst samma tid vid kirurgisk avdelning av sjukhus.

Det kan antagas, att åtskilliga privatpraktiserande läkare gärna skulle skaffa sig felande sjukhusår, om blott deras ekonomi medgåve detta. Inkomsterna av ett underläkarförordnande är dock för många av dem för små för att kunna täcka utgifterna för dels det egna uppehället, dels familjens eller nära anhörigas levnadsomkostnader, dels de fasta kostnaderna för mottagningen, exempelvis annuiteter på egen villa eller eget instrumentarium, dels ock amorteringar och räntor på studieskulder.

För att ge privatpraktiker, som så önskar, ekonomisk möjlighet att skaffa sig den för extra stadsläkartjänst erforderliga utbildningen, föreslår vi att det allmänna lämnar dem ekonomiskt bistånd genom lån på fördelaktiga villkor. Vårt förslag, att icke-landstingsstäder tills vidare själva skulle stå för kostnaderna för allmänläkarvård, medan staten skulle stå för kostnaderna för sådan vård i landstingsstäder, är grundat bl. a. på hänsyn till storstädernas i regel starkare skatteunderlag. Att märka är, att vad vi nu diskuterar mindre är en fråga om tryggandet av tillgång till läkarvård än om utbildning samt tillgång till god och billig läkarvård. Båda de senare intressenas tillgodoseende har sedan tiden för de medicinska fakulteternas inrättande och sjukförsäkringens statsunderstödjande ansetts vara ett övervägande statligt intresse. På grund härav vill vi föreslå, att staten inträder som långivare i förevarande avseende.

De kostnader, som härvid kommer i fråga, avser till en del familjens uppehälle under utbildningstiden och de fasta utgifterna för mottagningen. Då vi förutsätter, att läkaren under utbildningstiden av huvudmannen för utbildningssjukhuset erhåller sedvanliga underläkarförmåner, torde statens här avsedda del av bidraget böra utgå i stort sett enligt de principer, som föreslagits i Kungl. Maj:ts av riksdagen godkända proposition nr 198/1947 angående åtgärder i syfte att bereda vissa utländska läkare möjlighet att utöva läkarkonsten inom riket.

Dessa principer skulle, jämkade till att motsvara det ändamål vi nu har

för ögonen, innebära, att lån på upp till 6 000 kronor för år skulle kunna utlämnas till privatpraktiserande, som minst tre år före dagen för kungörandet av ansökningstid drivit självständig privatläkarpraktik. Ehuru vi helst sett, att lånen bleve räntefria, föreslår vi, med hänsyn till statsmakternas beslut i utlandsläkarfrågan, att lånen skall löpa med samma procentsats, som gäller för riksbankens amorteringslån. Prövningen av ansökningarna bör handhas av en särskild nämnd med medicinalstyrelsens chef eller annan ledamot av styrelsen som ordförande. Nämnden torde böra bestå av ytterligare två personer, utsedda av Kungl. Maj:t, den ena på förslag av svenska stadsförbundet och den andra på förslag av Sveriges läkarförbund. Ordföranden och ledamöterna i nämnden bör äga åtnjuta ersättning enligt kommittékungörelsen. Kansligöromål åt nämnden och utanordningar av lånen samt de ekonomiska mellanhavandena med låntagarna bör omhänderhas av medicinalstyrelsen.

Lånen bör utgå för hela den tid, under vilken utbildningen pågår eller alltså för högst två år. I övrigt skulle i tillämpliga delar för lånen gälla bestämmelserna i reglementet den 15 juni 1939 (nr 290) för utdelning av räntefria lån för universitetsstudier. Härutöver borde gälla villkoret, att vederbörande till ansökningen fogade en förbindelse att under minst tre år efter avslutad utbildning tjänstgöra som extra stadsläkare, om han icke under denna tid vunne befordran till tjänsteläkarbefattning.

Till sin andra del borde statsbidraget avse lån för inlösande av studieskulder, som privatpraktikerna ådragit sig. Ansökningar om sådant bidrag borde prövas av den nyss föreslagna nämnden, i regel i samband med prövningen av ansökan om uppehällesbidrag. Vi har avböjt tanken, att bidraget skulle utgå enligt principerna i kungörelsen den 11 oktober 1946 (nr 676) angående statlig kreditgaranti för lån åt den, som avlagt akademisk eller därmed jämförlig examen, emedan förfarandet vid det slutliga statsövertagande av viss del av lånen, som vi nedan för vissa fall ifrågasätter, blir enklare, om bidraget utlämnas som lån av staten.

Lånen bör utgå högst med belopp, som enligt vid ansökan fogad självdeklaration motsvarar sökandens sammanlagda skuldsättning. Beloppen bör utbetalas till långivarna och icke till sökanden. I intet fall bör lånesumman för studieskulden få överstiga 30 000 kronor. Då skuldsättningen får antas i regel ytterst bottna i att samhället ännu icke genomfört den numera som önskvärd allmänt erkända principen om kostnadsfri undervisning, bör dessa lån för viss tid (5—10 år) vara räntefria. Halva lånebeloppet bör återbetalas under loppet av de tre första åren av anställningen som extra stadsläkare. Lånenämnden bör dock äga befogenhet att i undantagsfall, där sjukdom eller andra särskilda omständigheter spelar in, medge förlängning av denna amorteringstid upp till sex år. Har vederbörande med goda vitsord bestritt extra stadsläkartjänst eller utbildningstjänst under amorteringstiden, bör han i ömmande fall (t. ex. vid sjukdom) på ansökan,

vid vilken skall fogas förbindelse att tjänstgöra i sådan befattning ytterligare minst fem år, kunna av lånenämnden medges fortsatt befrielse från räntebetalning. Kvarstående lånebelopp skall ock kunna, då skäl därtill är, efterskänkas vid dödsfall.

För att hugade och lämpliga privatpraktiker så snart som möjligt skall kunna erhålla denna efterutbildning bör förslag om anvisande å kapitalbudgeten under fonden för låneunderstöd av erforderligt investeringsanslag föreläggas 1949 års riksdag.

Anslagets storlek synes böra grundas på antagandet, att 50 läkare kan komma att befinnas lämpliga och villiga att under budgetåret 1949/50 förbereda sig för erhållande av extra stadsläkartjänst. Samtliga torde vara i behov av maximalt uppehällesbelopp, 6 000 kronor, varför för detta ändamål bör beräknas 300 000 kronor. Beloppet för skuldavlösning torde kunna uppskattas till i medeltal 15 000 kronor för varje sökande, vilket medför att härför erfordras 750 000 kronor. Anslagets slutsumma torde för budgetåret 1949/50 sålunda komma att lyda på 1 050 000 kronor. Extra stadsläkare bör få räkna tjänstår lika med civila läkare i statens tjänst.

Några länder, vilka enligt allmän svensk uppfattning har ett väsentligt mindre utvecklat hälso- och sjukvårdsväsen än vi, disponerar, enligt vad den internationella medicinalstatistiken visar, minst lika stor procentuell andel av statsbudgetens slutsumma som Sverige för hälso- och sjukvårdsändamål. Måhända vågar man härav sluta, att de allmänna medel som i vårt land ställts till förfogande för dessa uppgifter, i stort sett utnyttjats på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Fil. kand. Sven Rydenfelt har i en undersökning — Sjukdomarna och samhället —, publicerad i svenska läkartidningen 1945 nr 6, uppskattat de arbets- eller produktionsförluster, som sjukdomarna år 1940 vållade vårt land, till omkring en miljard kronor. Även om — såsom Rydenfelt framhåller — beräkningarna rymmer åtskilliga osäkra moment,[1] saknas anledning att uppfatta denna uppskattning som för hög. De värden, det här gäller, är således av en storleksordning, som gör det obetingat nödvändigt, att vi anlägger en rationalistisk syn på de offentliga utgifterna för hälso- och sjukvården. Hittills gjorda erfarenheter har ingenstädes motsagt tesen, att de belopp, som av samhället investeras i kampen mot sjukdomarna, flerfalt uppväges av vinster i form av förbättrad folkhälsa och vad därmed följer. Att åstadkomma möjligheter för ökad statlig medelsanvisning till sakligt välmotiverade hälso- och sjukvårdsutgifter har vi därför ansett som — paradoxalt uttryckt — en av våra väsentliga besparingsuppgifter.

För att på lång sikt möjliggöra en ökad statlig investering i folkhälsan och i övrigt för syften, som redovisats i kap. 12, föreslår vi, att en utredning omedelbart igångsättes om lämpligheten och formen för uttagande

[1] Se härom också G. Dahlbergs uppsats: En sjukdoms social-ekonomiska betydelse (Svenska läkartidningen 1947 nr 45).

förslagsvis från och med år 1950 av en allmän hälsovårdsavgift. Hur vi tänkt oss denna avgift konstruerad framgår av vad vi på denna punkt anfört i kap. 12. Utredningen bör om möjligt färdigställas i sådan tid, att dess förslag kan underställas 1949 års riksdag.

Angelägenheten av att förekomma en belastning av vår otillräckliga sjukvårdsapparat med onödiga undersökningar har förut framhållits. Bäst skulle detta syfte nås genom en registrering av de fynd, som göres vid en viss undersökning, i sådan form, att en senare anlitad läkare kan använda sig av de förut gjorda fynden vid sitt bedömande av fallet. Detta innebär, att varje patient förses med en hälsobok, i vilken dels registreras vissa fynd, dels hänvisas till den undersökande läkarens (sjukhusets) journaler (löpande nummer och år). Medicinalstyrelsen bör omedelbart bemyndigas att med hjälp av lämpliga sakkunniga och sitt vetenskapliga råd utarbeta förslag, eventuellt alternativa sådana, till hälsoböcker, vilka i regel bör av varje medborgare medföras vid läkarbesök. Förslagen bör därefter prövas i praktiken och efter sådan prövning leda till fastställande av gemensamt formulär.

I en samordnad, av samhället i stort sett bekostad hälso- och sjukvård kan en individuell hälsobok icke undvaras. Dess utformande måste dock ske med stor omsorg och varsamhet. Det är därför vi i detta sammanhang endast pekar på, att tiden nu synes vara kommen att söka lösa detta praktiska problem, och här icke ingår på några detaljfrågor. För de kategorier, där den samhälleliga vårdande eller förebyggande verksamheten mest gjort sig gällande (spädbarn, skolbarn, sjömän etc.), är problemet om den individuella registreringen redan löst.

Kap. 15. Framtidsförslag och försöksverksamhet.

Som vi framhållit i kap. 14 innebär de åtgärder, som vi ansett oss däri böra förorda till genomförande, i stort sett endast en nödvändig anpassning av de nuvarande förhållandena till de krav på vår hälso- och sjukvårdsorganisation, som ofrånkomligt kommer att göra sig gällande vid den tidpunkt, då lagen om allmän sjukförsäkring avses träda i kraft. Det skulle emellertid enligt vår mening icke vara klokt att i en tid, som på alla samhällslivets områden — och ej minst i fråga om hälso- och sjukvården — kännetecknas av så djupgående förändringar, inskränka sig till att planera endast för de allra närmaste åren. Man måste se till, att man icke under trycket av de ej sällan imperativa kraven i nutidsläget binder sig för åtgärder och anordningar, som på längre sikt kanske blir omöjliga att inpassa i den fortsatta utvecklingen. Utan att härvidlag ingå på detaljer anser vi oss med bestämdhet kunna hävda, att just frånvaron av en genomtänkt framtidsplanering på längre sikt av vårt lands hälso- och sjukvård varit en dominerande orsak till många av de besvärligheter på detta område, med vilka vi nu har

att kämpa. I fullt medvetande om att de många ovissa och oöverskådliga faktorer, som utövar sitt inflytande på utvecklingen, kan medföra stora förskjutningar och förändringar både med avseende på den sakliga innebörden i våra här nedan framlagda »framtidsförslag» och tidpunkterna för deras realiserande, har vi sålunda främst åsyftat att med dem ge en konkret målsättning för utvecklingen i vårt land.

Snart sagt på vilken punkt vi än satt in vår undersökning, har utredningen visat, att den svenska hälso- och sjukvårdens största svaghet i dagens läge är dess organisatoriska underdimensionering. Detta gäller såväl lokaler för öppen vård som för sluten, såväl läkare som hjälppersonal av olika slag, kuratorer, sjuksköterskor, barnmorskor, sjukvårdsbiträden och skrivbiträden. Det första målet för svensk hälso- och sjukvårdspolitik måste alltså bli att ge vården en volym, som någorlunda motsvarar det successivt växande vårdbehovet.

Medicinalstyrelsen har av fondmedel beviljat fil. kand. Sven Rydenfelt bidrag för utförande av en statistisk undersökning rörande den slutna sjukvårdens årliga utbyggnadsbehov. Enligt denna utredning, som intagits i bilagebetänkandet såsom bil. 34, kommer årligen under den tid, som kan överblickas, 3 000 vårdplatser — nya eller såsom ersättning för föråldrade platser — att erfordras. Årskostnaden härför kan med nuvarande penningvärde uppskattas till omkring 75 miljoner kronor.

Centrala sjukvårdsberedningens arkivavdelning har, som vi nämnt i kap. 13, utarbetat principförslag till hälsocentraler av olika typer. Vi hänvisar till detta kapitel och till de sid. 400—411 återgivna förslagen.

Några förslag utöver dem, som innehålles i nyssnämnda utredningar och vad vi anfört i avd. III, anser vi oss icke böra framlägga i fråga om hälso- och sjukvårdens byggnadsbehov. Ej heller synes det ankomma på oss att närmare ingå på frågan om instrument och förbrukningsmaterialier. Båda grupperna av materialier drar förhållandevis mycket höga kostnader. Centrala sjukvårdsberedningens standardiseringsverksamhet och svenska landstingsförbundets centralupphandling har tagit åtskilliga initiativ för nedbringande av dessa kostnader. Även medicinalstyrelsen har, exempelvis genom centralupphandling för statens sinnessjukhus och av lustgasapparater samt respiratorer, sökt åstadkomma en förbilligad sjukvård. Otvivelaktigt är det av vikt, att uppmärksamheten oavlåtligt hålles fästad på möjligheten att genom åtgärder av nu antytt slag hålla kostnaderna för hälso- och sjukvården nere. Bland framkomna uppslag nämner vi, att centrala sjukvårdsberedningen kunde erhålla uppdrag att utarbeta förslag till standardinstrumentarium för provinsialläkare samt utge en förteckning över lämpliga inköpskällor. Vidare torde storstäderna, som, om vårt förslag om anställande av extra stadsläkare realiseras, får antalet allmänläkare väsentligt höjt, ha möjlighet att genom centralupphandling, individuellt för varje stad eller samfällt, avsevärt nedbringa kostnaderna för både stadsläkarna

och de nuvarande privatpraktikerna. Möjligheterna att sänka kostnaderna för sjukvården genom påbörjandet av inhemsk tillverkning, exempelvis av laboratorieglas, kunde tid efter annan utredas av lämpligt organ, förslagsvis centrala sjukvårdsberedningen.

Vad härefter angår resurserna i fråga om läkare och övrig personal förbigår vi, med hänsyn till pågående sakkunnigutredningar (se kap. 3), frågan om sjukvårdsorganisationens försörjning med hjälpkrafter av skilda slag. Denna fråga är dock av vital betydelse. Vi inskränker oss till att framlägga förslag om åtgärder för avhjälpande av läkarunderskottet, vilket kan uppskattas till omkring 2 500 läkare fram till år 1960 utöver dem, som med nuvarande intagning av medicine studerande vid utbildningsanstalterna då skulle vara färdigutbildade, samt till ett förslag om fortlöpande framräkning av behovet av läkare och medicinsk hjälppersonal av olika kategorier genom medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen.

Till en början utgår vi från, att förslag kommer att föreläggas 1948 års riksdag om inrättande från och med den 1 juli 1948 av en medicinsk fakultet vid Göteborgs högskola. Ytterligare utgår vi från, att en utredning om möjligheterna att öka intagningen vid de båda nuvarande medicinska fakulteterna samt karolinska mediko-kirurgiska institutet kommer att inom den närmaste framtiden igångsättas. Vid en av representanter för oss samt svenska landstings- och stadsförbunden våren 1947 gjord uppvaktning hos chefen för ecklesiastikdepartementet ställde sig denne förstående till deputationens hemställan om en sådan utredning.

Dessa åtgärder räcker dock icke till.

Vi föreslår därför, att, sedan den medicinska fakulteten i Göteborg trätt i verksamhet, en utredning utan dröjsmål verkställes om inrättandet av en medicinsk fakultet i Sundsvall. Vid samråd med norrlandskommittén har vi under hand underrättats om, att denna kommitté har för avsikt att framlägga förslag om inrättande av ett fullständigt centrallasarett av rikssjukhuskaraktär i Umeå. Vi har förklarat oss icke vilja avstyrka detta förslag, emedan Norrland enligt vår mening har behov av två rikssjukhus. Med hänsyn till undervisningens behov av patienter inom det omedelbara upptagningsområdet är dock Sundsvall den lämpligaste platsen för ett norrländskt undervisningssjukhus. Önskvärt vore, att den medicinska fakulteten där kunde börja sin verksamhet inom ett fåtal år.

Något år efter det att så skett bör en utredning påbörjas om inrättandet av en sjätte medicinsk fakultet i landet. Lämpligast synes vara att förlägga denna till städerna Linköping—Norrköping.

Den egentliga svårigheten med starten av dessa nya medicinska fakulteter torde ligga i att erhålla kompetenta lärare. Om förberedelser härför träffas vid de nuvarande fakulteterna, borde detta dock icke vara omöjligt. Standarden bland svenska medicine docenter, som ofta redan passerat den ålder, då i utlandet chansen för läkare att få självständig professur brukar

erbjuda sig, är nämligen hög och återväxten god. I vissa ämnen föreligger dock brist på yngre forskare. En målmedveten inriktning på utbildandet av sådana borde tillåta skapandet relativt snart av två nya fullständiga medicinska fakulteter utom den i Göteborg.

Man måste dock betänka, att det synes komma att fordras 9—10 år efter studentexamen för att utbilda en läkare, om behövlig sjukhustjänstgöring efter legitimationen medräknas. Före 1960 kan ett visst antal läkare hinna utbildas vid Göteborgsfakulteten men icke vid de föreslagna fakulteterna i Sundsvall eller Linköping. Man måste därför överväga andra möjligheter, om icke den läkarbrist, som redan blivit akut, skall allvarligt hindra det medicinska reformarbetet. I första hand synes ett tillskott kunna ifrågasättas från övriga nordiska länder, där man har väsentligt fler läkare, relativt taget, än i vårt land, och där man ändock förbereder, i Norge en ny medicinsk fakultet i Bergen och i Danmark en väsentlig utökning av den i Aarhus. Problemet har nyligen diskuterats vid ett möte i Köpenhamn mellan cheferna för medicinsk förvaltning i de nordiska länderna. De egentliga hindren av formell art synes föreligga i Sverige. Från alla håll möttes förslaget om åvägabringande av möjlighet för legitimation i övriga nordiska länder för läkare från ett av landen av sympati. Sverige skulle otvivelaktigt ha den största fördelen härav. Problemet har redan före och under kriget diskuterats med de ansvariga myndigheterna men först nu ansetts moget att framläggas. Det synes böra ankomma på oss i Sverige att först förbereda frågan, då den i Sverige kräver lagändring, medan proceduren i övriga länder är väsentligt enklare.

Redan ur allmänt kulturella synpunkter vore det önskvärt, att ett utbyte av läkare de olika nordiska länderna emellan kunde komma till stånd. Danmark, Finland, Norge och Sverige utgör ju allmänkulturellt och delvis språkligt en enhet, inom vilken varje del har åtskilligt att vinna genom en närmare konfrontation med representanter för de andra. Även ur rent medicinsk aspekt är ett sådant utbyte önskvärt: den allmänna medicinska standarden är likvärdig i alla fyra länderna, men uppfattningen om vad som är den adekvata lösningen av skilda problem företer nationella nyanser, som bör tillvaratas för den gemensamma utvecklingen.

Med hänsyn till det anförda har medicinalstyrelsen igångsatt en utredning om förutsättningar och villkor för internordisk läkarlegitimation. Sakligt sett synes en sådan legitimation knappast kräva mera än *dels* ett intyg av hemlandets medicinalstyrelse eller motsvarande myndighet, att sökande visat sig vara en god läkare, *dels* en kurs i mottagarlandets rätts- och statsmedicin, *dels* slutligen intyg av svensk läkare, att vederbörande läkare är insatt i svenskt medicinskt språkbruk och utan svårighet kan göra sig förstådd på svenska. Det synes böra övervägas, om icke berörda kurser lämpligen kunde ges vid den nordiska tjänsteläkarskola, inrättad i samband med den

blivande medicinska fakulteten i Göteborg, varom på annat ställe talats. Ett flertal formella författningsspörsmål måste i samband härmed lösas.

Om genom internordisk legitimation en tillfällig lättnad i läkarbristen kunde skapas, skulle efter alla tecken att döma de vid vår femte och sjätte medicinska fakultet utbildade läkarna bli väl behövliga allt efter som de blir färdiga. Våra beräkningar av läkarbehovet är gjorda med den reservationen, att enligt vår mening betydelsefulla arbetsuppgifter väl skulle kunna beredas ett större antal läkare.

En viktig följd av att vi erhölle sex medicinska fakulteter i stället för fyra synes kunna bli den, att den vetenskapliga forskningen på medicinens område i vårt land kunde draga till sig flera dugande medarbetare och därigenom kunde komma att ytterligare ha den praktiska läkekonstens resurser.

Det kan i detta sammanhang också nämnas, att skotska och engelska läkare efterhört möjligheterna att få legitimation i Sverige. I och för sig synes föga vara att invända däremot, om vissa försiktighetsmått vidtoges. Dock förefaller det ur många synpunkter bättre, om de nordiska länderna själva kunde utbilda behövligt läkarantal.

Utöver de förslag i fråga om läkarutbildningen, som ovan framförts, vill vi föreslå, att medicinalstyrelsen ålägges att genom den statistiska avdelning, som från och med den 1 juli 1947 ingår i styrelsen, minst vart femte år i samråd med centrala sjukvårdsberedningen verkställa en beräkning av läkarbehovet för den närmast följande tioårsperioden, såvida ej sådana prognoser kommer att uppgöras i större sammanhang.

Man är på grund av vad vi ovan anfört nödsakad antaga, att den svenska hälso- och sjukvården under de närmaste årtiondena måste räkna med underskott framför allt i fråga om tillgång på personal. En omsorgsfull avvägning måste med andra ord ske vid fördelningen av tillgångarna — både av människor och av material — mellan olika vårdgrenar. Varje faktor bör sättas in på den plats, där den kan ge den största effekten för hälsovårdssystemet i dess helhet.

Icke mindre viktigt är, att hälso- och sjukvårdsorganisationen drives med insikt och kringsikt, om den i en framtid kommer att få nöjaktig kapacitet. En större organisation måste med nödvändighet bli mer komplicerad och kostnadskrävande. Just därför framstår det som allt mera angeläget, att icke ovidkommande hänsyn får påverka de lokala dispositionerna. Det fria initiativet får icke klavbindas och en sund tävlan olika landsdelar emellan bör uppmuntras, men garantier måste å andra sidan skapas för att icke initiativet blir så fritt, att anordningarna vidtas utan sinne för proportioner, och att icke konkurrerande ortsprestige kommer att skapa överorganisation med därav följande fördyring och planlöshet.

För att tillgodose de nyss uppställda kraven och i övrigt av skäl, som redovisats i kap. 12, föreslår vi, att man i samband med förslagets prak-

tiska utprövande snarast utreder, om icke det mesta av medicinalstyrelsens direkta handhavande av förvaltningsuppgifter inom hälso- och sjukvården borde förläggas till statskommunala hälsovårdsstyrelser, vars områden borde omfatta ett flertal landsting respektive städer utom landsting och vilka borde vara förlagda i stad med medicinsk fakultet eller högskola. Hur vi tänkt oss organisationen av och uppgifterna för dessa hälsovårdsstyrelser har vi angivit i kap. 12.

Inrättandet av berörda hälsovårdsstyrelser bör, som förut framhållits, föregås av utredning av olika frågor. Vi föreslår, att utredning snarast igångsättes om inrättande på försök av en hälsovårdsstyrelse, som förslagsvis kunde förläggas till Göteborg eller möjligen till Lund.

Hälsovårdsstyrelsernas centrala uppgift blir allmänläkarvården. De hos stat och kommun anställda allmänläkarna utövar för närvarande i stort sett sin tjänstemannagärning i samma former som fria yrkesutövare. Detta innebär bl. a., att de i allmänhet själva bekostar utrustning, biträde och förbrukningsmaterialier, på många håll också mottagningslokal och bostad. På sätt närmare utvecklas i kap. 12 anser vi, att hälsovårdsstyrelserna som huvudmän för allmänläkarna liksom landsting och städer utanför landsting såsom huvudmän för specialläkarna bör övertaga ansvaret för nyss angivna kostnader.

Att ange en bestämd tidpunkt för detta övertagande är varken möjligt eller lämpligt. Mycket talar nämligen för att man på denna punkt bör gå fram i etapper, och att man ej får dra sig för att under övergångstiden låta vissa allmänläkare bli delaktiga av förmånerna samtidigt som andra får kvarstå på nuvarande villkor. Förutom statsfinansiella hänsyn talar för ett sådant tillvägagångssätt även hänsynen till de administrativa organens kapacitet och till möjligheterna att anskaffa exempelvis mottagningslokaler, bostäder eller biträdeshjälp.

Om vårt ifrågavarande förslag vinner statsmakternas bifall, bör åt medicinalstyrelsen eller särskilda sakkunniga uppdragas att utan dröjsmål verkställa erforderlig utredning om förmånernas utformning i detalj samt om lämpligaste sättet att införa dem. Anslag för dessa ändamål, i första hand kanske för utrustning och förbrukningsmaterialier, bör snart nog kunna uppföras på riksstaten.

Alternativ till detta förslag om hälsovårdsstyrelser är ett sådant utbyggande av medicinalstyrelsens egen organisation, att styrelsen själv kan åtaga sig de med den nya organisationen förbundna uppgifterna, se sid. 278.

Då det gäller mottagningslokaler och bostäder synes det åtminstone kunna övervägas, om icke det nu utgående anslaget till bidrag för anskaffande av bostäder åt provinsialläkare på landsbygden helt eller delvis bör ersättas med ett investeringsanslag för uppförande genom statens försorg av både sådana bostäder och mottagningslokaler (hälsocentraler av typ II utan anknytning till sjukvårdsanstalt och hälsofilialer). Huruvida dessa fastigheter

bör redovisas på medicinalstyrelsens nuvarande delfond av statens allmänna fastighetsfond eller på en särskild delfond av fastighetsfonden är ett tekniskt spörsmål, som det i första hand torde böra ankomma på riksräkenskapsverket att besvara.

Ett investeringsanslag med den huvudsakliga uppgift, som angivits i nästföregående stycke, torde böra få användas icke blott för uppförande av nya hälsocentraler och bostäder utan även för inlösen av redan befintliga sådana byggnader. Förutsättning borde vara, att byggnaden befunnes för sitt avsedda ändamål fullt lämplig. Både huvudmannen och ägaren — i regel en primärkommun — borde äga rätt att väcka förslag om inlösen. Lösensumman torde böra fixeras till det vid inlösningstillfället gällande nuvärdet, bestämt efter syn. Tidigare uppburet statsbidrag borde avräknas på lösensumman med så stor del, som av Kungl. Maj:t bestämdes.

Mycket har på senare år ordats om den statliga sinnessjukvårdens otillräcklighet och otillfredsställande anordning. Mycket i denna kritik är befogat. Att — såsom stundom skett — hänföra dessa brister till det förhållandet, att sinnessjukvården handhafts av staten och att läkarna vid de statliga sinnessjukhusen kan sägas vara avlönade enligt totallöneprincipen, är dock uttryck för en missvisande förenkling av problemställningen. Enligt vår mening vore det lyckligt, om den centrala förvaltningen av de statliga sinnessjukhusen, så snart detta läte sig göra, kunde överflyttas till de skisserade hälsovårdsstyrelserna. Härvid borde på hälsovårdsstyrelserna delegeras flertalet av medicinalstyrelsens nuvarande administrativa befogenheter beträffande statens sinnessjukhus och statens anstalt för fallandesjuka. Principiellt kan det nämligen knappast anses försvarligt, att den myndighet, som har att svara för inspektionen av vården och alltså även av dess administrativa sidor, de facto också ansvarar just för administrationen. Medicinalstyrelsen bör efter omläggningen handha inspektionen, det allmänna sammanhållandet av vården samt initiativet, särskilt i vad det avser de stora linjerna.

Även om medicinalstyrelsen och hälsovårdsstyrelserna skulle förstärkas med särskild byggnadsteknisk sakkunskap, är det att befara, att de icke kommer att räcka till för att från landstingen överta vården av de lättskötta sinnessjuka inom de allra närmaste åren. Så snart möjlighet yppar sig, bör detta övertagande ske. Särskild utredning bör i god tid igångsättas om bl. a. de ekonomiska uppgörelser, som måste träffas mellan staten och landstingen.

Konsultationsresor bör för sinnessjukvården företas av läkarna vid de egentliga sinnessjukhusen både till vårdhemmen och, på kallelse, till allmänläkarna enligt särskild organisationsplan. Operativa ingrepp och annan kvalificerad terapi bör meddelas vårdhemmens patienter på sinnessjukhusen. Sinnessjukvården bör sålunda lokalt dirigeras från det egentliga sinnessjukhuset, vars chef bör förordna om förflyttning av patienter från »sekundäravdelningar» till anstalt för kvalificerad vård och vice versa. För-

flyttning mellan de egentliga sinnessjukhusen liksom emellan akutavdelningar vid lasarett och dessa beslutas av hälsovårdsstyrelsen för dess område, där ej de berörda överläkarna eller styresmännen därom enas. Medicinalstyrelsen beslutar om förflyttning av patienten mellan hälsovårdsstyrelsernas områden, i den mån ej berörda överläkare eller sjukhusens styresmän själva enas därom.

Det kan icke hjälpas, att den i och för sig mycket angelägna radikala omläggning av sinnesslövården, som helst borde genomföras omedelbart, måste anstå, tills den egentliga sinnessjukvården och vården av de lättskötta sinnessjuka gjorts till föremål för reformer. Sedan så skett bör hälsovårdsstyrelserna överta administrationen även av sinnesslövården i samband med att det ekonomiska ansvaret för denna vård avlyftes från landstingen.

En särskild fråga är, om hälsovårdsstyrelserna bör inträda i sjukvårdsberedningarnas befogenheter gent emot undervisningssjukhusen och om staten i samband därmed bör övertaga dessa sjukhus med äganderätt. Frågorna om lämpliga inlösningssummor samt om den framtida regleringen av de ekonomiska mellanhavandena mellan staten och de landsting, som skall anlita undervisningssjukhus, är både invecklade och grannlaga, varför erforderliga utredningar bör igångsättas i god tid. Även om man icke väljer en så genomgripande linje som ett förstatligande av alla undervisningssjukhus, torde någon form av reglering böra ske till större likformighet för de anstalter, som i Stockholm, Uppsala, Lund, Malmö och Göteborg nu drives under helt olika former. Olikheterna ter sig i stort sett icke såsom berättigade och ger anledning till många besvärligheter.

Ortoped- och vanförevårdens framtida organisation utredes för närvarande av särskilda sakkunniga och vi tar därför icke nu ställning till denna fråga.

Kompletteringen av den biträdande förste provinsialläkarinstitutionen på sätt i kap. 12 angivits med en biträdande provinsialläkarinstitution torde böra genomföras snarast möjligt. Ett önskemål vore, att förslag därom avlätes så att biträdande provinsialläkare år 1949 kunde sättas in vid sidan av en del av de nuvarande biträdande förste provinsialläkarna. Takten i utbyggnaden av den nya institutionen finge sedan bestämmas av erfarenheterna. En förutsättning för att omläggningen skall kunna genomföras är dock, att biträdande förste provinsialläkarna beredes avlöningsförstärkning i en eller flera former. Biträdande förste provinsialläkarna förutsättes nämligen i fortsättningen icke komma att bedriva inkomstgivande praktik enligt taxa i större skala och måste därför tillerkännas sammanlagda avlöningsbelopp, ungefär motsvarande den nuvarande avlöningen till förste provinsialläkarna.

I Gotlands läns landsting och möjligen i något av de övriga minsta landstingsområdena bör förste provinsialläkaren utan biträde av heltidsanställd kollega kunna medhinna den allmänmedicinska rådgivning, som vi i kap. 12

angivit som oumbärlig för de kommunala sjukvårdshuvudmännen. I annat sammanhang har vi påyrkat, att förste provinsialläkaren i Gotlands län av denna anledning skall upphöra att tillika tjänstgöra som provinsialläkare i Visby distrikt.

Genom dessa anordningar skulle landstingen, där så kunde anses önskvärt, få tillfälle att såsom särskild allmänmedicinsk rådgivare i stället för förste provinsialläkaren anlita biträdande förste provinsialläkaren.

De biträdande förste provinsialläkarna skulle i städerna utom landsting motsvaras av biträdande förste stadsläkaren, tillika sjukhusdirektören, såsom redan är fallet i Stockholm. Dessa skulle uppföras på städernas stater, åtminstone tills vidare, medan de biträdande förste provinsialläkarna i länen skulle uppföras på riksstaten.

Våra viktigaste framtidsförslag beträffande den öppna vårdens ekonomiska förhållanden innefattas i det i kap. 17 intagna förslaget till civilt läkaravlöningsreglemente med därtill hörande specialmotivering. Utöver vad däri och i avsnittet om ekonomi i kap. 10 och 12 anförts vill vi här endast framhålla följande.

Vid överläggningar, som vi haft med Sveriges läkarförbund, har förbundet avböjt att diskutera de föreslagna bestämmelserna i reglementet med oss, emedan förbundet ansåg totallöneprincipen ägnad att äventyra sjukvårdens kvalitet. Motiveringen för denna ståndpunkt har icke övertygat oss.

Vilken uppfattning, som är den riktiga, torde för vårt land ej kunna avgöras, förrän de båda avlöningssystemen — grundlön plus ersättning efter taxa enligt förbundet samt heltidslön enligt oss — någon tid prövats bredvid varandra. För att få möjligheter till jämförelse vore det ett önskemål, att civila läkaravlöningsreglementet snarast finge börja tillämpas på försök.

Det ovissa läget i avseende å penningvärdet och den finansiella situationen i allmänhet synes oss emellertid mana till ett visst uppskov. Detta bör dock icke få vara längre än tills penningvärdet stabiliserats, varefter vårt utkast till läkaravlöningsreglemente i överarbetat skick bör underställas riksdagen för godkännande.

Till dess borde frågan om de underordnade sjukhusläkarnas anslutning till civila avlöningsreglementet ha närmare utretts. Åtskilligt talar för att det av oss presenterade utkastet därvid borde kompletteras med flera olika lönegrader allt efter bl. a. tjänstgöringstidens längd.

Sedan reglementet antagits av statsmakterna torde vid kungörandet av ansökningstid till tjänster, på vilka detsamma skall äga tillämpning, böra tillkännages, att sökande skall ange, huruvida han önskar åtnjuta avlöning enligt det blandade systemet eller enligt reglementets bestämmelser. Därest sökande föredrar det blandade systemet, bör i fullmakten intagas förbehåll om skyldighet för honom att framdeles å dag, som Kungl. Maj:t bestämmer, övergå till civila läkaravlöningsreglementet. Sådant förbehåll bör intas även i transportfullmakten. Vi förutsätter, att Kungl. Maj:t icke kommer att för-

klara läkare skyldig att mot sin vilja övergå till civila läkaravlöningsreglementet, förrän det kan beräknas att läkarens arbetstid, frånsett jourtjänst, normalt icke kommer att överstiga 7 timmar för vardag.

Innan reglementet sätts i kraft, bör utredning ha verkställts om de pensionsförmåner, som bör tillkomma läkare, vilka ingår på reglementets villkor. Av särskild vikt är därvid att läkare får tillgodoräkna tjänstår för pension oavsett om dessa år intjänats i anställning hos staten, hos kommunal sjukvårdshuvudman eller hos halvofficiell, statsunderstödd stiftelse. Enklast vore, om staten övertoge pensioneringskostnaderna för samtliga läkare, som är underkastade civila läkaravlöningsreglementet.

Under våra resor och i andra sammanhang har åtskilliga läkare sagt oss, att de gärna skulle acceptera ett system med heltidsavlöning. Möjlighet härtill synes böra beredas varje kompetent läkare, som så önskar, bl. a. emedan man då kunde vinna erfarenheter av det nya avlöningssystemets verkningar och vidta de justeringar, som kunde befinnas erforderliga, innan detsamma gåves generell tillämplighet, vilket vi icke beräknar kunna ske förrän 1960 eller 1970.

Med den ovan skisserade gången borde det 1960 eller 1970 finnas endast ett fåtal tjänsteläkare och läkare vid sjukvårdsanstalter, som icke skulle vara villiga eller skyldiga att övergå till civila läkaravlöningsreglementet. Att för deras del finna lämpliga och smidiga övergångsanordningar torde icke bli förenat med svårigheter.

Såvitt angår statligt anställda läkare borde de nuvarande befattningarna i vederbörliga personalförteckningar föras på övergångsstat, medan de nya befattningarna borde uppföras på ordinarie stat.

Att märka är, att vissa läkarkategorier, exempelvis en del professorer i teoretiska discipliner, förste provinsialläkarna och läkarna vid statens sinnessjukhus, för närvarande har inkomster, som så väsentligt understiger genomsnittsinkomsterna för andra läkare, att rekryteringen försvåras. Det är angeläget, att avlöningen till dem skyndsamt höjes. Detta kan ske antingen därigenom, att läkaravlöningsreglementet till en början göres tillämpligt endast på dem, eller på det sätt, att de tillerkännes avlöningsförstärkning och särskilda tillägg enligt reglementet. För vår del vill vi föreslå, att man väljer den förra vägen. Givetvis bör för läkarna vid statens sinnessjukhus som villkor för övergången till det nya avlöningsreglementet sättas, att vederbörande åtager sig den tjänstgöring inom den öppna sinnessjukvården, som då är eller kan bli föreskriven (mottagningar, konsultationsreserv).

