

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:15

A

Inrikesdepartementet



HÄLSOVÅRD OCH ÖPPEN SJUKVÅRD

I LANDSTINGSOMRÅDENA

BETÄNKANDE MED FÖRSLAG AV
KOMMITTÉN FÖR ÖVERSYN AV HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDEN I RIKET

Stockholm 1958

Statens offentliga utredningar 1958

Kronologisk förteckning

1. Vägplan för Sverige. 1. Riktlinjer och förslag samt karobilagor. Idun. 226 s. K.
2. Vägplan för Sverige. 2. Expertutredningar och övriga textbilagor. Idun. 208 s. K.
3. Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. Marcus. 270 s. H.
4. Promemorior med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. Idun. 91 s. S.
5. Permanent skördeeskadeskydd. Idun. 547 s. Jo.
6. Författningsutredningen. I. Kandidatnominering vid andrakammarval. Av L. Sköld. Idun. 355 s. Ju.
7. Småbrukarstodet. Marcus. 120 s. Jo.
8. Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. Norstedt. 95 s. I.
9. Hållningsrätts sammansättning i brottmål. Idun. 24 s. Ju.
10. Förslag till varumärkeslag. Idun. 464 s. Ju.
11. Reserverna för högre utbildning. Idun. 124 s. E.
12. Civilförsvarsutbildningen. Idun. 176 s. I.
13. Civilförsvarets organisation. Idun. 465 s. I.
14. Regeringsarbetet. Idun. 164 s. Ju.
15. Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. Idun. 432 s. I.

Anm. Om särskild tryckort ej anges, är tryckorten Stockholm. Bokstäverna med fetstil utgöra begynnelsebokstäverna till det departement, under vilket utredningen avgivits, t. ex. E. = ecklesiastikdepartementet, Jo. = jordbruksdepartementet.

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR 1958:15

Inrikesdepartementet



HÄLSOVÅRD OCH ÖPPEN SJUKVÅRD

I LANDSTINGSOMRÅDENA

BETÄNKANDE MED FÖRSLAG AV
KOMMITTÉN FÖR ÖVERSYN AV HÄLSO- OCH
SJUKVÅRDEN I RIKET

IDUNS TRYCKERIAKTIEBOLAG ESSELTE AB
STOCKHOLM 1958

THE HISTORY OF THE
CITY OF BOSTON
FROM 1630 TO 1880
BY
JOHN B. HENNINGSON
IN TWO VOLUMES
VOL. I
PUBLISHED BY
H. O. HOUGHTON, MIFFLIN & CO.,
79 NASSAU ST., N. Y.

Till

Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet

Genom beslut den 30 april 1954 bemyndigade Kungl. Maj:t chefen för inrikesdepartementet att tillkalla högst aderton utredningsmän för att verkställa en översyn av hälso- och sjukvården i riket med särskild hänsyn till den öppna vården.

Med stöd av bemyndigandet tillkallades den 19 maj 1954 såsom sakkunniga generaldirektören Nils T. Löwbeer, ordförande, generaldirektören Arthur G. W. Engel, ledamöterna av riksdagens första kammare landshövdingen J. Elon Andersson, sjukkassedirektören E. Gust. Andersson och numera statsrådet Rune B. Johansson, ledamöterna av riksdagens andra kammare medicine licentiaten O. Bertil von Friesen, lantbrukaren Per G. A. Svensson och folkskollärarinnan Eva O. Karlsson, lasarettsläkaren N. Gunnar Berg, docenten K. Gunnar W. Biörck, socialläkaren P. Gunnar Inghe, provinsialläkaren K. Göran T. Gerner, ordföranden i svenska stadsförbundets sjukvårdsdelegation, kontorschefen Knut Hj. Anderson, landstingsdirektören K. G. Viklund, förbundsordföranden Karin Collin, landstingsassistenten, tillika första distriktssköterskan Elin Hakeman, sköterskan Jenny Tiselius — numera Täckholm — samt förbundsordföranden, numera ävenledes ledamoten av riksdagens andra kammare Inga M. Thorsson.

Sedan ledamoten av kommittén J. Elon Andersson den 29 september 1954 avlidit tillkallades genom beslut den 23 oktober 1954 ledamoten av riksdagens andra kammare, första distriktssköterskan Edith Liljedahl att i Anderssons ställe vara ledamot av utredningen.

Den 26 november 1954 tillkallades med stöd av bemyndigande samma dag ledamoten av riksdagens andra kammare, lasarettssysslomannen S. A. Alarik Hagård att såsom utredningsman deltaga i kommittén.

På därom av honom gjord framställning entledigades f. generaldirektören Löwbeer genom beslut den 30 december 1954 från honom meddelat uppdrag att vara ledamot, tillika ordförande i kommittén.

Den 17 januari 1955 förordnades generaldirektören Richard M. E. Sterner att i L wbeers ställe vara ledamot, tillika ordförande i kommittén.

Den 25 november 1955 tillkallades i anslutning till särskilt bemyndigande samma dag numera medicinalrådet, docenten Curt Åmark samt överläkaren, docenten Bo Gerle att ingå såsom ledamöter i kommittén.

Den 12 oktober 1956 avled ledamoten Hagård.

I samband med entledigande av lasarettsläkaren Berg, som av sagt sig uppdraget att vara ledamot av kommittén, tillkallades genom beslut den 11 februari 1957 förste underläkaren vid Södersjukhuset i Stockholm, medicine licentiaten E. Olof Johansson att i Bergs ställe vara ledamot av kommittén.

På därom gjord framställning entledigades statsrådet Johansson genom beslut den 8 november 1957 från honom meddelat uppdrag att vara ledamot av kommittén.

Genom beslut den 20 juli 1954 tillkallades förste byråsekreteraren hos medicinalstyrelsen Ann-Margret Lundgren att såsom expert biträda de sakkunniga.

Den 1 september 1954 förordnades filosofie licentiaten Christer Weibull att såsom expert biträda kommittén vid vissa statistisk-ekonomiska undersökningar varjämte genom beslut den 16 mars 1955 överläkaren, docenten Torsten S:son Frey och  verl karen Carl-Olov Segnestam tillkallades att såsom experter biträda kommittén vid behandling av frågor rörande psykisk sjukvård.

Byråchefen hos sjukhusdirektionen i Göteborg B. E. G. Bunne och planeringschefen hos Stockholms läns landsting Ulf Hallenborg tillkallades genom beslut den 23 maj 1955 med upphävande av beslut den 30 och den 26 augusti 1954 angående sekreterarf rordnanden att såsom experter biträda kommittén.

Genom beslut den 30 september 1955 entledigades experten Weibull på därom av honom gjord framställning från sitt ovan angivna uppdrag.

Den 14 februari 1957 tillkallades dåvarande byrådirektören i medicinalstyrelsen Ivar Flygare att såsom expert under högst tre månader biträda kommittén med vissa beräkningar angående dimensioneringen av den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhus varjämte filosofie doktorn numera ävenledes docenten i statistik vid Stockholms högskola Tore Dalenius den 14 juni samma år tillkallades att såsom expert biträda kommittén med utarbetande av redogörelser för dels vissa i andra länder utförda sjuklighets- och sjukdomsunders kningar, dels ock de vetenskapliga r nen beträffande k bildningsproblemet.

Kommittén medgavs genom beslut den 8 februari 1956 att uppdraga åt medicine licentiaten Knut Kjellberg att utarbета en översikt över hälso- och sjukvård i utlandet. Kjellberg, som sammanställt visst sådant material, har förklarat sig icke för närvarande vara i tillfälle att fullfölja uppdraget.

Planeringschefen Hallenborg och byråchefen Bunne förordnades genom beslut den 26 och den 30 augusti 1954 att vara biträdande sekreterare respektive sekreterare åt kommittén. Sedermera förordnades byråsekreteraren hos medicinalstyrelsen Gunnar Timelius att under tiden 21 september—14 oktober 1954 biträda kommittén med vissa sekreterargöromål.

Den 23 maj 1955 förordnades — i anslutning till upphävande av förutnämnda beslut den 26 och den 30 augusti 1954 — numera t. f. försäkringsrådet Allan Lundberg att vara sekreterare åt kommittén. I samband med att förordnande den 7 oktober 1955 meddelades förste byråsekreteraren hos försäkringsrådet Bo H. Adin att vara biträdande sekreterare åt kommittén, förordnades Lundberg att vara dess huvudsekreterare. På egen framställning entledigades Lundberg genom beslut den 30 juni 1956 från förordnandet som huvudsekreterare.

Genom beslut den 17 december 1956 förordnades Adin att vara kommitténs sekreterare.

Med stöd av särskilt bemyndigande utsåg chefen för inrikesdepartementet den 25 november 1955 Rune B. Johansson, von Friesen, Inghe, Svensson, Hagård och Thorsson såsom ledamöter i en särskild delegation för utredning av frågan om mentalsjukvårdens och särskilt den öppna mentalsjukvårdens organisation, dess samordning med annan sjukvård samt därmed sammanhängande spörsmål. Dessutom tillkallades samma dag Åmark och Gerle att ingå såsom ledamöter i delegationen. Åt Johansson uppdrogs att såsom ordförande leda delegationens arbete.

Genom beslut den 8 november 1957 entledigades Rune B. Johansson från det honom meddelade uppdraget att vara ledamot, tillika ordförande, i delegationen.

Den 9 november 1957 tillkallades förbundsdirektören Ivar Dahlgren att ingå såsom ledamot i mentalsjukvårdsdelegationen samt utsågs Thorsson att såsom ordförande leda dess arbete.

De sakkunniga har antagit benämningen kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket.

Såsom framgår av våra i kap. 1 återgivna direktiv är utredningsuppdraget mycket omfattande. Bland angelägna uppgifter för de sakkunniga anges däri utarbetande av förslag, som är ägnade att ge ökad effekt åt tjänsteläkarorganisationen. Vidare framhålls som förtjänt att övervägas, om inte en förstärkning av förste provinsialläkarinstitutionen med erforderliga hjälp-

krafter skulle vara ägnad att åstadkomma en effektivisering av hälsovårdsarbetet. Det påtalas särskilt, att frågorna om den av tjänsteläkarna meddelade öppna vården snabbt behöver lösas, varför de sakkunniga tillråds att överväga, om icke frågorna härom bör brytas ut för särbehandling och prövas i första hand. Även i övrigt anges utredningsmännen böra vara oförhindrade att successivt avlämna förslag i ämnen, där försöksverksamhet eller ett snabbt genomförande av nya uppgifter framstår som särskilt angeläget.

Genom beslut den 26 maj 1954 uppdrog Kungl. Maj:t åt oss att vid fullgörandet av vårt uppdrag jämväl överse bestämmelserna i kungörelsen den 2 december 1921 (nr 687) angående statsbidrag för anskaffande av bostäder åt provinsialläkare å landsbygden.

För att tagas i beaktande vid utredningsuppdragets fullgörande har till oss överlämnats

den 11 juni 1954 en av Gottfrid Thorell m. fl. i skrivelse inkommen till inrikesdepartementet den 30 november 1948 gjord framställning angående inrättande av en »hemsköterskekår»,

samma dag en av medicinalstyrelsen den 23 april 1953 gjord framställning angående ifrågasatt anordnande av en kurs för försöksutbildning av s. k. hemsjuksköterskor,

den 15 juli 1955 skrivelse från norrlandskommittén med vissa förslag rörande distriktssköterskornas verksamhet såvitt angår frågor, som omfattas av direktiven och ej kan anses slutligt avgjorda genom riksdagsbeslut,

den 22 juli 1955 i tillämpliga delar statens sjukhusutrednings den 5 maj 1955 överlämnade betänkande VIII angående rationalisering av sjukhusdriften (SOU 1955: 12),

den 14 september 1955 en av medicinalstyrelsen den 12 december 1951 gjord framställning angående utredning av förste provinsialläkarinstitutionens uppgifter m. m.,

den 30 december 1955 riksdagens skrivelse den 26 maj 1937, nr 339, angående de civila tjänsteläkarnas ställning i städer och stadsliknande samhällen,

den 31 januari 1958 en den 11 december 1954 dagtecknad framställning från Norrbottens läns landstings förvaltningsutskott rörande statsbidrag till ytterligare en distriktsskötersketjänst inom landstingsområdet.

Kommittén har ansett sig böra verkställa en allmän kartläggning av rådande förhållanden och problem inom hela området för att sedan ta upp de olika praktiska spörsmålen allt efter deras betydelse och inbördes sammanhang. Samtidigt har emellertid också framhållits att vissa av dessa spörsmål är så angelägna att en fullständig kartläggning icke kunde avvaktas. Bortsett från mentalsjukvården — som på sätt ovan angivits hänskjutits till en särskild delegation med självständigt uppdrag — har vi funnit att detta

framför allt gäller om hela den verksamhet, som har samband med tjänsteläkarorganisationen. Till denna hör två i viss mån skilda, mycket viktiga problem, nämligen dels organisationen av den öppna vård utanför sjukhus, som meddelas av tjänsteläkare, distriktssköterskor, distriktsbarnmorskor och andra med tjänsteläkarna samverkande personalkategorier, och dels behovet av att stärka resurserna för den omgivningshygieniska tillsynen.

Med anledning härav har kommittén ansett sig böra i detta betänkande bryta ut dessa praktiska problem men samtidigt lämna en allmän dokumentering, som gör det möjligt att se desamma mot bakgrunden av hälso- och sjukvårdsorganisationen i dess helhet och dess problem. Denna allmänna översikt är endast avsedd att vara preliminär och det torde bli anledning att i följande betänkanden återkomma till vissa av de ämnen som beröres i densamma. Dock ger den bland annat en redovisning av tillgängliga praktiska erfarenheter om efterfrågans starka tillväxtbenägenhet samt av svårigheterna att, vid nuvarande knapphet på utbildad personal och med hänsyn till de ytterligare brister som vållats av att investeringsutrymmet för sjukvården under lång tid varit alltför knappt, motverka köbildningar och tillgodose en fortsatt efterfrågestegring. Åtskilliga utbyggnadsbehov inom somatisk kurativ vård, allmän hälsovård och annan förebyggande vård samt i fråga om utbildningskapaciteten för olika personalgrupper får en belysning.

Vi vill understryka att bedömningen av behovet av resurser i öppen vård utanför sjukhus skett med utgångspunkt endast från de förslag, som presenteras i detta betänkande. På längre sikt får hänsyn tagas även till de anspråk på resurser i öppen vård, som kan föranledas av överväganden i mentalsjukvårdsdelegationen, och likaså till det behov av en mera systematisk utbyggnad av den personliga förebyggande vården, som det är vår avsikt att senare söka analysera och taga ställning till.

Ett omfattande utredningsmaterial har införskaffats av oss, bland annat genom skriftliga enkäter, av vilka här följande bör omnämnas, nämligen den 9 och den 23 november 1954, den ena angående sammansättningen den 8 december samma år av patientbeståndet i sluten vård å lasarett, sjukstugor o. d. anstalter, den andra angående motsvarande förhållanden i mera summarisk form beträffande personer intagna å ålderdomshem.

den 23 maj 1955 till samtliga förste provinsialläkare med anhållan om uttalande rörande behovet inom länet av första distriktssköterska respektive länssköterska,

den 27 maj 1955 till de landskommuner, vari provinsialläkare eller extra provinsialläkare är stationerad, ävensom till vissa andra kommuner beträffande förhållanden berörande provinsialläkarbefattningen inom det distrikt, vari vederbörande kommun ingick,

den 17 juni 1955 till samtliga läns landstings förvaltningsutskott angående uppgifter om de kostnader för provinsialläkarorganisationen, som belastade landstingen,

den 2 december 1955 till stadsläkare och stadsdistriktsläkare i landstingsstäder ävensom köpingsläkare och municipalläkare rörande dessa läkares arbetsförhållanden,

den 4 augusti 1956 till samtliga förste provinsialläkare angående deras kostnader för expeditiionslokaler, skrivhjälp m. m.,

den 14 augusti 1956 till samtliga landstings förvaltningsutskott och till styresmännen vid landstingens sjukvårdsanstalter samt därefter till vissa andra sjukvårdshuvudmän angående väntelistor och köbildningar i öppen och sluten vård vid sjukhusen,

den 20 augusti 1956 till samtliga landstings förvaltningsutskott ävensom till städerna utanför landsting med anhållan om uppgifter rörande planeringen av läkarvårdsorganisationen m. m. inom vederbörande sjukvårdsområde under den närmaste 10-årsperioden,

den 31 augusti 1956 till sjukhusdirektörerna och motsvarande i städerna utom landsting med anhållan om uppgifter rörande planeringen av läkarvårdsorganisationen m. m. inom vederbörande sjukvårdsområde under den närmaste 10-årsperioden,

den 17 april 1957 till samtliga läns landstings förvaltningsutskott angående personaltillgång och -behov m. m. inom distriktsvårdsorganisation och angränsande verksamhetsfält,

den 14 juni 1957 till stadsläkare och stadsdistriktsläkare i landstingsstäder ävensom köpingsläkare och municipalläkare angående dessa läkares lokalförhållanden,

den 23 juli 1957 till tjänsteläkare och privatpraktiserande läkare angående väntelistor och köbildningar.

Vi har vidare enligt särskilt medgivande den 2 december 1955 införskaffat visst av Sveriges läkarförbund insamlat och bearbetat statistiskt material rörande den öppna läkarvården.

Den 4 november 1955 överlämnade vi till Byggnadsberedningen och till chefen för inrikesdepartementet en av oss upprättad VPM rörande vissa byggnadsbehov inom sjukvårdsområdet, särskilt kronikervården jämte därvid fogad PM angående ovannämnda patienträkning den 8 december 1954.

Den 19 november 1957 överlämnade vi till chefen för inrikesdepartementet en skrivelse (i detta betänkande i regel benämnd »novemberpromemorian») med preliminär översikt av provinsialläkarkrisen samt förslag till vissa omedelbara åtgärder.