Enligt vårt förslag omfattar icke civila läkaravlöningsreglementet övervägande administrativt verksamma läkare. Det är emellertid klart, att en jämkning måste ske av avlöningsförmånerna även för dem, om en tillfredsställande rekrytering skall kunna erhållas. För att exemplifiera, hur vi tänkt oss denna jämkning genomförd, får vi anföra, att generaldirektören i medicinalstyrelsen enligt Kungl. Maj:ts av riksdagen godkända förslag den 1

juli 1947 är placerad i löneklass 21 i den i statens löneplansförordning intagna löneplanen nr 2 samt att medicinalråden, överinspektören för sinnessjukvården i riket samt föreståndarna för statens bakteriologiska, rättskemiska och farmaceutiska laboratorier är placerade i löneklass 12 av samma löneplan. Generaldirektören synes böra uppflyttas till löneklass 22 i löneplanen nr 2 och de övriga nyssnämnda ämbetsmännen till löneklass 14, varjämte samtliga bör erhålla den till alla läkare under civila läkaravlöningsreglementet utgående avlöningsförstärkningen av 4 200 kronor för år. Härigenom skulle, under antagande att rörligt tillägg utgår med 12 procent på 14 400 kronor, generaldirektören uppnå en årsavlöning av 35 628 kronor samt medicinalråden och med dem i lönehänseende jämställda ämbetsmän en årsavlöning av 25 728 kronor.

Förslag till jämkning av löneställningen för övriga administrativt verksamma läkare torde böra avges i remissvaren. Utredning torde böra verkställas om militärläkarnas hänförande till det särskilda läkaravlöningsreglementet samt, som redan tidigare framhållits, om underläkarlönernas anpassning till detsamma.

Mot införandet av systemet med grundlön jämte maximerad prestationsersättning kan invändas, att detta ersättningssystem måste anses principiellt oriktigt och praktiskt tungarbetat. Båda invändningarna är befogade, men det föreslagna systemet är endast avsett att utgöra en förbättring av de nu tillämpade ersättningssystemen. Genomförandet av detta vårt förslag torde beträffande statligt anställda läkare endast kräva statsmakternas godkännande av den civila läkartaxan. För kommunalt anställda läkare krävs härutöver förhandlingsöverenskommelser mellan vederbörande huvudmän och läkare, vilka vi icke haft möjlighet att förbereda.

Civila läkaravlöningsreglementet med dess för tjänstemän höga inkomster är trots sin karaktär av framtidsförslag avsett att tillämpas under en övergångstid, då utbildningskostnaderna och driftkostnaderna är betydande och bäres av läkarna själva. I samma mån som samhället kommer att bekosta utbildningen och överta driftkostnaderna förutser vi en justering av föreslagna inkomstbelopp för dem, som kommit i åtnjutande av dessa förmåner. Vi räknar dock med, att läkarna inom överskådlig framtid till följd av arten av sin verksamhet kommer att i ett differentierat lönesystem placeras högt på skalan.

Ehuru vi ansett oss icke böra verkställa kostnadsberäkningar i ett principbetänkande som detta finner vi dock en grov uppskattning av merkostnaderna för det allmänna vid ett genomförande av civila läkaravlöningsreglementet här vara på sin plats. Antalet läkare, som skulle bli underkastade civila läkaravlöningsreglementet, om det genomfördes i dag, kan uppskattas till omkring 700 provinsial- och stadsläkare samt omkring 900 läkare av övriga kategorier. Om genomsnittsavlöningen för samtliga sätts till 29 000 kronor, skulle de sammanlagda avlöningskostnaderna bli (1 600

× 29 000 =) 46 400 000 kronor. Från detta belopp bör till en början dragas enligt nuvarande bestämmelser utgående avlöningar, inbegripet bisysslearvoden och evalveringsersättningar, samt ersättningar för förebyggande vård m. m. Sätter man den nuvarande genomsnittsinkomsten av nyssnämnda slag till 12 000 kronor, blir ifrågavarande minuspost (1 600 × 12 000 =) 19 200 000 kronor. Ytterligare bör frändragas de belopp, som sjukkassorna utger för läkarvårdsersättningar åt ifrågavarande läkare. Detta belopp kan uppskattas till 12 000 000 kronor. Den sammanlagda merkostnaden för det allmänna skulle alltså bli omkring 15·2 miljoner kronor, vilket belopp vid en riktig avvägning ungefärligen borde motsvara, vad allmänheten själv får utge i arvoden till ifrågavarande läkare.

Utöver de nu redovisade, med civila läkaravlöningsreglementet sammanhängande frågorna anser vi oss beträffande den öppna vårdens ekonomi här endast böra framhålla, att den öppna vården vid anstalt efter dess ikraftträdande icke skulle komma att medföra någon kostnad för patienten vid det tillfälle, då vården meddelades. Huvudmannen skulle alltså icke få uttaga ersättning för förbrukningsmaterialier o. dyl. av patienten.

Vad slutligen angår våra förslag beträffande vårdens teknik och medicinska innehåll, hänvisar vi till vad vi därom anfört i avd. III. Förslag till erforderliga föreskrifter i detta avseende torde successivt böra avges av medicinalstyrelsen i samband med äskandet av medel för varje särskilt ändamål.

Här bör endast understrykas, att ett allmänt införande av nya grenar av den förebyggande vården i varje fall bör bygga på resultaten av tidigare bedriven försöksverksamhet. Ytterligare bör måhända framhållas, att övergången till den kombinerade hälso- och sjukvård, som står som framtidsmålet, endast kan genomföras gradvis i samma takt som vårdens resurser i fråga om personal och lokaler ökar.

Försöksverksamhet i enlighet med upplagda planer bör igångsättas, så snart huvudmännen och medicinalstyrelsen överenskommit om plan därför och Kungl. Maj:t och riksdag gillat härom framlagt förslag och beviljat behövliga medel. Sådan verksamhet bör i lämpliga områden direkt kunna framgå av den gemensamma stomplanering, varom förut talats.

Vi påpekar, att åtskilliga i den föregående framställningen påvisade brister i den öppna vårdens organisation genom de här framförda förslagen kan förväntas väsentligt reducerade och att de positiva önskemål, som framförts i samband härmed, har större möjligheter att realiseras än de hittills haft. Som exempel må anföras

att en fortlöpande översyn av den öppna vårdens förhållanden skulle komma att ske;

att sluten vård, öppen vård och hälsovård skulle bli bättre samordnade;

att en gradvis övergång till en starkare betoning av den förebyggande vården för alla åldrar bleve möjlig;

att förhållandet mellan allmänläkare och specialläkare bleve bättre reglerat än vad nu mångenstädes är fallet;

att jourtjänsten ordnades mera tillfredsställande;

att unga läkare finge en tryggare start;

att provinsialläkarna kunde erhålla en fri dag i veckan;

att även privatläkarna mera allmänt kunde få råd att ta semester.

Det må till slut än en gång framhållas, att våra förslag icke gör anspråk på att vara definitiva. Vi är klart medvetna om att vetenskapens landvinningar inom en nära framtid kan komma att skänka läkarna helt nya vapen, men att utvecklingen också kan komma att ge upphov till helt nya sjukdomar eller avslöja hittills icke observerade tillstånd, som kräver ingripande av läkare. Administrativt sett bör möjligheterna till förenkling skänkas oavlåtlig observans. I detta hänseende framstår olycksfallsförsäkringens och invalidvårdens samarbetande med allmänna sjukförsäkringen som de kanske angelägnaste uppgifterna. Då det gäller hälso- och sjukvårdens ekonomi innebär våra förslag endast försök att på principen om vården som en samhällets angelägenhet applicera konkreta förslag, ägnade att berika den hittills ofta diffusa och teoretiska diskussionen. Även på detta område bör läkarvården smidigt följa den allmänna samhällsutvecklingen.

Kap. 16. Till utredningen hänskjutna frågor.

I inledande anmärkningar har vi redogjort för några av de situationer, vari avsaknaden av en mera ingående reglering av den öppna vården föranlett konflikter eller eljest vållat besvärligheter. Det är vår förhoppning att, om våra i detta betänkande skisserade förslag kommer att praktiskt realiseras, sådana situationer icke skall behöva så ofta uppstå i framtiden och lättare kunna bemästras. I sådan riktning anser vi bör verka bl. a. införandet av skyldighet för den slutna sjukvårdens huvudmän att svara även för den öppna specialistvården inom sina sjukvårdsområden liksom också bestämmelsen, att de författningar, som reglerar den slutna vården, i tillämpliga delar skall gälla även för den öppna vården vid anstalterna.

På sid. 11—12 har vi refererat Norrbottens läns landstings beslut 1939 om anordnande av taxebunden poliklinikverksamhet m. m. vid landstingens sjukvårdsanstalter samt en i anslutning därtill av dess förvaltningsutskott till Kungl. Maj:t gjord framställning. Landstingens beslut avsåg frågor av stor principiell betydelse och praktisk räckvidd. Då dessa helt föll inom området för detta utredningsuppdrag, överlämnades ärendet av Kungl. Maj:t till medicinalstyrelsen, som därefter vidarebefordrat det till oss för att tagas i beaktande vid uppdragets fullgörande.

Enligt vår mening överensstämmer landstingets plan för ordnandet av

den öppna vården i Norrbotten till sin principiella uppläggning rätt väl med de förslag, som framlagts i detta betänkande. Främst gäller detta beslutet om anordnande av taxebundna öppna specialistmottagningar vid anstalterna i regi av huvudmännen för dessa, vilket ligger helt i linje med vad av oss föreslagits. Beträffande vår inställning till de frågor, som berör taxornas närmare utformning och systemet för läkarersättningen, hänvisas till vad därom anförts i kap. 12, 14—15 och 17—18. Landstinget synes vid sin planering av vården icke tillräckligt ha beaktat de fördelar, som är förenade med att vård i första hand sökes hos allmänläkare i trakten, för Norrbottens del i regel provinsialläkaren i det distrikt, där den vårdbehövande är bosatt. Vi har härvidlag framhållit värdet av kontinuitet i vården såväl ur patientens som läkarens synpunkt och önskvärdheten av att onödiga resor undvikes. Vi har också sökt klargöra, varför undersökning och vård av allmänläkare i vissa fall synes vara att föredra framför vård av specialläkare.

Med hänsyn bl. a. till det av Norrbottens läns landsting visade intresset för en reglering av den öppna vården synes det önskvärt, att det tages under övervägande, om icke den av oss i kap. 18 punkt 37 föreslagna försöksverksamheten lämpligen borde i första hand igångsättas inom berörda landstings sjukvårdsområde. För att vården genom allmänläkare skall kunna på behörigt sätt tillgodoses torde ytterligare uppdelning av flertalet provinsialläkardistrikt komma att erfordras.

Vi hemställer således att Kungl. Maj:t med anledning av den av Norrbottens läns landsting gjorda framställningen återförvisar ärendet till landstinget för att bereda detta tillfälle att verkställa viss omarbetning av sin plan för den öppna sjukvården, så att densamma kan läggas till grund för en försöksverksamhet av den art, som av oss föreslagits i kap. 18.

Till de problem, vilka enligt propositionen om allmän sjukförsäkring skulle behandlas i vår utredning, har vi tagit ställning framför allt genom våra förslag till civil läkarvårdstaxa och civilt läkaravlöningsreglemente och specialmotiveringarna till dessa (kap. 17). Att våra förslag på detta område skulle föranleda vissa jämkningar i 16 § lagen om allmän sjukförsäkring har särskilt framhållits.

Bland de övriga ärenden, som under utredningens gång överlämnats till oss, må nämnas en av förste provinsialläkarnas förening i skrivelse den 23 november 1946 till Kungl. Maj:t gjord framställning angående viss ändring i provinsialläkartaxan. I skrivelsen hemställes om sådan ändring för förste provinsialläkarnas del av 14 § i gällande provinsialläkartaxa, att förutom dagtraktamente och reseersättning enligt resereglementet ett arvode av fyrtio kronor för dag skulle utgå för varje tjänsteförrättning, utförd annorstädes än i läkarens tjänsterum.

I vårt förslag till civilt läkaravlöningsreglemente i kap. 17 har förste provinsialläkarna erhållit en väsentlig förhöjning av sin nuvarande löne-

standard. Om en löneförbättring enligt dessa eller andra linjer kommer till stånd, skulle den fråga, som berörts i den ovan återgivna framställningen, utan vidare anses ha fått sin lösning. I avvaktan på att så sker synes följande tillägg böra göras till 14 § i 1926 års provinsialläkartaxa: »Där ersättning enligt dessa grunder icke uppgår till 10 kronor skall för tjänsteförrättning utgå arvode med detta belopp.»

En del förslag till en i vissa avseenden ändrad och utbyggd sjukvårdsorganisation har också kommit oss tillhanda.

I skrivelser till medicinalstyrelsen den 23 och 26 mars 1946, vilka av styrelsen överlämnats till oss, har Sveriges socialdemokratiska kvinnoförbund och Skånes socialdemokratiska kvinnodistrikt hemställt om åtgärder för att bereda kvinnor i övergångsåldern (klimakteriet) tillfälle till upplysning och vård. Kvinnoförbundet framhåller särskilt önskvärdheten av att i pågående utredningar, som syftar till att ge alla medborgare bättre tillgång till sakkunnig läkarhjälp, ifrågavarande ålder särskilt beaktas, vilket, säger förbundet, »synes kunna ske i samband med en översyn av hela den förebyggande vården». Om tiden härför ännu icke ansåges vara inne, borde problemet upptagas särskilt. Bland de åtgärder, varom syntes kunna bli fråga, nämndes ökad upplysningsverksamhet för allmänheten med särskilt anslag ställt till medicinalstyrelsens förfogande (en mindre upplysningsskrift i ämnet, vilken kunde vinna önskvärd spridning, vore behövlig), inriktande av undervisning och fortbildningskurser för läkare på denna ålders problem, bidrag till de mest svårbehandlade patienternas resor till närmaste specialist, eventuellt särskilda mottagningar av denne vid centrallasaretten, beredande av sluten vård på särskilda avdelningar (de gynekologiska, för vissa fall måhända pensionsstyrelsens avdelningar, som då borde få en konsulterande specialist). Förbundet konstaterar slutligen, att ifrågavarande problem även i sin mån understryker vikten av att den pågående uppdelningen av provinsialläkardistrikten så mycket som möjligt påskyndas.

Vi delar helt den uppfattning, som kommit till uttryck i dessa skrivelser, om vikten av att berörda sjukdomstillstånd under övergångsåldern kommer under lämplig behandling.

I den mån de förebyggande undersökningarna vid hälsocentraler, varom detta betänkande talar, kommer till stånd, löses, såsom kvinnoförbundet framhåller, också de av dem understrukna specialproblemen. Med all sannolikhet kommer de förebyggande undersökningarna att i fortsättningen liksom hittills skett efter hand utsträckas till den ena åldersgruppen efter den andra. Rimligt synes vara att övergångsåldern i så fall kommer att höra till de första åldersgrupper, för vilka sådana undersökningar anordnas. Bleve i Sverige, såsom för närvarande i U. S. A., särskilda mottagningar ordnade för personer i och över medelåldern med huvuduppgift att utöva förebyggande kontroll över uppkomsten av ondartade svulstbildningar (cancer), skulle hos oss liksom där även andra problem, bland dem

också övergångsålderns, samtidigt kunna vinna beaktande. I nuvarande läge synes några föreskrifter för huvudmännen om anordnande av sådana mottagningar icke böra utfärdas. Det torde böra ankomma på medicinalstyrelsen, att — eventuellt efter samråd med statens medicinska forskningsråd — såsom ovan i kap. 12 skisserats, inkomma med förslag rörande de undersökningar, som bör företagas vid hälsokontroll av olika åldersgrupper.

Vad åter angår de i samma skrivelse framförda yrkandena om fri medicin för övergångsålderns sjukdomar, kommer medicinalstyrelsen att få tillfälle att taga ställning härtill i större sammanhang, då bestämmelser skall utarbetas i anslutning till riksdagens beslut om utbrytande av kostnaderna för läkemedel ur den allmänna sjukförsäkringen.

Från praktiserande läkaren och specialläkaren i invärtes medicin Karl Frumerie har utredningen erhållit en den 20 september 1944 dagtecknad skrivelse angående ordnandet av särskilda dietmatsalar för vissa sjuka, huvudsakligen patienter lidande av matsmältningssjukdomar, sockersjuka och njursjukdomar. Doktor Frumerie har i sin verksamhet i Stockholm och Göteborg kunnat konstatera, att ett stort antal kroniskt eller långvarigt sjuka, framför allt sådana, som är hänvisade att »äta ute» och vilkas sjukdom ej kräver sjukhusvård, för närvarande ej har möjlighet till rationell dietvård. Han anser det därför angeläget, att, då frågan om den öppna vården vid sjukhus föreligger till utredning, »möjligheten att ställa sjukhusens numera högt uppdrivna och fulländade dietkök även till denna allmänhets tjänst tages under allvarligt övervägande av kommittén».

Dr Frumerie anför vidare:

Då jag ej är insatt i de olika detaljerna av detta kommittéarbete, kan jag här ej framlägga något utarbetat detaljprogram, men det synes mig möjligt att ordna servering av dietmat till utanför sjukhusen boende här omförmälda patienter exempelvis i de matsalar (för detta ändamål utvidgade) för uppegående patienter, som projekterats i 1941 års rheumatikervårdssakkunnigas betänkande del II i de s. k. E-avdelningarna. Om dessa E-sjukhus placerades i så omedelbar närhet som möjligt till sjukhusets huvudingång — och det har ju också viss fördel även för de uppegående på E-sjukhuset vårdade patienterna — så bleve dessa matsalar också lättare tillgängliga för utanför boende. Vad sen remissfrågan beträffar, tror jag, att den med lätthet kunde ordnas så, att den praktiserande läkaren genom remisskontakt med E-avdelningens läkare kunde tillförsäkra patienten den för honom lämpliga dieten. Det förutsätter givetvis, att i läkarens för E-avdelningen instruktion inginge uppgift om skyldighet att ordna och övervaka dietbehandling av härför inremitterade patienter, och det synes mig ej föreligga hinder för den behandlande praktikern att även i fortsättningen leda patientens övriga medicinska övervakning och behandling och att vid behov genom skriftlig kontakt uttala önskemål ifråga om dietens nödiga utveckling och variation allt efter föreliggande krav.

Man kan invända, att sjukhusen ofta äro belägna i ett samhälles periferi och därför på grund av de långa avstånden äro sämre tillgängliga för allmänheten, än om dietmatsalarna vore placerade till centralare delar, och att alltså svårigheter förefinnas för utanför boende att besöka den föreslagna dietmatsalen t. ex. 2 gånger dagligen. Så är dock ej överallt fallet och även om det av mig föreslagna arrangemanget på denna punkten överallt ej fyller idealet, så tror jag dock, att en lösning

av det av mig påtalade behovet i anslutning till sjukhusen med deras stora resurser i fråga om läkare och fackkunnig dietledning och personal för allmänheten är så värdefull, att denna nackdel reduceras till ett minimum. Ävenså kan invändas, att arbetstiden på sjukhusen för köks- och serveringspersonal skulle försvåra matsalens öppethållande efter vanlig arbetstids slut. Ja, visserligen, men det är en intern organisationsfråga, som ej förefaller mig olösbar.

Fördelen av att omförmälda patienter komma i åtnjutande av sakkunnigt ledd och skött dietvård är uppenbar. Ej mindre väsentlig är enligt min uppfattning betydelsen av den individuella skolning i dietetik, som en tids ätning på dylik sjukhusmatsal för event. fortsatt genomförande av dietvård i hemmet — där så ske kan — skulle utgöra.

Vi har underställt förslaget medlemmarna av medicinalstyrelsens vetenskapliga råd, numera framlidne professor Sven Ingvar och professor Nanna Svartz och till dem riktat följande frågor:

1. Föreligger på detta område ett behov av sådan angelägenhetsgrad, att det allmänna bör taga sig an frågan?
2. Om så skulle vara fallet, böra sjukhusen medverka för att fylla ifrågavarande behov?
3. Under förutsättning att 1 och 2 besvaras jakande:
   Bör ett begränsat och på förhand fastställt antal diettyper (i så fall vilka?) tillhandahållas i berörda dietmatsalar?
4. Bör ev. en sådan som behövlig betraktad verksamhet inskränkas till
   a) å sjukhuset tidigare inneliggande patienter?
   b) vid anstalten i öppen vård behandlade patienter?

Professor Ingvar avgav med anledning härav i skrivelse till medicinalstyrelsen den 20 februari 1945 följande utlåtande:

---

1) Beträffande ev. förefintligt behov på detta område av sådan angelägenhetsgrad, att det allmänna bör taga sig an frågan, bör förvisso framhållas, att den praktiska realisationen av dylik dietetisk behandling ter sig mycket annorlunda, om det gäller ett klientel på landet eller i en stad. Endast i en stad med icke för stora avstånd för patienterna att komma till sjukhuset torde en dylik behandling vara möjlig att genomföra.

2) Det bör framhållas, hurusom den medicinska ditetetiken under det senaste årtiondet i största allmänhet i högsta grad förenklats. Den rigorösa dieten, när det gäller exempelvis diabetes, har ju genom insulinets införande blivit mycket enklare att genomföra än vad som var fallet i tidigare skeden av diabetesbehandlingens historia. Den första regeln för en diabetiker är att inskränka på all lyxkost. I övrigt kan ju patienten i så många fall leva på en kost, som till sin allmänna sammansättning i hög grad påminner om normalkosten. Detsamma gäller ju om dietetiken för njursjukdomar. Här driver man icke längre de starka inskränkningarna, som man förr ansåg nödvändiga, särskilt i form av reduktion av tillförsel av äggvita. Även för dessa patienter blir kosten enligt modern uppfattning alltmera normal. Den största svårigheten är här i regel att få kosten tillräckligt saltfattig. Även beträffande mag-tarm-sjukdomar ställer man icke längre, åtminstone för det stora antalet patienter, gamla tiders rigorösa krav på dieten. Jag vill endast erinra om, hurusom magsårskuren är mycket friare än för ett tiotal år sedan. Detta underlättar naturligtvis i hög grad genomförandet av ulcusbehandlingen för patienter utanför sjukhusen. I övrigt återstår generellt för en mängd sjuka kravet på en all-

män skonsamhet i kostföringen, men denna förutsätter egentligen endast allmänt tillgängliga kostingredienser, sådana som ägg, mjölk, smör, vitt bröd. Dessa ingredienser skola i regel vara tillagade i form av purékost. Naturligtvis kan även denna generella skonkost erbjuda svårigheter för en massa människor utanför sjukhusen att komma i åtnjutande av. Det synes mig emellertid, att man skulle kunna genom en bättre uppfostran och upplysning av patienten sätta honom i stånd att komma över denna enkla skonkost särskilt i hans eget hem, men även på de matställen i övrigt, som han kan begagna sig av. Det torde väl även kunna sägas, att den ytterligt detaljerade dietetik, sådan den angavs ända in i sista tid av särskilda specialister, i så många fall icke längre ter sig berättigad. Allt detta betyder en större frihet för patienterna i fråga och lättnad för dem att, oavsett yttre förhållanden, genomföra en fortsatt behandling av sin sjukdom, av vilket slag det vara månde.

3) och 4) Det är utan vidare klart, att varje modernt sjukhus, i synnerhet invärtesavdelningarna, måste vara utrustade med dietkök med tillräckliga variationsmöjligheter för olika huvudgrupper av sjukdomar. Dessa dietkök har sin betydelse icke minst däri, att patienten genom att förtära födan från detta kök erhåller en värdefull undervisning om lämplig diet för hans individuella fall. Även denna dietetik å sjukhus bör, enligt min bestämda mening, vara av genomgående enkelt slag, varvid framförallt lättillgängliga, överallt åtkomliga naturprodukter ingå som väsentliga ingredienser. Allt detta gör, att patienten, när han lämnar sjukhuset, får det lättare att installera i sin levnadsföring en passande diet. Denna fostrande betydelse, som dietköket har å sjukhuset, anser jag vara av största betydelse. Att införa poliklinisk-dietetisk behandling för patienter utanför sjukhuset, vare sig dessa varit intagna därstädes eller endast remitterats dit från poliklinik eller från praktiserande läkare, måste anses vara en så stor och dyrbar apparat, att man endast på särskilt trängande indikationer bör inlåta sig på ett dylikt företag. Tillsvidare måste jag anse, att den bästa lösningen, och en fullt försvarlig sådan, av frågan om utanför sjukhuset sig uppehållande patienter i dietetiskt avseende torde i främsta hand böra vinnas genom en bättre instruktion av klientelet i dietetiska frågor. Detta förutsätter givetvis en mera praktisk inställning till dietetik än vad som i regel är att finna bland våra praktiserande läkare. En dylik torde vinnas genom förbättrad undervisning i dietetik av de unga medicine kandidaterna, som utbilda sig till licentiatexamen. I denna utbildning torde praktiska kurser i dietetik, s. k. dietkök, vid våra universitetskliniker icke utgöra den oväsentliga delen.

Lunds lasarett som ovan.

Sven Ingvar.

Professor i medicin vid Lunds universitet.

Professor N. Svartz avgav i skrivelse den 1 mars 1946 följande svar på de till henne framställda frågorna:

Ad. 1. Tvivelsutan föreligger ett ganska stort behov av dietmatsalar särskilt i de största städerna. Detta gäller framförallt för personer med mag-tarmsjukdomar. Det vore önskvärt att det allmänna lämnade saken sitt stöd.

Ad. 2. Enligt min åsikt är det icke möjligt att anordna dietmatsalar för allmänheten i anslutning till sjukhusen.

Ad. 3 o. 4. Åtminstone till en början borde endast ett par dietformer tillhandahållas: s. k. ulcusslutkost och enterocolitkost, varvid jag avser koster av ungefär de typer, som för närvarande användas vid Karolinska sjukhuset.

Dietmatsalarna borde vara belägna centralt i staden. Lämpligt vore om Sara eller Norma eller liknande bolag kunde åtaga sig att på ett eller ett par ställen anordna dietmatsalar. Det synes mig böra tagas upp till diskussion, huruvida icke det allmänna i så fall borde ställa sakkunskap i form av läkare och dietassistenter till förfogande eller ock på annat sätt underlätta verksamheten.

Stockholm den 11 mars 1946.

N. Svartz.

Professor Ingvars utlåtande får i stort sett anses vara ett avstyrkande av förslaget. Professor Svartz finner för sin del idén om anordnande av särskilda dietmatsalar för Stockholms del böra prövas på några ställen, dock ej i anslutning till sjukhus. Då frågan synes vara av rent kommunal natur, vore det enligt vår uppfattning riktigast, att en eventuell försöksverksamhet på området upptoges av Stockholms sjukhusdirektion.

I en likaledes den 20 september 1944 dagtecknad, till 1941 års reumatikervårdssakkunniga ställd skrivelse, vilken överlämnats till oss den 10 oktober samma år, har doktor Frumerie framlagt vissa förslag angående ökat utnyttjande för den öppna vården av sjukhusets resurser i fråga om fysikalisk terapi.

Skrivelsen är av följande lydelse:

Det finnes ett stort antal rheumatiskt sjuka — kronisk ledgångsrheumatism, arthrosis deformans och muskelrheumatiska tillstånd — vilka på grund av sjukdomens art och grad ej äro i behov av vård på sjukhus eller kuranstalt och vilka kunna och även behöva utföra visst arbete inom hemmet eller förvärvsarbete men som för sjukdomens rationella vård periodvis äro i behov av fysikalisk terapi av olika slag. För dessa finnas här i landet mycket små möjligheter att genomföra dylik behandling, då vi sakna härför avpassade institutioner under skolad ledning och övervakning. Icke ens i en stad av Stockholms storlek finnes för den stora allmänheten möjligheter för sådan vård med alla olika former av balneoterapi och övrig fysikalisk terapi (möjligen undantagandes Södermalms medico-elektriska institut) och i landsorten är frånvaron av dylika möjligheter ännu mera uppenbar.

Visserligen kan på vissa platser genom sjukhuspoliklinik fysikalisk terapi meddelas åt å dessa vårdsökande patienter men det finnes ett stort antal patienter, som behandlas utanför sjukhusen av husläkaren, av tjänsteläkare och specialister och det synes mig angeläget att för dessa patienter möjligheter till erhållandet av rationell fysikalisk terapi kunde öppnas.

Det förefaller mig möjligt, att denna fråga kunde ordnas på följande sätt. På de större sjukhusen och centrallasaretten inrättas — såsom redan genomförts bl. a. på Karolinska Sjukhuset — en avdelning för balneoterapi, annan fysikalisk terapi och massage under ledning av häri skolad läkare, till vilken den utanför sjukhuset arbetande läkaren kunde direkt remittera patienten för fysikalisk behandling under på så sätt vetenskapligt betryggande former. Detta förfarande behöver ej heller utesluta möjligheten för praktikern att samtidigt i samråd med fysioterapeuten fortsätta sin fortlöpande övervakning och event. annan medicinsk behandling av patienten.

Härigenom vinnes att patienten utan att behöva intagas på sjukhus och utan att

behöva byta läkare och passera stora sjukhuspolikliniker med lång väntetid, som för dessa sjuka ej alltid är så lycklig, utan att behöva helt avbryta sitt dagliga arbete, kan komma i åtnjutande av bästa möjliga vård till fromma för fortsatt bibehållande eller förbättrande av arbetsförmågan samt att de stora möjligheter, som sjukhusen i detta avseende skulle inrymma, bleve på ett rationellt sätt utnyttjade för hela den vårdbehövande allmänheten.

Stockholm den 20 september 1944.

Karl Frumerie.

Praktiserande läkare, specialist i invärtes sjukdomar.

Den av doktor Frumerie väckta frågan om tillgodogörande av sjukhusens resurser för fysikalisk terapi för patienter i den öppna vården är för sin lösning beroende av tillgången på personal och lokaler för ändamålet. Beträffande personalfrågan hänvisar vi till vad i bil. 35 anförts. I fråga om lokalerna är det vår uppfattning, att de vid sjukhusen i allmänhet förefintliga avdelningarna för bad- och annan fysikalisk terapi icke tillåter någon större tillströmning av patienter från den öppna sjukvården. Härför skulle erfordras uppförandet av nya byggnader. Den i framställningen berörda frågan synes oss beaktansvärd och bör finna sin lösning i samband med utbyggnaden av hälsocentralerna. Sannolikt får man taga hänsyn till det behov av arbetskraft, som skulle erfordras för ett tillgodoseende av det vårdbehov, som i doktor Frumeries framställning beröres, då det blir fråga om ökade utbildningsmöjligheter för sjukgymnaster i Lund och Stockholm.

Om behovet av åtgärden för en effektivisering inom de olika grenarna av den öppna vården vittnar också en del andra till oss överlämnade framställningar. Så till exempel har med. doktor Åke Lundberg, verksläkare hos bl. a. medicinalstyrelsen, i skrivelse till styrelsen den 30 juli 1947 anhållit om att till hans förfogande måtte ställas en social kurator såsom biträde i arbetet inom verksläkardistriktet och för hemsjukvård.

Dr Lundberg motiverar sin anhållan sålunda:

---

1. De talrika och ständigt återkommande sociala spörsmålen i synnerhet bland den lägre kvinnliga personalen. För en effektiv hjälp erfordras möjligheter, som icke alltid stå verksläkaren till buds. Dessutom torde en kvinnlig kurator beträffande vissa spörsmål få en bättre kontakt med nämnda personalkategori än verksläkaren.

2. Bättre kontroll behöves beträffande de enstaka sjukdagar, som författningsenligt ej fordra läkarintyg. De synes nämligen ej sällan betraktas som kamoflerade semesterdagar, vilket ej torde vara meningen. Antagligen skulle vetskapen om en eventuell kontroll av dessa sjukdagar avsevärt minska dessas antal.

3. Behov av sjuksköterska för att kunna lämna viss hemsjukvård åt ensamboende och även andra, som kunna vara i tillfälligt behov av sjukvårdskunnig hjälp. Stadens distriktssköterskor äro för få och täcka ej behovet och sakna dessutom värdefull personalkännedom.

4. Den stora personal — till övervägande delen kvinnliga befattningshavare — som ingår i verksläkardistriktet. Före den förste innevarande månad uppgick personalen berättigad till fri sjukvård till i det närmaste 1 100, men torde detta antal genom det nya avlöningsreglementet avsevärt ökas.

— —

Ovanstående skrivelse utgör en ytterligare motivering för den utredning om verksläkarinstitutionens framtid, som av oss föreslås i kap. 18 punkt 11.

Till medicinalstyrelsen har av styrelsens representant i sjukvårdsstyrelsen, doktor P. Holmström den 5 mars 1945 överlämnats en framställning av följande lydelse:

Glava den 2/3 1945.

Ärade kollega!

Undertecknad bestrider sedan 19/1 45 enl. tjänstepliktslagen vakanta prov.läk.-tjänsten i Glava distrikt.

Det har varit förenat med mycket stora svårigheter att anskaffa det minimum av instrumentell utrustning som är nödvändigt för bedrivande av ansvarig läkarverksamhet. De ekonomiska svårigheterna för en ung oplacerad läkare i en dylik situation är betydande åtminstone i ett distrikt som detta, där inkomsterna är minimala. Vad värre är finnas vissa nödvändiga saker ej att anskaffa för pengar i den öppna marknaden under nuvarande omständigheter. Hit hör bl. a. glasögonlåda som jag trots alla ansträngningar ej lyckats skaffa. Allmänheten är ju föga betjänt av en läkare som saknar nödvändig utrustning. Här har upprepade gånger hänt att folk från ödemarken gjort resa på upp till 3 mil ned till läkarmottagningen för att få glas utprovade och måste återvända med oförrättat ärende. Den obligatoriska skolbarnsundersökningen har måst uppskjutas på obestämd tid på grund av avsaknad av tekniska hjälpmedel för nöjaktig synundersökning.

Jag har vänt mig officiellt till medicinalstyrelsen — visserligen ej till generaldirektören, vilket vore frestande nog — för att efterhöra hur jag bör förfara och fått besked att någon utrustning förutom den ordinarie instrumentlådan (huvudsakligen förlossningsinstrument i museal sortering) kan jag ej påräkna. Jag tar mig nu friheten att vända mig till Doktorn med en förfrågan, huruvida jag möjligen kunde få en uppsats glas till låns från militärt förråd.

Glas ingår väl i bataljonsutrustning?

Jag är medveten om att jag kanske tagit Doktorns tid i anspråk med för Doktorns tjänst ovidkommande saker och tackar på förhand för ev. svar.

Med kollegiala hälsningar

Åke Arén
Leg. läk.

Ovanstående skrivelse, vilken överlämnats till oss för att beaktas i samband med utredningen, ger oss anledning att framhålla, att de krav, som däri framföres, skulle bliva tillgodosedda, om vårt förslag att staten skulle svara för tjänsteläkarnas utrustning enligt viss fastställd förteckning genomfördes.

Kap. 17. Författningsförslag och motivering.

Utkast

till

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

Härigenom förordnas, att 2 §, 6 §, 14—15 §§, 17—18 §§ och 21 § lagen den 20 december 1940 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives.

2 §.

1. Sjukhus anses — — — för driftkostnaden.
2. Med *sjukhus* — — — militär myndighet.

Sjukhus, som ej är inrättat uteslutande för vård av tuberkulossjuka, benämnes *lasarett,* om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och eljest *sjukstuga.* Mottagning vid sjukhus eller avdelning därav, som är avsedd för meddelande av öppen vård, benämnes *hälsocentral.* Sjukstuga, vid vilken finnes anställd särskild för sjukvården ansvarig läkare, benämnes *självständig 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.*

För sjukvård — — — tuberkulossjukstuga *tuberkulossjukstuguläkare.*

6 §.

Högsta tillsynen över sjukhus utövas av medicinalstyrelsen, vilken särskilt har att ägna uppmärksamhet åt sjukvården och sjukvårdspersonalens arbetsförhållanden. Medicinalstyrelsen har tillika att utfärda de föreskrifter, som krävas för reglering av olika underläkartjänsters användning i utbildningshänseende.

14 §.

1. Lasaretts- och — — — av Konungen.
   Då sådan — — — därtill tagas.
   Sedan förslag — — — erhålla förslagsrum.
2. Sjukstuguläkare vid självständig sjukstuga eller självständig tuberkulossjukstuga utnämnes av Konungen. I avseende å sådant tillsättande skall vad i 1 mom. stadgats lända till efterrättelse.

Annan sjukstuguläkare eller tuberkulossjukstuguläkare tillsättes 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 med-

delade 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.

15 §.

Sjukhusläkare, som avses i 2 § 2 mom., är pliktig att i den utsträckning sjukvårdsberedningen bestämmer tjänstgöra vid av huvudmannen i anslutning till sjukhuset anordnad hälsocentral.

Vid tjänstgöring å hälsocentral må läkare icke begära eller mottaga annan särskild gottgörelse än som tillkommer honom enligt civila läkarvårdstaxan.

Hava vid ett och samma besök å hälsocentral två eller flera läkare samverkat skall ersättningen utgå till den eller delas mellan de läkare, som huvudsakligen meddelat vården.

17 §.

Underläkare, som är anställd å odelat lasarett eller å viss, under särskild lasarettsläkare ställd avdelning av lasarett, må av Konungen efter därom av vederbörande lasarettsläkare gjord framställning och efter hörande av medicinalstyrelsen, sjukvårdsberedningen och direktionen förordnas att, med bibehållande av sina åligganden som underläkare, i egenskap av biträdande lasarettsläkare på eget ansvar handhava vården av de sjuka å visst eller vissa sjukrum eller å hälsocentral.