Vi har avgivit ett större antal remissyttranden, av vilka här må nämnas vårt yttrande

den 21 maj 1955 angående reviderad generalplan för sinnessjukvårdens utbyggande,

den 20 september 1955 över psykologutredningens betänkande angående psykologisk utbildning och forskning (SOU 1955: 11),

den 21 september 1955 över ett inom socialdepartementet uppgjort betänkande med förslag angående sjukförsäkringsstatistiken och yrkesskadestatistiken (stencil),

den 27 april 1956 över medicinalstyrelsens epileptikervårdsdelegations betänkande med förslag rörande epileptikervården (SOU 1955: 52) och över samma styrelsens underdåniga skrivelse den 13 december 1955 med överlämnande av betänkandet,

den 18 maj 1956 över 1952 års åldringsvårdsutrednings betänkande »Åldringsvård» (SOU 1956: 1),

den 28 november 1956 över 1955 års läkarutbildningsutrednings betänkande »Kliniska utbildningsplatser för blivande läkare» (SOU 1956: 34),

den 4 december 1956 över riksdagens revisorers berättelse rörande pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet (stencil),

den 20 december 1956 över kvacksalveriutredningens betänkande med förslag till lag om rätt att utöva läkekonsten (SOU 1956: 29),

den 28 december 1956 över sjukhuslagstiftningskommitténs betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27),

den 18 januari 1957 i anledning av vad riksdagens revisorer anfört angående visst blanketryck inom medicinalväsendets område (stencil),

den 22 mars 1957 över 1955 års långtidsutrednings betänkande »Balanserad expansion» (SOU 1956: 53),

den 18 maj 1957 över sjukhuslagstiftningskommitténs förslag till kungörelse angående statsbidrag till sjukhusväsendet (stencil),

den 6 november 1957 över strafflagberedningens slutbetänkande »Skyddslag» (SOU 1956: 55),

den 16 december 1957 över 1955 års familjerådgivningskommittés betänkande »Allmän familjerådgivning» (SOU 1957: 33).

Studieresor har av ledamöter och experter i kommittén företagits 24—29 januari 1955 till Finland, 6—13 februari 1955 till södra Sverige och Danmark, 27 mars—6 april 1955 till Norrbotten och Västerbotten samt Norge ävensom vid andra tillfällen till skilda orter i Sverige.

Samråd har under utredningsarbetets gång ägt rum förutom med statliga myndigheter med representanter för svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet, svenska landskommunernas förbund, Sveriges läkarförbund, svenska provinsialläkareföreningen, svenska stadsläkareföreningen, förste provinsialläkarnas förening, svenska barnmorskeförbundet samt med första

distriktssköterskor, hälsovårdskonsulenter, länsveterinärer och distriktsingenjörer för vatten och avlopp.

Vi har under vårt arbete fått riklig bekräftelse på att det föreligger trängande behov av en bättre informationsbas för överbägandena om hur hälso- och sjukvården lämpligen bör organiseras och på vilket sätt och i vilka riktningar den bör utvecklas. Denna brist har vållat oss avsevärt merarbete. Åtskilliga av de data, som vi nödgats inhämta genom specialenkäter, borde sålunda rimligen ha ingått i en löpande offentlig redovisning. Medicinalstyrelsens statistiska avdelning har efter sin tillkomst 1947 visserligen åstadkommit en väsentlig och synnerligen nödvändig förbättring i medicinalstatistiken, men dess kapacitet är fortfarande otillräcklig; den har visat stor beredvillighet att hjälpa oss i vårt arbete, men dess möjligheter har varit begränsade. Allmänt sett gäller att strävandena att i Sverige successivt utveckla en sjukdoms- och sjuklighetsstatistik ännu befinner sig i sin linda. Det finns på medicinalstyrelsen material, som ännu icke utnyttjats för detta syfte, och de — låt vara i vissa hänseenden kvalitativt begränsade — möjligheter som föreligger att utnyttja sjukförsäkringsmaterialet har i stort sett lämnats åsido. Givet är, att nyttan av en statistisk redovisning alltid måste vägas mot kostnaderna. I det hänseendet vill vi emellertid peka på att den moderna samplingstekniken i flera fall erbjuder möjligheter att för rimlig kostnad erhålla goda informationer. Dessutom bör beaktas, att hälso- och sjukvårdens totalkostnader numera nått en sådan storleksordning att en mera effektiv genomlysning både av utvecklingsbehoven och av hälso- och sjukvårdens ekonomi ter sig alltmer angelägen.

Kommittén får härmed vördsamt överlämna förevarande betänkande. Kap. 1, 3, 4 och 6 har i huvudsak utarbetats av experten Ann-Margret Lundgren, som även medverkat i vissa andra avsnitt.

Medan förslagen i detta betänkande väsentligen avser hälsovård och öppen vård utanför sjukhus, synes i ett följande betänkande större uppmärksamhet böra ägnas bland annat åt öppen sjukhusvård och åt förhållandet mellan öppen och sluten vård på sjukhusen. Det kan även visa sig, att ett studium, som utgår från »sjukhussidan», kan ge ytterligare synpunkter av värde på förhållandet mellan sjukhusvård och öppen vård utanför sjukhus, häri inbegripet hemsjukvård. Vidare måste problemen i städer utanför landsting, som i detta betänkande lämnats åsido, komma med i bilden; dessa städer svarar dock för mer än en femtedel av rikets folkmängd och denna andel är stigande. I det återstående utredningsarbetet bör vidare ingå en närmare analys av frågan om hur en successiv utveckling av förebyggande hälsoundersökningar lämpligen bör utformas. De återstående utredningsuppgifter, som berörts i direktiven, är överhuvud taget angelägna. De torde emellertid kunna anförtros åt en kommitté med mindre medlemsantal. Undertecknad Knut Hj. Anderson har redan indivi-

duellt begärt entledigande från uppdraget att tillhöra denna kommitté. Även vi övriga anser oss av angivna skäl nu böra ställa våra platser i kommittén till förfogande.

Undertecknade Biörck, von Friesen, Gerle, Gerner och Johansson har avgivit särskilda yttranden.

Stockholm den 18 mars 1958.

Rich. Sterner

E. Gust. Andersson

Karin Collin

Bo Gerle

Gunnar Inghe

Edith Liljedahl

Jenny Täckholm

Knut Hj. Anderson

Arthur Engel

Göran Gerner

Olof Johansson

Per Svensson

K. G. Viklund

Gunnar Biörck

Bertil v. Friesen

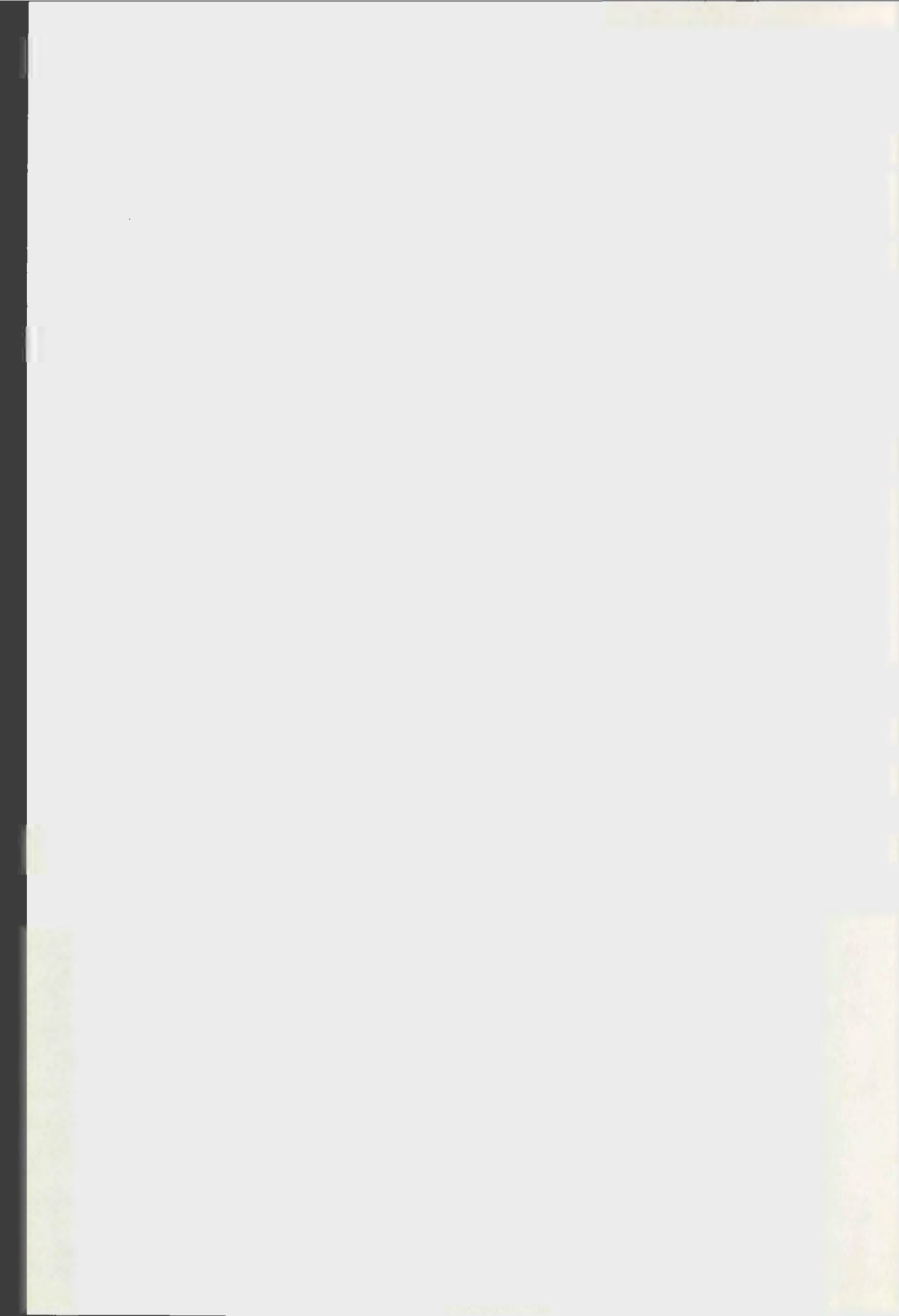
Elin Hakeman

Eva Karlsson

Inga Thorsson

Curt Åmark

Bo Adin

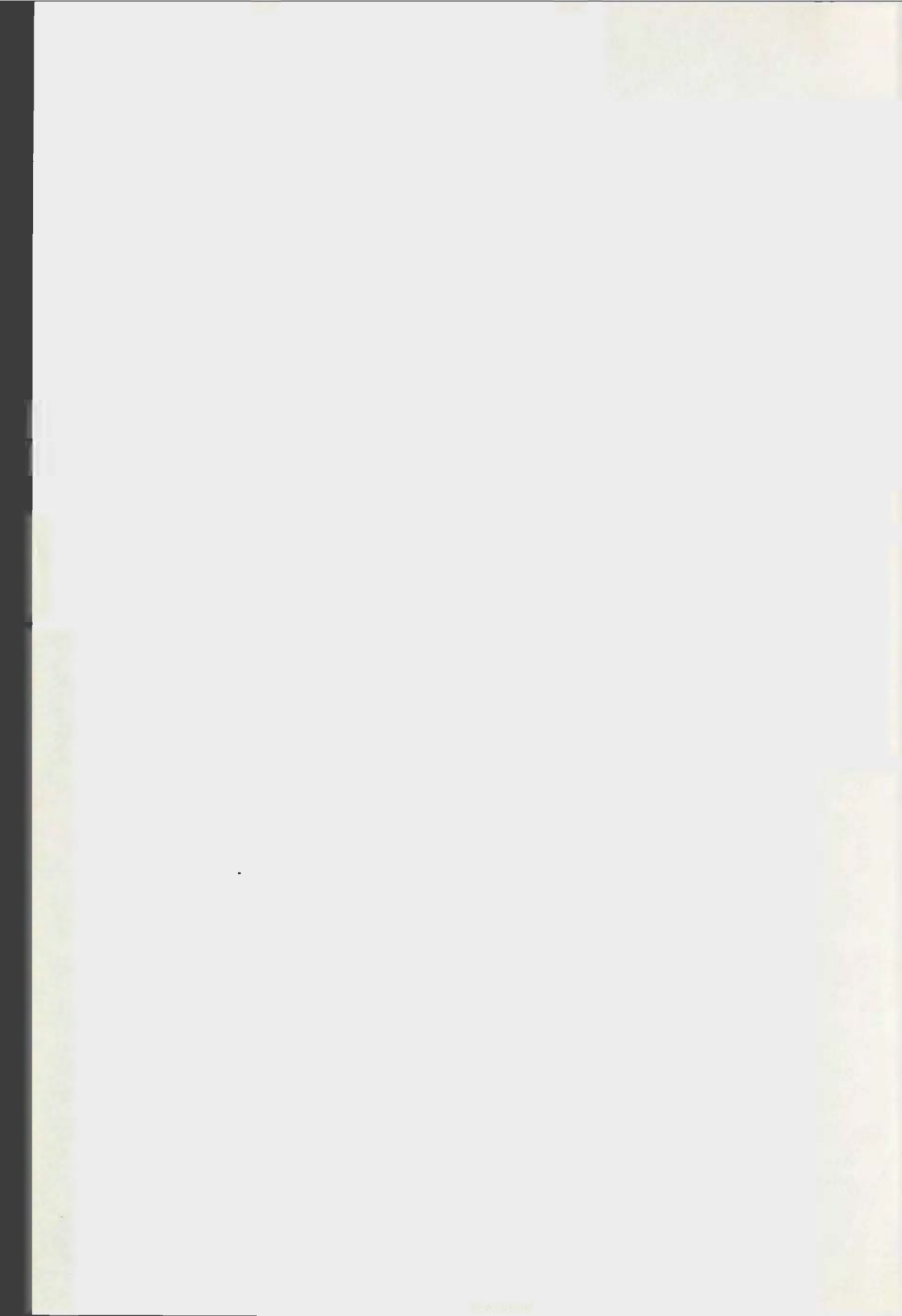


Innehåll

Skrivelse till Herr Statsrådet och Chefen för Kungl. Inrikesdepartementet	3
Avd. I. Vad betänkandet handlar om	17
Kap. 1. Utredningsuppdraget	17
Kap. 2. Sammanfattning av motivering och förslag	23
Sjukvårdens starka expansionsbenägenhet	23
Personalbrist och investeringsbegränsningar	24
Några huvudproblem inom olika vårdområden	26
Provinsiällläkarkrisen	29
Eftersläpningen i fråga om förebyggande insatser	31
Förstärkt hälsovårdstillsyn på länsplanet	34
Förstärkning av den allmänna tjänsteläkarorganisationen och distriktsvårdsorganisationen i landstingsområdena	36
Förstärkta utbildningsresurser	38
Förslag om huvudmannaskapsreform	40
Sammanfattning av kostnadsberäkningar	42
Avd. II. Översikt av hälso- och sjukvårdsorganisationen	45
Kap. 3. Beskrivning av organisationen	45
Hälsovård	46
Omgivningshygien	46
Förebyggande vård	50
Hälsouppllysning	59
Sjukvård	60
Sluten vård	61
Öppen vård	67
Eftervård, konvalescentvård och rehabilitering	71
Undervisning och forskning	73
Kap. 4. Eftersatta behov inom den allmänna hälsovården	84
Omgivningshygieniska problem	84
Vatten och avlopp	85
Behovet av reningsverk	88
Brister i fråga om renhållningen	90
Livsmedelshygieniska problem	93
Bostads-, skol-, industrihygien m. m.	96
Den radioaktiva strålningens problem	100
Förebyggande vård	102
Vård genom distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor	103
Förebyggande mödra-, barna- och ungdomsvård	107
Hälsoundersökningar för vuxna	122

Kap. 5. Kvantitativ och kritisk analys av organisationen.....	139
Vad kostar sjukdomar och sjukdomsbekämpande?.....	139
Hur kan totalkostnaden minimiseras?.....	144
Den snabba expansionen inom hälso- och sjukvården.....	152
Olika huvudmannagrupperns medverkan till expansionen.....	159
Kostnadsutvecklingen inom olika vårdgrenar.....	160
De eftersläpande sjukvårdsinvesteringarna.....	162
Byggnadstillståndsgivningen under senare år.....	165
Beräkning av framtida investeringsbehov.....	167
Utvecklingen inom slutna vård.....	171
Behovet av ytterligare platser inom slutna kroppssjukvård.....	183
Vissa möjligheter till investeringsbesparing.....	188
Knappheten på medicinalpersonal.....	197
Närmare om läkarbristen.....	203
Regionala skillnader i fråga om läkartätheten m. m.....	216
Har landsbygdsbefolkningen lägre sjukvårdsbehov än stadsbefolkningen?.....	218
Tjänsteläkarorganisationens utveckling och struktur.....	221
Provinsialläkarvakanserna.....	224
Tjänsteläkarnas arbetsbelastning.....	227
Provinsialläkarkarriärens otillräckliga konkurrenskraft.....	229
Åldersfördelningen bland tjänsteläkarna.....	231
Tjänsteläkararbetets struktur.....	233
Den öppna läkarvårdens omfattning och struktur.....	237
Närmare om verksamheten i distriktsvård och annan hälsovård.....	261
Avd. III. Förslag om tjänsteläkarorganisationen.....	266
Kap. 6. Förslag om åtgärder för förstärkning av den lokala och regionala tillsynen inom omgivningshygien m. m.....	266
Den lokala tillsynen.....	266
Den regionala tillsynen.....	270
Återblick på förste provinsialläkarinstitutionen.....	271
Diskussionen om förste provinsialläkarinstitutionen under senare år... ..	272
Motiv till våra förslag rörande en länsläkarinstitution.....	279
Länsläkarinstitutionens uppgifter och utformning.....	280
Utbildningsfrågor, som berör länsläkarinstitutionen.....	289
Utbyggnadstakt och kostnadsberäkningar.....	292
Kap. 7. Förslag om förstärkning av tjänsteläkarverksamheten och distriktsvården i landstingsområdena.....	303
Provinsialläkarna behövs.....	303
Förslag redovisade i vår promemoria av den 19 november 1957.....	304
Dimensioneringen av tjänsteläkarorganisationens utbyggnad.....	308
Åtgärder för att motverka läkarbristen.....	317
Vi måste inrätta oss så, att de svenska läkarutbildningsresurserna snarast möjligt blir tillräckliga för landets behov.....	324
Andra åtgärder för att höja tjänsteläkarorganisationens effektivitet och befrämja tjänsteläkarrekryteringen.....	326
Beräknade kostnader för tjänsteläkarorganisationens utbyggnad.....	343

	15
Förslag om förstärkning av vissa andra personalgrupper i öppen vård	350
Andra aktuella utbildningsfrågor	363
Kap. 8. Förslag om reform av huvudmannaskapet för öppen sjukvård genom tjänsteläkare	369
Motiv för en reform	369
Reformens avgränsning vad gäller omgivningshygienisk tillsyn	378
Reformens avgränsning och motivering vad gäller kommunalläkare	380
Tjänsteläkare i öppen vård tillsättes av Kungl. Maj:t efter förord från medicinalstyrelsen och vederbörande landsting	387
En förutsättning för en huvudmannaskapsreform är en överenskommelse mellan stat och landsting om kostnadsfördelningen	388
Huvudmannaskapsreformen kan endast genomföras successivt	393
Uttalanden från Sveriges läkarförbund	399
Kommentar till opinionsyttringarna från tjänsteläkarkårerna och läkarförbundet	403
Den rättsliga regleringen	410
Avd. IV. Särskilda yttranden	414
Särskilt yttrande av herr Biörck	414
Särskilt yttrande av herrar von Friesen och Gerle	419
Särskilt yttrande av herr Gerner	420
Särskilt yttrande av herr O. Johansson	422
Tabellförteckning	426
Bildförteckning	429



AVDELNING I

VAD BETÄNKANDET HANDLAR OM

KAPITEL I

Utredningsuppdraget

För det åt oss lämnade uppdraget att »verkställa en översyn av hälso- och sjukvården i riket med särskild hänsyn till den öppna vården» har givits utförliga direktiv, varvid till utgångspunkt tagits medicinalstyrelsens den 29 september 1947 avgivna betänkande med utredning och förslag rörande den öppna läkarvården i riket (SOU 1948: 14) samt bilagedelen till nämnda betänkande (SOU 1948: 24).