Vad sålunda stadgats skall äga motsvarande tillämpning i avseende å sanatorium.

18 §.

Vid sjukhus — — — en månad.

För åtnjutande — — — erforderliga specialutbildningen.

Vid utövning av sådan praktik må läkare icke av den sjuke eller av vederbörande sjukkassa och arbetsgivare begära eller mottaga gottgörelse med högre belopp än som innehållas i civila läkarvårdstaxan.

21 §.

1. Vid sjukhus anställd läkare må icke i vidare mån än som framgår av 15 och 18 §§ mottaga särskild ersättning för meddelad läkarvård. Därvid skall iakttagas, att åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning å eller utskrivning från sjukhuset, skall anses som sluten vård.

2. Annan å sjukhus anställd personal än läkare må icke fordra ersättning i någon form för behandling eller skötsel av där intagen eller eljest mottagen person.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 1950.

Specialmotivering.

Lagen om ändring i vissa delar av sjukhuslagen.

1 §.

Det må framhållas, att den omständigheten, att de till sjukhus knutna specialläkarna enligt vårt förslag skulle bli skyldiga att meddela öppen vård vid sjukhuset samt att företa konsultationsresor, icke synes motivera ett utbyte av ordet anstaltsvård. Att öppen vård å sjukhuset språkligt sett kan höra till anstaltsvård är utan vidare klart. Även den vård, som kommer att ges under konsultationsresor, kommer i regel att äga rum på anstalter, nämligen antingen på ofullständig hälsocentral av typ I eller på hälsocentral av typ II eller på hälsofilial.

Anstaltsvård torde hittills ha använts såsom nära sammanfallande med begreppet sluten sjukvård. Se exempelvis regeringsrättens årsbok 1942, referat 35. Enligt vårt förslag skulle anstaltsvård innebära av samhället anordnad hälso- och sjukvård vid anstalt, oavsett om vården meddelas öppet eller slutet. Vilka anstalter, som härvid kommer i fråga, framgår av 2 §. Förskjutningen av termens innebörd framgår utan vidare av innehållet i följande paragrafer.

2 §.

I vårt utkast till civilt läkaravlöningsreglemente har vi föreslagit, att läkare vid självständig sjukstuga skulle utnämnas medelst kunglig fullmakt och erhålla avlöning enligt reglementet, medan tjänsteläkare, som ansvarade för vården vid sjukstuga, skulle göra detta i tjänsten.

Med självständig sjukstuga har vi då förstått sjukstuga, vid vilken finns anställd särskild för sjukvården ansvarig läkare. Så är för närvarande fallet vid samtliga s. k. större sjukstugor men härutöver vid ett antal s. k. mindre sjukstugor.

Vi har ansett det praktiskt att införa termen självständig sjukstuga även i sjukhuslagstiftningen. Några olägenheter av att i lagen ha en dubbel terminologi beträffande sjukstugor, nämligen »självständig» och »annan» — då det gäller läkarens tillsättning och avlönande m. m. — samt »större» (sjukstuga, beträffande vilken medicinalstyrelsen givit tillstånd, som i 7 § tredje stycket sägs) och »mindre» — i fråga om övriga förhållanden — torde icke behöva uppkomma.

Vi vill utryckligen säga ifrån, att framtidsmålet är att självständiga sjukstugor skall försvinna. Där sjukstugor på grund av de geografiska förhållandena måste behållas, bör provinsialläkaren vara ansvarig för vården. På större orter bör man anställa två provinsialläkare, av vilka den ena i första hand bör ansvara för sjukstugan och den andra för vården i övrigt. Jourtjänst bör lika fördelas mellan båda. Den nu antydda utvecklingen hindras på intet sätt genom vårt förslag att självständiga sjukstuguläkare, så länge

sådana finnes, skall erhålla kunglig fullmakt; jämför i detta avseende vad vi anfört om läkarens förflyttningsskyldighet i specialmotiveringen till civila läkaravlöningsreglementet.

Att i lagen ange de olika slagen av hälsocentraler synes ej påkallat. Föreskrifter härom liksom övriga i kap. 13 antydda detaljföreskrifter bör i stället intas i de råd och anvisningar, som enligt vårt förslag kommer att utfärdas av medicinalstyrelsen. Mottagning på vanligt sjukhus eller på avdelning därav torde liksom hittills ofta kunna bäst utnyttjas, om den avses för vård av både patienter, som tillfälligt besöker sjukhuset, och inneliggande patienter.

Tiden är enligt vår mening ännu icke mogen för ett utbyte av lagtermerna sjukhus och sjukvård mot hälsocentral och hälsovård. Sistnämnda benämningar är i denna mening än så länge mera uttryck för en målsättning än en realitet. Vi har därför inskränkt oss till att med lagen införliva termen hälsocentral såsom beteckning för en sjukhusmottagning, avsedd för meddelande av öppen vård. Vi vill dock uttala önskemål att man i den fortsatta diskussionen om hälso- och sjukvård siktar mot de nya termerna.

4 §.

Vi har funnit det ligga utanför vårt uppdrag att avge förslag i anledning av 1946 års riksdags beslut om fri sjukhusvård. Ändringar, som bör vidtagas i anledning av detta beslut både i förevarande stadgande och på andra håll i sjukhuslagstiftningen, har vi alltså ansett böra föreslås efter särskild utredning.

6 §.

Förslag, att medicinalstyrelsen skall bestämma, vid vilka avdelningar specialistutbildning skall äga rum, har väckts i betänkandet med utredning och förslag angående läkarutbildningen, del III. Utbildningen efter medicine licentiatexamen (SOU 1945: 56). Mot detta förslag har i remissvaren i stort sett icke gjorts några erinringar.

Då förpliktelsen för sjukvårdshuvudmännen att upplåta vissa underläkartjänster för undervisningsändamål kan komma att medföra ekonomiska konsekvenser, har vi ansett att den bör inskrivas i sjukhuslagen.

Beträffande det sakliga innehållet i den föreslagna bestämmelsen får vi hänvisa till nyssnämnda betänkande, sid. 50 ff. Av vad läkarutbildningssakkunniga där anfört framgår, att formuleringen skulle bli för snäv, om den angåve endast underläkartjänster, avsedda att ge specialläkarutbildning. Tekniken måste i stället bli den, att medicinalstyrelsen skaffar sig en allmän överblick över samtliga underläkartjänsters lämplighet för olika utbildningsändamål och därefter bestämmer vilka tjänster, som skall användas för grundutbildning, för randutbildning och för specialläkarutbildning. Detta förfarande torde kunna inrymmas i den av oss föreslagna termen »användning i utbildningshänseende».

Förslag till detaljutformning av förevarande del av utbildningsväsendet torde, liksom förslag till förstärkning av styrelsens personal, böra avges av medicinalstyrelsen i särskild framställning.

8 §.

I en framtid bör samtliga överordnade läkare vid lasarett bli underkastade civila läkaravlöningsreglementet. Under tiden fram till dess civila läkaravlöningsreglementet kan ges generell tillämpning torde vissa överordnade läkare vid sjukhus komma att föredra det nuvarande avlöningssystemet, medan andra torde komma att önska övergå till civila läkaravlöningsreglementet.

Då 8 § bibehållits oförändrad har det förutsatts såsom självklart, att befogenhet icke bör tillkomma huvudman att för arbete i tjänsten tillerkänna läkare, å vilken nämnda reglemente äger tillämpning, särskild ersättning utöver den som utgår enligt reglementet, emedan detta skulle kunna skapa en icke önskvärd konkurrens mellan huvudmännen.

14 §.

Den föreslagna ändrade lydelsen av 2 mom. första stycket innebär en viss utvidgning av Kungl. Maj:ts utnämningsskyldighet. Skälen till vårt förslag har redovisats i specialmotiveringen till 2 §.

15 §.

Denna paragraf innehåller principen, att den öppna vården skall anses som ett tjänsteåliggande för sjukhusläkaren. Att skyldigheten skall omfatta även förebyggande vård har vi framhållit i motiveringen till civila läkarvårdstaxan. För att markera detta har vi i första stycket av paragrafen utbytt den nuvarande termen »öppen sjukvård» mot »öppen vård». Det materiella innehållet i sjukhusläkarnas ifrågavarande skyldighet har vi angivit i det föregående. Orden »ansvara för» bör alltså anses innebära, att sjukhusläkaren är skyldig att *dels* i den utsträckning, som anges i uppgjord plan, själv deltaga i den öppna vården och därvid handleda underordnade samt ansvara för deras medicinska handlande *dels ock* därutöver stå till förfogande för konsultation, när underordnad läkare står för den öppna vården.

Vi har bibehållit sjukvårdsberedningen som beslutande organ i fråga om den öppna vården. Detta utesluter självfallet icke att beredningen är i viss mån bunden av tillvägagångssättet vid planernas uppgörande eller att beredningen är oförhindrad att på direktionen delegera beslutanderätten i frågor om den öppna vården, som lämpligast handlägges lokalt.

Uttrycket »i anslutning till sjukhuset» i första stycket behöver enligt kap. 13 icke betyda omedelbar lokal anslutning.

Skälen för det föreslagna andra stycket har vi angivit i specialmotiveringen till civila läkarvårdstaxan.

Vi har övervägt, om icke det föreslagna tredje stycket bort intagas i civila läkarvårdstaxan i sådan form, att sjukförsäkringen skulle ha att lämna ersättning för endast ett besök i fall, där besök hos en läkare föranleder omedelbar remiss till en annan. En sådan regel, som alltså skulle innebära, att några särskilda läkarvårdskostnader för remissbesök ej skulle uppkomma, har vi dock funnit oss icke kunna föreslå för läkare i allmänhet, så länge ersättningen till läkarna utgår enligt prestationsprincipen.

Helt annorlunda ligger saken till, när det gäller sjukhus. Principiellt måste nämligen sjukhuset i förhållande till de vårdbehövande vara att betrakta som en enhet. De konsultationer, som ofta bör förekomma mellan de olika specialläkarna, skall icke ersättas, enär dylik konsultation i regel allenast innefattar ömsesidigt kollegialt samråd olika lasarettsavdelningar emellan.

Nu anförda principer har kommit till ett begränsat uttryck i gällande överenskommelse mellan landstingens centrala lönenämnd samt svenska lasarettsläkarföreningen angående mottagning för öppen sjukvård å lasarett (se bil. 14). Där heter det nämligen, att om en patient utan mer ingående undersökning hänvisas till en annan läkare vid lasarettet, ingen ersättning utgår till den remitterande läkaren. Principerna har utformats mera stringent i förslaget till överenskommelse mellan svenska lasarettsläkarföreningen och Sveriges yngre läkares förening om arbets- och inkomstfördelningen å lasaretten mellan bl. a. över- och underordnade läkare (se bil. 12). På tal om särskilt honorerat arbete innehåller nämligen förslaget en regel, att ersättning för sådant arbete tillfaller den läkare, som helt eller väsentligen utfört detsamma. Därest flera läkare samverkat, bör ersättningen dem emellan fördelas efter vad som kan anses skäligt.

Den i stadgandet givna regeln bör tolkas sålunda: Har en läkare *ensam* meddelat vården, gäller regeln i 15 §:ns andra stycke. Har en läkare, som till övervägande del handhaft vården, bett en kollega se på fallet eller eljest i förbigående rådgjort med en kollega, bör den förra läkaren ensam uppbära ersättningen. Om en patient, som inkommer på viss avdelning, vid undersökningen där befinnes vara i behov av vård på en annan avdelning, bör han överlämnas till denna avdelning och ersättningen oavkortad utgå till läkaren på densamma, såvida ej undersökningen på den första avdelningen varit krävande och tidsödande, då den undersökande läkaren bör få del därav. På samma sätt kommer det att bero på omständigheterna, när chefläkaren på en avdelning ställt diagnosen och därefter överlåter åt en underläkare att vidtaga de terapeutiska åtgärderna, huruvida endera av dem kan anses ha huvudsakligen meddelat vården. Blir svaret på denna fråga nekande bör ersättningen fördelas efter vad som kan anses skäligt. Den ojämförligt vanligaste fördelningsgrunden torde därvid bli att envar av de två läkarna tillgodoräknar sig halva arvodet.

Att avgöra, vem som »huvudsakligen meddelat vården», torde på grund av det anförda icke stöta på större svårigheter, då det gäller läkare, som sam-

arbetat på samma avdelning. Icke heller torde större svårigheter vara att förvänta, då det gäller konsultationer av t. ex. läkare på invärtesmedicinsk avdelning hos läkare på kirurgisk avdelning eller tvärtom. I samtliga nu avsedda situationer torde bestämmandet av vem som huvudsakligen meddelat vården i första hand böra ankomma på kollegiala överenskommelser och, där sådana ej förslår, på administrativ praxis.

Specialläkare, vilka övervägande tjänstgör som konsulter åt andra läkare vid lasarettet — exempelvis röntgenologer och de olika laboratoriernas föreståndare — intar i förevarande avseende en sådan särställning, att vårt ovan skisserade förfarande vid tillämpningen av fördelningsregeln i fråga om ersättning icke utan vidare torde kunna användas. Till en början torde deras interna konsultationsskyldighet böra skänkas särskilt beaktande vid bestämmandet av det arvode, som huvudmännen enligt vårt i kap. 12 framförda förslag bör utgiva till lasarettsläkare för skyldigheten att meddela öppen vård mot fastställd taxa. Ytterligare får vi erinra om, att vi i specialmotiveringen till civila läkarvårdstaxan framhållit, att ifrågavarande specialläkare av huvudmannen lämpligen bör tillerkännas en prestationsersättning per konsultation, där ej vederbörande övergår till civila läkaravlöningsreglementet. Genom anlitande av de sålunda föreslagna utvägarna torde förevarande spörsmål kunna lösas även för de övervägande konsulterande specialläkarnas del.

17 §.

I vårt förslag till civilt läkaravlöningsreglemente finns föreskrifter därom, att biträdande lasarettsläkare skall utnämnas av Kungl. Maj:t. I anslutning härtill föreslår vi här, att Konungen skall besluta även om inrättande av sådan tjänst, varvid medicinalstyrelsen bör höras.

18 §.

Det föreslagna tillägget framgår även av vårt förslag till civil läkarvårdstaxa. Föreskriften har synts oss vara av sådan vikt att den bör ha sin plats också i sjukhuslagen.

När civila läkaravlöningsreglementet genomförts, bör hela ifrågavarande paragraf kunna upphävas, emedan de förhållanden, den behandlar, då kommer att regleras genom reglementet.

21 §.

Motivering för vårt förslag i första momentet har vi lämnat i specialmotiveringen till civila läkarvårdstaxan.

I nuvarande 21 § 1 mom. andra till och med fjärde styckena finns regler om sjukhusläkares rätt att motta ersättning för vård av patienter på halvenskilt eller enskilt rum. Som framgår av kap. 7 har allt flera huvudmän, efter förhandlingsöverenskommelser med läkarna, själva påtagit sig dessa

kostnader genom evalveringsersättningar. Tiden synes nu vara mogen att fullfölja detta huvudmännens värdefulla initiativ genom att avföra ifrågavarande rättighet för läkarna ur sjukhuslagen. Därigenom kan man vinna, att patienternas vårdbehov och icke deras förmögenhetsställning blir avgörande för om de skall vårdas på halvenskilda och enskilda rum eller på allmän sal. Vi utgår från, att förhandlingsöverenskommelser om evalveringsersättning eller heltidslön skall ha hunnit träffas till den 1 juli 1950 även vid de sjukhus, där så ej redan skett. Om mot förmodan detta ej skulle lyckas på alla håll, torde saken böra ordnas genom en övergångsbestämmelse till vårt lagförslag.

I paragrafens nuvarande andra moment finns en specialföreskrift, att ansvarig läkare vid tuberkulossjukvårdsanstalt icke må mottaga särskild ersättning för åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning eller utskrivning eller för vård på halvenskilt eller enskilt rum. Denna föreskrift blir vid bifall till våra ovan gjorda förslag överflödig.

Till det nuvarande tredje momentet, som i fortsättningen blir det andra, föreslår vi det tillägget, att annan sjukhuspersonal än läkare icke heller må fordra ersättning för behandling eller skötsel av »mottagen» person. Det nuvarande förbudet mot ersättning till icke-läkare för vård av intagen person skall alltså avse även person, som erhåller öppen vård. I den mån vid sjukhusen nu finns anställda sådana personer med rätt till ersättning enligt taxa för patienter i öppen vård — exempelvis sjukgymnaster — bör förhandlingsöverenskommelser om avlösning av sådan rätt hinna träffas till den 1 juli 1950.

Slutligen må framhållas, att 21 § 3 mom. i sin nuvarande lydelse meddelar förbud för underläkare att i någon form fordra ersättning för behandling eller skötsel av på sjukhuset intagen person. Då detta förbud enligt vad vi ovan anfört skulle gälla även för de för sjukvården ansvariga läkarna, har vi ansett det speciella förbudet för underläkare överflödigt.

Utkast

till

kungörelse om ändring i vissa delar av sjukhusstadgan den 20 december 1940 (nr 1045).

Kungl. Maj:t har funnit gott förordna att 14 §, 23 § 1 och 2 mom., 27 § 3 mom., 48 § 1 och 3 mom., 49 § 2 och 3 mom., 50 §, 54 § och 56 § sjukhusstadgan den 20 december 1940 (nr 1045) skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan sägs.

14 §.

Direktionen skall tillse, att utdrag av de bestämmelser i lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus, vilka röra ersättning åt läkare

för vård på lasarettet av person, vilken behandlats eller intagits där, ävensom civila läkarvårdstaxan i lämpligt antal exemplar finnas tillgängliga å sjukhuset.

23 §.

1. Utöver vad — — — är ansvarig:

1) att ansvara — — — noggranna efterlevnad;

2) att övervaka — — — sina åligganden;

3) att besöka lasarettet så ofta omständigheterna det fordra: därvid skall iakttagas, att, om intagning påkallas på grund av olycks- eller sjukdomsfall, som kräver skyndsam behandling, och å lasarettet ej finnes sörjt för sakkunnig vård genom annan läkare, lasarettsläkaren skall ofördröjligen infinna sig därstädes; att enligt regler, som direktionen på läkarens förslag fastställer, föreslå hälsocentralen och där ombesörja mottagning och utskrivning samt tillsyn och behandling av vårdbehövande;

4) att i den omfattning sjukvårdsberedningen bestämmer företaga tjänsteresor inom sjukhusets upptagningsområde och att i övrigt ej under någon del av dygnet avlägsna sig längre från lasarettet än som kan ske utan olägenhet för lasarettet och där intagnas behöriga vård;

5) att, då inträdessökande inställer sig å den under 3) omförmälda hälsocentralen, granska medförda ansökningshandlingar, vidtaga erforderlig undersökning av fallets beskaffenhet och därefter i överensstämmelse med vad i denna stadga eller eljest meddelade föreskrifter finnes därom stadgat bestämma, om intagning må ske; skolande vad sålunda föreskrivits jämväl tillämpas, då inträdessökande inställer sig å annan tid och skyndsam intagning är av nöden;

6) att, därest — — — må ske;

7) att förordna om de vårdbehövandes behandling och fördelning;

8) att själv — — — sina åligganden;

9) att övervaka utspisningen;

10) att, i den mån det för undvikande av smittas spridning finnes nödigt, hålla personer, behäftade med smittsam sjukdom, avskilda från andra vårdbehövande samt tillse, att såvitt ske kan intagna, som oroa eller i högre grad äro till obehag för sin omgivning, avskiljas från andra ävensom att intagna, som kunna antagas i sedligt avseende inverka menligt å andra, vårdas skilda från dessa, framför allt från barn och yngre personer;

11) att beträffande — — — smittans spridande;

12) att, då — — — fastställt formulär;

13) att i — — — lasarettsläkarens expeditionsrum;

14) att, där — — — är okänd;

15) att, då — — — vederbörande myndighet;

16) att vid — — — personal; samt

17) att under — — — med inventarieförteckningar.

2. Lasarettsläkare åligger jämväl att på begäran utfärda erforderliga intyg och utlåtanden rörande behandlad eller intagen person.

Där för — — — eller utlåtandet.

3. Äro vid — — — är vakant.

27 §.

1. Upplåtes bostad — — — sig därav.

Har sådant — — — lasarettets grannskap.

2. Underläkare må — — — självständig läkarpraktik.

3. Underläkare är — — — kan ske.

Vid tillfälligt — — — hans åligganden.

Förestår underläkare i lasarettsläkares ställe hälsocentral, skall för honom i tillämpliga delar gälla vad om verksamhet vid sådan central finnes föreskrivet för lasarettsläkare.

Sjukvårdsberedningen äger — — — för underläkare.

4. Underläkare, som — — — lasarettsläkarens åligganden.

48 §.

1. I fråga om tillsättande av sjukstuguläkare vid självständig sjukstuga skola bestämmelserna i 19 och 30 §§ äga motsvarande tillämpning.

2. Skall annan — — — icke möter.

Inkomna ansökningshandlingar — — — meddelas medicinalstyrelsen.

Angående klagan — — — av underläkartjänst.

3. Varder sjukstuguläkartjänst vid självständig sjukstuga ledig, skall vad i 20 § 11 mom. stadgas äga motsvarande tillämpning. Vid vakans å annan sjukstuguläkartjänst har direktionen att draga försorg om tjänstens uppehållande genom legitimerad läkare.

Semester eller — — — anmälan därom.

Sjukstuguläkare, som — — — hos medicinalstyrelsen.

Har någon — — — och sjukvårdsberedningen.

49 §.

1. Sjukstuguläkare bör — — — sjukstugans grannskap.

2. Sjukstuguläkare vid självständig sjukstuga må icke utan medicinalstyrelsens och sjukvårdsberedningens medgivande med tjänsten förena annan läkartjänst, som kan nödvändiggöra resor utom den ort, där sjukstugan är belägen.

Annan sjukstuguläkare — — — nyss sagts.

3. Vad i — — — behöriga vård.

Sjukstuguläkare vid självständig sjukstuga är därjämte underkastad stadgandet i 24 § andra stycket under 6). Annan sjukstuguläkare är pliktig att varje år före februari månads utgång tillställa vederbörande förste provinsial- eller stadsläkare sådan berättelse, som i nyssnämnda stadgande sägs, samt att låta i sjukstugans arkiv förvara en avskrift därav.

Sjukstuguläkare åligger — — — nödfall överskrides.
Vid sjukstuga — — — åligga lasarettssyssloman.

50 §.

Angående underläkartjänst — — — vid lasarett.

54 §.

Tuberkulossjukstuga skall — — — i 1 §.

I övrigt skall vad som jämlikt 46 § tredje stycket samt 47—49, 51 och 52 §§ gäller om självständig sjukstuga i tillämpliga delar lända till efterrättelse i avseende å tuberkulossjukstuga; dock skall därvid följande iakttagas:

1) bestämmelserna om — — — å tuberkulossjukstuguläkaren;
2) stadgandet i — — — icke tillämpas;
3) tuberkulossjukstuguläkare må — — — besöka tuberkulossjukstugan;
4) i stället — — — stycke tillämpas;
5) vad i — — — motsvarande tillämpning.

56 §.

Vad i denna stadga föreskrives om självständig sjukstuga 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 kroniskt kroppssjuka eller konvalescenter.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1950.

Specialmotivering.

Kungörelsen om ändring i sjukhusstadgan.

14 §.

I förevarande paragraf har vi föreslagit de jämkningar, som betingas av våra förslag om ändringar i sjukhuslagen samt till civil läkarvårdstaxa.

I fall, där lasarettsläkare avlönas enligt civila läkaravlöningsreglementet, bör de i förslaget angivna handlingarna ersättas med anslag, att vården meddelas kostnadsfritt. Detta har synts oss så självklart, att vi ansett en uttrycklig föreskrift härom överflödig.

21—22 §§.

När civila läkaravlöningsreglementet genomförts, bör dessa paragrafer överses. Till dess att så skett torde författningsrummen i oförändrad lydelse

böra gälla för de läkare, som ej övergått till civila läkaravlöningsreglementet.

23 §.

1 mom. stycket 3). Det föreslagna tillägget korresponderar mot vår föreslagna lydelse av 15 § sjukhuslagen. Vad vi i sagda paragraf angivit med uttrycket »tjänstgöra vid av huvudmannen anordnad hälsocentral» uttryckes i förevarande författningsrum med orden »förestå hälsocentralen». Det essentiella i detta föreståndarskap för hälsocentral har vi sökt ange med det ur det nuvarande stycket tagna uttrycket »mottagning och utskrivning samt tillsyn och behandling av vårdbehövande».

Med utskrivning bör liksom hittills förstås åtgärd, varigenom person tillåtes lämna sjukhuset, sedan han erhållit sluten vård. Att sådan åtgärd icke kan förekomma vid fristående hälsocentral, som ej är förlagd till sjukhus, utgör uppenbarligen intet hinder för att termen bibehålles för vanliga lasaretts (lasarettsavdelningars) del.

En konsekvens av att sjukhusläkare icke för närvarande har skyldighet att ombesörja öppen vård får antas vara, att med »vårdbehövande» bör förstås den som kan förutsättas vara i behov av sluten vård. I fortsättningen bör med detta ord givetvis förstås den, som är eller tror sig vara i behov av lasarettets omvårdnad, oavsett om vården meddelas öppet eller slutet, om den avser sjukvård eller förebyggande vård. Att även person, på vilken exempelvis blodprov bör tagas, är att anse som vårdbehövande följer av 59 § sista stycket allmänna läkarinstruktionen i dess lydelse enligt kungörelsen den 20 juni 1941 (nr 362).

Stycket 4. Det synes naturligt att i detta stycke, som innehåller restriktionerna i avseende å lasarettsläkares rätt att avlägsna sig från sjukhuset, inskriva även läkarens skyldighet att företa konsultationsresor. Den allmänna omfattningen av denna skyldighet bör lämpligen anges i den instruktion, som avses i 5 mom. av förevarande paragraf.

Stycket 5. Utbytet av ordet »mottagningstiden» mot ordet »hälsocentralen» avser endast att bättre anpassa terminologin till våra övriga förslag. Däremot har vi icke avsett någon ändring i sak.

Stycket 7. Enligt nuvarande lydelse skall lasarettsläkaren förordna om de »intagnas» fördelning och behandling. I och med att lasarettsläkaren blir skyldig att ansvara för den öppna vården bör denna skyldighet vidgas till att omfatta de vårdbehövande. Jämför ovan 1 momentet 3 stycket. Skyldigheterna enligt detta stycke sammanfaller, såvitt angår patienter i öppen vård, nära med skyldigheterna enligt tredje stycket. Vi har dock ansett det värdefullt, att anvisningen om patienternas fördelning — på olika medarbetare, på undersökning vid röntgenavdelning eller vid ett laboratorium etc. — får gälla även patienterna i den öppna vården.

Stycket 10. Isoleringen av smittfarliga patienter på mottagningarna för öp-

pen vård har hittills ofta varit otillfredsställande. Genom att ordet »intagna» ersätts med ordet »vårdbehövande» skapas skyldighet för lasarettsläkaren att ombesörja erforderlig isolering av även patienter i den öppna vården.

2 mom. Ersättningsföreskrifter rörande intyg och utlåtanden har lämnats i vårt förslag till civil läkarvårdstaxa. Dessa föreskrifter skall enligt vårt förslag till ändrad lydelse av 15 och 21 §§ sjukhuslagen såvitt angår läkare vid sjukvårdsanstalter ges den tillämpningen, att ersättning utgår såsom för besök eller såsom för besök med tilläggsarvode då det gäller patient, som erhåller öppen sjukvård, medan ersättning däremot ej skall utgå, då det gäller patient, som erhåller sluten vård. Någon anledning att bibehålla de nuvarande ersättningsföreskrifterna i förevarande moment av sjukhusstadgan synes därför ej föreligga. Däremot torde föreskrifter om skyldighet att utfärda intyg och utlåtanden alltjämt böra lämnas i detta moment. För närvarande gäller i detta avseende *dels* att lasarettsläkare har ovillkorlig skyldighet att på begäran utfärda intyg enligt sjukjournalen, innehållande upplysning om orsaken till intagning samt om tiden därför och för utskrivning *dels ock* att läkaren själv äger avgöra, huruvida han skall meddela annat intyg eller utlåtande. I dessa föreskrifter föreslår vi både den inskränkningen, att skyldigheten att utfärda intyg enligt sjukjournalen inskränkes till att avse erforderliga sådana intyg, och den utvidgningen, att skyldighet skall föreligga att utfärda även andra intyg och utlåtanden, i den mån sådana befinnes erforderliga. Sistnämnda skyldighet skall avse patienter i både öppen och sluten vård.

Till en början må framhållas, att vi icke föreslår någon ändring i 23 § 1 mom. 13 stycket sjukhusstadgan, enligt vilket stycke någon ersättning för dödsbevis icke utgår. Vidare är det självklart att vi i den föreslagna lydelsen ej ingått på frågan, i vad mån hinder för utfärdande av intyg kan föreligga i läkarens tystnadsplikt. Detta spörsmål bör även fortsättningsvis regleras i särskild ordning. För närvarande gäller allmänt 60 § allmänna läkarinstruktionen samt lagen den 28 maj 1937 (nr 249) om inskränkningar i rätten att utbekomma allmänna handlingar, varjämte specialföreskrifter finns, exempelvis i 25 § lagen den 20 juni 1918 (nr 460) ang. åtgärder mot utbredning av könssjukdomar.

Med ordet »erforderliga» avser vi att lägga prövningen av frågan, huruvida patienten har fog för en framställd begäran om visst intyg eller ej, i läkarens hand.

Materiellt sett bör »erforderliga» tolkas så, att intyg, som är påkallade för att säkerställa den sociala omvårdnaden av en patient, skall tillhandahållas. På grund härav är det utan vidare klart, att intyg som erfordras för utfående av sjuklön eller sjukpenning och moderskapspenning eller mödrahjälp är att anse som erforderligt. Då det gäller de båda sistnämnda slagen av socialvård är detta för övrigt redan fastslaget genom kungörelsen den 13 juni 1941 (nr 434). Om en patient under sjukhusvistelse begär ett intyg om

sitt hälsotillstånd för sökande av viss tjänst, bör ett sådant intyg anses erforderligt. Söker patienten åter samtidigt flera tjänster, är icke mer än ett intyg erforderligt; behövliga avskrifter får patienten själv ombesörja. Begär en patient ett intyg, avsett att bifogas ansökning om en försäkring, bör detta presumeras vara erforderligt. Vet läkaren, att försäkringsanstalten på grund av det ringa försäkringsbeloppet eller av annan anledning icke kräver intyg, bör han underrätta patienten om att det begärda intyget icke är erforderligt. Slutligen må framhållas att av myndigheter begärda intyg måste förutsättas vara erforderliga.

25 §.

Förslag till de ändringar av denna paragraf, som må kunna befinnas erforderliga i anledning av vårt förslag till ändrad lydelse av 6 § sjukhuslagen, har vi ansett böra framläggas först sedan riktlinjer för olika underläkartjänsters användning för skilda slag av utbildning uppdragits.

27 §.

3 mom. 3 stycket. Detta stycke innehåller för närvarande den regeln att underläkare, som i lasarettsläkares ställe förestår mottagning för öppen sjukvård, normalt är berättigad till den ersättning, som av de sjuka erlägges.

I denna regel föreslår vi icke annan saklig ändring än att underläkarens rätt till ersättning skall avse all öppen vård, således även förebyggande vård.

Formellt har stycket omarbetats i anslutning till vår terminologi i förslagen till ändringar i sjukhuslagen och till civil läkarvårdstaxa.

48—50 §§.

De föreslagna ändringarna i dessa paragrafer avser endast att anpassa lydelsen av dem till den av oss föreslagna ändrade lydelsen av 2 § sjukhuslagen. Det anförda gäller även ändringsförslagen beträffande 54 och 56 §§.

Utkast

till

Civila läkarvårdstaxan av år 1949.

Avdelning I.

Allmänna bestämmelser.

1 §.

I denna taxa förstås med

1. *läkare:* den som äger behörighet att inom riket utöva läkarkonsten;
2. *specialläkare:* läkare, vilken av medicinalstyrelsen förklarats för specialläkare;

3. *allmänläkare:* annan läkare än under 2. sägs;
4. *läkarvård:* varje av läkare vidtagen åtgärd med syfte att hos enskild person *antingen* fastställa eller utesluta, förebygga, lindra, bota eller biträda vid sjukdom eller annat tillstånd, som faller inom området för läkarkonstens utövning, *eller* lämna bevis om sådan sjukdom eller sådant tillstånd.

Avdelning II.

Ersättningsföreskrifter för taxebundna läkare.

2 §.

Bestämmelserna i 3—6 §§ gäller för hos staten, landsting eller kommun anställd civil läkare, så ock för läkare vid vanföreanstalt, jubileumssanatorium eller kustsanatorium. För sådan öppen läkarvård, som står i omedelbart samband med intagning eller utskrivning från sjukvårdsanstalt, utgår ej ersättning. I övriga fall är läkaren berättigad att av vederbörande sjukkassa eller, där arbetsgivaren helt eller delvis bekostar vården, av denne erhålla ersättning enligt här nedan givna bestämmelser, där ej läkaren på grund av allmän föreskrift eller gällande anställningsvillkor är skyldig att meddela vården mot lägre ersättning eller kostnadsfritt.

3 §.

1 mom. För läkarvård, som meddelas å specialläkares mottagning, utgår arvode

för första besöket med 8 kronor, i den mån vården faller inom området för läkarens specialitet, och eljest med 6 kronor samt

för andra besöket och varje följande besök med 4 kronor.

2 mom. Till allmänläkare utgår för läkarvård, som meddelas å läkarens mottagning, arvode

för första besöket med 6 kronor samt

för andra besöket och varje följande besök med 4 kronor.

3 mom. Som första besöket skall ersättas jämväl senare besök, vid vilket antingen minst 90 dagar förflutit efter tidigare avslutad behandling eller efter kortare tid än 90 dagar symtom av annan sjukdom yppat sig.

4 mom. För rådfrågning per telefon utgår ej ersättning enligt denna taxa.

5 mom. Såsom undantag från vad i 1—2 mom. sägs skall gälla

att utöver de i sagda moment angivna beloppen tilläggsarvode med 10 kronor utgår för följande utlåtanden, nämligen

a) vårdattest, som avses i 10 § 1) sinnessjuklagen den 19 september 1929, samt observationsattest, som avses i 29 § 1. stycket 1) samma lag;

b) sådant intyg, som avses i 4 § lagen den 22 juni 1939 om särskild förundersökning i brottmål;

c) sådant utlåtande, som avses i 4 § lagen den 17 juni 1938 om avbrytande av havandeskap;

d) sådant utlåtande, som avses i 3 § andra stycket lagen den 23 maj 1941 om sterilisering;

e) sådant utlåtande, som avses i 4 § andra stycket lagen den 24 mars 1944 om kastrering;

f) utlåtande över sådan undersökning, som avses i 36 § tredje stycket lagen den 29 juni 1946 om folkpensionering;

g) utlåtande för ansökan om livförsäkring på belopp, överstigande 15 000 kronor.

4 §.

För läkarvård, som meddelas vid besök hos sjuk, utgår arvode, vare sig vården *meddelas åt en person eller flera, med 4 kronor för varje påbörjad halvtimme,* som åtgår för resan och besöket, dock att arvodet icke i något fall må understiga, för första besöket 10 kronor och för andra besöket och varje följande besök 6 kronor. Vid bestämmandet av den tid, som åtgått för sjukresan, inberäknas även den tid, läkaren måst under färden avvakta luftfartygs-, järnvägs-, fartygs-, spårvägs- eller omnibuslägenhet. Däremot inberäknas icke den tid, som åtgår för nattlogi.

Vid resa, varom i denna § förmäles, tillkommer läkaren utom arvode även resekostnads- och traktamentsersättning enligt de i allmänna resereglementet stadgade grunder, dock med iakttagande att i 2 § 1 mom. resereglementet upptagen särskild gottgörelse med högst fem procent å avgiften för taxeautomobils begagnande ej skall utgå samt att vad i 5 § andra stycket reglementet är stadgat icke skall äga tillämpning.

5 §.

För läkarvård, som meddelas mellan klockan 22 och 6, å sön- och helgdag, påskafton, midsommarafton eller julafton, eller å tid, som infaller mellan klockan 18 och 22 å dag före sön- eller helgdag utgår arvodet med det i varje fall i 3 och 4 §§ angivna beloppet med 50 procents förhöjning.

6 §.

1 mom. För tjänstförrättning, som för allmän hälso- eller sjukvård av läkare utföres på grund av gällande instruktion eller myndighets uppdrag annorstädes än på tjänsterummet, utgår ersättning, där ej annorlunda är särskilt stadgat, enligt de regler, som givits i 3—5 §§ beträffande meddelad läkarvård.

2 mom. För rättsmedicinsk undersökning av död människas kropp samt undersökning av levande persons sinnesbeskaffenhet i rättsmedicinskt syfte med protokoll och utlåtande i två utskrifter skall utöver ersättning enligt 1 mom. utgå tilläggsarvode med 20 kronor, under förutsättning att de till förrättningen hörande handlingarna godkännas vid den granskning, de i medicinalstyrelsen äro underkastade.

3 mom. Ersättning för tjänstförrättning, som avses i denna §, utgår av statsmedel, där ej annorlunda är i särskild författning bestämt.

Avdelning III.

Ersättningsföreskrifter för privatpraktiserande läkare.

7 §.

Förmenar någon, att läkare begärt ersättning med oskäligt belopp, må han påkalla medicinalstyrelsens utlåtande. Sådant ärende skall av styrelsen handläggas i den ordning, som finnes föreskriven beträffande avgörande av ärende rörande fel eller försummelse av läkare. Härvid skall dock iakttagas, att till handläggningen skall kallas minst en av Sveriges läkarförbund utsedd representant, vilken äger att uttala sin mening samt, om styrelsen ej godkänner denna, låta anteckna sin skiljaktiga mening till protokollet.

8 §.

Såsom oredligt förfarande anses, om läkare mot bättre vetande eller av grov oaktsamhet i sjukkassekvitto uppger annat belopp än det han mottagit.

Avdelning IV.

Föreskrifter för beräkning av ersättning för läkarvård enligt lagen om allmän sjukförsäkring.

9 §.

För läkarvård, som avses i 16 § lagen den 3 januari 1947 om allmän sjukförsäkring, skall vederbörande sjukkassa, där ej arbetsgivaren helt eller delvis bekostar vården, till läkare, som avses i 2 § här ovan, så ock till privatpraktiserande läkare, som förbundit sig att följa denna taxa, utgiva de belopp, som framgår av taxan. Sjukkassan skall i den ordning, som särskilt stadgas, av den sjuke uppbära en fjärdedel av vad kassan sålunda utgivit, där ej annorlunda av tillsynsmyndigheten medgivits.

10 §.

Sjukkassemedlem tillkommande ersättning för utgifter för läkarvård, som avses i 16 § lagen den 3 januari 1947 om allmän sjukförsäkring, skall, om vården meddelats av annan privatpraktiserande läkare än i 9 § sägs, och utgifterna uppgått till eller överstigit i denna taxa angivna belopp, utgå i förhållande till dessa belopp. Hava utgifterna ej uppgått till belopp, som angivas i taxan, skall ersättningen utgå med vad som utgivits, dock ej i något fall med mer än som motsvarar den andel av taxans belopp, som angives i lagen om allmän sjukförsäkring.

Denna taxa träder i kraft den 1 juli 1950.

Specialmotivering.

Civila läkarvårdstaxan.

Inledning.

Taxan är avsedd att ersätta samtliga nu gällande officiella taxor, nämligen provinsialläkartaxan, sjukkassetaxan, verksläkartaxan, lasarettsläkartaxan, intygstaxan och polikliniktaxorna ävensom vissa andra föreskrifter. I vad den avser läkare, som nu har anställning med pensionsrätt, bör den gälla endast tills civila läkaravlöningsreglementet vunnit genomgående tillämpning.

Vid sammanträde i medicinalstyrelsen den 4 april 1946 uttalades från Sveriges läkarförbunds sida en förhoppning, att förbundet skulle kunna framlägga positiva förslag i taxefrågan redan under våren 1946. Att denna förhoppning icke infriats torde bl. a. bero på svårigheterna att åstadkomma en taxa, som kan tillgodose kraven från olika läkarkategorier.

Då läkarförbundet icke haft möjlighet att ännu framlägga förslag till taxa, har vi nödgats själva utarbeta ett sådant utan det värdefulla stöd, förbundets medverkan skulle ha inneburit.

Som vi i kap. 12 antytt, torde en förutsättning för taxans genomförande vara, att en omprövning sker av löneställningen för åtskilliga kommunalt anställda läkare. Exempelvis torde flertalet lasarettsläkare böra för skyldigheten att tillämpa civila läkarvårdstaxan med dess något lägre ersättningsbelopp än lasarettsläkartaxans tillerkännas en fast ersättning för meddelandet av öppen vård. Storleken av denna ersättning bör bestämmas genom förhandlingsöverenskommelser. Bl. a. av denna anledning torde förslaget till taxa, efter den överarbetning som remissyttrandena kan föranleda, böra underställas 1949 års riksdag för yttrande. De förhandlingsöverenskommelser, vilka jämlikt lagen den 17 maj 1940 om förhandlingsrätt för kommunala tjänstemän bör träffas, bör sedan medhinnas i tid för att taxan skall kunna sättas i kraft den 1 juli 1950.

1 §.

Stycket 2. Det förtjänstfulla sätt, på vilket Sveriges läkarförbund handhaft kontrollen av specialistkompetensen, kunde synas göra det överflödigt att nu överflytta denna kontroll till medicinalstyrelsen. Vår taxa bygger dock på principen, att ersättning åtminstone tills vidare skall utgå med högre belopp till specialläkare än till allmänläkare. Principiellt sett torde det knappast vara riktigt att låta viss läkares rätt att följa en av det allmänna fastställd ersättningsnorm bli beroende på beslut av en enskild korporation som läkarförbundet. Härtill kommer, att specialläkarkompetens kan tänkas böra tilläggas även läkare, som ej tillhör förbundet. På grund härav har vi funnit det nödvändigt att anförtro ifrågavarande kontroll åt medicinalstyrelsen.

Överordnad läkare vid sjukvårdsanstalt bör liksom hittills i och med att han tillträder sin tjänst anses som specialläkare. Att för dessa läkares del införa ett ansökningsförfarande synes överflödigt. Utnämningshandlingen bör, liksom för närvarande i regel sker, i avskrift tillställas medicinalstyrelsen, som på avskriften eller eljest på enklaste sätt antecknar specialläkarförklaringen och därefter inför vederbörande i ett specialläkarregister. Styrelsen bör därefter underrätta tillsynsmyndigheten för sjukkassorna, varefter på pensionsstyrelsen bör ankomma att på lämpligt sätt underrätta sjukkassorna om att vederbörande äger specialläkarkompetens. I den förteckning över läkare, veterinärer och tandläkare, som medicinalstyrelsen enligt sin instruktion har att årligen upprätta, bör intagas förteckning över alla specialläkare i landet.

Vikarier å tjänster som överordnade läkare vid sjukvårdsanstalter bör icke utan vidare anses som specialläkare utan först efter sådan förklaring, som nedan sägs.

Vid meddelandet av specialläkarförklaring för annan än överordnad läkare vid sjukvårdsanstalt bör medicinalstyrelsen vara skyldig att samråda med Sveriges läkarförbund. Den, som önskar vinna förklaring såsom specialläkare, bör alltså kunna inge ansökan *antingen* till läkarförbundet — som då bör ha att, i förekommande fall efter verkställd utredning, med eget yttrande vidarebefordra ansökningen till medicinalstyrelsen — *eller* till styrelsen — som då skall höra förbundet.

Den föreslagna omläggningen av kontrollen å specialistkompetensen torde icke nödvändiggöra andra nya föreskrifter än *dels* dem som innehålles i förevarande stycke och *dels* ett fastslående av ifrågavarande behörighet i instruktionen för medicinalstyrelsen.

Stycket 4. Den nu tillämpade metoden att anknyta ersättningen till olika enstaka moment i vad som tillhör hälso- och sjukvården har som tidigare nämnts visat sig i skilda hänseenden mindre lämplig. Skall man över huvud taget kunna diskutera ett bibehållande av prestationsersättningen som betalningsform — den utdöms som vi tidigare nämnt i de flesta länder såsom ledande till orimliga konsekvenser — måste ersättningen för framtiden utgå för samtliga läkarens åtgöranden vid varje besök och avse även förbrukad materiel o. dyl. Besöket blir med andra ord i fortsättningen den enhet, efter vilken ersättningen beräknas. Alla de åtgärder, som kan förekomma vid eller i anslutning till en patients besök hos läkare eller en läkares besök hos patient, bör inrymmas i begreppet läkarvård. Läkarvård i denna bemärkelse bör alltså, för att ange några hittills brukade termer, omfatta rådfrågning, undersökning, behandling, operativa ingrepp, alla åtgärder med röntgenapparat eller annan teknisk apparatur, laboratorieundersökningar, anläggande av förband, besiktning och blodprovstagning m. m.

Den principiellt betydelsefullaste ändringen i förhållande till vad som nu gäller är, att ersättningen skall inkludera arbetet med utfärdande av de

skriftliga handlingar, som sjukvården kan påkalla. De konflikter, som förekommit i denna fråga, har knappast bottnat i frågans ekonomiska betydelse i och för sig utan i stället gått tillbaka på att Sveriges läkarförbund ansett — och detta med all rätt — att ett slopande av den särskilda ersättningen för intyg utgör ett första steg på vägen mot läkarnas heltidsavlönande.

Att sammanräkna alla de inkomster av intygsskrivning, som läkarna nu uppbär, har vi icke funnit möjligt.

En uppfattning om hur förhållandevis obetydliga belopp det här rör sig om kan dock erhållas av läkarintygssakkunnigas betänkande angående utfärdande av samt ersättning för vissa läkarintyg (SOU 1940: 21) sid. 25—27. Vidare må nämnas, att de sammanlagda kostnaderna för läkarintyg för samtliga olycksfallsförsäkringsanstalter uppgår till omkring en miljon kronor om året; enligt den i Sveriges officiella statistik ingående publikationen olycksfall i arbete till 1 083 198 kronor för år 1943.

Under antagande, att 15 000 ansökningar om invalidpension göres om året och att läkarintyg till sådana ansökningar i genomsnitt kostar 10 kronor, skulle ersättningarna härför uppgå till 150 000 kronor. Intyg, som utgör underlag för pensionsstyrelsens beslut om bidrag till sjukvård eller yrkesutbildning, kan enligt under hand lämnad uppgift beräknas dra en årskostnad av omkring 125 000 kronor. Till dessa belopp bör läggas utgifterna för de förhållandevis sällan förekommande specialläkarutlåtanden, som av pensionsstyrelsen begäres. Då kostnaderna för dem icke uppgår till 50 000 kronor om året, kan läkarnas sammanlagda inkomst av intyg för folkpensioneringen beräknas icke uppgå till 325 000 kronor om året.

En uppskattning av inkomsterna för läkarintyg till sjukkassorna har lämnats oss av byråchefen i pensionsstyrelsen E. Tegendal. Denne har meddelat, att man inom Stockholms erkända centralsjukkassa verkställt en undersökning och därvid kommit till att de sammanlagda kostnaderna för sådana intyg kunde uppskattas till 2·8 miljoner kronor för hela landet, därest kostnaderna utgått i samma omfattning som i Stockholmssjukkassan. Då det emellertid finge anses säkert, att sjukkassornas riksmedeltal för intygskostnaden låge under Stockholmskassans tal, ansåg Tegendal ett belopp av 2 miljoner kronor rimligt och i varje fall knappast för lågt.

Enligt serien Sveriges officiella statistik, publikationen enskilda försäkringsanstalter, tillkom i beståndet av direkt kapitalförsäkring för dödsfall år 1942 omkring 242 000 försäkringar med ett försäkrat kapital av 549 miljoner kronor. Livförsäkringsbolagen kräver emellertid läkarintyg endast för försäkringar på större belopp, i regel över 10 000 kronor, vilka utgör blott en liten del av hela antalet försäkringar. Antar man, att läkarintyg bifogats 5 % av alla livförsäkringsansökningar, och att för varje intyg erlagts 20 kronor, torde man i varje fall ej erhålla lägre siffra än den verkliga. Läkarnas sammanlagda årliga inkomst av livförsäkringsintyg skulle enligt denna metod vara 242 000 kronor.

Enligt statistisk årsbok omfattade all förvaltningspersonal och all arbetarpersonal i landet vid slutet av år 1940 3 741 301 personer. Antag att en tredjedel av denna personal helt eller delvis åtnjöt avlöning under sjukdom. En hel del arbetsgivare, t. ex. de, som har arbetarna i sitt hushåll, fordrar överhuvud taget icke läkarintyg vid sjukdom hos de anställda. Flertalet, bland dem de flesta av statens verk, kräver icke läkarintyg för sjukdom, som ej överstiger tre dagar. Det synes under sådana omständigheter rimligt att räkna med, att högst en tredjedel av dem, som åtnjuter avlöning under sjukdom, en gång om året önskar ett sjukintyg. Med en ersättning för intyg av 2 kronor skulle den sammanlagda inkomsten för läkarna av dessa intyg enligt de nu gjorda antagandena uppgå till i runt tal 830 000 kronor om året.

Under krigsåren ingavs i medeltal omkring 4 000 ansökningar om körkort årligen. År 1946 — då ett kraftigt uppdämt behov förelåg — ingavs omkring 135 000 ansökningar. Räknar man med att under den närmaste tiden 90 000 körkortsansökningar kommer att göras om året, torde man icke ha siktat för lågt. Med ett arvode av 8 kronor för körkortsintyg skulle läkarkårens sammanlagda inkomst av sådana intyg uppgå till 720 000 kronor om året.

Övriga slag av intyg torde under normala förhållanden spela en ekonomiskt helt underordnad roll. Räknar man med att vårdattester för intagning på sinnessjukhus, intyg enligt abort-, steriliserings- och kastreringslagarna, intyg enligt militärersättningsförfattningarna, friskintyg av skilda slag och alla de intyg, som i olika situationer eljest kan ifrågakomma, ger läkarna en sammanlagd årsinkomst av 200 000 à 300 000 kronor, så torde man träffa någorlunda rätt.

Man kommer alltså till att den svenska läkarkårens sammanlagda årsinkomst av arvoden för läkarintyg kan antas röra sig om 5½ miljoner kronor. Det bör uttryckligen framhållas, att denna siffra endast då det gäller olycksfallsförsäkringsintygen grundar sig på exakta uppgifter; i övrigt utgör underlaget endast antaganden, som vi eller våra uppgiftslämnare funnit sannolika. Om uppskattningen godtages, skulle intygsskrivandets andel i de totala deklarerade läkarinkomsterna utgöra omkring 9 procent.

Ett godtagande av principen, att läkarintyget normalt är ett led i själva vården, utesluter självfallet icke att särskild ersättning utgår i fall, där detta led är ovanligt tidskrävande.

Vi får erinra om vårt tidigare gjorda förslag, att man successivt skall övergå till att terminologiskt låta även all sjukvård ingå i hälsovården. Att märka är dock, att viktiga led i hälso- och sjukvården bör ankomma på läkarens medhjälpare, i första hand sjuksköterskor och barnmorskor, och att termen därför ej är helt lämplig i denna taxa. Bäst har synts oss vara att till taxan överföra den i sjukförsäkringslagen använda termen läkarvård, som alltså bör omfatta både sjukvård och hälsovård i traditionell bemärkelse. Att ersättning för det senare slaget av vård tills vidare ansetts böra utgå i bestämda former, som avviker från taxans, — på längre sikt bör särskild ersättning härför ej utgå — framgår av sista satsen i 2 §.

Avgränsningen mellan allmän sjukvård och enskild läkarvård bör ske med ledning av terminologin i allmänna läkarinstruktionen.

Uppdelningen på läkarvård och tjänstförrättning är såtillvida oegentlig, som varje hos det allmänna anställd läkare har till uppgift i första hand att meddela läkarvård. Varje läkarvårdande åtgärd är alltså i viss mån en tjänstförrättning. Med hänsyn till att ersättningen tills vidare skall utgå efter skilda regler, då tjänstförrättningen i första hand företas i enskild persons intresse och då den i första hand företas i det allmännas, har vi på denna punkt accepterat den vedertagna terminologin.

2 §.

Det är ett angeläget önskemål, att samtliga i det allmännas tjänst anställda läkare i all sin verksamhet bindes vid den maximering av ersättnin-

garna, som innehålles i civila läkarvårdstaxan. På grund härav torde 42 § första stycket i statens allmänna avlöningsreglemente böra givas följande ändrade lydelse:

»Läkare, varå detta reglemente har tillämpning, länsveterinär eller distriktsveterinär äger, utöver honom av statsmedel tillkommande avlöningsförmåner, för enskild sjukvård samt vissa tjänstförrättningar uppbära särskild ersättning, vilken, vare sig åtgärderna vidtagas i eller utom tjänsten, icke må överstiga beloppen i en av Kungl. Maj:t utfärdad särskild taxa.»

En sålunda ändrad föreskrift kan i vissa fall göra en omprövning av läkarens löneställning motiverad. Förslag till ändringar i detta hänseende torde böra avgivas i remissvaren.

Vad nu sagts om läkare i statens tjänst gäller givetvis i motsvarande grad läkare med anställning hos landsting, primärkommun eller enskild institution, som för hälso- och sjukvårdande verksamhet åtnjuter statsbidrag eller bidrag av annan sjukvårdshuvudman. Frågan om de ändringar, som i anledning härav bör vidtagas i sjukhuslagen och sjukhusstadgan, har vi tidigare berört.

Det är närmast en smaksak, om man vill hänföra åtgärd, som står i omedelbart samband med intagning på eller utskrivning från sjukhus, till öppen vård eller sluten. Förbudet att motta betalning för sådan åtgärd torde tydligast komma till uttryck genom att *dels* åtgärderna omnämns i civila läkarvårdstaxan, *dels ock* förbudet i fråga liksom hittills meddelas i 21 § 1 mom. sjukhuslagen.

1945 års lönekommitté har i sitt betänkande med förslag till statliga löneplaner m. m. (SOU 1946: 48) meddelat, att vid kommitténs förhandlingar med vederbörande personalorganisationer enighet rått därom, att avlöning vid sjukdom bör utgå även efter det allmän sjukförsäkring genomförts. Beträffande sjukvårdsförmånerna innebär förhandlingsresultatet, att de förmåner av ifrågavarande slag, till vilka tjänstemännen nu är berättigade, anses böra utgå tills vidare. De förhandlande parterna har dock varit överens om att göra det uttalandet, att särskild utredning i ämnet framdeles bör verkställas samt att förhandlingar med tjänstemännens representanter härvid bör äga rum.

Under förarbetena till lagen om allmän sjukförsäkring har ifrågasatts om icke även läkarvårdsersättningen kunde utbrytas ur ramen för den föreslagna sjukförsäkringen. Denna fråga har dock ställts på framtiden i avvaktan på vår utredning.

De sålunda berörda frågorna kan enligt vår mening tillsvidare lösas så, att läkarvårdsersättningen för anställda, som helt eller delvis åtnjuter fri läkarvård på arbetsgivarens bekostnad, då det gäller taxebunden läkare i första hand skall gäldas av arbetsgivaren. För andra personer än anställda, som nyss sagts, bör sjukkassan inträda i arbetsgivarens ställning. Beträf

fande privatpraktiserande läkare har vi funnit det nödvändigt att tillsvidare bibehålla refusionssystemet.

Ett godtagande av denna lösning och vår tidigare föreslagna definition av begreppet läkarvård synes göra en omarbetning av 16 § lagen om allmän sjukförsäkring nödvändig.

Första stycket i sagda paragraf innehåller till en början principen, att sjukförsäkringen icke själv skall tillhandahålla läkarvård utan i stället ersätta de försäkrades utgifter härför. Denna princip bör fortfarande gälla såvitt angår privatpraktiserande läkare, vilka icke förklarat sig villiga att följa taxan, men bör då det gäller andra läkare ersättas med föreskrifter av innehåll att sjukkassa eller arbetsgivare skall utge ersättningen för läkarvård och därefter av den sjuke uppbära hans andel enligt vad som anges i 9 § av vårt taxeförslag.

Enligt ifrågavarande stycke skall vidare i utgifter för läkarvård inräknas kostnader för bl. a. läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning.

Vår ovan givna definition av läkarvård innebär, att någon särskild ersättning för läkarintyg icke skulle förekomma annat än för vissa särskilt tidskrävande intyg av utlåtandes karaktär. Det synes oss önskvärt att sjukvårdsförsäkringen finge omfatta kostnader även för sådana intyg. En omarbetning av ifrågavarande föreskrift torde, vare sig vårt sist uttalade önskemål vinner beaktande eller ej, böra företagas.

Andra stycket i 16 § sjukförsäkringslagen innehåller principen att läkarvårdstaxan endast bör avse sådan vård, som kan meddelas av varje legitimerad läkare. Härifrån göres det undantaget, att röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling, som utföres av specialist, skall omfattas av taxan. Enligt vårt förslag bör detta stycke ändras därhän, att läkarvårdstaxan skall omfatta all enskild läkarvård — utom sluten sjukvård och enligt särskilda bestämmelser reglerad förebyggande vård i vedertagen bemärkelse — oavsett om vården meddelas av specialläkare eller allmänläkare.

Nu skisserade förslag kräver dock ytterligare utredning. Det torde kunna förväntas, att pensionsstyrelsen i sitt remissyttrande över vårt betänkande närmare anger innebörden och arten av de spörsmål, som därvid bör komma under övervägande. Här anser vi oss endast böra grovt skissera huvuddragen av vårt tänkta system.

Arbetsgivare, som helt bekostar läkarvård för sina anställda, bör kostnadsfritt tillhandahålla dem talonger i lämpliga valörer, på vilka anges att räkning för läkarvårdskostnad, meddelad av taxebunden läkare, skall tillställas arbetsgivaren. Dessa talonger avlämnas sedan av den anställde till läkaren. Denne bör å sin sida inneha talonghäften, avsedda att komma till användning i fall, där den anställde på grund av sjukdomsfallets akuta art — exempelvis vid olycksfall — eller på grund av glömska söker läkarvård utan att medföra egna talonger. På dessa talonger bör av läkaren eller patienten antecknas den senares namn, adress och ålder samt den arbetsgi-

vare, som enligt patientens uppgift skall betala vården. Månadsvis eller när läkaren eljest finner det lämpligt utställer han räkning på arbetsgivaren och bifogar talongerna som allegat. Skulle det vid arbetsgivarens granskning av räkningen visa sig, att någon person — av misstag eller i oredlig avsikt — felaktigt uppgivit arbetsgivaren som betalningsskyldig, bör talongerna översändas till vederbörande sjukkassa, som betalar läkaren, utreder ärendet och vidtager erforderliga åtgärder mot den sjuke. Sådana fall kan antas bli fåtaliga.

Då det gäller arbetsgivare, som endast delvis bekostar läkarvården, bör samma system komma till användning, blott med den skillnaden att de anställda får betala för sina talonger. När vid räkning av läkare finns fogade talonger, som utställts av denne, bör arbetsgivaren likaledes ersätta läkaren hela räkningens belopp. Arbetsgivaren bör sedan bereda sig ersättning av den anställde genom avdrag på lönen vid nästkommande avlöningstillfälle.

Beträffande förhållandet mellan sjukkassan och arbetsgivaren i nu berörda fall får vi anföra, att någon anledning att anlita sjukkassan annat än för felaktiga talonger icke synes föreligga i fall, där arbetsgivaren helt bekostar vården.

Då det gäller *sjukpenning* förutsätter vi, att sjukavlöningen från arbetsgivaren icke understiger sjukpenningbeloppet. Skulle anställningsavtalet vara utformat så, att sjukavlöningen vid längre sjukdom efter viss tid kommer att understiga sjukpenningbeloppet, bör anmälan göras till sjukkassan, som då får utbetala erforderligt fyllnadsbelopp.

Då det gäller arbetsgivare, som endast delvis bekostar läkarvården, bör denne i efterhand vända sig till sjukkassan, som skall ha att ersätta arbetsgivaren inom ramen för lagen om allmän sjukförsäkring med skillnaden mellan läkarvårdskostnaden, å ena sidan, samt arbetsgivarens bidrag och det belopp, som skall slutgiltigt stanna på den anställde, å den andra. Om arbetsgivaren exempelvis förbundit sig att gälda $^3/_4$ av läkarvårdskostnaderna, bör något återkrav från hans sida ej ifrågakomma. Har arbetsgivaren förbundit sig att gälda endast halva läkarvårdskostnaden, bör han av sjukkassan erhålla en fjärdedel. Att statsverket i dessa fall skulle anställa återkrav på sjukkassorna vore uppenbarligen opraktiskt. I den mån så kräves bör avlöningsföreskrifterna ändras, så att de materiellt sett sammanfaller med reglerna i sjukkasselagen.

Vad härefter angår enskilda företagare och andra, som icke på grund av arbetsanställning åtnjuter fri läkarvård till någon del, bör talongsystemet, sådant vi i det föregående skisserat det, kunna komma till motsvarande användning, fastän talongerna då bör försäljas och inlösas av vederbörande sjukkassa. Det undandrar sig vårt bedömande, vilket merarbete som må kunna uppkomma för sjukkassorna till följd av skyldigheten att i efterhand inkassera avgifter av patienter, som uppgivit felaktig sjukkassa. Vi förutsätter dock, att detta merarbete icke blir av den omfattning att det bör av-

skräcka. Kostnaderna för merarbetet bör tas i betraktande vid bestämmandet av statens allmänna förvaltningsbidrag till kassorna.

3 §.

Allmänt.

Utöver vad vi ovan anfört om begreppet besök, torde här böra framhållas, att besöket icke nödvändigtvis behöver avläggas av den sjuke själv. Om exempelvis en anhörig eller hyresvärd till den sjuke infinner sig på läkarens mottagning och där lämnar en så uttömmande beskrivning av den sjukes tillstånd, att läkaren kan meddela erforderliga föreskrifter, eventuellt med recept eller remiss till sluten vård, skall besöket självfallet ersättas i vanlig ordning utan hinder av att den sjuke själv ej vårdats på mottagningen. Är den anhörigas uppgifter ej tillräckliga för att utgöra grund för föreskrifter om vården eller befinnes sjukdomsfallet fordra läkarens personliga ingripande och läkaren därför nödgas meddela, att han efter mottagningens slut eller senare själv skall besöka den sjuke, skall ersättning utgå för hembesöket men ej för besöket på mottagningen.

En besvärlig sak är frågan om hur ersättning skall utgå för telefonrådfrågning. Principiellt är det önskvärt, att läkaren innan han ger ett råd eller en anvisning alltid får se patienten. Å andra sidan kan det icke förnekas, att läkaren i många situationer kan ge en fullt acceptabel vård åt mångdubbelt fler patienter, om han utnyttjar möjligheterna att meddela vården per telefon. Särskilt vid epidemier och då det gäller läkare, som väl känner sitt klientel, såsom verksläkare och andra ackordsläkare, kan utnyttjandet av telefonen bli en nödvändighet, mot vilken invändningar, om man resonerar praktiskt, icke kan göras.

Det bör framhållas, att avgörandet, huruvida sjukvården kan lämnas per telefon eller nödvändiggör ett hembesök, måste ligga i läkarens hand. Kan läkaren, på sätt vi nyss angivit i fråga om besök på mottagningen av en anhörig, i telefon få tillräckligt distinkta och uttömmande besked för att i samma form kunna ge erforderliga föreskrifter, bör han också göra detta. Om åter den telefonerandes uppgifter är svävande och icke ger intryck av vederhäftighet, bör läkaren presumera att indikationer för hembesök föreligger. Endast i fall, där han finner sig kunna utesluta, att besöket är motiverat, bör läkaren i den senare situationen avböja att göra besök.

För vår del har vi redan tidigare uttalat, att varken läkarnas eller allmänhetens inställning är så dominerad av penninghänsyn, att en avgift för telefonsamtal skulle påverka någondera parten att framställa eller avstå från, att bevilja eller avslå en begäran om hembesök. För oss ligger det alltså närmast till hands att föreslå att någon ersättning för telefonrådfrågning ej skall utgå.

Vi föreslår emellertid, att taxebundna läkare, anställda utom sjukvårdsanstalt, tillerkännes ett fast arvode för läkarvård per telefon mot skyldighet

att lämna sådan vård utan kostnad för patienterna eller sjukförsäkringen. Arvodet kan förslagsvis beräknas så, att varje läkare antas dagligen meddela telefonkonsultationer under en halvtimme. Med en uppskattad inkomst av praktik enligt taxan av 14 kronor för timme skulle detta ge (7 × 260) 1 820 kronor. Årsarvodet bör lämpligen avrundas nedåt till 1 800 kronor.

Såvitt angår läkare, anställda hos staten eller kommunal sjukvårdshuvudman, bör arvodet betalas av huvudmannen. Till privatpraktiserande läkare, som förbundit sig att följa taxan, torde arvodet lämpligen kunna utbetalas av pensionsstyrelsen, som till förfogande för ändamålet bör erhålla lämpligt avpassat riksstatsanslag.

Beträffande uppställningen av paragrafen må framhållas, att det skulle varit mera i överensstämmelse med vanlig författningsstil att sammanslå 1 och 2 momenten och låta särbestämmelsen i det förra komma i en »dock»-sats. Vi har ansett paragrafen bli mera lättolkad genom att 1 mom. gjorts till »specialläkarmomentet» och 2 mom. till »allmänläkarmomentet».

1 mom. Gränsdragningen mellan specialläkarvård och allmänläkarvård måste, som framgår av bil. 26, alltid bli ganska oskarp. Det torde böra överlåtas åt praxis att i det enskilda fallet lämna svar på frågan, om det är specialläkarvård eller allmänläkarvård, som meddelats. Det bör framhållas, att en läkare, som innehar anställning som allmänläkare men äger specialläkarkompetens, i fall då han meddelar specialläkarvård åt en patient, som han är skyldig meddela allmänläkarvård, icke skall äga rätt till högre ersättning än som utgår för allmänläkarvård. För att den högre ersättningen skall utgå bör med andra ord krävas *både* att läkaren innehar anställning som specialläkare *och* att den aktuella åtgärden faller inom området för specialiteten.

Grundarvodet enligt nu gällande lasarettsläkartaxa utgör, som framgår av bil. 14, 5 kronor. På grund av de i så många situationer utgående och så ofta förekommande tilläggsarvodena torde genomsnittsarvodet för en specialist för närvarande ligga lägst vid 10 kronor. Åtminstone torde en specialläkare, som räknar sig till godo ett flertal tilläggsarvoden för ett och samma besök, icke härigenom kunna påstås komma i kollision med taxans ordalydelse. Att åstadkomma en utredning på denna punkt skulle stöta på nästan oöverstigliga svårigheter. Vid valet av taxebelopp har vi ansett önskvärt att med hänsyn till sjukförsäkringslagen välja tal, som är lätt delbara med fyra.

För att ge en uppfattning om den ekonomiska effekten av vårt förslag meddelas följande normalkalkyl.

Antalet förstabesök antas förhålla sig till antalet återbesök som 1 : 2. Enligt pensionsstyrelsens i kap. 7 omnämnda specialutredning på sjukkassekliental skulle relationen mellan förstabesök och återbesök i stället vara ungefär 63 : 71. Antalet arbetsdagar för en lasarettsläkare kan antas utgöra 260 om året (365 — 60 helgdagar — 45 semesterdagar). Lasarettsläkaren antas själv

omhänderha den öppna vården tre dagar i veckan, medan de underordnade läkarna svarar för den öppna vården de återstående tre vardagarna. Lasarettsläkaren får alltså själv 130 arbetsdagar i öppen vård.

Kirurg.

Den dagliga arbetstiden i öppen vård sätts till 3 timmar och antalet patienter per timme till 7.

Förstabesök	8 × 910	7 280
Återbesök	4 × 1 820	7 280
	Kronor	14 560.

Psykiater eller barnpsykiater.

Lasarettsläkaren antas liksom kirurgen handha den öppna vården 130 dagar om året och antas ägna 3 timmar per dag med en patient i timmen åt densamma. Av återstående arbetsdagar beräknas lasarettsläkaren använda 60 dagar för resor, avsedda för miljöutredningar m. m.

Första besök på mottagningen	8 × 310	2 480
Återbesök » »	4 × 620	2 480
		4 960

60 resdagar à 5 timmar, ersättning enligt 4 § taxan:

60 × 10 × 4		2 400
	Kronor	7 360.

Självfallet avser dessa kalkyler arbetsprestationer, som vi anser för lagom. Att betydande avvikelser, både uppåt och nedåt, i verkligheten måste förekomma framgår av vår redogörelse för den öppna vården vid sjukvårdsanstalter. Både denna redogörelse och den ekonomiska redogörelsen ger vissa möjligheter att kontrollera kalkylerna.

Som ersättning för skyldigheten att hålla maximerad taxa och för den inkomstminskning, som lasarettsläkarna i några fall torde komma att lida genom maximeringen, synes det oss, som vi tidigare sagt, skäligt att huvudmännen tillerkänner dessa läkare lämpligt avvägda belopp. Att binda förhandlingsparterna genom rekommendationer om storleken av dessa belopp finner vi icke lämpligt. Så mycket kan emellertid sägas, att kirurger och psykiatriker i fråga om patientantalet per timme torde representera yttervärden, mellan vilka övriga specialiteter torde kunna inrymmas. Ytterligare torde böra sägas, att specialläkare, vilka övervägande tjänstgör såsom konsulter åt andra läkare vid lasarett — exempelvis röntgenologer och de olika laboratoriernas föreståndare, — av huvudmannen bör tillerkännas en prestationsersättning per konsultation, där ej vederbörande finner det lämpligare

att övergå till civila läkaravlöningsreglementet, vilket just för dessa läkare synes vara en särskilt lämplig anställningsform. En form, som också synes oss väl värd att tagas under övervägande, vore, att en uppskattning av den tid, som varje lasarettsläkare i genomsnitt ägnade åt öppen vård per vecka, verkställdes av huvudman och läkare gemensamt. Därefter borde lasarettsläkaren av huvudmannen tillerkännas visst årsarvode per veckotimme, som uppskattades åtgå för öppen vård, såsom motprestation för skyldigheten att hålla maximerad taxa. Om arbetet i den öppna vården skulle visa sig ta längre tid än man beräknat, borde överenskommelse om »övertidsersättning» härför lätt nog kunna träffas.

2 *mom.* 1945 års lönekommitté har vid avgivandet av sitt förslag till löne-reglering för provinsialläkare utgått från, att oförändrade taxesatser skulle gälla. Vi har ansett oss böra fasthålla vid denna utgångspunkt.

På papperet kan det måhända synas, som om vårt förslag innefattade kraftiga höjningar. Själva har vi emellertid utgått från, att beloppen närmast motsvarar vad som för närvarande utgår, om alla tillägg — för intygsskrivning, jämlikt 8 och 15 §§ provinsialläkartaxan etc. — medräknas. Att siffermässigt skaffa belägg för denna uppfattning är helt naturligt icke möjligt. Den oklarhet, som rått om förhållandet mellan provinsialläkartaxa och sjukkassetaxa, varigenom t. ex. olika ingrepp ansetts berättiga till tilläggsarvoden, talar även i denna riktning. Det må framhållas, att tilläggsarvoden enligt 8 och 15 §§ provinsialläkartaxan dels skall försvinna och dels sänkas.

Siffermässigt framgår innebörden av vårt förslag av nedanstående kalkyler:

Provinsialläkare samt stads- och stadsdistriktsläkare.

Antalet arbetsdagar för år antas utgöra 260. Av varje arbetsdag beräknas fyra timmar användas för läkarvård på mottagningen, en timme för sjukresor, en timme för förebyggande vård och en timme för sanitär verksamhet. Patientantalet på mottagningen uppskattas till tre i timmen. Förstabesökens antal i förhållande till återbesökens antas vara detsamma som hos lasarettsläkare.

a) *Mottagningen:*

Förstabesök	6 × 1 040	6 240
Återbesök	4 × 2 080	8 320
		14 560

b) *Sjukresor och sanitär verksamhet:*
(ersättning för förebyggande vård beräknas utgå enligt nuvarande grunder)

4 × 4 × 260	4 160
Kronor	18 720.

Extra stadsläkare.

Fem timmars daglig läkarvårdsmottagning, 270 arbetsdagar, tre patienter per timme, två timmars sjukbesök inom en kilometer från bostaden, därunder två patienter per timme.

a) *Mottagningen:*

Förstabesök 6 × 1 350	8 100
Återbesök 4 × 2 700	10 800
	18 900

b) *Sjukresor:*

6 × 1 080	6 480
Kronor	25 380.

Även beträffande denna kalkyl erbjuder sig kontrollmöjligheter i våra redogörelser för ifrågavarande läkarkategoriers verksamhet och i den ekonomiska redogörelsen.

Beträffande verksläkare bör gälla, att dessa i fortsättningen anställes endast för hygienisk kontroll av arbetsplatsen och som förtroendeläkare. För dessa uppgifter bör lämpligt avpassat, fast arvode utgå. I den mån befattningshavare önskar anlita verksläkare för sjukvård, bör denne äga tillämpa civila läkarvårdstaxan.

3 mom. Gränsdragningen mellan första besök och återbesök bör verkställas med användande av sunt förnuft. Om exempelvis en patient, som på måndagen vårdats för en kirurgisk åkomma, vid kontrollbesöket på onsdagen fått en banal luftvägsinfektion, för vilken läkaren utan ingående undersökning skriver ut ett recept, är onsdagsbesöket ett andra besök. Om åter patienten på måndagen sökt för en förkylning och ställts åter till onsdagen för kontroll, men då inkommer med ett benbrott, är onsdagsbesöket första besök.

4 mom. Ersättning för intyg, som avses under b), utgår enligt föreskrift av Kungl. Maj:t med 30 kronor. För övriga här avsedda utlåtanden saknas föreskrifter, i den mån utlåtandet icke kan hänföras till 15 § provinsialläkartaxan. För provinsialläkarna innebär vårt förslag en faktisk nedprutning av de belopp, som nu i regel utgår. Sänkningarna framgår av följande sammanställning:

	Nu	Förslaget
a)	15: — + 3: —	16: —
b)	30: —	16: —
c)	15: — + 3: —	16: —
d)	15: — + 3: —	16: —
e)	15: — + 3: —	16: —
f)	10: — + 3: —	16: —
g)	25: —	16: —

Nedsättningarna motiveras med höjningen av grundarvodet i allmänläkartaxan. Någon anledning att ersätta intygsskrivande specialläkare med högre belopp än allmänläkarna synes oss icke föreligga, i vidare mån än att dessa för besöket erhåller genomgående 2 kronor högre belopp.

Vi vill framhålla, att varken grundarvode eller tilläggsarvode för de i a)—f) angivna utlåtandena får utgå, då utlåtandet utfärdas för patient, som är intagen på sjukvårdsanstalt. I sådana fall är utlåtandet att hänföra till sluten sjukvård, som är kostnadsfri. Icke heller hjälpverksamhetsläkare inom sinnessjukvården bör ha rätt att uppbära dessa arvoden, då det gäller patienter, som är föremål för hjälpverksamhet.

4 §.

Som vi i annat sammanhang framhållit, bör patienterna i så stor utsträckning, som deras tillstånd medger, uppsöka läkaren på hans mottagning.

Vår redogörelse för provinsialläkartaxan i bil. 27 visar, att ersättning vid sjukbesök för närvarande utgår enligt vitt skilda beräkningsgrunder. Att en förenkling i detta avseende är önskvärd, är självklart. Den enda beräkningsgrund, som ger rimliga resultat i de skiftande situationer, som förekommer vid ifrågavarande sjukbesök, har synts oss vara beräkningen efter tid.