Efter en principdiskussion om läkarkonsten och formerna för dess utövning uttalade medicinalstyrelsen i betänkandet att vår organisation för öppen hälso- och sjukvård måste anses otillräcklig. Otillräckligheten var i första hand hänförlig till brist på läkare samt annan sjukvårdspersonal av praktiskt taget alla kategorier. Läkarna i öppen vård hade ofta ej heller tillfredsställande tillgång till modern teknisk undersöknings- och behandlingsapparat. Allvarliga anmärkningar kunde i många fall riktas mot lokalerna för den öppna sjukvården; de var ofta både otillräckliga och mindre ändamålsenliga. Detta ansågs i fråga om mottagningarna vid sjukhusen hänga nära samman med bristen på huvudman för den öppna vården. För patienternas del utgjorde de ofta förekommande långa väntetiderna ett kännbart missförhållande. Brist på koordination rådde också mellan slutna kroppssjukvård och sinnessjukvård liksom mellan sjukhusvård, öppen sjukvård, hemsjukvård, förebyggande vård och socialvård i vidsträckt mening. Bristerna kunde enligt betänkandet i sista hand föras tillbaka på otillräcklig planering och organisation av den öppna läkarvården.

I betänkandet har framlagts en allmän organisationsplan för den öppna läkarvården, till vilken fogats ett stort antal principförslag. Av de i betänkandet framlagda förslagen nämns i våra direktiv särskilt överflyttande av ansvaret för den öppna vården vid kroppssjukhusen till huvudmännen för dessa anstalter. Huvudmännen skulle jämväl åläggas att i samråd med medicinalstyrelsen och centrala sjukvårdsberedningen upprätta planer för utbyggnaden av den öppna vården vid eller i anslutning till anstal-

terna inom de olika sjukvårdsområdena. Regelbundna specialistmottagningar för öppen psykiatrisk vård borde anordnas i anslutning till sjuksjukhusen, varjämte hjälpverksamheten vid dessa sjukhus borde utbyggas. Köpings- och municipalläkarinstitutionen borde successivt avvecklas och ersättas med provinsialläkartjänster, och ett motsvarande överförande till provinsialläkarstaten borde ske av stadsläkare och stadsdistriktsläkare — till en början dock endast i landstingsstäderna. Städerna utom landsting skulle tills vidare själva ordna sin tjänsteläkarfråga enligt av Kungl. Maj:t och riksdagen fastslagna regler.

I remissyttrandena över betänkandet vitsordades allmänt behovet av en förstärkning av den öppna läkarvårdens resurser. Åtskilliga av de i betänkandet angivna principerna och detaljförslagen rönt instämmanden medan andra kritiserades bland annat såsom allt för långt gående i förhållande till landets personella och materiella resurser under överskådlig framtid.

I våra direktiv erinras om, att några av de i betänkandet berörda frågorna efter fortsatt bearbetning helt eller delvis vunnit sin lösning men att betänkandet i övrigt fått vila. Därjämte erinras om, att sjukvårdsorganisationens utveckling i Sverige under de senaste åren uppvisat drag, ägnade att väcka tillfredsställelse, men att å andra sidan företeelser icke saknas, som kan inge bekymmer.

Som en företeelse, ägnad att väcka bekymmer, nämns, att utvecklingens tyngdpunkt nästan helt legat på den vid sjukvårdsanstalter meddelade slutna och öppna vården, medan utbyggnaden av provinsialläkarinstitutionen skett i ett långt blygsammare tempo. Svårigheterna att besätta åtskilliga provinsialläkartjänster, särskilt i våra nordligaste län, understryks även.

I direktiven anföres vidare, att frekvensen av sjukdomsfall, som inläggs på sjukhus men som ej skulle behövt detta, om den öppna läkarvården varit bättre rustad, synes vara avsevärd. Denna tendens kan befaras komma att förstärkas, om icke kapaciteten för sistnämnda vårdform väsentligt ökas. Önskvärdheten ur såväl kostnadssynpunkt som medicinsk synpunkt av att sjukhusplatser och sjukhusens specialistutbildade läkarkrafter förbehålls de fall, som verkligen behöver dem, har föranlett allvarliga strävanden att öka möjligheterna till vård i hemmen eller eljest utom anstalt ävensom aktualiserat frågan om eftervårdens rationella ordnande. Sistnämnda spørsmål har varit föremål för utredning bland annat av statens sjukhusutredning av år 1943 (SOU 1947: 61) utan att dock ha fått en godtagbar lösning.

I direktiven uttalas, att införandet av den allmänna sjukförsäkringen och möjligheten av att allmänhetens anspråk på sjukvårdsorganisationen därmed kommer att stiga, särskilt vad gäller den öppna vården, ytterligare accentuerar behovet av en generell prövning av vår hälso- och sjuk-

vårdsorganisation. Mot bakgrunden av hälso- och sjukvårdens stora sociala och ekonomiska betydelse måste frånvaron av en sådan prövning betraktas som en brist i den allmänna samhällsplaneringen.

Det är de förhållanden, för vilka sålunda redogjorts, som föranlett den översyn av vår sjukvårdsorganisation, som uppdragits åt oss, och vilken anges även böra omfatta en allmän prövning av vår hälso- och sjukvård med beaktande av de samhällsekonomiska aspekterna.

Vid uppdragets fullgörande bör utredningen

»så långt saken kan bedömas utgå från de resurser i materiellt och personellt hänseende, varöver landet kan antagas förfoga för sjukvårdsändamål under den framtid, som kan överblickas samt söka få till stånd en rationell fördelning av dessa resurser mellan olika vårdformer. En central uppgift blir att framlägga förslag till en på uppskattning av vårdbehov och vårdmöjligheter i öppen och slutna vård grundad, ur medicinsk och ekonomisk synpunkt lämplig avvägning mellan de båda vårdformerna. Den öppna vården bör härvid tagas i sin vidsträcktaste mening och innefatta även förebyggande vård, hälsovård och eftervård i den mån sjukvårdspersonal medverkar däri. En annan viktig uppgift blir att samordna hälso- och sjukvårdens olika grenar inbördes.»

Det allmänna målet för de lösningar, utredningen skall söka anvisa, bör enligt direktiven vara att för landets olika delar trygga en nöjaktig tillgång till effektiv hälso- och sjukvård.

Till ledning för utredningsarbetet framhålls vidare i direktiven, att utredningen bör skaffa sig en allmän överblick över tillståndet inom den öppna läkarvården både vid och utanför sjukhusen samt att de sakkunniga därefter bör »söka uppdraga en gräns mellan den öppna läkarvård, som bör meddelas vid sjukhusen, och övrig öppen läkarvård». I samband därmed bör de sakkunniga pröva, om fördelningen av läkarnas uppgifter mellan specialister och allmänläkare är ändamålsenlig, varvid även dithörande sjukhusorganisatoriska frågor och utbildningsspörsmål måste uppmärksammas. De sakkunniga bör ägna uppmärksamhet åt de olika meningar, som gjort sig gällande beträffande gränsdragningen mellan öppen läkarvård vid och utanför sjukhus, samt de initiativ, som på området tagits från både huvudmannahåll och läkarorganisationernas sida. Sålunda bör exempelvis även i andra större städer prövas användbarheten av det i Göteborg delvis tillämpade systemet med fristående välutrustade kommunala sjukvårdscentraler och polikliniker samt övervägas, om inte för gemensam mottagning av privatpraktiker anordnade centraler, drivna i enskild regi men med stöd från det allmänna, i vissa fall skulle kunna innebära en tillfredsställande lösning.

Stor uppmärksamhet ägnas i direktiven åt tjänsteläkarfrågorna. Därom anför departementschefen bland annat följande.

»I detta avseende bör möjligheterna att även för denna läkarkategori del öka användningen av praktik i gemensamma lokaler omsorgsfullt prövas. Nya planlösningar till lokaler för sådan gruppaktivitet bör utarbetas. Likaså bör övervägas,

om inte tjänsteläkarnas mottagningar borde förses med väsentligt förbättrad diagnostisk utrustning, avsedd att möjliggöra i varje fall vanliga laboratorie- och röntgenundersökningar. Det synes inte osannolikt, att befintliga sjukstugor i viss utsträckning skulle lämpa sig för gruppraktik; de sakkunniga bör taga denna fråga under övervägande.