Vid arbete på mottagningen bör en allmänläkare enligt vårt förslag kunna påräkna en inkomst för timme av 6 kronor för ett första besök och 4 kronor för vartdera av två återbesök eller alltså tillhopa 14 kronor. Att märka är dock, att detta arbete måste anses mycket påfrestande. Sjukbesöken betraktas å andra sidan av många tjänsteläkare som tjänstens största tunga. Att rättvist avväga ersättningen för arbetet på mottagningen i förhållande till arbetet under sjukresor har vi icke funnit möjligt. Vi har emellertid funnit en timpenning på 8—10 kronor eller alltså 4—5 kronor för halvtimme rimlig. För att vinna ett med 4 jämnt delbart tal har vi valt beloppet 4 kronor.

En minimiregel finns redan i 6 § provinsialläkartaxan. För att sjukbesöken icke skall framstå såsom ekonomiskt alltför ogynnsamma för läkarna har vi behållit minimiregeln, med innehåll att för varje sjukresa skall utgå lägst 10 kronor för första besök och högst 6 kronor för återbesök. För en sådan anordning synes även tala vad vi ovan anfört om önskvärdheten av att patienterna uppsöker läkaren. I den mån som tiden för sjukresan överstiger en timme, skall arvodesberäkning ske efter tid. Någon maximiregel har vi icke velat ifrågasätta; vi har i stället för läkarnas del anteciperat den utredning om ersättning för arbete på obekväm arbetstid, som 1945 års lönekommitté förordat i sitt förslag till statens allmänna avlöningsreglemente, genom att föreslå att ersättningen efter tid får utgå dygnet runt. För ett sjukbesök på 50 kilometers avstånd kan med bil beräknas åtgå en timme för resan i vardera riktningen och en halvtimme för meddelandet av läkarvården. Arvodet blir alltså $5 \times 4 = 20$ kronor, varav 15 kronor skulle ersättas av sjukkassan och 5 kronor av den sjuke. Härtill kommer resekost-

nadsersättning med 100 × 0·40 eller 40 kronor, varav 30 kronor ersätts av sjukkassan och 10 kronor av den sjuke.

Bestämmelserna om vilken tid, som får medräknas och icke medräknas, har samma innehåll som de nu gällande. En läkare, som för att kunna utföra ett eller flera sjukbesök måste starta med en tågresa på kvällen och därefter övernatta på den ort, där järnvägsstationen är belägen, för att morgonen därpå med exempelvis båt fortsätta till platsen för sjukbesöken, bör alltså få räkna arvode för restiden, beräknad enligt reglerna i allmänna resereglementet, på kvällen, men därefter icke vara arvodesberättigad förrän resan anträdes påföljande morgon.

Några föreskrifter, motsvarande dem, som nu gäller om ersättning för flera sjukbesök under en restur, har vi icke ansett erforderliga. Normalt ger sig ju fördelningen av sig själv, emedan utgångspunkten skall vara »annat ställe, där han uppehåller sig». Som supplerande föreskrift i tveksamma fall bör gälla regeln i 20 § allmänna resereglementet.

5 §.

Den nu utgående förhöjningen av arvodet under viss tid på dygnet synes böra utgå under tid, som i förslaget till statens allmänna avlöningsreglemente betecknas som kvalificerad övertid.

6 §.

Sakligt sett har vi icke kunnat finna några motiv för olika ersättningsnormer vid utom tjänsterummet meddelad sjukvård och utförd annan tjänsteförrättning. Den nuvarande ojämnheten i detta hänseende har med all rätt i skilda sammanhang påtalats av olika tjänsteläkarorganisationer, främst förste provinsialläkarnas förening. Genom att tjänstförrättning ersätts enligt samma grunder som enskild läkarvård vinnes en betydande förenkling av taxan. En förste provinsialläkare eller provinsialläkare, som verkställer en sanitär inspektion på ett avstånd från bostaden av 5 kilometer, erhåller alltså, om själva förrättningen kräver 2 timmar och resan fram och åter 20 minuter, 5 × 4 = 20 kronor jämte resekostnadsersättning. De i 2 mom. innefattade undantagen innebär i vissa avseenden en reduktion i förhållande till vad som nu utgår. Arvodet för rättsmedicinsk undersökning av död människas kropp torde komma att upphöra, när rättsläkarstationerna utbyggts. Genom att i regel även ersättning efter tid kommer att utgå vid sådana förrättningar torde någon reell sänkning i förhållande till nuvarande arvode — 40 kronor till provinsialläkare och 80 kronor till läkare vid statens rättsläkarstation (se SFS 805/1944) — ej uppkomma. Enligt 11 § obduktionsstadgan den 29 januari 1886 (nr 4) skall protokollet numera i regel utskrivas av närvarande polisman. Undersökning av levande persons sinnesbeskaffenhet i rättsmedicinskt syfte bör helst verkställas av psykiatrisk

specialläkare såsom ett tjänstuppdrag, varför vi icke funnit betänkligt att på denna punkt föreslå en reduktion.

7 §.

Det är vår övertygelse, att åtskilliga privatpraktiserande läkare kommer att föredra att uppbära ersättningen av sjukkassan eller arbetsgivaren framför att själva fungera som inkasserare hos patienterna. Möjlighet härtill bör givetvis beredas dem, under förutsättning att de förbinder sig att följa taxan. Endast för de privatpraktiker, som icke vill underkasta sig taxan, bör refusionssystemet fortfarande gälla.

Vi har avstått från att söka precisera begreppet »skälig ersättning». Såsom framgår av vad vi i kap. 7 anfört om kostnaderna för drivande av privatpraktik är dessa betydande. Någon jämförelse mellan arvodet till taxebunden läkare och privatpraktiserande bör alltså ej förekomma, när man i det enskilda fallet skall avgöra om ersättningen till de senare varit skälig.

Redan nu äger den, som anser att en läkare fordrat för hög ersättning, att anmäla saken för medicinalstyrelsen. Vi har ansett det vara av värde, att denna möjlighet kommer till uttryck i taxan.

Då det knappast torde vara förenligt med svensk rättsuppfattning att göra en administrativ myndighet som medicinalstyrelsen till domare i så grannlaga ärenden, som det här gäller, har vi inskränkt förslaget till att avse styrelsens *utlåtande*. Det får antagas, att en läkare endast i undantagsfall skall vägra att återbetala belopp, som styrelsen funnit ligga inom gränserna för det oskäliga. Vägras återbetalning, får patienten vända sig till domstol, som då torde komma att anse medicinalstyrelsens utlåtande som ett sakkunnigutlåtande.

Med föreskriften, att en representant för Sveriges läkarförbund skall deltaga i sådana ärenden, har vi velat tillgodose önskemålet om en samordning av myndighetskontrollen med den — ofta väsentligt effektivare — kollegiala kontrollen.

8 §.

Mest av pedagogiska skäl har vi ansett föreskriften böra medtagas. Den torde icke innebära nämnvärd utvidgning av vad som nu gäller. Taxebunden läkare, som av patient begär eller mottar högre ersättning än taxan innehåller, gör sig härigenom skyldig till tjänstefel. Det är därför överflödigt att göra ifrågavarande bestämmelse tillämplig på sådan läkare.

9 §.

Maximeringen av kostnaderna för läkarvård samt den omständigheten, att kostnaderna för läkarintyg försvinner, torde göra det möjligt att låta sjukvårdsförsäkringen enligt lagen om allmän sjukförsäkring omfatta *all* läkarvård, som meddelas av taxebunden läkare samt privatpraktiker, som följer taxan, oberoende av om denne är specialläkare eller allmänläkare. Att en

särskild utredning om formerna för utbetalning av läkarvårdsersättningen blir nödvändig har vi tidigare framhållit.

10 §.

Denna paragraf avser att ersätta den nuvarande sjukkassetaxan.

Jämförelse

mellan innehållet i 16 § första och andra styckena lagen om allmän sjukförsäkring den 3 januari 1947 (nr 1) och i medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning utkast till civil läkarvårdstaxa.

16 § i sjukförsäkringslagen är av följande lydelse:

Ersättning för utgifter för *läkarvård* utgår vid varje sjukdom, som enligt läkares utsago kräver sådan vård, med tre fjärdedelar av utgifterna eller, då dessa överstigit det belopp, vartill de enligt av Konungen fastställd taxa skola beräknas uppgå, med tre fjärdedelar av sistnämnda belopp. I utgifter för läkarvård skola inräknas kostnader för läkares resa och för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning.

Taxa, som i första stycket sägs, skall avse sådan vård — däri inbegripen röntgen- och annan undersökning — som kan meddelas av varje läkare, så ock röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling, som utföres av därför särskilt utbildad läkare.

Är uppenbart att försäkrad vid samma sjukdomsfall utan fog sökt mer än en läkare eller att läkare anlitats vid flera tillfällen än som varit behövligt, utgår ersättning allenast för den vård, som lämnats av den först rådfrågade läkaren, eller för de besök, som skäligen varit behövliga. Har försäkrad, oaktat han uppenbarligen utan risk för försämring av hälsotillståndet kunnat besöka läkare, påkallat besök av läkare i sin bostad eller annorstädes, må ersättningen nedsättas till belopp, som av sjukkassan skulle hava utgivits för läkarvård ävensom i resekostnadsersättning enligt 17 § för det fall att den försäkrade besökt läkaren.

16 §.	*Utkastet.*
1. Fritt läkarval.	1. Ej ändring.
2. Försäkringen grundas på återbäringsprincipen.	2. Försäkringen grundas på principen, att sjukkassa eller arbetsgivare ersätter taxebunden läkare, medan återbäringsprincipen bibehålles beträffande privatpraktiserande läkare, som ej förbundit sig att följa taxan.
3. Försäkringen ersätter $^3/_4$ av läkarvårdskostnaden, medan den försäkrade får stå för $^1/_4$.	3. Ej ändring i fråga om personer över 16 år. (Dock sympatiuttalande för 100-procentig ersättning i specialmotiveringen till civila läkaravlöningsreglementet.)
4. Läkarvårdskostnaderna beräknas med hänsyn till arvodena i en av Kungl. Maj:t fastställd läkarvårdstaxa, som utgör en maximitaxa.	4. Ej ändring. Förslag till sådan taxa innehålles i utkastet.

5. Läkarvårdstaxan skall ej vara för läkarna bindande.	5. Läkarvårdstaxan skall vara bindande för heltidsanställda läkare hos staten, landsting och primärkommun samt för privatpraktiserande läkare, som förbundit sig att följa taxan. Däremot skall den ej vara bindande för andra privatpraktiserande läkare.
6. Taxan avser endast allmänläkarvård, dock med undantag för röntgenundersökning samt röntgen- och radiumbehandling. Ersättning utgår vid varje sjukdom, som enligt läkares utsago behöver läkarvård.	6. Taxan avser varje av läkare vidtagen åtgärd med syfte att hos enskild person *antingen* fastställa eller utesluta, förebygga, lindra, bota eller biträda vid sjukdom eller annat tillstånd, som faller inom området för läkarkonstens utövning, *eller* lämna bevis om sådan sjukdom eller sådant tillstånd. Undantag gäller i fall, som anges i 16 § tredje stycket sjukförsäkringslagen, samt vid meddelandet av sluten sjukvård och »hälsovård».
7. Frågan om samordning av provinsialläkartaxan och läkarvårdstaxan har av departementschefen anförtrotts öppnavårdsutredningen.	7. Öppnavårdsutredningen föreslår en fullständig samordning av vidstående båda taxor.
8. Försäkringen ersätter kostnaderna för läkarintyg, som erfordras för utfående av sjukpenning.	8. Försäkringen ersätter kostnaderna för samtliga intyg, som utfärdas i samband med öppen sjukvård. För intyg, som utfärdas i samband med sluten sjukvård eller »hälsovård», utgår ej någon ersättning till läkaren. (Jämför sid. 357 i specialmotiveringen till taxan.)

Utkast
till
Civilt läkaravlöningsreglemente.

1 kap. Reglementets tillämpningsområde.

1 §.

Detta reglemente äger tillämpning å följande ordinarie läkare i statens, landstings och kommuns tjänst, nämligen

överläkare vid fångvårdsanstalterna,
förste provinsialläkare,
provinsialläkare och biträdande provinsialläkare,
stads- och stadsdistriktsläkare,
överläkare vid statliga och kommunala sinnessjukhus samt statens anstalt för fallandesjuka,
överlärare vid barnmorskeläroanstalterna, lasarettsläkare och biträdande lasarettsläkare, överläkare och biträdande överläkare samt epidemisjukhusläkare vid andra kommunala sjukhus än som här särskilt angivas ävensom motsvarande läkare vid självständiga sjukstugor och hälsocentraler av typ I,
sanatorieläkare, överläkare vid sanatorier och biträdande sanatorieläkare,
läkare vid fristående centraldispensärer samt
professorer, prosektorer och laboratorer vid medicinska fakulteter i riket eller vid Karolinska mediko-kirurgiska institutet.

Reglementet äger vidare tillämpning å överläkare vid vanföreanstalter och kustsanatorier samt å allmänna barnbördshusets direktor.

2 kap. Vissa allmänna bestämmelser.

2 §.

Tjänsters lönegrader och bestämmandet av deras antal.

1 mom. Läkare tillhör lönegrad med den beteckning och det ordningsnummer, som framgår av följande tabell:

Läkare	Lönegrad	
	nr	omfattande följande löneklasser i löneplan L
1. Biträdande provinsialläkare, biträdande lasarettsläkare, biträdande överläkare, biträdande sanatorieläkare, prosektor och laborator....	L 1	1—4
2. Överläkare vid fångvårdsanstalterna, provinsialläkare, stads- och stadsdistriktsläkare, utom sådana läkare, som avses under 3, överläkare vid sinnessjukhus och statens anstalt för fallandesjuka, överlärare vid barnmorskeläroanstalt, lasarettsläkare och överläkare vid kroppssjukhus samt motsvarande läkare vid självständiga sjukstugor och hälsocentraler av typ I, sanatorieläkare och överläkare vid sanatorier, läkare vid fristående centraldispensärer samt överläkare vid kustsanatorier och vanföreanstalter, ävensom allmänna barnbördshusets direktor.....	L 3	3—6
3. Förste provinsialläkare och med förste provinsialläkare jämställd förste stadsläkare samt professor vid medicinsk fakultet i riket eller vid Karolinska mediko-kirurgiska institutet.....	L 5	5—8

2 mom. Antalet statliga tjänster av varje särskilt slag bestämmes av Kungl. Maj:t med stöd av riksdagens beslut.

3 §.

Tjänstgöringsföreskrifter.

1 mom. Läkare är underkastad de tjänstgöringsföreskrifter, som meddelas i instruktion, stadga, reglemente, arbetsordning eller annan författning eller som eljest må gälla. Han är ock, där särskilt tjänstgöringsområde är för hans tjänst bestämt, pliktig underkasta sig omreglering av nämnda område.

Angående läkares ställning vid arbetskonflikter gäller vad därom särskilt stadgas.

2 mom. Läkare är, om han därtill förordnas, pliktig att under sammanlagt högst tre månader av ett och samma kalenderår uppehålla sådan medicinalrådstjänst, vars innehavare skall vara legitimerad läkare.

Läkare är jämväl, om han därtill förordnas, pliktig att under sammanlagt högst tre månader av ett och samma kalenderår uppehålla högre tjänst, varå detta reglemente äger tillämpning.

Vad sålunda stadgats skall dock icke föranleda inskränkning i den vidsträcktare skyldighet i nämnda hänseende, som må vara av Kungl. Maj:t föreskriven eller eljest må gälla.

3 mom. Provinsialläkare samt stads- och stadsdistriktsläkare skall, om han därtill med vederbörande hälsovårdsstyrelses medgivande förordnas, vara skyldig att utan särskild ersättning bestrida befattning eller uppdrag såsom läkare vid sjukvårdsanstalt inom distriktet eller staden, vilken anstalt tillhör eller åtnjuter bidrag av staten, landsting eller kommun, vid distriktsdispensär samt vid annan statsunderstödd inrättning för förlossningsvård än barnbördsavdelning vid lasarett.

Provinsialläkare, stads- och stadsdistriktsläkare samt läkare vid kroppssjukhus och självständig sjukstuga eller hälsocentral är skyldig att under enahanda förutsättning som angivits i nästföregående stycke utan särskild ersättning biträda vid förebyggande mödra- och barnavård samt skolhälsovård.

4 mom. Läkare är skyldig att efter vederbörande huvudmans bestämmande i skälig omfattning fullgöra jourtjänst.

4 §.

Skyldigheter i fråga om tjänstebostad.

1 mom. Därest åt läkare anvisas tjänstebostad, som — förutom att den överensstämmer med vad i gällande hälsovårdsstadga föreskrives — står i överensstämmelse med av Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, av vederbörande myndighet meddelade bestämmelser, är han, i den mån ej annat följer av vad nedan sägs, skyldig att mottaga tjänstebostaden.

2 mom. Skyldighet för läkare att mottaga av huvudmannen ägd eller disponerad tjänstebostad, för vilken ersättning skall utgå, föreligger med ne-

dan angivna undantag endast, om bostadens upplåtande är påkallat ur tjänstesynpunkt.

Även om bostadens upplåtande icke är påkallat ur tjänstesynpunkt, föreligger skyldighet att mottaga tjänstebostad för läkare, vilken innehar anställning vid statens eller kommuns sinnessjukhus eller vid statens anstalt för fallandesjuka ävensom för läkare, vilka avses i 21 och 27 §§ sjukhusstadgan den 20 december 1940, i den utsträckning, som i dessa paragrafer stadgas. Prövas emellertid för läkare, som innehar sådan anställning, med hänsyn till hans ekonomiska förhållanden eller andra särskilda omständigheter, avsevärda olägenheter vara förenade med skyldigheten att mottaga tjänstebostaden eller att fortsättningsvis inneha redan mottagen tjänstebostad, må vederbörande myndighet medgiva honom befrielse från nämnda skyldighet. Innan sådan framställning upptages till prövning, skall tillfälle beredas ett för avgivande av yttranden i dylika ärenden utsett personalombud att utlåta sig över framställningen. Det ankommer på myndigheten att meddela bestämmelser angående personalombuds verksamhetsområde och om sättet för utseende av sådant ombud.

3 mom. Läkare, som är skyldig att mottaga honom anvisad tjänstebostad, är ock skyldig att bebo densamma, så framt icke Kungl. Maj:t på grund av särskilda omständigheter annat medgivit.

4 mom. Provinsialläkare eller, om han avlidit, hans dödsbo åligger att till vikarie eller efterträdare på läkartjänsten mot skälig ersättning upplåta bostadsutrymme i den omfattning, som kan finnas lämplig.

5 mom. Läkare eller, om han avlidit, hans dödsbo skall, såvida icke annat avtalats, avträda tjänstebostad å fardag, som infaller näst efter tre månader från det uppsägning skett eller dödsfallet timat. Avflyttning skall dock, om icke annorlunda överenskommes, ske:

a) därest bostadsinnehavaren befordras eller i annan ordning förflyttas och ny tjänstebostad anvisas honom inom skälig tid därefter, men då sådan bostad ej anvisas honom å den fardag, som inträffar näst efter tre månader från det han erhöll kännedom om beslutet rörande befordringen eller förflyttningen,

b) därest bostadsinnehavaren avgår ur tjänst med pension å närmaste fardag efter avgången samt

c) därest han av annan anledning avgår ur tjänst eller entledigas vid den löpande månadens utgång.

6 mom. I fråga om tjänstebostads begagnande samt vård och underhåll skola de särskilda föreskrifter gälla, som härutinnan meddelas av Kungl. Maj:t eller, efter Kungl. Maj:ts bemyndigande, av vederbörande myndighet.

5 §.

Skyldighet att underkasta sig läkarundersökning.

Läkare är skyldig att underkasta sig läkarundersökning enligt vad därom särskilt stadgas.

6 §.

Förening av lönegradsplacerade tjänster eller av sådan tjänst med viss tjänstebefattning eller visst uppdrag eller med privatpraktik.

1 mom. Med läkartjänst må under förutsättning att läkaren frånträder utövningen av densamma förenas sådan statlig ordinarie tjänst, som tillsättes medelst förordnande tills vidare och ej är förenad med pensionsrätt.

Efter tillstånd av Kungl. Maj:t må vidare med läkartjänst förenas beställning å reservstat eller avgångsstat vid försvaret eller sådan beställning å arméns eller marinens övergångsstat, vars innehavare icke är underkastad full tjänstgöringsskyldighet.

2 mom. För förening av läkartjänst med tjänstebefattning eller därmed jämförligt uppdrag i andra fall än i 1 mom. avses eller med uppdrag såsom ordförande eller ledamot i styrelse för verk, bolag, förening eller inrättning, som har till ändamål att driva rörelse inom industri, handel, transport-, bank- eller försäkringsväsen eller annan näringsgren eller vars verksamhet eljest har huvudsakligen ekonomiskt syfte, fordras tillstånd av vederbörande hälsovårdsstyrelse, så framt icke Kungl. Maj:t, medicinalstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen tillsatt tjänstebefattningen eller meddelat uppdraget.

3 mom. Utan tillstånd av Kungl. Maj:t må läkare icke utom tjänsten utöva betald läkarpraktik.

4 mom. Tillstånd, varom i 2 och 3 mom. är fråga, må beviljas endast för så vitt befattningen, uppdraget eller praktiken prövas icke inverka hinderligt för utövandet av den tjänst, varmed förening skulle ske. Vid prövning av ansökning om tillstånd har hälsovårdsstyrelse att ställa sig till efterrättelse de anvisningar, som må meddelas av medicinalstyrelsen.

Tillstånd bör, där så lämpligen kan ske, avse viss tid.

5 mom. Föranleder befattning, uppdrag eller privatpraktik, att läkare tillfälligtvis icke kan bestrida sin tjänst, skall han göra framställning om ledighet i erforderlig omfattning.

7 §.

Förflyttningsskyldighet.

Läkare är pliktig att låta förflytta sig till annan stationeringsort eller annan tjänst, varå detta reglemente äger tillämpning, liksom ock, där Kungl. Maj:t så prövar lämpligt, till läkartjänst, å vilken statens allmänna avlöningsreglemente är tillämpligt.

8 §.

Avgångsskyldighet.

Läkare är skyldig att avgå från tjänsten under förutsättningar, som angivas i gällande tjänstepensionsreglemente eller som eljest må gälla på grund av bestämmelser, antagna av Kungl. Maj:t och riksdagen.

9 §.

Särskild sammansättning av statens lönenämnd och statens bostadsnämnd.

Vid handläggning av ärenden, som angå löneförhållandena för läkare, vilkas avlöning utgår enligt detta reglemente, skola statens lönenämnd och statens bostadsnämnd utökas med en representant för medicinalstyrelsen och en representant för Sveriges läkarförbund.

3 kap. Avlöningsbestämmelser.

10 §.

Löneplan.

1 mom. **Löneplan L.**

Löneklass nr	Lönegrupp		
	I	II	III
1	13 896	14 712	15 528
2	14 400	15 216	16 032
3	14 904	15 720	16 536
4	15 408	16 224	17 040
5	15 912	16 728	17 544
6	16 416	17 232	18 048
7	16 920	17 736	18 552
8	17 424	18 240	19 056

2 mom. Vad i 4 och 5 §§ statens löneplansförordning stadgas skall i tillämpliga delar gälla löneplan L.

3 mom. Läkartjänsternas fördelning å de olika lönegrupperna fastställes av Kungl. Maj:t.

11 §.

Allmänna bestämmelser.

1 mom. Läkare äger på grund av sin anställning rätt till avlöningsförmåner under förutsättningar och enligt grunder, som stadgas i detta reglemente och de särskilda bestämmelser, vilka meddelas på grund av föreskrift i reglementet eller eljest utfärdas av Kungl. Maj:t, ävensom pensionsrätt i den utsträckning, som framgår av vad särskilt stadgas.

Utöver vad i detta reglemente förutsättes eller eljest medgivits av Kungl. Maj:t med stöd av riksdagens beslut må läkare icke för tjänstgöring i innehavd tjänst åtnjuta ersättning eller förmån, så framt ej Kungl. Maj:t för uppdrag eller arbete, vilket kan anses falla utom läkarens vanliga tjänstutövning, anvisat särskilda medel eller eljest finner skäl medgiva särskild gottgörelse.

2 mom. Läkare, som utan eget förvållande förflyttas från högre till lägre tjänst på grund av föreskrift i 7 §, skall i avlöningshänseende behandlas såsom innehavare av den högre tjänsten.

3 mom. För läkare, vilken i egenskap av innehavare av i detta reglemente avsedd tjänst, åtnjuter avlöning enligt i vederbörlig ordning utfärdade krigsavlöningsbestämmelser, träder nämnda avlöning i stället för å tjänsten eljest utgående avlöningsförmåner.

4 mom. Uppbär läkare till följd av olycksfall eller yrkessjukdom i arbete i statlig eller kommunal tjänst livränta enligt lagen om försäkring för olycksfall i arbete eller lagen om försäkring för vissa yrkessjukdomar, skall avdrag å lönen ske med belopp motsvarande livräntans storlek, såvida ej Kungl. Maj:t för visst fall annorlunda medgiver.

Det åligger läkare, som uppbär dylik livränta, att göra anmälan härom till den myndighet, som utbetalar lönen.

5 mom. På beslut eller bestämmelser, som meddelas av Kungl. Maj:t, skall ock bero, om och i vad mån avdrag å lönen skall ske för läkare, som åtnjuter avlöning i beställning å reservstat vid försvaret.

6 mom. Är läkare berättigad att av statsmedel eller kommunala medel uppbära tjänstepension eller årligt understöd, beror på beslut eller bestämmelser, som meddelas av Kungl. Maj:t, om och i vad mån av sådan anledning avdrag å lönen skall ske. Vad sålunda stadgats äger icke tillämpning i fråga om reservpension eller däremot svarande engångsbelopp.

12 §.

Lönegrad.

1 mom. Läkare tillhör den lönegrad, som enligt den i 2 § intagna tabellen gäller för hans tjänst.

Då förmåner till läkare skola utgå enligt grunder, som angivas i statens allmänna avlöningsreglemente, skall läkartjänst i lönegrad L 1 anses motsvara tjänst i lönegrad Ca 33, läkartjänst i lönegrad L 3 tjänst i lönegrad Ca 35 och läkartjänst i lönegrad L 5 tjänst i lönegrad Ca 37.

2 mom. Varje lönegrad omfattar fyra löneklasser på sätt framgår av den i 2 § intagna tabellen. Högsta löneklassen i varje lönegrad omfattar fyra lönerum.

13 §.

Placering samt uppflyttning i löneklass och lönerum.

Läkare skall placeras i löneklass och, i förekommande fall, lönerum samt uppflyttas i löneklass och lönerum under iakttagande i tillämpliga delar av de regler, som innehållas i 26—28 §§ statens allmänna avlöningsreglemente. Därvid skall med statstjänst jämställas kommunal anställning av motsvarande art.

14 §.

Löneavdrag vid tjänstledighet m. m.

Vad i 30 och 31 §§ statens allmänna avlöningsreglemente stadgas angående löneavdrag vid tjänstledighet m. m. skall i tillämpliga delar gälla jämväl läkare.

15 §.

Semester.

I fråga om läkares rätt att erhålla semester skola bestämmelserna i 33—35 §§ statens allmänna avlöningsreglemente i tillämpliga delar lända till efterrättelse.

16 §.

Vikariatsersättning.

Under förordnande att helt eller delvis uppehålla högre tjänst äger läkare under de förutsättningar, som angivas i 37 § statens allmänna avlöningsreglemente, åtnjuta vikariatsersättning, vid vars beräknande bestämmelserna i nämnda paragraf skola äga motsvarande tillämpning.

17 §.

Tilläggsarvoden.

1 mom. Såsom tillägg till lönen utgår till läkare *jourtjänstersättning* med 4 200 kronor för år.

2 mom. Läkare äger vidare uppbära *avlöningsförstärkning* med 4 800 kronor för år.

3 mom. Överlärare vid barnmorskeläroanstalter, lasarettsläkare och överläkare vid lasarett, professorer, som tillika äro klinikchefer, överläkare vid vanföreanstalter och kustsanatorier samt allmänna barnbördshusets direktor äga härutöver uppbära *särskild ersättning* med 4 500 kronor för år.

4 mom. Läkare, till vilken ersättning utgår enligt 1—3 mom., äger uppbära denna jämväl för tid, varunder han ej utövar tjänsten, såframt han under denna tid äger åtnjuta lön å tjänsten. För tid, då han å lönen vidkännes löneavdrag, skall likväl det sammanlagda beloppet av dessa förmåner minskas med en fjärdedel eller hälften eller helt avstås, alltefter det löneavdraget utgöres av A-avdrag, B-avdrag eller C-avdrag. Då läkaren icke utövar tjänsten till följd av förordnande, varunder han åtnjuter vikariatsersättning eller vikariatslön, skall på Kungl. Maj:ts prövning bero, om och i vad mån han må uppbära dessa tilläggsarvoden.

18 §.

Kallortstillägg.

Till läkare utgår kallortstillägg enligt bestämmelserna i 40 § statens allmänna avlöningsreglemente.

19 §.

Befattningsarvoden.

1 mom. Till läkare, som på grund av fullmakt eller förordnande innehar befattning såsom styresman vid lasarett eller sjukhuschef vid sinnessjukhus, utgår *styresmannaarvode* med 1 200 kronor för år.

2 mom. Till förste provinsialläkare och med förste provinsialläkare jämställd förste stadsläkare utgår såsom ersättning för hans skyldighet att deltaga i överläggningarna i vissa kommunala beredningar och nämnder särskilt *befattningsarvode* med 3 600 kronor för år.

3 mom. Till överlärare vid barnmorskeläroanstalt, och professor, som icke tillika är klinikchef, utgår särskilt *undervisningsarvode* med 6 000 kronor för år.

4 mom. *Undervisningsarvode* utgår till professor, som tillika är klinikchef, med 12 000 kronor för år.

5 mom. Angående rätten att uppbära arvoden enligt denna paragraf skall gälla vad i 17 § 4 mom. föreskrivits om däri avsedda arvoden.

20 §.

Vissa särskilda ersättningar.

Angående läkares *ersättning vid resa* för förrättning i huvudmannens ärenden, *resekostnadsersättning* i vissa fall vid semester, *tjänstgöringstraktamente samt ersättning för flyttningskostnad* gäller vad i 39 § 1—4 mom. statens allmänna avlöningsreglemente stadgas.

21 §.

Fri tjänstebostad.

Fri tjänstebostad i av huvudmannen ägd eller disponerad lägenhet samt fritt bränsle ävensom fri elektrisk belysning tillkommer överläkare vid fångvårdsanstalterna, statens och kommuns sinnessjukhus samt statens anstalt för fallandesjuka.

Därest tjänstebostad icke kan eller lämpligen bör beredas i föregående stycke avsedd läkare, så ock därest tjänstebostad, som tillhandahållits läkaren, icke kan eller lämpligen bör beredas honom fortsättningsvis och annan tjänstebostad ej heller anses böra beredas honom, äger han i stället för fri tjänstebostad erhålla kontant hyresersättning. Huruvida, med hänsyn till tjänstgöringsförhållanden eller andra särskilda omständigheter, tjänstebostad icke bör beredas, ankommer på prövning av Kungl. Maj:t, som även i förekommande fall bestämmer hyresersättningens belopp med hänsyn till föreliggande omständigheter. Kungl. Maj:t bestämmer jämväl huru med hyresersättning skall förfaras under tid, för vilken läkaren vidkännes C-avdrag å lönen.

22 §.

Ersättning för tjänstebostad.

1 mom. Därest åt läkare, vilken icke äger åtnjuta förmån av fri tjänstebostad, anvisas tjänstebostad, som han är skyldig mottaga, i av huvudmannen ägd eller disponerad lägenhet, skall han för densamma månadsvis i efterskott erlägga ersättning genom avdrag å avlöningen eller genom kontant inbetalning, i den mån utgående avlöningsbelopp ej förslår till avdraget *(hyresavdrag)*.

2 mom. Beträffande ersättningens storlek m. m. skall gälla vad i 44 och 45 §§ statens allmänna avlöningsreglemente stadgas. Därvid skall iakttagas, att med vederbörande myndighet förstås vederbörande hälsovårdsstyrelse samt att vad i sagda paragrafer sägs om statsverkets självkostnadspris skall avse huvudmannens självkostnadspris.

23 §.

Ersättning för förbrukningsmaterialier och bil.

1 mom. Läkare, som icke till övervägande del har sin tjänstgöring förlagd till sjukvårdsanstalt, är berättigad till ersättning för förbrukningsmaterialier med visst belopp för år. Storleken av detta belopp fastställes för skilda läkarkategorier för tre år i sänder av medicinalstyrelsen, sedan vederbörande huvudmäns centralorganisationer samt Sveriges läkarförbund avgivit förslag.

2 mom. Läkare, som för utövningen av sin tjänst prövas vara i behov av bil, är berättigad att för anskaffning och underhåll av bil uppbära visst årligt belopp, som för en tid av tre år i sänder fastställes av medicinalstyrelsen i enlighet med av Kungl. Maj:t angivna grunder.

24 §.

Sjukvård.

I fråga om läkares rätt till sjukvård skola bestämmelserna i 7 kap. statens allmänna avlöningsreglemente lända till efterrättelse. Därvid skall iakttagas, att med vederbörande myndighet avses vederbörande hälsovårdsstyrelse.

25 §.

Begravningshjälp m. m.

1 mom. Avlider läkare, skall till hans dödsbo såsom begravningshjälp utbetalas ett belopp av 400 kronor. Efterlämnar läkaren anhöriga, vilka äro berättigade till familjepension, som utgår på grund av tjänsten, skall dock, där läkarens månadslön överstiger familjepensionen för månad, begravningshjälpen förhöjas med ett belopp motsvarande skillnaden. För beräkning av

sagda förhöjning skola läggas till grund förhållandena under den månad, då dödsfallet inträffat.

I begravningshjälp, varom här stadgas, skall den vid dödsfall till följd av olycksfall i arbete enligt allmän lag eller särskild författning utgående begravningshjälpen anses inbegripen.

2 mom. Avlider läkare under tjänstgöring å annan ort än stationeringsorten, må utöver begravningshjälp, varom i 1 mom. förmäles, efter bestämmande av vederbörande myndighet av statsmedel bestridas kostnaderna för transport av den avlidne till stationeringsorten eller till annan ort, i sistnämnda fall dock högst med belopp motsvarande kostnaderna för transport till stationeringsorten.

26 §.

Beräkning och utbetalning av kontanta löneförmåner.

I fråga om beräkning och utbetalning av läkare tillkommande kontanta löneförmåner skola bestämmelserna i 9 kap. statens allmänna avlöningsreglemente äga motsvarande tillämpning.

Detta reglemente träder i kraft den ..... från och med vilken dag vad i tidigare av Kungl. Maj:t eller vederbörande huvudman utfärdad författning eller föreskrift finnes stridande mot reglementets bestämmelser upphör att gälla, så vitt angår läkare, å vilken reglementet erhåller tillämpning.

Specialmotivering.

Civila läkaravlöningsreglementet.

Inledning.

Vårt utkast, som från början utarbetats efter mönster av det förslag till statens allmänna avlöningsreglemente, som framlagts av 1945 års lönekommitté i SOU 1947: 23, har omarbetats i syfte att vinna närmare överensstämmelse med det reglemente, som av Kungl. Maj:t utfärdats den 30 juni 1947 (SFS nr 411).

Civila läkaravlöningsreglementet är avsett att innehålla föreskrifter, som möjliggör en avveckling av det nuvarande »blandade» avlöningssystemet med fast avlöning jämte prestationsersättning för läkare, som huvudsakligen sysslar med vetenskaplig eller praktisk hälso- och sjukvård. Sådana läkare skulle enligt våra förslag om huvudmannaskap och administration under en förhållandevis lång övergångstid liksom för närvarande inneha antingen statlig eller kommunal anställning eller anställning hos halvofficiella institutioner såsom ägarna till vanföreanstalter och kustsanatorier. Terminologiskt har vi i den inledande föreskriften i 1 § uttryckligen angivit även lands-

tingsanställning, medan vi i övrigt till uttrycket kommunal anställning hänfört anställning både hos landsting, hos primärkommuner och hos halvofficiella institutioner, som nyss sagts.

Tekniskt sett hade man utan svårighet kunnat hänföra läkare med statlig anställning till statens allmänna avlöningsreglemente och läkare med kommunal anställning till ett särskilt läkaravlöningsreglemente. Då vi finner det nödvändigt att för samtliga vetenskapligt och praktiskt verksamma läkare skapa ett enhetligt avlöningssystem, har vi ansett större överskådlighet och förenkling stå att vinna genom att överföra även de statligt anställda läkare, varom fråga är, till det särskilda läkaravlöningsreglementet.

För samtliga ifrågavarande läkares sammanförande i ett gemensamt avlöningsreglemente talar även den omständigheten, att läkarna under övergångstiden skulle ha att välja mellan det nuvarande avlöningssystemet och heltidslön. Rent praktiskt blir det lättare att särskilja dessa båda kategorier, om den förra förekommer i eljest av vederbörande huvudman använda avlöningsreglementen och den senare i det särskilda läkaravlöningsreglementet. När den tid kommer, då samtliga kostnader för hälso- och sjukvård övertages av staten, torde bestämmelserna i civila läkaravlöningsreglementet böra inarbetas i statens allmänna avlöningsreglemente.

Att Kungl. Maj:t och riksdagen äger befogenhet att med bindande verkan för de icke-statliga huvudmännen fastställa ett avlöningsreglemente som det av oss föreslagna torde numera vara ställt utom diskussion.

Huvudmännens direkta löneutgifter till de i reglementet avsedda läkarna kommer att bli högre än för närvarande. Att av denna anledning föreslå något särskilt statsbidrag för ändamålet har vi icke funnit påkallat. Köpingsläkare och municipalläkare har avsetts bli underkastade reglementet först i samband med att de såsom provinsialläkare vinner statlig anställning. Även stads- och stadsdistriktsläkare kan antagas komma att i regel övergå till civila läkaravlöningsreglementet först i samband med att de beredes statlig anställning. I de sällan förekommande fall, då en sådan läkare begär att redan under sin kommunala anställningstid bli överförd till civila läkaravlöningsreglementet, torde merkostnaderna för huvudmannen, liksom då denne är ett landsting eller en stad utanför landsting, bli så förhållandevis föga kännbara, att de icke motiverar ett statsbidrag.

1 §.

Det faller utom vårt uppdrag att avge förslag beträffande läkartjänster vid försvarsväsendet. Sedan statsmakterna tagit ställning till vårt förevarande förslag, torde särskild utredning ofördröjligen böra verkställas, i vad mån möjlighet bör beredas dessa läkare att övergå till det särskilda läkaravlöningsreglementet.

De i reglementet föreslagna ersättningarna till professorer vid undervisningssjukhusen är avsedda att utgöra gottgörelse både för undervisnings-

skyldigheten och för skyldigheten att i förekommande fall tjänstgöra som chef för vederbörande klinik. Förslag till de detaljföreskrifter, som blir erforderliga beträffande dessa läkare, torde böra avges av vederbörande universitetsmyndigheter.

Tillräcklig anledning har icke synts oss föreligga att överföra övervägande administrativt verksamma läkare, som nu åtnjuter avlöning enligt civila avlöningsreglementet, till civila läkaravlöningsreglementet. Självfallet bör löneställningen för dem anpassas till löneställningen för läkare, underkastade sistnämnda reglemente. De läkare, som i detta hänseende närmast kommer i betraktande, är heltidsanställda läkare hos medicinalstyrelsen samt föreståndarna för statens bakteriologiska, rättskemiska och farmaceutiska laboratorier ävensom de medicinska cheftjänstemän, som enligt våra förslag skall anställas hos landstingen; frågan om lämplig löneställning för dem har vi berört i kap. 15, sid. 316 ff. Förslag till ändrad löneställning för chef, tillika läkare, vid statens skola för själsligt abnorma manliga elever, professor samt laborator och överlärare vid statens institut för folkhälsan, skolöverläkare samt professor i kroppsövningarnas fysiologi och hygien vid gymnastiska centralinstitutet torde, i den mån så finnes påkallat, vid remissbehandlingen av vårt betänkande böra avges av vederbörande myndigheter.

Reglementet omfattar i sin föreslagna utformning endast ordinarie läkare i självständig eller eljest överordnad ställning. Anställningsförhållandena för icke-ordinarie läkare samt vikarier ävensom andra underordnade läkare torde böra anpassas till dem vi föreslår. Tiden har emellertid icke medgivit oss att utarbeta föreskrifter i dessa hänseenden. Vi förutsätter, att frågorna om de underordnade läkarnas anställningsförhållanden göres till föremål för särskild utredning. Därvid torde även frågorna om ersättning till studerande under studietiden samt om garanti från det allmännas sida för studieskulder eller det allmännas övertagande av sådana skulder böra övervägas.

Stads- och stadsdistriktsläkare skall enligt vad vi tidigare förordat tillsvidare finnas såväl i statlig anställning som i kommunal. Till stadsläkare bör även hänföras andra tjänsteläkare i städerna med speciella arbetsuppgifter, exempelvis socialläkare. För läkare i stad som ingår i landsting, vilka erhåller statlig anställning, bör valrätt vid övergången föreligga mellan statens allmänna avlöningsreglemente och civila läkaravlöningsreglementet. För stads- och stadsdistriktsläkare i stad utom landsting bör motsvarande valrätt föreligga mellan de avlöningsförmåner, som staden eljest erbjuder, och förmånerna enligt civila läkaravlöningsreglementet. Köpings- och municipalläkare har ej medtagits, emedan vi tidigare föreslagit att sådana läkare successivt skall överföras till provinsialläkarvillkor.

2 §.

1 mom. Den formella förebilden har vi hämtat från 1945 års lönekommittés förslag till de högre kommunala skolornas avlöningsreglemente av år 1947 (SOU 1947: 23, sid. 252 ff.).

2 mom. Antalet kommunalt anställda läkare av varje slag torde böra fastställas i samma ordning som hittills.

3 §.

2 mom. Skyldighet att vikariera på medicinalrådstjänst föreligger för närvarande endast för förste provinsialläkare och överläkare vid statens sinnessjukhus. Då det både ur medicinalstyrelsens och de enskilda läkarnas synpunkt vore av värde, om rekryteringsbasen till medicinalrådstjänster gjordes bredare, har vi ansett ifrågavarande skyldighet böra utvidgas till att omfatta samtliga läkare under civila läkaravlöningsreglementet.

Att staten under tid, då kommunalt anställd läkare vikarierar å medicinalrådstjänst eller sådan statlig läkartjänst, som avses i momentets andra stycke, skall bekosta avlöningen till vikarien, medan den kommunala huvudmannen får stå för de lägre kostnaderna för successionsvikarien, har vi ansett klart. Föreskrifter härom bör dock ej ges i reglementet.

3 mom. Den nuvarande skyldigheten för förste provinsialläkaren i Gotlands län att bestrida provinsialläkartjänsten i Visby distrikt bör enligt vår mening upphöra. Denne förste provinsialläkare torde nämligen utom sedvanliga förste provinsialläkargöromål böra fullgöra arbete som medicinsk landstingsdirektör i Gotlands län.

Vederbörande läkare är för närvarande berättigade till särskild ersättning för uppdrag, som avses i detta moment. Att denna rätt måste upphöra är en självklar konsekvens av att läkarna erhåller ren tjänstemannaställning. Av didaktiska skäl anser vi, att bestämmelsen bör kvarstå, så länge jämsides med civila läkaravlöningsreglementet skall gälla avlöningsföreskrifter, som vilar på det blandade avlöningssystemet.

Tjänsteläkare, som i denna sin egenskap är sjukstuguläkare, bör icke erhålla särskild ersättning härför. Med uttrycket »läkare vid självständiga sjukstugor» i 1 och 2 §§ har vi i stället avsett läkare, som är heltidsanställda för meddelandet av vård vid sjukstugor.

4 mom. Den faktiskt förefintliga jourtjänstskyldigheten har icke direkt omnämnts i hittillsvarande statliga avlöningsreglementen. Denna skyldighet är dock så viktig och för läkaryrket egenartad, att vi icke ansett oss kunna förbigå densamma i reglementet.

4 §.

4 mom. I och med att läkarna överföres till vanliga tjänstemannavillkor, måste skyldigheten att tillhandahålla mottagningsrum jämte möbler och instrumentarium, telefon m. m. automatiskt övergå till huvudmannen. Då rättigheten att erhålla arbetsrum och nödiga utensilier för arbetet icke eljest uppfattas som en avlöningsförmån, har vi ansett oss sakna anledning att i förevarande sammanhang föreslå föreskrifter därom. Till dess att huvudmännen hunnit ordna lokaler m. m., varom nu är fråga, torde till förste pro-

vinsialläkarna, utöver nu utgående expensbidrag, böra utgå lokalbidrag m. m. enligt de principer, som gäller enligt Kungl. brev den 5 september 1941 angående dispositionen av posten till expenser samt delposten till lokalbidrag m. m. under anslaget till omkostnader för landsfiskaler m. fl. Tänkbart är, att en sådan friare anordning skulle visa sig billigare för statsverket även i det långa loppet. Ståndpunkt härutinnan torde böra fattas med ledning av bl. a. förste provinsialläkarnas remissyttranden över vårt betänkande.

Vi har ansett skäl av praktisk natur tala för att den provinsialläkare nu åvilande skyldigheten att tillhandahålla vikarie bostad fortsättningsvis bibehålles.

6 §.

Paragrafen innehåller tillämpliga bestämmelser ur 14 och 15 §§ statens allmänna avlöningsreglemente, utom såvitt angår

3 mom. Detta moment innehåller principen, att all läkarens verksamhet i denna hans egenskap normalt skall anses utövad i tjänsten. Med »betald läkarpraktik» förstår vi läkarverksamhet i läkarens egen regi. Verksamhet som läkare vid exempelvis en badort, ett privat sjukhem eller hos en förening bör däremot hänföras till 2 mom. En formell ändring av 18 § andra stycket sjukhuslagen den 20 december 1940 (nr 1044) synes oss påkallad i samband med fastställandet av förevarande bestämmelse. Den i detta stycke avsedda skyldigheten till konsultationspraktik och s. k. humanitär praktik skall givetvis gälla för alla läkare under civila läkaravlöningsreglementet. Med ordet »betald» meddelas endast förbud att begära ersättning för sådan praktik eller mottaga tillbjuden ersättning härför.

7 §.

Frågan om anställningsformen för läkare har under senare år vid flera tillfällen varit på tal. För vår del har vi funnit fullmaktsformen böra bibehållas. Föreskrifterna härom torde liksom nu böra lämnas i stadga, instruktion eller därmed jämförlig författning. För att övervinna betänkligheterna mot fullmaktsformen hos dem, som anser att formen förordnande tills vidare eller på viss tid bör användas, har vi föreslagit den förhållandevis vidsträckta förflyttningsskyldighet, som innehålles i denna paragraf. Det behöver icke sägas, att vi menar att förflyttningsrätten skall utnyttjas med stor varsamhet.

8 §.

Självfallet bör en översyn av pensionsbestämmelserna för läkare, som avses i detta reglemente, i sinom tid verkställas. Att redan nu framlägga förslag i detta avseende har vi icke ansett nödvändigt. Så mycket bör måhända antydas, att vi menar att pension till läkare bör utgå i huvudsak enligt de regler, som gäller för civila statstjänstemän i allmänhet. Därvid bör olika läkarkategorier hänföras till de lönegrader, som anges i 12 § 1 mom. här

nedan. En betydande förenkling skulle vinnas, om samtliga läkare, varom här är fråga, i förekommande fall överfördes från statens pensionsanstalt till allmänna tjänstepensionsreglementet. Merkostnaderna för statsverket skulle motsvaras av besparingar för de kommunala huvudmännen. De förra torde icke bli av avskräckande storlek.

10 §.

1 mom. Bakgrunden till vårt förslag om läkarnas löneställning utgör i första hand den av inspektören I. Lundgren verkställda undersökning beträffande läkares inkomster enligt 1943 års taxering, vilken kommer att publiceras som en särskild del av vår utredning. Lundgrens undersökning bekräftar den gängse uppfattningen, att den svenska läkarkårens genomsnittsinkomster ligger väsentligt högre än inkomsterna för statstjänstemän i överordnad ställning. Den frågan kunde då göras, om man inte, när läkarna nu skall överföras till heltidslön, borde ta tillfället i akt att genom en sänkning av deras genomsnittsinkomst minska den föreliggande disproportionen. För vår del hyser vi den bestämda övertygelsen, att en sådan sänkning inte bör komma i fråga.

Till en början vill vi erinra om att det numera torde vara allmänt erkänt, att avlöningen till högre statstjänstemän är för låg. Medicinalstyrelsen har i utlåtande till Kungl. Maj:t den 23 maj 1946 över medicinalstyrelseutredningens betänkande på denna punkt anfört bl. a. följande:

»Djupare sett torde väl dessa svårigheter bottna i den otillfredsställande konstruktionen av civila avlöningsreglementet, som påtalats av 1939 års tjänsteförteckningssakkunniga och som, såvitt nu är i fråga, innebär en kompression av löneskalan, som icke medger en tillfredsställande merersättning för det ökade ansvar, som innehavet av en chefsbefattning medför. Även om medicinalstyrelsen finner 1921 års avlöningssystem ha vissa förtjänster, anser styrelsen att frånvaron av bestämmelser om skälig ersättning till chefspersonal är otidsenlig. Denna ståndpunkt synes sammanfalla med de tjänsteförteckningssakkunnigas, på uttalanden av så gott som samtliga verkschefer grundade uppfattning. Enligt vad som uppgivits för medicinalstyrelsen har man flerstädes utomlands, bl. a. i Sovjetunionen, övergivit extrema likalönsprinciper och övergått till att avlöna chefspersonalen i förhållande till kvalitén på dess arbete och ansvaret som den bär. Medicinalstyrelsen har ock trott sig kunna iaktta vissa tecken, som tyder på att man på avgörande håll inom statsförvaltningen håller på att överge åsikten, att lönegraden A 30 är den enda rätta för byråchefer, och i stället är på väg att godtaga en rättvisare, med privat- och kommunalekonomi mera samstämd och därför på lång sikt också för staten förmånligare lönesättning för byråchefer med vederlikar.»

Den förhållandevis obetydliga löneförbättring, som beretts de högre statstjänstemännen genom riksdagens godkännande av förslagen i proposition nr 333 till 1946 års riksdag angående allmän löneregleringför befattningshavare i statens tjänst m. fl., räcker enligt vår mening icke till. Vi utgår därför från att den av 1939 års tjänsteförteckningssakkunniga påyrkade allmänna översynen av chefspersonalens avlöningsförhållanden inom en snar framtid måste komma till stånd. En utjämning av diskrepansen mel-

lan läkarinkomster och andra chefstjänstemannainkomster bör alltså ske icke genom en sänkning av de förra utan genom en höjning av de senare.

Till dessa allmänna synpunkter vill vi lägga några andra, som huvudsakligen berör läkarkåren som sådan. Redan 1902 års lönekommitté uttalade i sitt i proposition nr 74 till 1926 års riksdag återgivna förslag till löneregler ing för förste provinsialläkare och provinsialläkare bl. a., att det synts kommittén skäligt, att, då av dessa befattningshavare måste krävas en långvarig och dyrbar utbildning, avlöningen icke tillmättes för knappt. Båda de stora lönekommittéer, som närmast därefter sysslat med de statligt anställda läkarnas avlöningsförhållanden, nämligen 1928 och 1936 års lönekommittéer, har fasthållit vid denna synpunkt. På förslag av 1936 års lönekommitté godkändes för dessa läkare ett avlöningssystem, som enligt Lundgrens utredning gav den fjärdedel av följande läkarkategorier, som under år 1942 haft de högsta inkomsterna, nedanstående *netto*inkomst av läkarverksamhet, nämligen: förste provinsialläkare och med dem jämställda förste stadsläkare 28 400 kronor, provinsialläkare 26 700 kronor samt överläkare vid sinnessjukhus 27 000 kronor.

1945 års lönekommitté, som haft tillgång till dessa siffror, har i sitt förslag till statens allmänna avlöningsreglemente m. m. uttalat, att inkomstutvecklingen för provinsialläkarna visat en stegring under perioden 1936—1942 men att den dock — om man bortser från enstaka fall — icke hållit jämna steg med de avlöningsförhöjningar, som i dyrtidskompenserande syfte kommit statliga befattningshavare i allmänhet till del. Trots att lönekommittén funnit, att provinsialläkarnas inkomstnivå i stort sett måste betraktas som gynnsam i jämförelse med andra tjänstemannagrupper med specialutbildning av motsvarande slag eller jämförlig längd, har kommittén därför ansett sig icke böra undantaga provinsialläkarna från en avlöningsförbättring av ungefär samma storlek, som skulle tillkomma andra statstjänstemän.

Vid löneregleringar under de senaste tjugo åren för statligt anställda läkare, som sysslar med praktisk hälso- och sjukvård, har man alltså godtagit en löneställning, som väsentligt överstigit den för andra tjänstemän gällande. Att frångå denna ståndpunkt endast av den anledningen, att man nu — i statens intresse — vill överföra läkarna till ett modernare avlöningssystem, synes oss icke rimligt.

När häradshövdingarna nyligen överfördes till civila avlöningsreglementet, placerades de i lönegrad B 2, varjämte vissa av dem tillerkändes en avlöningsförstärkning som högst kan uppgå till 5 004 kronor. Efter den 1 juli 1947 kommer en häradshövding i lönegrupp V till följd härav att uppbära drygt 25 000 kronor om året. Vi vill icke pressa en jämförelse mellan vikten av en häradshövdings arbete och en läkares. Men vi anser oss kunna uttala, att både häradshövdingens arbete och läkarens är av synnerlig betydelse för samhället och att det synes naturligt, att man vid fixerandet av löneställningen för läkarna söker utgångspunkter i vad som gäller för häradshöv-

dingarna. Vårt förslag innebär, att läkarna för det arbete, som normalt kan rymmas inom en sjutimmarsarbetsdag, erhåller en lägre ersättning än häradshövdingarna, men att vissa av läkarna på grund av bl. a. särskilda omständigheter, som är knutna till utövningen av läkaryrket, kan erhålla högre ersättning.

1945 års lönekommitté har föreslagit vissa åtgärder för att lätta provinsialläkarnas jourtjänstskyldighet. Själva föreslår vi vissa ytterligare åtgärder både för dessa läkare och andra läkarkategorier. Att märka är emellertid, att en läkare, som i första hand skall tillhandagå allmänheten, icke i samma utsträckning som andra tjänstemän kan befrias från jourtjänst. En svår neurotiker kan tänkas ha förtroende endast för den läkare, som normalt handhar hans vård, en kirurg vill och bör i regel tillkallas, om det postoperativa förloppet inger farhågor, en försämring i tillståndet hos en sinnessjuk kan nödvändiggöra tillkallandet av just den läkare, som känner till yttringarna av hans sjukdom etc. Jourtjänstskyldigheten i denna bemärkelse är alltså något för läkaryrket specifikt. Skyldigheten är i regel betungande för läkare, som arbetar ensamma; för läkare på anstalter kan den kännas mindre tung, men den finns dock alltid, ehuru stundom blott i bakgrunden. Att mäta denna börda exakt och rättvist evalvera den i ett fixt ersättningsbelopp efter siffermässiga grunder är naturligtvis ogörligt. Vi har funnit beloppet 4 200 kronor för år utgöra ett skäligt medeltal för samtliga läkare, varom här är fråga. Det torde icke innefatta fullt skälig ersättning till alla allmänläkare, men vi har icke kunnat finna en beräkningsgrund, som skulle möjliggöra en differentiering.

Den andra omständigheten, som sammanhänger med den säregna arten av vissa läkares arbete och motiverar en särställning i avlöningshänseende, är att vården av sjuka och misstänkt sjuka anses göra det nödvändigt, att de för vården ansvariga läkarna i regel har sin bostad inom anstaltsområdet. Denna skyldighet, som ofta av vederbörande uppfattas som ett onus, har av ålder ansetts göra det påkallat, att dessa läkare erhåller fri tjänstebostad. Vi har saknat anledning att härutinnan föreslå någon ändring.

Vårt förslag till löneställning för olika läkarkategorier vilar på den principiella uppfattningen, att all fullgod läkargärning förtjänar samma ersättning. Denna uppfattning har medfört, att den spännvidd, som nu finns mellan lönerna för den övre kvartilen av olika läkarkategorier, i viss mån utjämnats både genom en relativ höjning för de sämst ställda och genom en relativ sänkning för de bäst ställda. Höjningarna är fullt motiverade ur rekryteringssynpunkt; sänkningarna är en i och för sig beklaglig konsekvens av vår ovan uppställda princip.

I detta sammanhang vill vi med några ord utveckla vad vi i kap. 12 anfört om formerna för övergången till det nya avlöningssystemet. Vi finner det angeläget, att denna övergång genomförs utan tvångsmedel. Självfallet kan i så fall de läkarkategorier, som erhåller en relativ förbättring

genom övergången, antas komma att först gå över på de nya villkoren. Inom de kategorier, där medelinkomsten ligger högre än de av oss föreslagna summabeloppen, torde endast läkare med särskilt låga inkomster föredra övergång, medan övriga läkare inom dessa kategorier torde komma att kvarstå på nuvarande villkor.

Med hänsyn till läkarbristen måste det dröja länge, i varje fall till den 1 juli 1960, innan samtliga läkare kan komma att överföras till civila läkaravlöningsreglementet. Man saknar enligt vår uppfattning anledning att under dessa omständigheter rygga tillbaka för den utveckling, vi ovan angivit som sannolik. Men förhållandet utgör ett starkt skäl för att avlöningsbeloppen bestämmes så, att så många läkare som möjligt finner med sin fördel förenligt att övergå.

När Kungl. Maj:t under övergångstiden utfärdar fullmakt för läkare, som därigenom blir underkastad civila läkaravlöningsreglementet, torde avskrift av fullmakten böra tillställas tillsynsmyndigheten för sjukkassorna. På pensionsstyrelsen bör därefter ankomma att underrätta sjukkassorna i läkarens vistelseort om att han icke längre äger uppbära arvode enligt taxa för meddelad vård.

En följd av att läkare enligt vårt förslag skulle äga välja mellan civila läkaravlöningsreglementet och nuvarande avlöningssystem kan bli, att allmänheten i ett läkardistrikt kan bli skyldig att erlägga ersättning enligt taxa, medan befolkningen i ett granndistrikt erhåller sin läkarvård kostnadsfritt. Detta är naturligtvis i och för sig beklagligt. Olägenheterna torde dock i stort sett icke bli större än de, som följer av det nuvarande beskattningssystemet, enligt vilket medlemmarna av en kommun kan ha en vida högre skatt än invånarna i grannkommunen. Den omständigheten, att här endast är fråga om en övergångsanordning, synes oss göra ifrågavarande ojämnhet tolerabel.

Berörda ojämnhet kan utan teknisk svårighet undanröjas därigenom, att sjukförsäkringen ersätter läkarvårdskostnader, som uppkommer genom vård, meddelad av icke-heltidsavlönade läkare, med 100 % i stället för med 75 % som enligt sjukförsäkringslagen. Kostnaderna för en sådan anordning skulle med utgångspunkt från beräkningarna i proposition nr 312 till 1946 års riksdag kunna antagas uppgå till drygt 10 miljoner kronor om året. Helt naturligt anser vi en 100-procentig ersättning av läkarvårdskostnaderna vara något mycket önskvärt. Främst av statsfinansiella skäl har vi icke velat framlägga förslag härom. Därest den omständigheten, att vissa medborgare skulle direkt få bidraga till sina läkarvårdskostnader medan andra medborgare skulle få täcka dessa kostnader beskattningsvägen, skulle anses stötande, torde utvägen med en 100-procentig ersättning från sjukförsäkringen trots de budgetära betänkligheterna böra anlitas.

Tekniskt innebär vårt förslag, att läkarna erhåller avlöning dels enligt lönegrader och löneklasser, hämtade ur statens löneplansförordning, dels ock därutöver genom särskilda tillägg. Liksom då det gäller häradshöv-

dingarna saknas anledning att göra läkarlöneplanen dyrortsgraderad. Däremot bör löneplanen av skäl, som vi kommer att redovisa nedan under 3 mom., omfatta tre lönegrupper.

2 mom. Att för läkarna ifrågasätta andra regler i fråga om lönens rörlighet än för statstjänstemän i allmänhet synes icke motiverat.

3 mom. I den inkomststandard, som läkaren kommer att representera, saknas anledning att ta nämnvärd hänsyn till dyrortsförhållandena. Det avgörande för viss tjänsts hänförlighet till den ena eller andra lönegruppen bör i stället i första hand vara lättheten eller svårigheten att få tjänsten besatt med fullt kompetent innehavare. Därvid blir distriktets belägenhet samt dess svårsköttbet väsentligen avgörande. För stads- och stadsdistriktsläkare bör första gruppen vara normallönegruppen. För distrikt inom ödemarksområden och i översta Norrland bör tredje lönegruppen i regel komma till användning. Den mellanliggande lönegruppen bör användas för distrikt som kan anses mera avsides belägna eller mera svårskötta än normalt.

11 §.

1 mom. Det bör framhållas, att ersättning för utfärdande av intyg icke skulle utgå till läkare, som blir underkastad föreskrifterna i detta reglemente.

13 §.

Prövningen, huruvida en föregående kommunal anställning skall kunna anses likvärdig med tjänst som avses i detta reglemente, torde böra ankomma på vederbörande hälsovårdsstyrelse.

17 §.

2 mom. Då hänsyn till distriktens svårsköttbet och belägenhet bör tas vid bestämmandet av lönegrupp, synes anledning saknas att gradera avlöningsförstärkningen.

3 mom. Vår tidigare uppställda princip, att all läkargärning förtjänar samma ersättning, innebär självfallet icke, att alla läkare bör uppbära ett lika stort sammanlagt avlöningsbelopp. Redan tidigare har vi angivit, att hänsyn måste tagas till svårsköttbet och belägenhet. Vårt förslag till lönegradernas uppdelning på löneklasser innebär ett godtagande av principen om ålderstillägg. Förslaget att biträdande läkare av skilda slag skall placeras i lägre löneställning har till utgångspunkt, att de i regel icke hunnit förvärva samma skicklighet och erfarenhet som läkarna ett steg högre upp på befordringsskalan. Det i förevarande moment gjorda förslaget, att särskild ersättning skall utgå till överordnade läkare vid lasarett, bygger på den omständigheten, att det måste antas komma att normalt alltid ta längre tid för en lasarettsläkare att nå sin sluttjänst än för en allmänläkare.

19 §.

1 mom. Principiellt är den i detta moment föreslagna ersättningen av samma natur som de i 32 § statens allmänna avlöningsreglemente upptagna.

2 mom. Som av kap. 7 framgår utges dessa ersättningar för närvarande av landstingen. Då de ortscentrala läkarchefernas deltagande i övriga hälsovårdsadministrativa ortsorgans överläggningar uppenbarligen i minst lika hög grad är ett statsintresse, bör staten enligt vår mening fortsättningsvis stå för dem.

3 mom. Då det gäller undervisningsarvodets storlek, har vi beträffande överlärare vid barnmorskeläroanstalterna fasthållit vid nuvarande ordning, enligt vilken dessa läkare har en lägre löneställning än universitetsprofessorerna.

Professorer, som icke tillika är klinikchefer, förekommer i de s. k. teoretiska disciplinerna. Med hänsyn till den utomordentliga vikten av att till de teoretiska lärostolarna förvärva framstående forskare — det är i avsevärd utsträckning på deras resultat inom »grundämnena», som de kliniska vetenskaperna skall bygga — har vi sökt avpassa deras undervisningsarvoden så, att de skall erhålla en något högre sammanlagd avlöning än en lasarettsläkare.

4 mom. Den sammanlagda avlöningen till läkare, som avses i detta moment, blir mycket hög, om den mäts med de mått, som vanligen användes, då det gäller statstjänstemän. Vårt förslag innebär ett accepterande i princip av de förhållanden, som nu råder. Att ihågkomma är, att dessa professorer även tjänstgör såsom konsulter åt andra lasarettsläkare. Självfallet skulle professorerna icke äga att för givna kurser uppbära särskild avgift av de studerande.

21 §.

Utom av de här angivna läkarna åtnjutes fri tjänstebostad för närvarande av andra läkare, exempelvis lasarettsläkare vid större landstingsanstalter samt vissa provinsialläkare och stadsläkare. Av principiella skäl anser vi att förmånen bör upphöra för dem. Givetvis bör sådan läkare, som önskar övergå till civila läkaravlöningsreglementet, övergångsvis bibehållas vid den nuvarande förmånen.

Vi har tidigare som grund för beräkning av hyresersättning föreslagit reglerna i tjänstereglementet för landstingens befattningshavare. Dessa bestämmelser återfinnes i bil. 13.

23 §.

2 mom. Den av oss föreslagna regeln har synts oss för vårt ändamål mera rationell än den, som gäller enligt 39 § statens allmänna avlöningsreglemente. Förslag till lämpliga ersättningsbelopp torde kunna avges av de i 1 mom. angivna korporationerna. I de fall, där läkarens sjukvårdsanstalt kostnadsfritt ställer tjänstebil till hans förfogande, bör bilersättning naturligtvis ej utgå.

Tablå över läkare enligt civila läkaravlöningsreglementet tillkommande kontant avlöning.

	I	II	III
LÖNEGRAD L 1.			
Löneklass 1	13 896	14 712	15 528
6 %	834	864	864
	14 730	15 576	16 392
Jourtjänstersättning	4 200	4 200	4 200
Avlöningsförstärkning	4 800	4 800	4 800
	23 730	24 576	25 392
Kallortstillägg (i förekommande fall)	Lägst	(96)	(96)
	Högst	720	720
		25 296	**26 112**
Löneklass 4	15 408	16 224	17 040
6 %	864	864	864
	16 272	17 088	17 904
Jourtjänstersättning	4 200	4 200	4 200
Avlöningsförstärkning	4 800	4 800	4 800
	25 272	26 088	26 904
Kallortstillägg (i förekommande fall)	Lägst	(96)	(96)
	Högst	720	720
		26 808	**27 624**
LÖNEGRAD L 3.			
Löneklass 3	14 904	15 720	16 536
6 %	864	864	864
	15 768	16 584	17 400
Jourtjänstersätt. + avlöningsförstärkning	9 000	9 000	9 000
	24 768	25 584	26 400
Kallortstillägg (i förekommande fall, här räknas endast med högsta kallortsklass)		720	720
Säger	**24 768**	**26 304**	**27 120**
För lararettsläkare samt andra läkare, som avses i 18 § 3 mom. förslaget, tillkommer särskild ersättning	4 500	4 500	4 500
Säger för dessa läkare	**29 268**	**30 804**	**31 620**[1]
För överläkare vid fångvårdsanstalterna och sinnessjukhus tillkommer i stället fri tjänstebostad eller hyresersättning, förslagsvis	3 600	3 168	2 760[1]
Säger för dessa läkare	**28 368**	**29 472**	**29 880**[1]
Löneklass 6	16 416	17 232	18 048
6 %	864	864	864
	17 280	18 096	18 912
Jourtjänstersätt. + avlöningsförstärkning	9 000	9 000	9 000
	26 280	27 096	27 912
Kallortstillägg (enligt löneklass 3)		720	720
Säger för provinsialläkare m. fl.	**26 280**	**27 816**	**28 632**
För lasarettsläkare och andra läkare, som avses i 18 § 3 mom. särskild ersättning	4 500	4 500	4 500
Säger för dessa läkare	**31 780**	**32 316**	**33 132**[1]

[1] För styresman tillkommer styresmannaarvode med 1 200 kronor.

	I	II	III
För överläkare vid fångvårdsanstalter och sinnessjukhus: fri bostad eller hyresersättning	3 600	3 168	2 760
Säger för sinnessjukhusläkare m. fl.	**29 880**	**30 984**	**31 392**[1]
LÖNEGRAD L 5.			
Löneklass 5	15 912	16 728	17 544
6 %	864	864	864
	16 776	17 592	18 408
Jourtjänstgöring och avlöningsförstärkning	9 000	9 000	9 000
	25 776	26 592	27 408
Lönetillägg för kontakt med kommunala myndigheter	3 600	3 600	3 600
Säger för förste provinsialläkare m. fl.	**29 376**	**30 192**	**31 008**
För professor i teoretisk disciplin försvinner lönetillägget men tillkommer undervisningsarvode	6 000	6 000	6 000
Säger för professor i teoretisk disciplin	**31 776**	**32 592**	**33 408**
För professor, tillika klinikchef, försvinner arvodet på 6 000 kronor men tillkommer undervisningsarvode och särskild ersättning	16 500	16 500	16 500
Säger för dessa professorer	**42 276**	**43 092**	**43 908**
Till allmänna barnbördshusets direktör utgår endast särskild ersättning och styresmannaarvode		5 700	
Säger för denne		**32 292**	
Löneklass 8	17 424	18 240	19 056
6 %	864	864	864
	18 288	19 104	19 920
Jourtjänstgöring och avlöningsförstärkning	9 000	9 000	9 000
	27 288	28 104	28 920
Lönetillägg enligt löneklass 5	3 600	3 600	3 600
Säger	**30 888**	**31 704**	**32 520**
För professor i teoretisk disciplin försvinner lönetillägget men tillkommer undervisningsarvode	6 000	6 000	6 000
Säger för professor i teoretisk disciplin	**33 288**	**34 104**	**34 920**
För professor, tillika klinikchef, försvinner arvodet på 6 000 kronor men tillkommer undervisningsarvode och särskild ersättning	16 500	16 500	16 500
Säger för dessa professorer	**43 788**	**44 604**	**45 420**
Till allmänna barnbördshusets direktör utgår endast särskild ersättning och styresmannaarvode		5 700	
Säger för denne		**33 804**	

[1] För styresman tillkommer styresmannaarvode med 1 200 kronor.

Förslag

till

kungörelse om ändrad lydelse av 1 § i Kungl. kungörelsen den 15 juni 1944 (nr 396) angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård.

1 §.

Till landsting eller stad, som ej deltager i landsting, må med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse utgå statsbidrag för anordnande och upprätthållande av rådgivande verksamhet beträffande förebyggande mödra- och barnavård, innefattande jämväl behandling av sjukdomar, vilka icke fordra vård å sjukhus.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1949.

Förslag

till

kungörelse om ändrad lydelse av 1 och 2 §§ i Kungl. instruktion den 20 oktober 1944 (nr 711) för centrala sjukvårdsberedningen.

1 §.

Centrala sjukvårdsberedningen har att i enlighet med vad nedan närmare angives handlägga ärenden rörande planläggning och utrustning av sjukhus och därmed jämförliga inrättningar, planläggning av den öppna och den slutna vården inom rikets sjukvårdsområden samt standardisering av inventarier och materiel inom hälso- och sjukvården. Vidare åligger det beredningen att samla, registrera, systematiskt bearbeta och arkivera uppgifter rörande hälso- och sjukvårdsväsendet inom och utom landet i och för rationalisering på det sjukhustekniska området. Härvid har beredningen att taga de initiativ och väcka de förslag, som befinnas påkallade.

2 §.

Till fullföljande av de i 1 § angivna uppgifterna skall det särskilt åligga beredningen

a) att i samråd med medicinalstyrelsen uppgöra prognoser rörande landets behov av läkare, såväl allmänläkare som specialister, och av olika kategorier medicinsk hjälppersonal såsom sköterskor, kuratorer, dietassistenter, sjukgymnaster, sysselsättningsterapeuter, laboratorie- och röntgentekniker, skrivbiträden m. fl.

b) [= nuvarande a)]

c) [= nuvarande b)]

d) [= nuvarande c)]

e) [= nuvarande d)]

Denna kungörelse träder i kraft den 1 juli 1949.

Kap. 18. Sammanfattning av de framlagda förslagen.

Såsom i inledande anmärkningar närmare utvecklats, har vi i första avdelningen av detta betänkande sökt ge en bild av den utveckling, som hittills försiggått i vårt land inom den öppna läkarvården. Vi har sökt belysa denna vårds medicinska, administrativa och ekonomiska sidor genom redogörelser för våra egna intryck, för resultaten av ett flertal av oss företagna enkäter samt för en del av litteraturen på området (avd. I). Förhållandena är utomordentligt mångskiftande. Även om vissa tendenser är skönjbara, framgår klart frånvaron av ledande principer för utvecklingen.

En internationell översikt (avd. II) ger en antydan om de strävanden, som i olika länder gjort och gör sig gällande för att få till stånd en organisation, varigenom allmänheten skall kunna tillförsäkras en fullständig och fullvärdig öppen läkarvård. Vissa allmänna principer för hur detta skall ske har allt klarare utkristalliserat sig på olika håll. Främst syftar man till att i läkargärningen infoga även de förebyggande åtgärderna och arbetet för positiv hälsa och att göra läkarkårens samlade insats till en organisk del av samhällets hälso- och sjukvård.

En principiell diskussion fastslår denna internationella utvecklings målsättning såsom i huvudsak giltig också för oss samt uppvisar, i vilka avseenden förhållandena i vårt land ännu icke fyller måttet och efter vilka linjer de skulle kunna bringas till närmare överensstämmelse med den angivna målsättningen (avd. III). Vi konstaterar, att läkaryrkets fortgående utveckling från privat skråverksamhet till av det allmänna organiserad och kontrollerad tjänst innebär väsentliga fördelar för de vårdsökande och att denna utveckling — tvärt emot de farhågor, som ofta uttalats från läkarnas egna organisationer — även bör kunna leda till för läkarna förmånligare arbetsvillkor än de hittillsvarande. Vi finner tiden vara inne för det allmänna att göra väsentligt större uppoffringar för att den öppna vården i vårt land skall bli mera tidsenlig och bättre tillgodogöra sig den medicinska vetenskapens utveckling.

I sista avdelningen (avd. IV) framföres våra förslag. I en allmän organisationsplan för den öppna hälso- och sjukvården föreslås, att den vård, som nu är anordnad av samhället, utbygges och kompletteras med av det allmänna inrättade och drivna hälsocentraler av olika typer, avsedda för både sjuka och friska. För att åskådliggöra hur dessa hälsocentraler kunna tänkas beskaffade återger vi i slutet av detta betänkande de principritningar till sådana, som på framställning av oss utarbetats inom centrala sjukvårdsberedningen. Hälsocentralerna tänkes dels anknutna till allmänna sjukhus, centrallasarett (typ I c), normallasarett (typ I n), odelade lasarett (typ II l) eller sjukstugor (typ II st), dels förlagda till tjänsteläkarnas stationsorter (typ II p) eller övriga mottagningsställen (hälsofilialer). Vid de hälsocentra-

ler, som är anknutna till sjukhus, skall i första hand sjukhusens egna läkare vara verksamma. En organisation under offentliga huvudmän är ägnad att underlätta en samverkan mellan centralerna, t. ex. i form av tillfälliga eller periodiskt återkommande besök av specialläkare från hälsocentral av typ I vid hälsocentraler av typ II eller översändande av patienter från en hälsocentral till en annan efter vad med hänsyn till patientens vistelseort, fallets art m. m. befinnes lämpligt. Likaså bör tjänstebyten för de vid centralerna anställda efter vissa allmänna regler vara möjliga till förmån för läkarnas och den övriga vårdpersonalens vidare utbildning och för att motverka yrkesmässig isolering och ensidighet.