Hittills har ökningen av provinsialläkarkåren väsentligen skett genom att landet indelats i allt mindre distrikt. Då riksdagen bifallit mina i årets statsverksproposition framlagda förslag kommer den s. k. kongruensindelningen, som innebär, att provinsialläkardistriktet såvitt möjligt anpassas till den nya kommunindelningen, att i huvudsak kunna slutföras. I detta läge och med beaktande av kommunikationernas utveckling bör de sakkunniga pröva, om inte i varje fall för mera tätbefolkade delar av landet den fortsatta utbyggnaden hellre än enligt hittills tillämpad princip bör ske genom inrättande av gemensamma stationer för två eller flera läkare av den art, jag nyss antytt. Bl. a. torde möjligheterna att vinna en reglering av läkarnas arbetstid och likväl upprätthålla en tillfredsställande jourtjänst avsevärt förbättras genom en sådan anordning, vilket bör vara ägnat att öka rekryteringen till banan. Även andra möjligheter att öka tillströmningen till tjänsteläkarbanan bör övervägas; särskilt bör undersökas möjligheterna att underlätta utbyggnaden av läkarorganisationen i Norrland.

En åtgärd i nyss angivna syfte är att läkarna utrustas med erforderliga hjälpkrafter för mottagningsarbete, skrivarbete och telefonpassning. Frågan om personal för sjukvård i hemmen är här även av betydelse. I detta sammanhang vill jag nämna, att distriktssköterskornas arbete på senare tid successivt kommit att alltmer överflyttas från hälsovård till sjukvård. De sakkunniga bör med beaktande av denna tendens ingående pröva, i vilken utsträckning och på vad sätt en utbyggnad av hjälpkrafterna till tjänsteläkarnas förfogande kan vara ägnad att öka organisationens effekt.»

Vidare framhåller departementschefen beträffande de hygieniska uppgifterna och den förebyggande vården att det inte kunnat undgås att dessa uppgifter

»till följd av tjänsteläkarkårens arbetsbörda på sista tiden mångenstädes kommit att få stå tillbaka för sjukvårdsarbetet. De sakkunniga bör därför pröva, vilka möjligheter, som kan stå till buds för att förbättra den förebyggande vårdens ställning. I detta avseende finner jag det förtjänt att övervägas, om inte en förstärkning av förste provinsialläkarinstitutionen med erforderliga hjälpkrafter skulle vara ägnad att åstadkomma en effektivisering av hälsovårdsarbetet — särskilt på det numera alltmer tekniskt betonade planet för vatten- och avloppshygien m. m. — samtidigt som därmed skulle kunna vinnas viss avlastning för provinsialläkarna.»

Även andra spørsmål rörande den förebyggande vården bör enligt direktiven uppmärksammas av utredningen, t. ex. frågan om införandet av en allmän hälsokontroll åtminstone i form av försöksverksamhet. Utredningen bör vidare undersöka om icke vissa åtgärder i förebyggande syfte bör kunna inordnas i den allmänna sjukförsäkringen eller eljest stödjas av det allmänna.

Bland andra frågor, som berörs i direktiven, må slutligen nämnas förebyggande och öppen vård av psykiskt sjuka, öppen åldringsvård, eftervård och rehabilitering samt yrkeshygien och yrkesmedicin.

Då det är nödvändigt, att den ökade insats från det allmännas sida, som torde erfordras, rymmes inom den ram, som kan anses samhällsekonomiskt rimlig bör — framhålls det — utredningens förslag åtföljas av kostnadsberäkningar. Härvid bör även övervägas, hur kostnaderna för förslagets genomförande bör bestridas, i den mån anledning därtill föreligger med hänsyn till att de framlagda förslagen berör förhållanden, som tillmätts betydelse vid bestämmandet av taxor och löner.

I de särskilda direktiven den 25 november 1955 för mentalsjukvårdsdelegationen har departementschefen till en början berört pågående upp- rustning inom den statliga sinnessjukvården enligt en av 1950 års riksdag godkänd generalplan samt det förslag till revidering av ifrågavarande plan, som den 18 december 1954 framlagts av kommittén för sinnessjukvårdens utbyggande. I remissyttrandena över detta förslag har behovet av en ytterligare utbyggnad och upp- rustning av sinnessjukvården allmänt under- strukits. I flera yttranden har även upptagits frågan om att överflytta huvudmannaskapet för sinnessjukvården från staten till landstingen. I yttrandena har även framförts en rad andra synpunkter och förslag rörande mentalsjukvårdens organisation, den öppna vården av de psykiskt sjuka, sinnessjukhusens omfattning, utrustning med personal och orga- nisation i övrigt samt behovet av omedelbara även provisoriska åtgär- der m. m.

Departementschefen, som var övertygad om att den utbyggnad och upp- rustning, personellt och materiellt, av de statliga sinnessjukhusen, som skett under senare år, borde fullföljas med all kraft, förutsatte att — utom de förslag till personalförstärkningar och byggnadsåtgärder, som borde genomföras redan under budgetåret 1956/57 — förslag rörande på längre sikt erforderliga byggnadsåtgärder och vissa därmed sammanhängande frågor framläggs av kommittén för sinnessjukvårdens utbyggande.

Departementschefen understryker särskilt, att den fullständiga samord- ningen av all mentalsjukvård inom ett sjukvårdsområde liksom av denna vård och kroppssjukvården icke torde kunna komma till stånd förrän all sjukvård åtminstone i princip sammanförts under ett enhetligt huvud- mannaskap. Innan en utredning om de ekonomiska förutsättningarna och villkoren härför företas är det emellertid enligt departementschefen ange- läget att vinna klarhet om hur den länsvis organiserade mentalsjukvården bör uppbyggas och fungera. Detta anges vara huvuduppgiften för men- talsjukvårdsdelegationen inom vår kommitté. Delegationen skulle sålunda utreda bland annat frågorna om gränsdragningen och samordningen inbö- des mellan de nu gängse olika formerna av mentalsjukvård och hur dessa i sin tur bör samordnas med kroppssjukvårdens olika grenar och vidare behovet av nya former för mentalsjukvården. Andra hithörande frågor av- ser den öppna vården av de psykiskt sjuka, patienternas fördelning på de

olika vårdorganen och ordningen därför, förekomsten inom dessa organ av öppen läkarmottagning etc. At nämnda delegation bör enligt departementschefen även kunna uppdragas att utreda andra frågor berörande mentalsjukvården, som kan aktualiseras under det fortsatta reformarbetet.

KAPITEL 2

Sammanfattning av motivering och förslag

Sjukvårdens starka expansionsbenägenhet

Internationellt sett har den svenska hälso- och sjukvården nått en hög standard. Läkare och annan medicinalpersonal har i stort sett god utbildning. Hälso- och sjukvårdsorganisationens tjänster når ut till hela folket, även om den är väsentligt mindre lättillgänglig för glesbygdernas människor än för stadsborna. Vi har låg dödlighet i de enskilda åldersklasserna och den lägsta spädbarnsdödligheten i världen.

Nya förbättringar genomföres ständigt. Sjukvårdens personalresurser och sjukvårdskonsumtionens kvantitativa volym ökar i snabb takt. Antalet läkare nu (6 200) är dubbelt så stort som i slutet på 1930-talet. I fråga om antalet sjuksköterskor (omkring 19 000, varav många dock endast periodiskt eller partiellt yrkesverksamma) har stegringen varit ännu snabbare (ca 120 procent sedan 1939). Antalet i slutet kroppssjukvård årligen intagna patienter har under samma tid ökat ca 80 procent. Å egentliga sinnessjukhus tillhörande staten och de tre storstäderna har antalet första-gångsintagna patienter fördubblats mellan 1940 och 1955. Även utvecklingen inom öppen läkarvård har säkerligen varit kraftig, låt vara att det i detta fall inte föreligger något fullständigt mätetal. Inom sjukförsäkringen har emellertid antalet konsultationer per 100 sjukkassemedlemmar nästan fördubblats mellan 1942 och 1955/56, och det är att märka, att denna ökning gjorde sig gällande både före och efter sjukförsäkringsreformen och att antalet sjukkassemedlemmar även före denna reform steg mycket snabbt. Distriktssköterskeorganisationens insatser i kurativ sjukvård har enbart under tiden från 1946 till 1955 ökat 80 procent. Den samhälleligt organiserade förebyggande mödra- och barnvården omfattade 1940 ca 25 000 barnaföderskor och 39 000 spädbarn men 1955 däremot ca 82 000 barnaföderskor, 101 000 spädbarn samt dessutom 86 000 1-årsbarn och 148 000 barn i åldern 2—6 år.

Statens, landstingens, primärkommunernas och sjukkassornas utgifter (inklusive investeringsutgifter) för hälso- och sjukvård utgjorde ej fullt 1,5 miljarder kronor 1955 och omkring 1,7 miljarder kronor 1957. Det motsvarar 3,0 procent av bruttonationalprodukten mot 1,5 procent (eller något mer) 1938/39 och omkring 1 procent 1928. Højningen i den andel av den växande nationalprodukten, som tas i anspråk för hälso- och sjuk-

vård, har möjligen till någon del berott på att pris- och kostnadsstegringen kan ha varit ännu större inom hälso- och sjukvården — där det förr var vanligare än nu att vissa grupper av medarbetare ansågs utöva ett »kall» och där efterfrågetrycket varit särskilt kännbart — än inom folkhushållningen i övrigt. I huvudsak måste det dock vara fråga om en reell förändring, som varit anmärkningsvärt snabb.