De förslag, som i anslutning härtill av oss framlägges, har hänförts till två grupper, aktuella förslag och framtidsförslag. Den förra gruppen omfattar förslag, avsedda att träda i kraft samtidigt med den nya sjukförsäkringslagen — den 1 juli 1950 — eller tidigare. Framtidsförslagen avser att dra upp riktlinjer för den öppna läkarvårdens utveckling på längre sikt. Dit hänföres också de förslag om försöksverksamhet, som vi funnit oss böra framlägga.

Då flertalet av våra förslag avser att ge anvisning om de principiella linjer, efter vilka de föreliggande problemen enligt vår mening bör angripas, har vi ansett detaljutformningen böra anstå, tills, efter vederbörligt remissförfarande, ställning tagits till de principer, åt vilka vi gett uttryck. Sedan detta skett synes en överarbetning av förslagen böra verkställas. I samband därmed bör också de i kap. 17 intagna, av medlemmen i utredningen, byråchefen Erik Annell utarbetade utkasten till författningsförslag liksom övriga författningar, som innehåller eller bör innehålla bestämmelser om den öppna läkarvården, underkastas en grundlig översyn.

Slutligen må erinras om att de framlagda förslagen med få undantag intimt sammanhänger med varandra; skulle de beslutande myndigheterna finna, att ett eller flera av dem icke bör realiseras, måste det därför noga övervägas, om de övriga under sådana förhållanden lämpligen kan och bör genomföras i oförändrad form.

De aktuella förslagen innebär i organisatoriskt hänseende

att, genom ändring i gällande sjukhuslag och sjukhusstadga, ansvaret för den öppna vården vid kroppssjukhusen överflyttas till huvudmännen för dessa anstalter, vilka således skall tillhandahålla läkare och annan personal, lokaler, instrument och förbrukningsartiklar för öppen lika väl som för sluten vård, samt att berörda författningar även i övrigt i tillämpliga delar bringas att gälla för den öppna vården; (1)

att en fortlöpande översyn över den öppna vårdens resurser vid de slutna anstalterna för kroppssjukvård verkställes av huvudmännen för denna vård, vilka det jämväl skall åligga att i samråd med medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen upprätta planer för utbyggnaden av den öppna

vården vid eller i anslutning till anstalterna inom de olika sjukvårdsområdena; (2)

att regelbundna specialistmottagningar för öppen psykiatrisk vård anordnas i anslutning till sinnessjukhusen genom direktionernas försorg; mottagningarna kan efter omständigheterna anförtros åt såväl över- som underordnade läkare med erforderlig kompetens och bör om möjligt förläggas till lokaler utanför sjukhusen; för att möjliggöra realiserandet av detta förslag bör på medicinalstyrelsens stat uppföras 24 nya underläkartjänster vid sinnessjukhusen, att av styrelsen fördelas efter behov; (3 a)

att vid samtliga sinnessjukhus överläkartjänster, särskilt avsedda för utbyggnaden av hjälpverksamheten, inrättas, t. ex. på sådant sätt att omsorgen för denna verksamhet i tur och ordning för ett år i sänder anförtros åt en av överläkarna vid sinnessjukhuset, varför antalet överläkare vid varje sådan anstalt hädanefter bör med en överstiga antalet överläkaravdelningar; (3 b)

att köpings- och municipalläkarinstitutionen successivt avvecklas och ersättes med provinsialläkartjänster och att som ett första steg härtill för budgetåret 1949/50 förslagsvis 15 provinsialläkartjänster upptages för detta ändamål utöver de tjänster, som avses för normal utbyggnad av provinsialläkarkåren; (4)

att för städernas del — till en början endast i fråga om landstingsstäderna — ett motsvarande överförande till provinsialläkarstaten sker av stadsläkare och stadsdistriktsläkare, för vilket ändamål som ett första steg för budgetåret 1949/50 25 provinsialläkartjänster upptages utöver de ovan under punkt 4 nämnda; (5)

att, i avvaktan på att landstingsstädernas tjänsteläkare hinner överföras till provinsialläkarstaten, städerna utom landsting tills vidare själva får ordna sin tjänsteläkarfråga, eventuellt med statsbidrag, enligt vissa av Kungl. Maj:t och riksdagen fastslagna regler om ett minsta antal stadsläkare resp. extra stadsläkare (jämför sid. 298 ff.); (6)

att pensionsstyrelsen, socialstyrelsen och det föreslagna arbetsrådet genom ändring i sina instruktioner ålägges att, i den mån så icke redan gäller, i frågor, som rör hälso- och sjukvård och är av principiell innebörd eller större praktisk betydelse, före fattande av beslut samråda med medicinalstyrelsen (jämför sid. 91 ff.); (7)

I fråga om ersättningen till läkarna för arbetet i den öppna vården innebär de aktuella förslagen

att en väsentligt förenklad läkarvårdstaxa, byggd på samma principer som det i kap. 17 intagna utkastet till »civila läkarvårdstaxan av år 1949» och således innehållande föreskrifter om ersättning även för specialvård, hälsovårdande undersökning och rådgivning samt intyg, får ersätta ett flertal av de taxor, som nu är i tillämpning, däribland sjukkassetaxan och provinsialläkartaxan; (8)

att i sjukförsäkringslagens bestämmelser sådana ändringar verkställes, att a) taxebeloppet för barn under 16 år generellt ersättes hundraprocentigt av kassan; att b) intygsersättning utom i speciellt angivna fall anses ingå i ersättningen för den rådfrågning, undersökning eller behandling, som föregått utfärdande av intyget, samt ersättes av kassa, arbetsgivare, pensionsstyrelsen eller försäkringsinrättning efter vissa allmänna regler (jämför sid. 302 och 346 ff.) samt att c) särskild utredning sker, om icke grunderna för läkarnas ersättning borde så ändras, att läkarna erhölle hela sin ersättning enligt taxan från sjukkassan, i vissa fall annan, medan kassan därefter hade att söka den patienten åvilande fjärdedelen åter av denne, eller, om sådan lösning icke blir möjlig, att läkaren erhölle ¼ av sin ersättning enligt taxan av patienten och resten från sjukkassan, i vissa fall annan (utkastet till läkarvårdstaxa i kap. 17 är baserat på det förstnämnda av dessa båda alternativ). (9)

Det må anmärkas, att den av oss presenterade läkarvårdstaxan icke är avsedd att vara bindande för alla läkare, enär vi förutsatt, att även utan en sådan bestämmelse ett för den öppna vården tillräckligt antal läkare såsom tjänsteläkare eller i däremot svarande ställning skall vara skyldiga att tillämpa taxans belopp. Skulle så icke bli fallet, måste man enligt vår mening införa en för samtliga läkare bindande maximerad sjukkassetaxa avseende all vård, som helt eller delvis ersättes av kassa.

Förslagen i punkterna 8 och 9 kommer — om de realiseras — att inverka på vissa befattningshavares ställning. Med anledning härav föreslås

att frågan om militärläkarnas löneställning, för den händelse läkarvårdstaxan blir bindande för dessa läkare, underkastas särskild utredning; (10)

att frågan om verksläkarnas övergång till att bli enbart förtroende- och hälsovårdsläkare underkastas särskild utredning (sid. 303); (11)

att kungörelsen angående villkor för behörighet till vissa läkarbefattningar den 17 december 1915 ändras för ordinarie och extra provinsialläkare och ordinarie och extra stadsläkare så, att för sådan behörighet kräves minst två sjukhusår efter medicine licentiatexamen (sid. 30). (12)

Tillfälliga åtgärder blir behövliga för att främja de privatpraktiserande läkarnas övergång till taxebunden tjänsteställning. I dylikt hänseende föreslås,

att vissa ekonomiska stödåtgärder vidtages för att göra det möjligt för privatpraktiserande läkare, som så behöver, att komplettera sin utbildning i och för antagande som tjänsteläkare. Dessa stödåtgärder bör avse långivning dels för täckande av utgifterna under den kompletterande utbildningstiden, dels för skuldavlösning (sid. 304 ff.). (13)

Utöver de ovan refererade förslagen av ekonomisk natur har vi övervägt vissa ytterligare förändringar i fråga om de ekonomiska förhållandena inom den öppna vården. I detta syfte hemställer vi, att *särskilda utredningar måtte verkställas.*

om lämpligheten av att en särskild hälsovårdsavgift uttages för hälso- och sjukvårdens finansiering samt om utformningen av en sådan avgift; (14)

om befrielse för patienterna i den öppna vården vid ortopediska lasarettsavdelningar, vanföreanstalter m. m. från kostnaderna för stödjebandage och proteser; (15)

om lämpligheten av att det nu utgående anslaget till bidrag för anskaffande av bostäder åt provinsialläkare på landsbygden helt eller delvis ersättes av ett investeringsanslag för uppförande genom statens försorg av bostäder och mottagningslokaler åt dessa läkare (hälsocentraler av typ II utan anknytning till anstalt för sluten vård och hälsogårdar) samt — om sagda utredning skulle ge positivt resultat — om icke ett sådant investeringsanslag borde få användas även till inlösen av redan befintliga byggnader. Skulle man i stället finna, att bidragsgivningen borde bibehållas i sin nuvarande form, vill vi icke underlåta att understryka betydelsen av att gränserna för densamma vidgas till att omfatta även mottagningslokaler, som på landsbygden uppföres för läkare, sjuksköterskor m. fl. utan att anordnas i samband med läkarbostad. Härjämte vill vi framhålla såsom mycket önskvärt för att stimulera till kommunalt bostadsbyggande för provinsialläkare, vilket för närvarande som bekant i allmänhet är förutsättningen för att överhuvud kunna inrätta nya provinsialläkardistrikt men å andra sidan förenat med avsevärda kostnader för vederbörande stationsort, att statsbidragen för detta ändamål till beloppet höjes och att tertiärlånegivningen får gälla även dessa bostäder. (16)

Slutligen framlägges förslag, ägnade att underlätta funktionen av den anbefallda organisationen, nämligen

att sådan ändring göres i föreskrifterna om den förebyggande vården, där så ej redan skett, att den även kan komma att omfatta behandlingen av upptäckta brister i hälsotillståndet och att formerna för läkarnas ersättning härför regleras (sid. 253 ff.); författningsförslag (sid. 384); (17)

att medicinalstyrelsen erhåller i uppdrag att låta utarbeta och fastställa en eller flera typer av hälsokort för vuxna samt att låta pröva dem i praktiken; (18)

att medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen erhåller behövlig förstärkning av sina arbetskrafter för genomförande av vissa av de ovan framförda förslagen. (19)

Under rubriken framtidsförslag och försöksverksamhet föreslår vi följande åtgärder, som berör läkarantalet och dess anpassning efter vårdbehovet:

att medicinalstyrelsen genom tillägg till sin instruktion ålägges att i samråd med centrala sjukvårdsberedningen minst vart femte år verkställa en beräkning av behovet av läkare och medicinsk hjälppersonal av olika kategorier (jämför utkast till ändring av instruktionen för centrala sjukvårdsberedningen (sid. 384); (20)

att enkla former införes för förvärvande av »venia prakticandi» i Sverige för läkare från de övriga nordiska länderna (sid. 310 ff.); (21)

att, sedan intagningen av medicine studerande vid de medicinska undervisningsanstalterna i Stockholm, Uppsala och Lund ökats så långt detta utan våda för undervisningen kan ske och sedan en medicinsk fakultet kommit till stånd i Göteborg, utredning verkställes om inrättande av en sådan fakultet i Sundsvall samt — om läkarbehovet icke skulle kunna täckas genom dessa fem fakulteter — att utredning därefter verkställes om inrättande av en sjätte, förslagsvis i städerna Norrköping—Linköping. (22)

För att tillgodose kravet på en ökad samverkan mellan hälso- och sjukvård samt socialvården i vidare mening (jämför sid. 108) förordar vi,

att ytterligare utredning verkställes om huru ämnena sociologi, socialmedicin och psykologi skall kunna erhålla ökat utrymme i läkarutbildningen och i den assisterande vårdpersonalens utbildning; (23)

Det ökade engagement i fråga om den öppna vården i distrikten, som våra förslag innebär för staten, skulle vid en i stort sett oförändrad sjukvårdsorganisation komma att nödvändiggöra en väsentlig utbyggnad av medicinalstyrelsen utöver den, som beslutats av 1947 års riksdag (jämför sid. 278). Såsom ett alternativ framstår en decentralisering av medicinalstyrelsens administrativa uppgifter. Då det gäller den framtida organisationen synes en sådan decentralisering kunna ske samtidigt som olika åtgärder vidtages, ägnade att stärka de perifera områdenas möjligheter att med bibehållen lokal självbestämmanderätt möta de ökade kraven. I sådant syfte föreslås

att en decentralisering av medicinalstyrelsens direkta förvaltningsuppgifter sker till statskommunala hälsovårdsstyrelser förlagda till orter med medicinsk fakultet eller högskola. (24)

Omfattningen och arten av dessa hälsovårdsstyrelsers uppgifter bör ytterligare utredas.

Vi har för vår del föreslagit,

a) att hälsovårdsstyrelserna såsom huvudmän får övertaga ansvaret för kostnaderna för allmänläkarna, i den mån de är eller blir tjänsteläkare, deras utrustning, biträdespersonal, förbrukningsmateriel, mottagningslokaler och på många håll bostad, liksom landstingen-huvudmännen enligt punkt 1 föreslås få göra för specialläkarna; städerna utanför landsting förutsättes tills vidare överta ansvaret för dessa uppgifter beträffande båda läkarkategorierna, för allmänläkarna eventuellt med statsbidrag;

b) att den centrala förvaltningen av de statliga sinnessjukhusen decentraliseras till hälsovårdsstyrelserna;

c) att hälsovårdsstyrelserna därefter får övertaga vårdhemmen för lättskötta sinnessjuka från landstingen efter utredning om den ekonomiska uppgörelse, som härvid bör ske, såvida icke dessa anstalter först under en

övergångstid, innan förslaget under b) hunnit realiseras, överföres till medicinalstyrelsen såsom huvudman för de statliga sinnessjukhusen;

d) att slutligen även administrationen av sinnesslövården avlyftes landstingen och överföres till hälsovårdsstyrelserna; (25)

att förhandlingar upptages om formerna för och storleken av det allmännas bidrag till utrustning, biträdespersonal, förbrukningsmateriel och lokaler, varom under punkt 25 a) talats, och anslag för ändamålet därefter uppföres på riksstaten (förslag till mera fast ordning se sid. 312 ff.); (26)

att en hälsovårdsstyrelse på försök inrättas i Göteborg eller möjligen Lund; (27)

att utredning igångsättes om en mera enhetlig reglering av universitetssjukhusens ställning i förhållande till olika huvudmän, med sikte på deras roll som regionsjukhus, vartdera för en hälsovårdsstyrelses område; (28)

att en biträdande förste provinsialläkare anställes på heltid i samtliga län utom Gotlands, att i samband härmed förste provinsialläkaren i Gotlands län upphör att samtidigt tjänstgöra som provinsialläkare i Visby distrikt; (29)

att landets provinsialläkarorganisation kompletteras med en biträdande provinsialläkarinstitution (sid. 282) samt att så i vissa län försöksvis sker genom förslag till 1949 års riksdag. (30)

Först när de medicinska studierna icke längre nödvändiggör skuldsättning och när läkarnas antal tillåter en önskvärd reglering av deras arbetstid, kan ersättningsfrågan erhålla en mera definitiv lösning enligt mönster av andra kårers i det allmännas tjänst. Innan så skett måste en modern anordning av organisationen kräva särskilda uppoffringar från det allmännas sida. För denna mellantid föreslås

att ett civilt läkaravlöningsreglemente enligt av oss uppgjort eller i annan ordning utarbetat förslag (sid. 361) antages, så snart den ekonomiska situationen tillåter det; (31)

att ingen läkare förklaras skyldig att mot sin vilja övergå till civila läkaravlöningsreglementet, förrän det kan beräknas att läkarens arbetstid, frånsett jourtid, icke kommer att överstiga 7 timmar per dag; (32)

att, sedan förslag till civilt läkaravlöningsreglemente blivit antaget, det omedelbart genomföres för professorerna i de medicinska disciplinerna, förste provinsialläkarna och sinnessjuköverläkarna, eller att dessa kategorier på annat sätt tillerkännes motsvarande avlöningsförstärkning; (33)

att utredning verkställes om de pensionsförmåner, som bör tillkomma läkare, vilka övergår till civila läkaravlöningsreglementet, helst genom att staten övertar pensioneringskostnaderna för alla dessa läkare; samt att utredning tillika kommer till stånd om de underordnade sjukhusläkarnas anslutning till civila läkaravlöningsreglementet; (34)

att efter antagande av civila läkaravlöningsreglementet de övervägande administrativt verksamma läkarna i den centrala förvaltningen får sina

löner reglerade i överensstämmelse med reglementets inkomstskala, och att i remissvaren förslag måtte avges rörande lämplig framtida löneställning för olika sådana läkarkategorier; (35)

att anstalter vidtages för att civila läkaravlöningsreglementet genom överenskommelse mellan därav berörda parter blir på prov tillämpat i fråga om samtliga läkare inom något eller några mindre områden, t. ex. ett län eller delar av län på olika håll i landet; (36)

att utredning snarast igångsättes om stipendiering av medicine studerande och kandidater, så att ingen av kostnadshänsyn behöver avstå från att välja läkarbanan; (37)

Slutligen förordar vi

att — helst i olika delar av landet i anslutning till vad som föreslagits i punkt 36 — en försöksverksamhet med kombinerad hälso- och sjukvård av den beskaffenhet, som i betänkandet skisserats som framtidsmål, kommer till stånd, så snart detta lämpligen kan ske efter verkställd stomplanering enligt punkt 2 i våra aktuella förslag. Om sådan försöksverksamhet bör överenskommelse träffas mellan medicinalstyrelsen och huvudmännen i berörda sjukvårdsområden. I verksamheten skall bl. a. ingå förebyggande undersökning två gånger årligen genom familjeläkare och vid behov genom specialläkare enligt för olika åldrar avpassat schema, som bör utarbetas gemensamt av statens medicinska forskningsråd och medicinalstyrelsen. (38)

Kap. 19. Särskilda yttranden.

Herr *Restad:*

I anslutning till den utredning med förslag till reglering av den öppna sjukvården, som framlägges av medicinalstyrelsens härför utsedda kommitté, får undertecknad, som ej i alla delar kan ansluta mig till förslagen, avgiva följande särskilda yttrande:

Inledningsvis får jag anmäla, att jag icke haft närmare tillfälle deltaga i utarbetandet av vare sig förslaget till civilt läkaravlöningsreglemente eller de övriga författningsförslag, kommittén framlagt för fortsatt överarbetning.

I likhet med övriga kommittéledamöter anser jag största vikt ligga uppå, att en förenklad läkartaxa kan föreligga till användning senast vid tiden för den obligatoriska sjukkassereformens genomförande. Det av kommittén i sådant hänseende uppgjorda förslaget till civil läkarvårdstaxa vill jag betrakta närmast såsom ett diskussionsunderlag. Läkarsammanslutningarna ha emellertid icke allvarligt velat diskutera förslaget, som uppenbarligen förutsätter jämväl huvudmännens medverkan i olika hänseenden. Ej heller huvudmännen ha yttrat sig om förslaget. Oavsett dess innehåll i övrigt finner jag emellertid förslaget förbundet med vissa utvidgningar i den nyss antagna sjukkasselagstiftningen, vilka jag anser vid rådande bristsituation med avseende å läkarkrafterna i riket kunna leda till störningar av karaktär att äventyra reformen i övrigt. Utökningen av sjukkassemedlemmarnas rätt till gottgörelse för specialkonsultationer i alla fack synes mig ganska snart kunna komma att leda till remisstvång, vilket jag tror icke skulle i nuvarande stund förstås av allmänheten utan endast väcka missnöje. Med hänsyn till nödvändigheten att icke tynga sjukkassornas och arbetsgivarnas administration bör man ej så ändra uppbördsförfarandet för läkarvårdsersättningarna, att dessa helt skola utbetalas av kassorna och arbetsgivarna med regressrätt för dem mot patienten för honom enligt lagen om allmän sjukförsäkring åvilande fjärdedel av kostnaden. Den nämnda hänsynen talar för ett sådant ordnande av detta mellanhavande, att patienten direkt till läkaren får utbetala sin fjärdedel av kostnaden enligt taxan. I motsatt fall kunna avsevärda svårigheter ofta inställa sig, exempelvis om sjukpenning eller annan dylik förmån ej utgår till patienten, då läkarvården erhålles, eller om patienten avbrutit sitt anställningsförhållande hos arbetsgivaren utan att ha innestående lön vid det tillfälle, då regressrätten skall utövas.

Beträffande förslaget om utredning rörande en allmän hälsovårdsavgift ställer jag mig tveksam, då relativt nyligen en liknande avgift, sjukvårdsavgiften, avskaffats och de skäl, som då förelågo för denna åtgärd, alltjämt torde gälla, ehuru förslaget nu avser att hälsovårdsavgiften skall ingå till staten, medan sjukvårdsavgiften var kommunal. Om en sådan avgift överhuvud skall utgå, synes det vara större skäl göra den kommunal än statlig.

Kommittén redovisar vissa framtidsförslag. Jag ställer mig överhuvud tveksam mot att i nuvarande, i olika avseenden ovissa läge, binda sig för ett program med direkta anvisningar på lång sikt, särskilt då det visat sig att långtidsplanering även under stabilare tider är föga verkningsfull till följd av åsikternas omställning och därav efter tidsförhållandenas skiftning föranledda ändringar i planerna. Angeläget är dock även efter min mening att läkarkårens numerär genom ökade utbildningsmöjligheter och förbilligad utbildning uppbringas till större motsvarighet med övriga kulturländers och för att möta det med all sannolikhet ökade behovet av läkarhjälp. Jag delar uppfattningen, att framtidsmålet beträffande läkarnas ersättningsförhållanden i arbetet bör sökas efter totallöneprincipen, sedan förutsättningarna i övrigt härför föreligga.

Emellertid vänder jag mig särskilt mot förslaget om inrättande av statskommunala hälsovårdsstyrelser, en nyskapelse på det administrativa området, som jag ej anser vare sig av behovet vara påkallad eller lycklig. Den till stöd för förslaget anförda motiveringen synes otillräcklig och bottnar bl. a. i undervärdering av utvecklingsdugligheten och livskraften i vår nuvarande sjukvårdsorganisations administrativa former och ekonomiska möjligheter. För de uppgifter, som närmast tillämnats dessa styrelser, torde andra förvaltningsorgan kunna anlitas. Vad angår förvaltning av provinsialläkarnas bostäder m. m. anser jag, om medicinalstyrelsen ej kan påtaga sig uppgifterna direkt, förebilden för en härför lämpad förvaltningsorganisation kunna sökas i form av en ämbetsförvaltning av samma typ som exempelvis överjägmästarinstitutionen. En förstärkt förste provinsialläkarorganisation torde eljest kunna omhändertaga uppgifterna. Även andra utvägar kunna övervägas, såsom att förlägga uppdraget till länsarkitekterna eller till byggnadsstyrelsen, vilken senare tekniskt svarat för tillkomsten av E-paviljongerna vid sanatorierna. Decentralisation av sinnessjukhusens förvaltning bör kunna ske i väsentlig omfattning direkt till de sjukhusdirektioner, som finnas inrättade. En invändning mot tillskapande av hälsovårdsstyrelser med den organisation, som föreslås, finner jag ligga däri, att styrelsernas uppgifter skola vara statliga, och att det kommunala intresset, liksom det kommunala inflytandet i dessa styrelser, endast kan bli ringa. Vid sådant förhållande ter sig anordningen som en överorganisation. Den innebär dessutom en allvarlig fara för framtida successivt förminskande av den kommunala självstyrelsen på sjuk- och hälsovårdens område. Landstingen och ickelandstingsstäderna ha på detta område nått, som utredningen själv erkänt,

stora resultat, och uppgiften i fråga omfattas av dem med största intresse och offervillighet. Härtill kommer, att landstingen, berövade hälso- och sjukvården, måste förutsättas ha förlorat den verkliga grundvalen för sin fortsatta existens. De utgöra dock nu, som nyligen kommunallagskommittén yttrade, en av hörnstenarna i den svenska kommunalförvaltningen. Jag vill tillägga, att utsikten av 6 regionala hälsovårdsstyrelser, var och en utgörande en medicinalstyrelse i smått för sitt område, ter sig föga tilltalande med tanke även på den växlande praxis, som kan väntas bliva rådande för de olika områdena. Man torde icke sakna skäl förutsätta, att utbredda missnöjesanledningar skola visa sig uppstå olika landsändar emellan i fråga om vårdanordningarnas lokala anknytningar. Om nämligen så redan nu stundom är förhållandet inom landstingsområdena, måste det förmodas, att vid statliga direktiv och vid det ringa inflytande varje särskilt landstingsområdes representation kommer att få inom hälsovårdsstyrelserna, strider och missnöje av nämnt slag endast skola bliva svårare och bittrare. Jag vill även peka på att vissa landstingsområden föreslås uppdelade på olika hälsovårdsstyrelser, varigenom länsorganisationen direkt splittras. Med denna min inställning kan jag ej dela förslaget om försöksverksamhet på ifrågavarande område i Göteborg eller Lund. Då vad som anförts till förmån för hälsovårdsstyrelser på intet sätt enligt min mening motsvaras av de nackdelar, som jag befarar, och jag dessutom anser möjligt med enklare medel nå de förbättringar, som avses, samt sjukvårdsområdena emellan samverkan, där så erfordras, kan nås och har nåtts på den fria överenskommelsens väg, kan jag ej ställa mig bakom förslaget om statskommunala hälsovårdsstyrelser.

2) Herr *Byttner:*

Jag finner det givetvis hava varit nödvändigt att som bakgrund för kommitténs överväganden redogörelser jämväl lämnats för den öppna sjuk- och hälsovårdens organisation och aktuella reformprogram därvidlag inom flera av världens övriga kulturländer. Å andra sidan måste jag framhålla, att jag icke blivit övertygad om att allt det som framhållits som motsvarande »de krav, man i den internationella diskussionen allmänt godtagit» verkligen kan betraktas som så allmänt vedertaget att det bort få så starkt påverka utformningen av de i betänkandet framlagda förslagen till erforderlig nyordning på detta område i vårt land. Vad som anförts exempelvis från Förenta staterna torde sålunda till stor del vara ännu relativt oprövade experiment och ogenomförda reformprojekt, som visserligen i U. S. A. med dess stora resurser och utomordentliga intresse för sociala försök kunna vara värda att där prövas men som knappast utan vidare kunna direkt överflyttas på svenska förhållanden. Att denna erinran i ännu högre grad gäller de uppgifter som lämnats om Sovjetunionen torde vara ostridigt.

Som en andra allmän invändning måste jag uttala att i varje fall i kap. 15 framförda och i kap. 18 summariskt återgivna »framtidsförslag» synas mig

i väsentliga delar skjuta vida över det i kap. 10 fixerade målet för utredningen, att åstadkomma behövliga förbättringar av hälsotillståndet i vårt land »*med minsta möjliga ändringar av den bestående organisationen och utan onödiga eller olägliga kostnader för samhällsmedlemmarna*». Såvitt jag kan förstå innebära i stället dessa framtidsförslag *både* en i väsentliga avseenden radikalt genomgripande omläggning och komplicering av vår nuvarande organisation för sjuk- och hälsovården *och* ett utökande av kostnaderna för densamma som, även om de helt överflyttas på det allmänna, synas mig komma att vida överstiga vad som kan synas nödigt och lägligt för de enskilda individerna. Ytterst måste ju likväl dessa kostnader betalas av samhällsmedlemmarna själva i form av beskattning, hälsovårdsavgifter, försäkringspremier eller på annat sätt. Jag anser mig icke kunna vid bedömningen av dessa förslag undgå att taga intryck av den ovisshet rörande det allmänekonomiska läget och dess utveckling i framtiden, som nu råder både i vårt land och världen i övrigt.

Som en tredje generell erinran mot det framlagda förslaget i sin helhet måste jag anföra, att jag icke tror att förslagets omisskännliga strävan efter att åstadkomma en statlig reglering jämväl av läkarnas inkomster efter något slags s. k. skälighetsprincip förtjänar den dominerande plats i framställningen som den tillmätts. Denna strävan synes mig kunna göras ansvarig för att det nu föreliggande skenbart enkla förslaget till civilt läkaravlöningsreglemente måst konstrueras så invecklat, som det nu blivit, med ett flertal olika lönetillägg o. s. v. Resultatet har blivit förslag om en statlig lönestallning för läkarna i vårt land, som, om än i och för sig skälig och i stort sett anpassad till nuvarande inkomster för läkarna, dock icke enligt min mening har några utsikter att kunna accepteras av de anslagsbeviljande myndigheterna. Redan av detta skäl är jag mycket skeptisk mot möjligheten och lämpligheten att förorda ersättningsfrågans inställning på total-lön som slutmål. Enligt min mening har kommittén lämnat fullgoda skäl för bibehållandet även i framtiden av det nu i regel hos oss tillämpade ersättningsförfarandet med lön jämte prestationsersättning, vilket i stort sett fungerat bra. Självfallet utesluter icke detta att en förenklad läkarvårdstaxa framstår som ett stort önskemål. Jag tror likväl icke att förenklingen kan och bör drivas så långt som kommittén föreslagit. I anslutning till diskussionerna om reformering av taxan har från läkarhåll framkommit vissa preliminära förslag, som synas mig kunna innebära en möjlig lösning av kravet på förenkling av taxan med bibehållande av en viss differentiering av ersättningen. Härigenom skulle bland annat vinnas att *grundarvodet* kunde sättas lägre än det som kommittén föreslagit, vilket i jämförelse med nu allmänt tillämpade ersättningar framstår som en mycket avsevärd höjning åtminstone för provinsialläkarnas vidkommande. Om man sålunda exempelvis uppdelade arvodena i 3 grupper, *en* med grundarvode, *en* med dubbelt grundarvode och *en* med tredubbelt grundarvode och i anvisningar klart angåve, vad som hörde

till de olika grupperna, synes en användbar, starkt förenklad ersättningstaxa kunna ernås. För specialistvården kunde man förfara på samma sätt, dock med något annan progression. Dessa arvoden skulle alltid vara maximiarvoden och grundarvodet skulle gälla vid återbesök.

I fråga om förslaget om inrättande av statskommunala hälsovårdsstyrelser och den föreslagna allmänna hälsovårdsavgiften hänvisas till vad som anförts av herr Restad, till vilket jag helt ansluter mig.

Herr *Edén:*

Undertecknad, som av medicinalstyrelsens chef anmodats medverka i den styrelsen anbefallda utredningen angående det framtida ordnandet av den öppna sjukvården inom landet men som, på grund av annat arbete i tjänsten, endast sporadiskt kunnat deltaga i förarbetena till de i detta betänkande framlagda förslagen, får härmed avgiva följande yttrande, innefattande min i vissa avseenden avvikande mening i fråga om lämpligheten av de föreslagna åtgärderna.

Under utredningens tidigare skeden uttalades upprepade gånger, att man i betänkandet i första hand skulle angiva vilka brister, som vidlådde den nuvarande organisationen, samt därefter framlägga de förslag, som syntes bäst ägnade att med minsta möjliga ändring av de rådande förhållandena avlägsna ifrågavarande brister. Denna avsikt har emellertid enligt min mening icke fullföljts, utan de kommitterade ha avgivit förslag, vilka gå långt därutöver.

Flera av de vid arbetets början angivna bristerna i organisationen ha under den tid utredningsarbetet pågått avhjälpts och ytterligare förbättringar synes mig kunna ernås genom förhandlingar mellan de intresserade parterna, varvid huvudsyftet borde vara att åstadkomma en organisation, som kunde möjliggöra för staten att 1950 genomföra de redan fattade besluten om fri sjukhusvård och obligatorisk sjukförsäkring.

Den sjukvård, såväl sluten som öppen, som för närvarande lämnas både fattiga och rika, har enligt min mening med fog allmänt ansetts som god, beroende på den svenska läkarens gedigna utbildning för sin uppgift. Då statsmakterna nu stå i begrepp att vidtaga åtgärder, som skola möjliggöra för ett större antal läkare att förskaffa sig en bredare allmänutbildning, synes i framtiden en ytterligare förbättring i detta avseende vara att förvänta. För åstadkommande av en god allmän öppen sjukvård är detta av den största betydelse.

Med de förslag till ungefär lika stora inkomstmöjligheter för alla läkare, som framläggas i betänkandet, anser jag statsmakternas nyssnämnda strävan att åstadkomma bättre sjukvård för den stora allmänheten särskilt på landsbygden ej få lämpligt stöd. Kommitterade ha visserligen i sina »aktuella förslag» såsom den normala formen för läkarersättningen angivit grundlön jämte prestationsersättning, men de ha dock klart sagt ifrån, att enligt deras

uppfattning den ideala formen för läkarersättningen är heltidsavlöning som tjänsteman. Med hänsyn härtill vill jag framhålla, att i så gott som alla andra yrken avlöningssystemet är så ordnat, att det sporrar individen till fortsatt utbildning och bättre prestationer, genom att göra detta till förutsättningar för högre inkomster. Så strävar tjänstemännen efter högre tjänster och kroppsarbetarna efter att få bättre och bättre ackordsarbeten. Om läkarna ej ha denna stimulans utan bli lika-avlönade är jag rädd att sjukvården kommer att lida därav.

Det av kommitterade framlagda utkastet till civilt läkaravlöningsreglemente synes mig ej heller i praktiken realiserbart, då så höga löner, som de däri angivna, icke torde kunna accepteras av statsmakterna.

Med hänsyn till vad ovan anförts vill jag i motsats till kommittén förorda, att man under den fortsatta utredningen rörande den lämpliga ersättningsformen för läkare ej inriktar sig på att åstadkomma ett system med heltidsavlöning utan på att söka tillskapa ett ersättningssystem med baslön jämte pension för läkarna samt därtill en prestationsersättning enligt taxesystem. Förslag till maximitaxor, avsedda att lända till efterrättelse vid vården av de sjukförsäkrade, ha ju nu också uppgjorts av delegerade från provinsialläkarkåren och lasarettsläkarkåren och förslaget är nu underställt läkarförbundet för yttrande. I likhet med kommitterade anser jag genomförandet av en maximitaxa för denna öppna sjukvård vara en nödvändig konsekvens av den allmänna sjukförsäkringen. Vidare borde enligt min mening i betänkandet betydligt kraftigare än som skett ha påyrkats snar utredning angående fria studier till läkarexamen eller i varje fall betydande ekonomiska lättnader för de studerande, med villkor att de sålunda utbildade sedan skulle arbeta i den statliga sjukvården på samma sätt som nu i viss mån godtagits för tandläkarna.

Till förslaget om en sådan ändring av förhållandena inom den öppna sjukvården vid anstalterna ute i landet, att landstingen skulle göras till huvudmän för densamma, ställer jag mig synnerligen tveksam. Jag anser, att utvecklingen — med de bestämmelser, som för närvarande gälla på detta område — ej uppvisat sådana brister att ifrågavarande förändring synes påkallad; tvärtom synes man ha anledning att hoppas, att förhandlingsvägen även i fortsättningen skall leda till goda resultat. Jag vill här endast peka på de framsteg, som på denna väg vunnits i fråga om underläkarnas deltagande i den öppna vården, samt på den beredvillighet, som landstingen visat, att utan författningstvång bygga ut lokalerna för den öppna vården i så snabb takt som rådande förhållanden under och efter kriget medgivit.

En jämförelse mellan de resultat, som vunnits på olika områden inom sjukvården genom förhandlingar mellan intresserade parter, och förhållandena inom t. ex. den statliga sinnessjukvården synes mig visa, att det förra systemet ej med nödvändighet i praktiken behöver fungera mindre tillfredsställande än en organisation med det allmänna som huvudman. Inte

heller i fråga om provinsialläkarnas bostäder och mottagningslokaler — för att välja ett annat exempel — synes statens huvudmannaskap ha lett till bättre resultat än det, som kunde ha vunnits, om området i stället reglerats genom förhandlingar.

Gentemot den föreslagna regleringen av den öppna vården vid anstalterna vill jag slutligen framhålla, att det synes mig lika sannolikt, att lasarettsläkarna utan lagföreskrifter lojalt skola finna sig i de förändringar, som den obligatoriska sjukförsäkringen kommer att medföra för den öppna vården vid anstalterna, som att landstingen i fortsättningen utan tvångsföreskrifter skola använda sig av medicinsk sakkunskap i sin administration i den utsträckning, som kommitterade förutsätta.

Utöver vad i det föregående anförts i fråga om de framlagda författningsförslagen anser jag mig böra anmäla min reservation mot de bestämmelser, som enligt desamma skola gälla för s. k. självständiga sjukstugor — en term, som ej återfinnes i tidigare sjukhuslagstiftning — och som bl. a. innebära, att sjukstugeläkarna även vid de minsta anstalterna skulle utnämnas genom kungl. fullmakt. En sådan förändring synes mig stå helt i strid med den inställning, som tidigare hävdats av styrelsen, enligt vilken de större sjukstugorna utgöra en institution, stadd på avskrivning, varför sålunda de mindre sjukstugorna icke skulle komma att utbyggas till sådana. Förslaget synes likaså stå i strid med de önskemål, som av svenska landstingförbundets styrelse uttalats i skrivelse till Kungl. Maj:t den 7 mars 1947 med anhållan om utredning rörande lasaretts- m. fl. läkares anställningsförhållanden.

På övriga punkter ansluter jag mig helt till vad herr Byttner och herr Restad uttalat i av dem avgivna särskilda yttranden, dock att jag i fråga om huvudmannaskapet för den öppna vården och principen om totallön åt läkare intager den ställning, som ovan angivits.

P. M.

beträffande hälsocentraler, upprättad inom centrala sjukvårdsberedningen, februari 1947.

Hälsocentraler av typ I.

1) Fullständig hälsocentral av typ I c.

Den fullständiga hälsocentralen, för vilken redogöres på bifogade ritningar (sid. 102—406), är uppbyggd på följande läkarstab (förslagsvis):

1 allmänläkare, tillika chef
2 kirurger
2 invärtesmedicinska specialister (därav 1 hjärtspecialist eller gerontolog)
1 pediatriker
2 öron-näsa-hals-specialister
1 ögonspecialist
1 obst.-gynekologisk specialist
2 röntgenologer, varav en för diagnostik och en för terapi (huvudsakligen strålterapi)
1 psykiatriker
1 barnpsykiatriker
2 laboratorer (1 kemist, 1 bakteriolog)

Dessutom avses att sedermera anknyta en hud- och könsspecialist, en ortoped och en yrkeshygieniker.

Vidare ingå i organisationen 2 kuratorer, 2 sjukgymnaster, kassörska, telefonist, vaktmästare, skrivbiträde, biträdespersonal, städerskor, maskinpersonal m. m.

Byggnadskomplexet är uppbyggt efter ett treklöversystem med ett centralt kommunikationsparti. Flyglarna ha olika längd beroende på de växlande lokalkraven inom de skilda avdelningarna. I det centrala kommunikationspartiets bottenvåning ligger centralt kapprum, kassa och upplysningscentral. Avsikten är att besökare i upplysningscentralen hos där stationerad sköterska eller läkare i tveksamma fall skola kunna få anvisning på vilken läkare de skola uppsöka. Sådana fall, som icke omedelbart kunna hänföras till någon specialist, hänvisas till allmänläkaren. som har sin mottagning i centralhallens närhet. I det centrala kommunikationspartiet anordnas i vardera av de övriga våningarna gemensamt väntrum med telefonhytt, toaletter etc. till komplettering av de mindre väntrummen inom varje specialmottagning.

I flygeln till vänster om entrépartiet befinner sig i bottenvåningen allmänläkarens mottagning, administration och skrivexpeditioner samt lokaler för bad och fysikalisk terapi. I våningen 1 tr. i samma flygel ligger röntgenavdelningen, till vilken även ljus- och strålbehandlingslokaler förlagts. Verksamheten tänkes uppdelad på sådant sätt, att en av röntgenläkarna handhar diagnostiken medan en handhar terapi- och

strålbehandlingen. I våningen 2 tr. har centrallaboratoriet placerats. Hit kan arbetslokaler för en yrkeshygieniker förläggas om så skulle erfordras.

I flygeln till höger om entrén ligger kirurgmottagningen, som även har särskilt olycksfallsintag. I våningen 1 tr. befinner sig den medicinska mottagningen, dit förutom övliga utrymmen på en sådan avdelning även förlagts rum för hjärtfunktionsprov och rum för EKG. Då en av de invärtesmedicinska specialisterna tänkes vara hjärtspecialist har det ansetts riktigt att förlägga EKG-verksamheten hit och icke till centrallaboratoriet.

I våningen 2 tr. ligger öronmottagningen.

I den flygel, som ligger mitt emot entrén, ha de mottagningar, som kräva mindre utrymme förlagts. Här befinner sig i bottenvåningen den pediatriska mottagningen, som emellertid har separat ingång utifrån, men står i förbindelse med det centrala kommunikationspartiet.

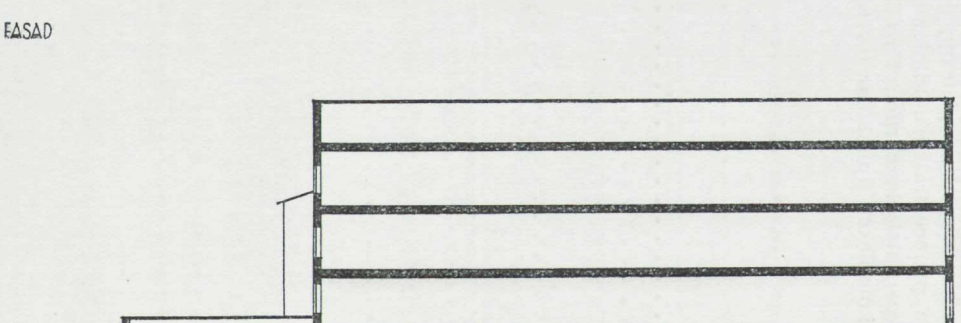
I våningen 1 tr. ligger, tillgänglig från centraltrapphuset, den psykiatriska mottagningen. I samma våning, men med samma ingång som pediatriska mottagningen, ligger barnpsykiatrikerns mottagning.

I våningen 2 tr. ligger gynekologimottagningen och våningen 3 tr. ögonmottagningen.

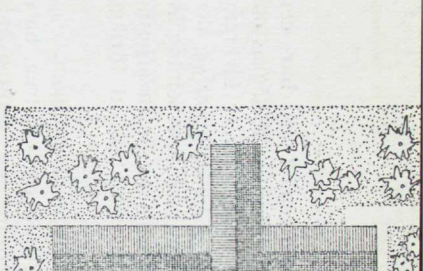
Byggnaderna äro konstruerade efter mittkorridorsystem och ha med hänsyn till sina olika ändamål en något varierande bredd.

För suterrängvåningen har icke någon plan uppgjorts. Den tänkes emellertid i den minsta flygeln innehålla panncentral och tillhörande utrymmen och i övrigt omklädningsrum etc. för personal, lunchrum, förrådslokaler, förbandsberedning och autoklavering för hela komplexet, djurstallar (eventuellt på taket ovanför laboratoriet) skyddsrum m. m.

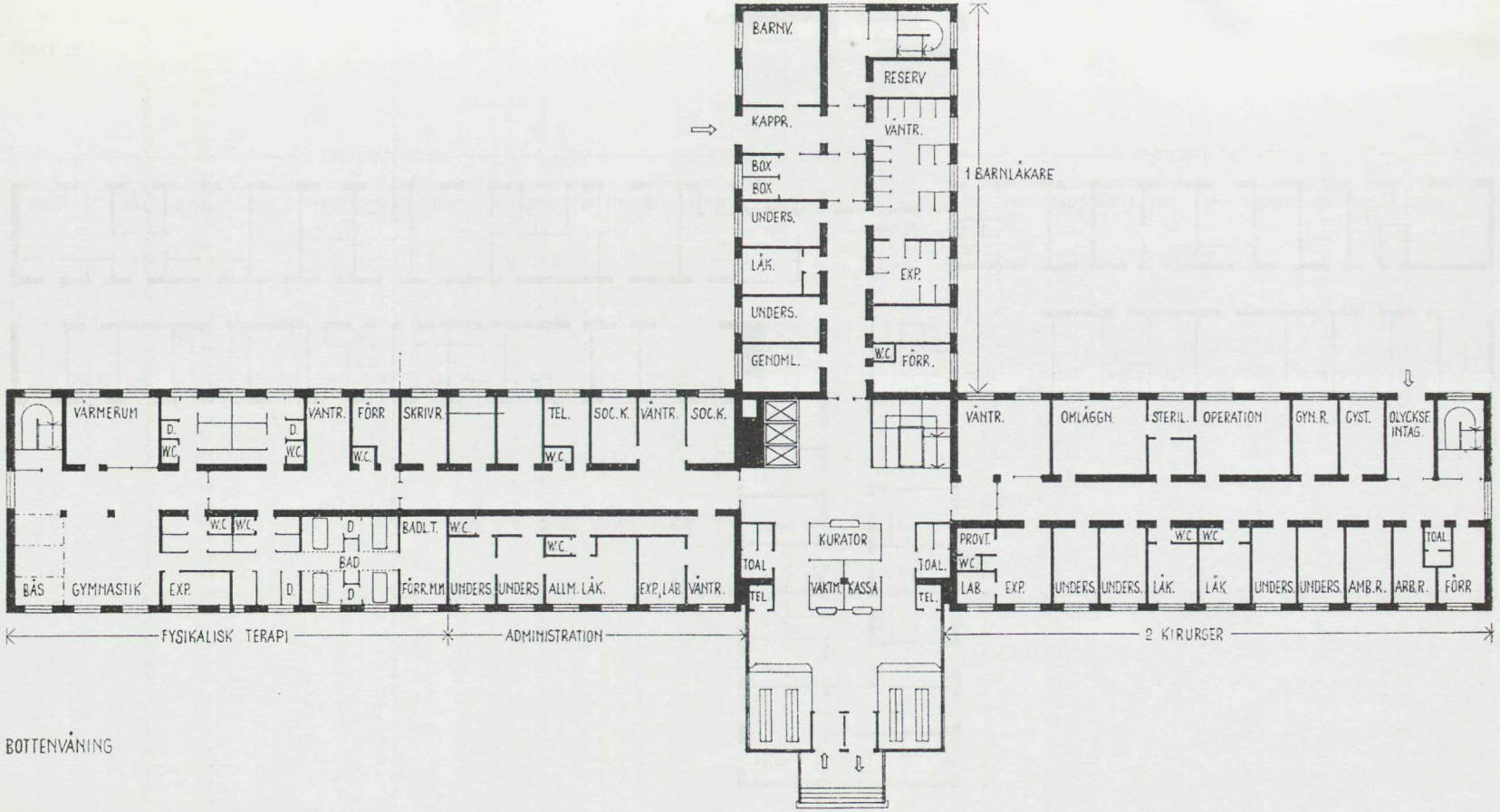
FASAD



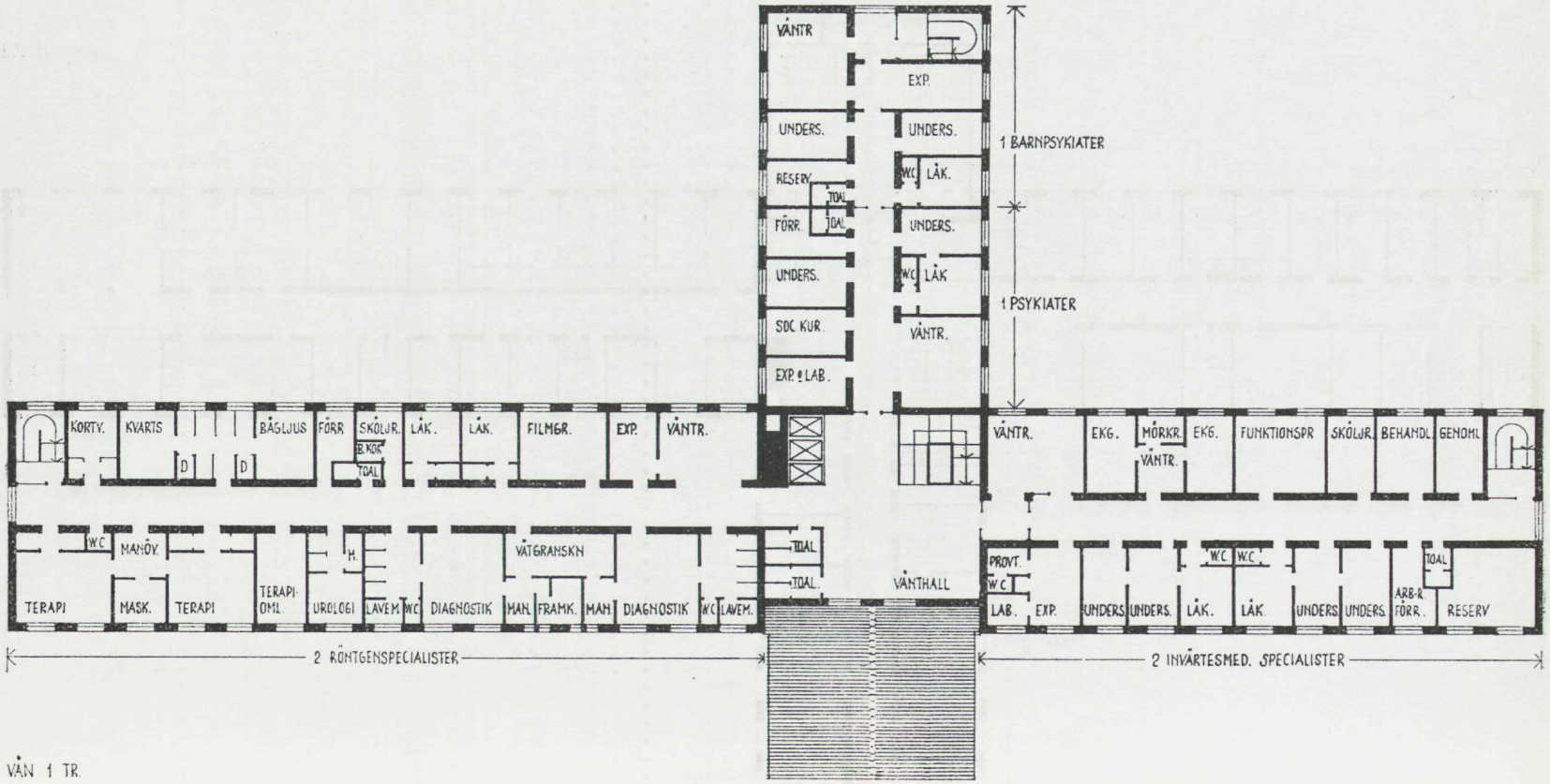
LÄNGDSEKTION GENOM TVÄRBYGGNADEN



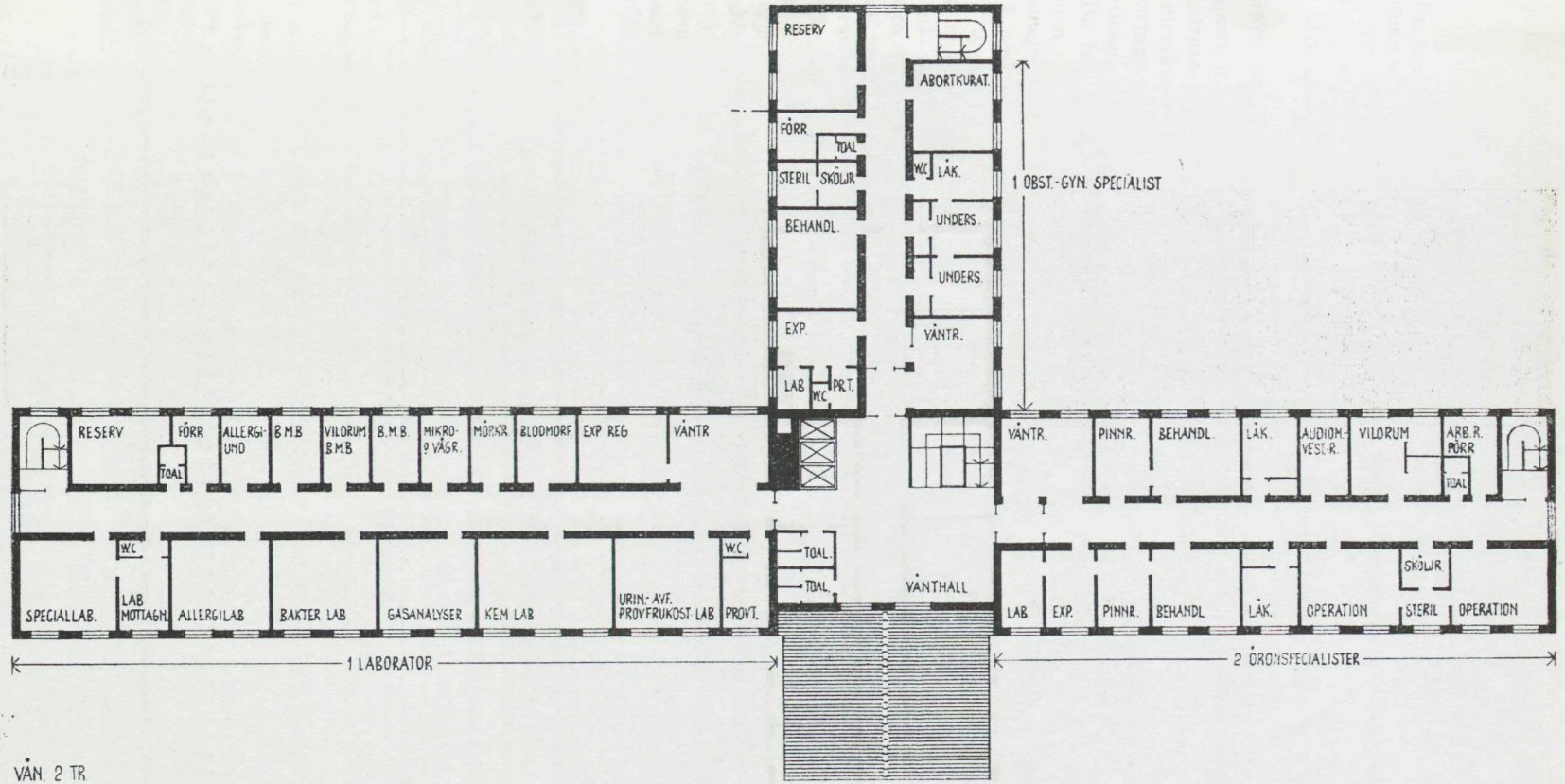
SITUATIONSPLAN



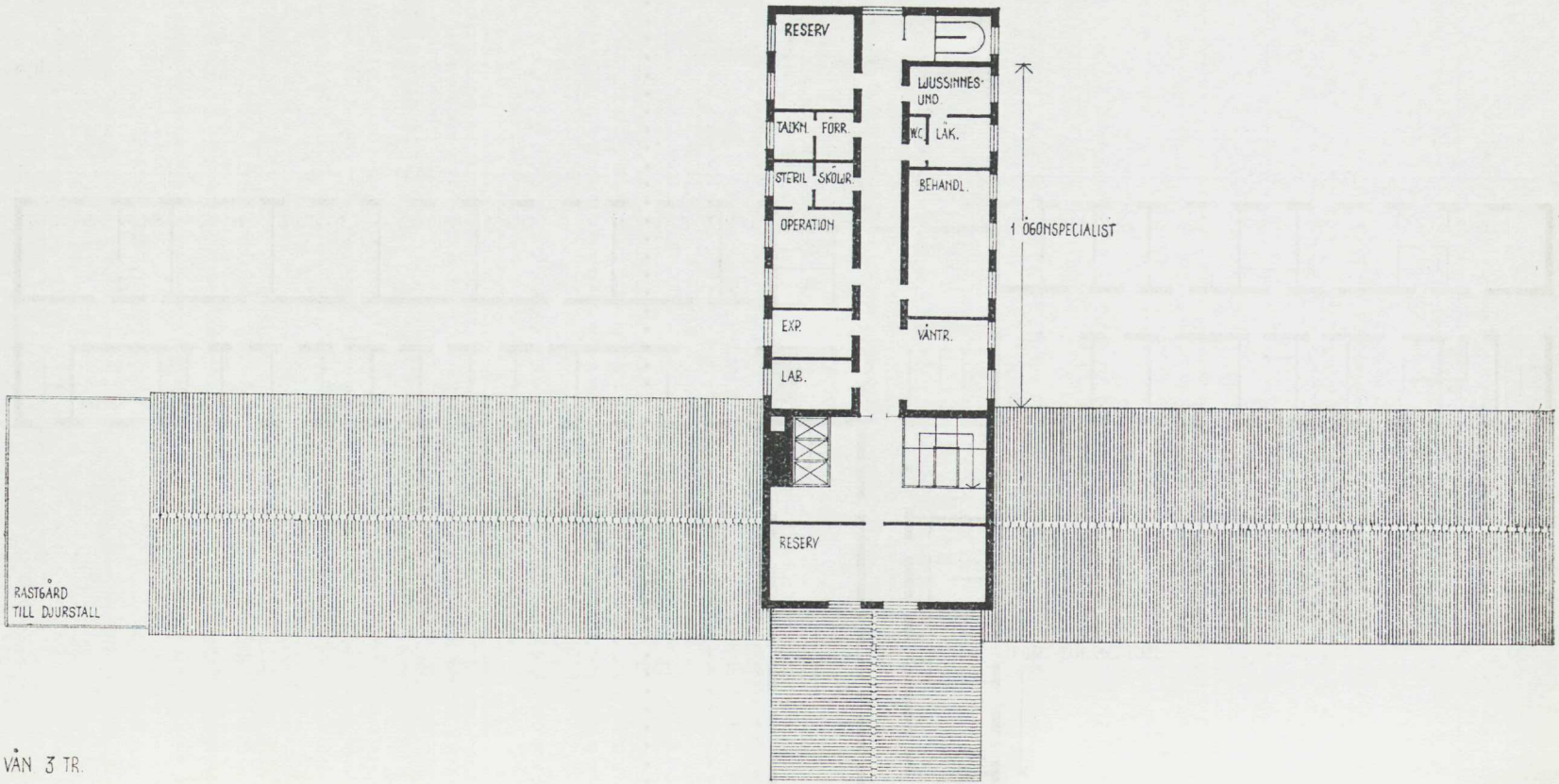
BOTTENVÅNING


VÄNTR
EXP.
UNDERS.
UNDERS.
1 BARNPSYKIATER
RESERV.
W.C.
LÄK.
TOAL.
FÖRR.
TOAL.
UNDERS.
UNDERS.
W.C.
LÄK
1 PSYKIATER
SOC. KUR.
VÄNTR.
EXP. & LAB.
KORTV.
KVARTS
BÅGLJUS
FÖRR
SKÖLJR.
LÄK.
LÄK.
FILMGR.
EXP.
VÄNTR.
B. KOR.
TOAL.
D
D
VÄNTR.
EKG.
MÖRKR.
VÄNTR.
EKG.
FUNKTIONSPR
SKÖLJR.
BEHANDL.
GENOML.
W.C.
MANÖV.
TERAPI
MASK.
TERAPI
TERAPI-
OML
UROLOGI
H.
LAVEM.
W.C.
DIAGNOSTIK
VÄTGRANSKN
MAN.
FRAMK.
MAN.
DIAGNOSTIK
W.C.
LAVEM.
TOAL.
TOAL.
VÄNTHALL
PROVT.
W.C.
LAB.
EXP.
UNDERS.
UNDERS.
LÄK.
W.C.
W.C.
LÄK.
UNDERS.
UNDERS.
ARB-R
FÖRR.
TOAL.
RESERV
2 RÖNTGENSPECIALISTER
2 INVÄRTESMED. SPECIALISTER

VÅN 1 TR.


RESERV
ABORTKURAT.
FÖRR
TOAL.
STERIL
SKÖLJR.
WC
LÄK.
1 OBST.-GYN. SPECIALIST
BEHANDL.
UNDERS.
UNDERS.
EXP.
VÄNTR.
LAB
WC
PRT.
RESERV
FÖRR
TOAL.
ALLERGI-UMD
B.M.B.
VILORUM B.M.B.
B.M.B.
MIKRO-? VÄGR.
MÖRKR.
BLODMORF.
EXP. REG.
VÄNTR.
VÄNTR.
PINNR.
BEHANDL.
LÄK.
AUDIOM.-VEST.R.
VILORUM
ARB.R. FÖRR
TOAL.
WC
SPECIALLAB.
LAB MOTTAGN.
ALLERGILAB.
BAKTER LAB.
GASANALYSER
KEM LAB
URIN.- AVF. PROVFRUKOST LAB
WC
PROVT.
TOAL.
TOAL.
VÄNTHALL
SKÖLJR.
LAB.
EXP.
PINNR.
BEHANDL.
LÄK.
OPERATION
STERIL
OPERATION
1 LABORATOR
2 ÖRONSPECIALISTER

VÅN. 2 TR.


RESERV
LJUSSINNES-
UND
TALKN
FÖRR.
W.C.
LÄK.
STERIL
SKÖLJR.
BEHANDL.
OPERATION
1 ÖGONSPECIALIST
EXP.
VÄNTR.
LAB.
RESERV
RASTGÅRD
TILL DJURSTALL

VÅN 3 TR.

2) Hälsocentral av typ I n.

En central av denna typ är i regel identisk med normallasarettets mottagningsavdelningar. Då det i detta sammanhang kan vara av intresse att taga del av den lokala standard, som här kan komma ifråga, lämnas en redogörelse för mottagningsavdelningarnas omfattning vid ett normallasarett på omkring 134 platser (60 medicin, 60 kirurgi och 14 barnbörds).

Kirurgmottagning:

Kapprum med toaletter	ca 12	kvm
Väntrum	35	»
Sköterskeexpedition	12	»
Provtagningshytt med toalett	6	»
Rutinlaboratorium	6	»

De två sistnämnda utrymmena bör ligga i direkt anslutning till sköterskeexpeditionen.

Mottagningsrum för överläk. med garderob och wc	15	kvm
Två undersökningsrum	vardera 10—12	»
Två underläkarerum	» 10—12	»
Ett undersökningsrum i anslutning härtill	10—12	»
Klinikexpedition (skrivbiträde + journalarkiv)	12	»

Om centralexpedition anordnas kan detta utrymme utgå.

Omläggningsrum	ca 25	kvm
Operationsrum	25	»
Mörkrum	4	»
Steriliseringsrum	8	»
Sköljrum	6	»
Förråd för skenor etc.	6	»
Förråd- och arbetsrum (vaktrum)	12	»
Ambulansrum (i anslutning till olycksfallsintag)	12	»
Toalettrum för kvinnlig personal jämte wc	4	»
Wc för underläkare	1—2	»

Medicinsk mottagning:

Kapprum med toaletter	12	kvm
Väntrum	35	»
Sköterskeexpedition	12	»
Provtagningshytt med toalett	6	»
Rutinlaboratorium	6	»

De två sistnämnda utrymmena böra ligga i direkt anslutning till sköterskeexpeditionen.

Mottagningsrum för överläk. med garderob och wc	15	kvm
Två undersökningsrum	vardera 10—12	»
Två underläkarrum	» 10—12	»
Ett undersökningsrum i anslutning härtill	10—12	»
Klinikexpedition (skrivbiträde + journalarkiv)	12	»

Om centralexpedition anordnas kan detta utrymme utgå.

Behandlings- och genomlysningsrum	15	»
Sköljrum	6	»
Förråds- och arbetsrum	12	»
Toalettrum för kvinnlig personal jämte wc	4	»

Wc för underläkare	1—2	kvm
Stinklaboratorium med utlämningsfack	17	»
Kemiskt laboratorium	30	»
Mikroskopering	ca 8	»
Kolorimetri etc.	4	»
Väntrum för patienter till lab. och EKG	10	»
Rum för EKG och BMB	14	»

Röntgenavdelning:

Kapprum med wc	6	kvm
Väntrum	16	»
Diagnostikrum (genomlysning)	25	»
Diagnostikrum (skelettlaboratorium)	32	»
Till vardera av dessa 3 st. omklädningshytter jämte en vilhytt även användbar som lavemangshytt i samband med wc. Varje omklädningsaggregat	ca 14	kvm
Till vardera diagnostikrummet manöverrum à	5—6	»
Framkallningsrum	10	»
Våtgranskningsrum med torkskåp	15	»
Urologirum	14	»
I anslutning därtill 2 st. omklädningshytter.		
Terapirum	16	»
I anslutning därtill 2 st. omklädningshytter.		
Manöverrum, gemensamt för terapi och urologi	6	»
Maskinrum för terapi (kan placeras i över- eller underliggande våning).		
Sänghall	12—14	»
Rum för överläkare med wc och garderob	15	»
Filmgranskningsrum	23	»
Arkiv och expedition	12	»
Förråd och arbetsrum	8	»
Sköljrum	4	»
Bariumkök	3	»
Personaltoalett	1—2	»

Lokaler för konsulterande specialister (öron-ögon-gyn.), som regelbundet besöka sjukhuset, inrättas nu i allmänhet icke. Om för en effektivisering av den öppna vården detta kräves kunna sådana utrymmen givetvis anslutas till övriga mottagningar. Det vill emellertid synas som om det vore lämpligare lägga sådana utrymmen för sig. De kunna då omväxlande användas av de specialister som komma till sjukhuset. En lokalfördelning, som torde täcka de flesta möjligheterna, är följande:

Väntrum	16	kvm
Expedition och provtagningsrum	12	»
Läkarrum med wc och garderob (tillika undersökn.)	15	»
Behandlingsrum (med steriliseringsanordningar)	25	»
Sköljrum	6	»
Förråd	10	»

3) Hälsocentraler av typ II.

Hälsocentralerna av typ II bygga på allmänpraktiker. Ett exempel på centraler av denna kategori illustreras på bifogade ritningar (sid. 410—411), som visa en central innhållande två provinsialläkarmottagningar, mottagning för distriktssköterskor och bb-avdelning.

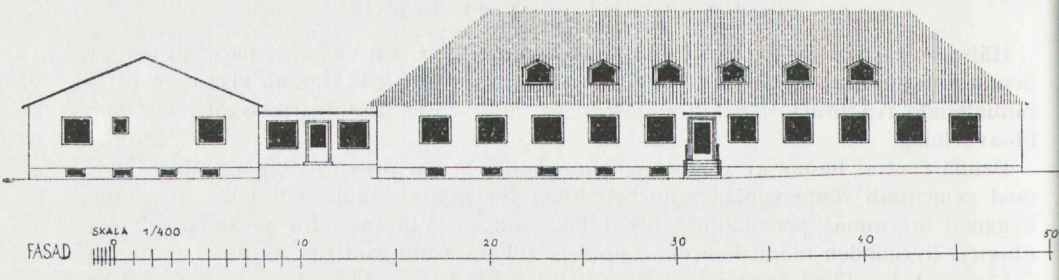
Denna central består av en byggnad innehållande två provinsialläkarmottagningar med gemensam röntgenanläggning och lokal för konsulterande specialist. I samma byggnad inrymmas personalbostäder i takvåningen. Vill man för personaländamål utnyttja byggnaden mera, kan den uppföras till två våningars full höjd.

I en mot den förra byggnaden vinkelställd flygel har en bb-avdelning på 6 platser inrymts samt mottagningslokaler för distriktssköterskor och barnmorska. Dessa mottagningslokaler tänkas även använda som mödra- och barnavårdstation och ha utformats med tanke härpå.

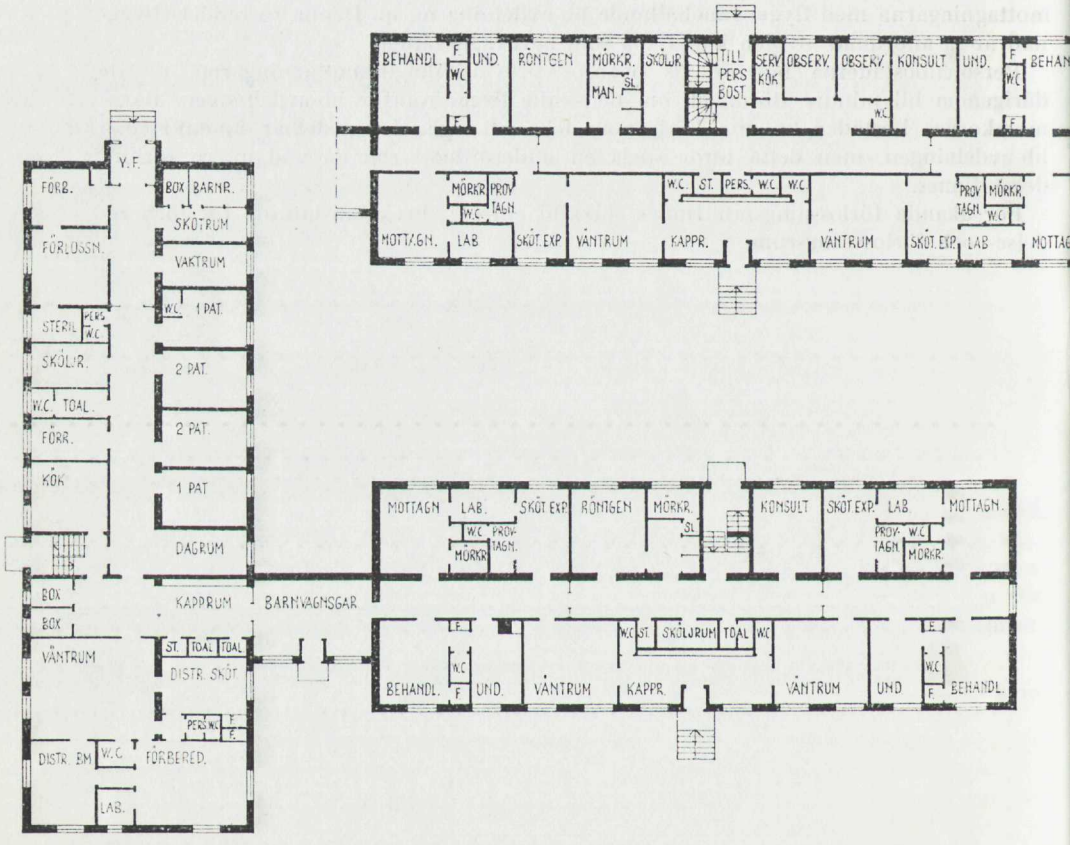
Entré till dessa mottagningar och för besökare till bb-avdelningen ligger i en låg förbindelsebyggnad, som sammanknyter byggnaden innehållande provinsialläkaremottagningarna med flygel innehållande bb-avdelning m. m. Denna förbindelsebyggnad är så anordnad att den kan tjäna som barnvagnsgarage.

Personalbostäderna ha förlagts ovanför provinsialläkaremottagningarna, då de därigenom bli mindre störda än om de skulle ligga ovanför bb-avdelningen. Barnmorskornas bostäder komma härigenom icke att ligga i omedelbar kontakt med bb-avdelningen, men detta torde spela en underordnad roll då god intern förbindelse finnes.

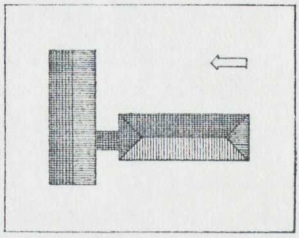
För åkande förlossningsfall finnes särskild entré i direkt anslutning till förberedelse- och förlossningsrum.



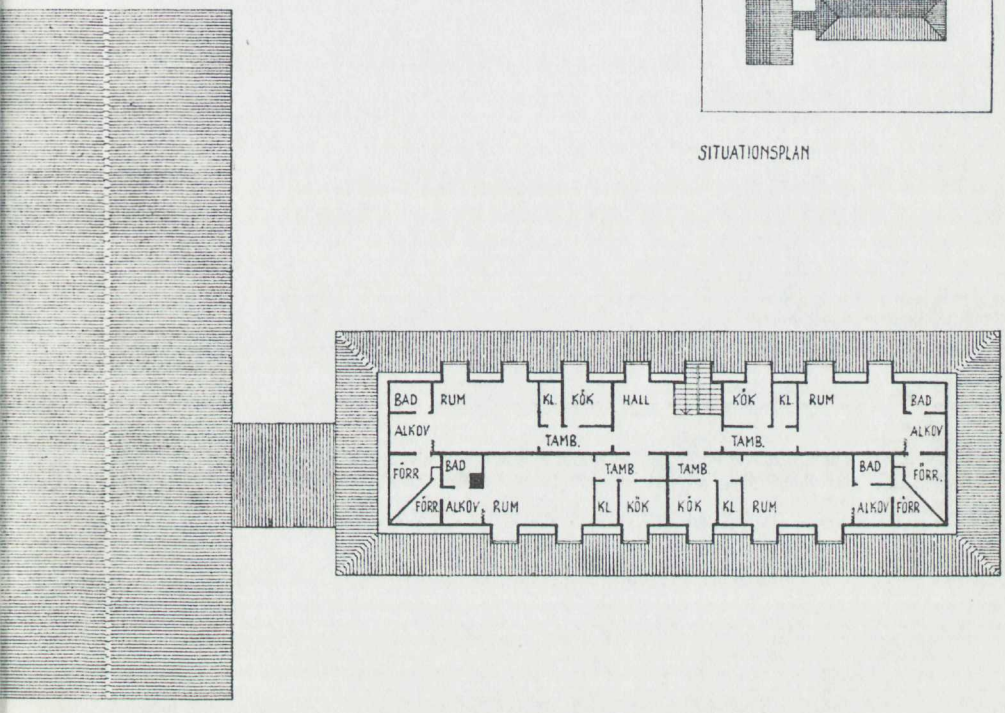
FASAD SKALA 1/400 0 10 20 30 40 50



BOTTENPLAN



SITUATIONSPLAN



AN AV VINDSVÅNINGEN

Statens offentliga utredningar 1948

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättsskipning. Fångvård.

Betänkande med förslag till ändrad butikstängningslagstiftning. [3]
Markutredningen. 1. Betänkande med förslag till vissa ändringar i expropriationslagstiftningen. [4]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Parlamentariska undersökningskommissionen ang. flyktingärenden och säkerhetstjänst. 3. Betänkande ang. säkerhetstjänstens verksamhet. [7]

Nationalekonomi och socialpolitik.

Kommitténs för partiellt arbetsföra betänkande. 4. Förslag ang. partiellt arbetsföras anställning i allmän tjänst. [11]

Hälso- och sjukvård.

Den öppna läkarvården i riket. [14]

Allmänt näringsväsen.

Elkraftutredningens redogörelse nr 2: 6—7. Redogörelse för detaljdistributörerna samt deras räkraftkostnader och priser vid distribution av elektrisk kraft. Jönköpings län och Kronobergs län. [6]

Fast egendom. Jordbruk med binäringar.

Betänkande med förslag rörande organisation och avlöningsförhållanden m. m. vid lantmäteristyrelsen och länslantmäterikontoren. [1]
Betänkande med utredning och förslag rörande organisationen av verksamheten för jordbrukets yttre och inre rationalisering. [2]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Betänkande med förslag till ny Kungl. Maj:ts förordning ang. explosiva varor m. m. [8]

Kommunikationsväsen.

Betänkande rörande Sveriges smalspåriga järnvägar. Del 3. Smalspåriga järnvägar i Östra Småland och Östergötland. [9]
Betänkande ang. skärgårdstrafiken m. m. [10]
Betänkande ang. statens järnvägars organisation. Del 1. Den centrala ledningen. [13]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen. Andlig odling i övrigt.

Trädgårdsundervisningen. [5]
Statens trädgårdsförsök. [12]

Försvarsväsen.

Utrikes ärenden. Internationell rätt.

Esselte aktiebolag
Stockholm 1948
717266