Uppenbarligen tillhör hälso- och sjukvården de områden inom folkhushållet, där efterfrågan visar en speciellt stark expansionsbenägenhet. Till en del är denna efterfrågeexpansion betingad av folkökning och av de högre åldersgruppernas växande betydelse. Men tillsammans taget mångdubbelt viktigare är en rad andra faktorer: den fulla sysselsättningen och levnadsstandardstegringen i övrigt; den socialpolitiska utbyggnaden; kommunikationernas utveckling och urbaniseringen, som gör att allt fler får nära tillgång till de rikligare sjukvårdsresurserna i städerna; den stigande folkupplysningen; den vetenskapliga medicinska utvecklingen, som vidgar marknaden för sjukvårdsorganisationens tjänster; den ytterligare stimulans för efterfrågan, som beror på att allt mer omfattande och allt bättre sjukvårdsresurser ställs till förfogande.

Personalbrist och investeringsbegränsningar

Om de allmänna sammanfattningstalen sålunda ger bilden av en utveckling, som i flera avseenden kan förefalla imponerande, hindrar det dock inte, att det likväl finns stora och allvarliga brister. Trots utbyggnaden förekommer fortfarande att omfattande och angelägna mänskliga behov icke är tillgodosedda på tillfredsställande sätt. Och dessutom har ökningen i resurserna, även om den i och för sig varit betydande, kommit i efterhand i förhållande till efterfrågestegringen, som fortgår i accelererat tempo. I vissa fall har balansen mellan tillgång och efterfrågan dock förbättrats under efterkrigstiden, men i andra fall har den i stället försämrats.

I fråga om sjukvårdsbiträden och ekonomipersonal samt även i fråga om sjuksköterskor, för vilka utbildningskapaciteten ökat med över 50 procent sedan 1946, har jämvikten mellan tillgång och efterfrågan blivit mera tillfredsställande. Dock föreligger fortfarande på många håll en *sjuksköterskebrist*, som beror på att en stor del av sjuksköterskorna helt eller delvis lämnar förvärvsarbetet i samband med giftermål. Denna brist är besvärande ur flera synpunkter: den bidrar till att sjukavdelningar inte alltid kan fullt utnyttjas hela året, gör det svårt att förbättra den personliga vården av patienterna och att ge den knappa och dyrbara läkararbetskraften all den avlastning, som skulle vara erforderlig. Inom distriktsvården stod vid utgången av 1956 13 procent av sjukskötersketjänsterna vakanta utan att någon kompetent vikarie kunnat erhållas.

Läkartillgången har ökat i accelererad takt: med 84 per år under 1930-

talet, med 136 per år under 1941—47, med 180 per år under 1948—53 och med 230 per år under 1954—57. Men likväl är läkartätheten i Sverige lägre än i alla andra jämförliga länder utom Finland. Och trots den allt snabbare tillgångsökningen har läkarbristen skärpts och det även under senare år. Under 1940-talet lyckades det att öka provinsialläkarkåren med bortåt 50 procent, men därefter har det inte gått att ens fullständigt vidmakthålla denna kårs faktiska numerär. Antalet läkartjänster, som var vakanta eller stod lediga på grund av sjukdom eller tjänstledighet (dock icke semester) inom provinsialläkarverksamhet, å kroppssjukhus och inom mentalsjukvård, och som icke uppehölls av särskild vikarie med allmän behörighet att utöva läkaryrket, ökade från 410 den 1 april 1957 till 480 den 1 oktober 1957. Det sista talet motsvarar 8 procent av hela läkarkårens storlek.

Fram till 1970 kommer den numera utvidgade läkarutbildningskapaciteten, som är mer än dubbelt så stor som 1946 och som möjliggör att ca 410 studenter årligen nyintages vid de medicinska läroanstalterna, att utan fortsatt immigration ge en beräknad ökning av läkarkåren med 230 à 240 per år, om alla läkare under 70 år medräknas. Men eftersom den faktiska årliga tillgångsökningen redan, till stor del tack vare immigration, nått nästan samma storlek utan att bristen ens upphört att skärpas, kan denna utbildningskapacitet näppeligen vara tillräcklig för att dels täcka den redan aktuella bristen, dels tillgodose en fortsatt efterfrågestegring av den styrka som motsvarar erfarenheten under senare år och dels efterhand undanröja behovet av ytterligare läkarimmigration. Att det finns starka skäl för sådana farhågor framgår ännu mera direkt av de behovsprognoser, som på sin tid utarbetades inom medicinalstyrelsen och framlades i arbetskraftsutredningens betänkande och som på några huvudpunkter vunnit ytterligare stöd genom vissa nyare uppgifter och beräkningar, vilka återges i detta betänkande.

Även i fråga om sådana grupper som *psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter* och *kuratorer*, vilkas tjänster under senare år med rätta blivit allt mer uppskattade och framstår som allt mer oundgängliga, råder en utpräglad och allvarlig brist.

Härtill kommer, att *byggnadsrestriktionerna* under och efter kriget haft till följd att hälso- och sjukvården till och med 1956 fått sig tillmätt en mindre andel av investeringsutrymmet än före kriget, trots att dess allmänna betydelse i folkhushållet starkt ökat. Den årliga ökningen i platsantalet har därför under 40- och 50-talen varit mindre än under 30-talet. Detta har haft beklagliga följder bland annat för utvecklingen inom mentalsjukvården. Vad gäller kroppssjukvården begränsades skadeverkningarna under 40-talet delvis av det förhållandet, att vårdtiderna fortsatte att starkt förkortas, vilket bland annat möjliggjordes genom nya behandlingsmetoder och behandlingsmedel, såsom tidig uppstigning och antibiotica, men även direkt framtvängades av platsbristen. Från omkring 1950 har det emel-

lertid i stort sett icke lyckats att ytterligare sänka vårdtiderna. Därmed har möjligheten att tillgodose den snabba efterfrågestegringen i fråga om sluten vård blivit nästan helt beroende av byggnadsutrymmet. Den starka begränsningen i detta utrymme kom då att vålla ännu mycket svårare olägenheter än förut. Under 1957 har dock investeringsutrymmet för sjukvården ökat, och den mildring av byggnadsrestriktionerna som nu trätt i kraft bör, om den får bli bestående, möjliggöra en ytterligare förbättring. Med hänsyn till omfattningen av de eftersläpande investeringsbehov, som under lång tid ackumulerats, är en sådan fortsatt förbättring också helt oundgänglig. Den kan emellertid komma att ännu mer öka behovet av utbildad personal.

Några huvudproblem inom olika vårdområden

Knappheten i fråga om personella och andra resurser vållar flerstädes köbildningar och väntetider, varom vissa uppgifter framläggs i detta betänkande. Den skapar hinder för utvecklingen inom flertalet huvudområden. Och det är att märka, att utvecklingskraven framstår såsom både omfattande och angelägna. Detta gäller om alla huvudområden utom tuberkulos-, epidemi- och förlossningsvården, vilka tvärtom uppvisar sjunkande behov; i sistnämnda fall kan emellertid en ny behovsökning inträda när de stora årskullarna från 1940-talet når giftermålsåldern.

Det är numera allmänt bekant, att *mentalsjukvården* företer en särskilt svår och allvarlig eftersläpning. Eftersom detta ämne hänskjutits till en särskild delegation behandlas det dock inte mera utförligt i detta betänkande. Här må blott erinras om att mentalsjukhusen, särskilt de statliga, visar svår överbeläggning, har långa väntelistor, till stor del är kvalitativt mindre tillfredsställande, har låg läkartäthet och låg allmän personaltäthet. Även i flera andra avseenden är standarden ofta otillräcklig.

Lasarettsvården har däremot visat stark expansion i fråga om personalresurser och utrustning. Men likväl kommer här att kunna dokumenteras, hurusom det ännu är mycket som återstår, särskilt i mera landsbygdsbetonade delar av landet, innan lasarettens specialistresurser för sluten och öppen vård byggts ut i den utsträckning, som numera framstår såsom erforderlig. Den öppna specialistvården vid lasaretten utnyttjas emellertid i stor utsträckning för fall som borde kunna behandlas i öppen vård utanför sjukhus — förutsatt att det fanns tillräckligt med läkare, medverkande personal och utrustning inom denna del av den öppna vården. Därigenom skärpes knappheten på specialistvårdresurser ytterligare. Samtidigt kan det starka efterfrågetrycket på lasarettens öppna avdelningar i vissa fall medföra risk för att vården av ineliggande patienter blir eftersatt.

Även antalet platser på kroppssjukhusen behöver öka väsentligt. Detta är så mycket mer angeläget eftersom möjligheterna att genom sänkning i

vårdtiderna tillgodose en ökad efterfrågan på slutna vård numera i stort sett uttömts. Men dessutom är det angeläget, att andra vårdmöjligheter kan erbjudas åtminstone åt en väsentlig del av de ineliggande patienter å lasarett o. d. (18 procent av samtliga enligt en patienträkning i december 1954), som ur medicinsk synpunkt egentligen icke är i behov av de särskilda resurser, som A-sjukhusens slutna avdelningar kan erbjuda. Det förutsätter bland annat en utveckling av hemsjukvården och rikligare resurser för detta ändamål samt allmänt bättre kvantitativ och kvalitativ kapacitet inom öppen vård utanför sjukhus. Det förutsätter vidare fler platser på konvalescenthem och på hem och avdelningar för långvarigt sjuka.

Men alla dessa grenar av sjukvården är underdimensionerade. Inom *vården av långvarigt kroppssjuka* har platsantalet visserligen visat en allt snabbare ökning under senare år, men vårdtiderna har blivit vida längre än tidigare, synbarligen beroende på att en kurativ målsättning alltmer slagit igenom även inom denna vårdgren. Till saken hör också att intagningen förr till stor del avsåg patienter med hög omedelbar dödsrisk. De längre vårdtiderna bidrar starkt till att platsantalet fortfarande är otillräckligt. Härtill kommer att behovet i detta fall ökar särskilt snabbt. Detsamma gäller om ett annat viktigt område, som delvis sammanfaller med det förra men delvis har en särställning, nämligen *åldringssjukvården*. Att dess betydelse växer är uppenbart med hänsyn till den fortgående förskjutningen inom befolkningsstrukturen mot högre åldersgrupper. Att den organiserade åldringssjukvården är underdimensionerad bestyrkes bland annat av att ålderdomshemmen enligt en av oss företagen enkät i december 1954 vårdade över 10 000 långvarigt kroppssjuka; endast en mindre del av dessa kan ha legat på godkända sjukavdelningar. Åldringsvårdsutredningen fann i mars 1955 att det då på ålderdomshemmen bodde nära 6 000 kroppssjuka, vilka betecknades såsom svårskötta. Vid dessa två enkäter redovisades dessutom 4 800 å 4 900 psykiskt sjuka å ålderdomshemmen, därav 1 100 å 1 300 svårskötta. Det är också allmänt bekant, att det finns ett betydande antal svårt sjuka åldringar, som skötes i hemmen, delvis under otillfredsställande förhållanden.

Allmänt sett synes dock de traditionella formerna för skötsel av svårt sjuka i hemmen förlora i betydelse. Det har flera orsaker: att förtroendet till den organiserade sjukvården ökat och att en större del av befolkningen har nära tillgång till sådan sjukvård; att den ställs till förfogande till lågt pris för patienten; att äldre personer oftare än förr bor för sig själva och därför inte har någon som dagligen ser efter dem; att kvinnor i ökad utsträckning ägnar sig åt förvärvsarbete utom hemmen etc. Dessa förhållanden hör till det förut berörda orsakssammanhang, som förklarar den snabba stegringen i efterfrågan på organiserad sjukvård. I stort sett har denna utveckling säkert också medfört en väsentlig förbättring i vården av de sjuka. Men många sjuka föredrar att vistas i sin invanda hemmiljö, om

det är möjligt att där bereda dem lämplig vård. Det är dessutom nödvändigt att söka hejda den ökning i investeringsbehov, som gör sig gällande, om den allmänna stegringen i efterfrågan på sjukvård i alltför hög grad koncentreras till de dyrbara sjukhusbyggnaderna. Ur sådana synpunkter framstår det därför numera såsom alltmer betydelsefullt, att det genom organiserade åtgärder skapas väsentligt bättre resurser för en moderniserad *hemsjukvård* avsedd för sådana patienter, för vilka en dylik vårdform ur medicinska och andra synpunkter är lämplig.

Detta förutsätter bland annat ett *mera intimt samarbete och en mera rationell arbetsfördelning mellan sjukhusen och den öppna vården utanför sjukhus*. Ett sådant samarbets- och arbetsfördelningsbehov föreligger också med hänsyn till ett annat minst lika viktigt problem, som nyss berördes: att lasarettens resurser för öppen specialistvård i stor utsträckning utnyttjas för fall, som borde kunna tas om hand i öppen vård utanför sjukhus. Men om dessa samarbetsbehov skall tillgodoses måste det i sin tur bland annat förutsätta, att resurserna i den öppna vården utanför sjukhus avsevärt förstärkes.

Den totala *öppna läkarvården* synes för närvarande ha en omfattning motsvarande omkring 2 konsultationer per år och invånare. Detta tal synes internationellt sett ligga förhållandevis lågt. Det är emellertid väsentligt lägre i mera landsbygdsbetonade delar av landet än i städerna och speciellt i storstäderna. Den sjukkassefinansierade öppna vården för dem, som var bosatta i Stockholm och Göteborg, nådde under budgetåret 1955/56 ett konsultationsantal motsvarande ungefär 300 per 100 invånare, medan samma tal för dem som var bosatta i Västerbottens och Norrbottens län utgjorde omkring 150, för övriga Norrland (utom Gävle) 165, för Skåne (exklusive Malmö, Hälsingborg, Landskrona och Trelleborg) 162 och för övriga Götaland (utom Göteborg och Norrköping) 175. Dessa olikheter beror delvis på att privatpraktiserande läkare huvudsakligen arbetar i större och medelstora städer. Det är dessutom att märka, att även den öppna lasarettsvården har avsevärt mindre omfattning i förhållande till invånarantalet i de mera landsbygdsbetonade landsdelarna. Och till sist inverkar *provinsialläkarkrisen*, som givetvis är till särskild skada för landsbygdsbefolkningen. Den skall strax ytterligare beröras.

Den *medicinska rehabiliteringen*, som är av största betydelse både för åldringssjukvården och i andra sammanhang, befinner sig i början av en utveckling, som ännu så länge i hög grad hindras av brist på läkare, sjukgymnaster, kuratorer, arbetsterapeuter etc.

Det starka efterfrågetrycket i det kurativa vårdarbetet, som bland annat lägger beslag på den alldeles övervägande delen av de allra flesta tjänsteläkarnas arbetstid och även tar i anspråk en ökad del av distriktssköterskornas arbete, har gjort det utomordentligt svårt att i tillräcklig grad utveckla *förebyggande insatser* av olika slag, nämligen dels omgivningshygien

och dels personlig förebyggande vård. Dessa viktiga problem skall strax närmare beröras.

På olika områden föreligger sålunda ett stort antal omfattande problem, av vilka åtskilliga är mycket angelägna. I detta första huvudbetänkande har det emellertid varit nödvändigt att i stort sett koncentrera uppmärksamheten till vissa av dem. Vid sidan av mentalsjukvårdens problem, som behandlas av en särskild delegation med självständigt uppdrag, har det härvid synts speciellt angeläget att i första hand ta ut de frågor, som har anknytning till tjänsteläkar- och distriktsvårdsorganisationen i landstingsområdena. Denna organisation har nämligen en särskild »strategisk» betydelse ur ett flertal synpunkter: för omgivningshygien, den personliga förebyggande vården, den kurativa vården utanför sjukhus, hemsjukvården och eftervården. Härtill kommer att utvecklingen av provinsialläkarverksamheten stagnerat sedan omkring 1950 och att hela institutionen inom vissa landsdelar till och med börjat hotas till sin existens, vilket gör det nödvändigt att snarast möjligt söka vända utvecklingens gång. Att så sker är så mycket mera oundgängligt, eftersom det är tjänsteläkarna som i de mera landsbygdskonade delarna av landet svarar för den ojämförligt större delen av den öppna vården utanför sjukhus. Samtidigt gäller, som sagt, att befolkningen i dessa landsdelar har väsentligt sämre tillgång till öppen vård än vad stadsbefolkningen har. Och icke minst med hänsyn till nödvändigheten att begränsa den fortsatta ökningen i investeringsbehov är det ofrånkomligt, att resurserna i den öppna vården utanför sjukhus och inom hälsovården förstärks.

Provinsialläkarkrisen

Vakansfrekvensen inom provinsialläkarverksamheten har visat nästan ständig ökning under de sista sex åren. Numera står omkring var femte eller var sjätte provinsialläkartjänst ledig — i Norrland var tredje eller var fjärde, i Norrbotten varannan. I två tredjedelar av de lediga distrikten uppehålls arbetet antingen av en läkare i ett granndistrikt — som sålunda har dubbel eller flerdubbel arbetsbörda — eller av vikarie, som saknar allmän behörighet att utöva läkaryrket; i den återstående tredjedelen av de lediga distrikten tjänstgör vikarie, som har allmän behörighet och icke har tjänst i annat distrikt.

Det är givetvis läkarbristen, som utgör den allmänna bakgrunden till provinsialläkarkrisen. Men eftersom läkarantalet inom provinsialläkarverksamheten icke alls kunnat öka sedan omkring 1950 utan tvärtom gått något tillbaka, medan sjukhusläkarkåren — som dock även den har ett omfattande vakansproblem — kunnat öka väsentligt, är det tydligt, att provinsialläkarverksamheten har särskilt svårt att konkurrera om den knappa

läkararbetskraften. Det beror i första hand på den bundenhet, som orsakas av jourtjänsten och av de ofta mycket tunga arbetsbördorna, samt på den medicinska isolering, som provinsialläkaren känner och som ytterligare förvärras genom bundenheten och arbetsbelastningen. Vid en av oss under läkarförbundets medverkan hösten 1957 företagen enkät redovisade endast 7 procent av 511 provinsialläkare mindre än 270 praktikdagar per år — vilket motsvarar ungefär det antal arbetsdagar, som en tjänsteman har per år om han är ledig varje sön- och helgdag, har semester under 26 och sjukledighet under 7 vardagar. Mer än hälften av dem (56 procent) hade minst 300 praktikdagar per år och 22 procent minst 310 praktikdagar. I detta avseende gör sig nu ett cirkelsammanhang gällande: rekryteringssvårigheterna skapar vakanser, gör det svårt att erhålla vikarier vid semester, tjänstledighet eller sjukdom och medför talrika dubbelförordnanden, så att arbetsbelastningen, bundenheten och isoleringen ytterligare förvärras, vilket i sin tur bidrar till att göra rekryteringssvårigheterna ännu större. Under sådana förhållanden är det föga förvånande, att unga läkare i så hög grad föredrar sjukhusmiljön, som är vetenskapligt stimulerande, ger möjlighet till specialistkompetens och där det dessutom numera — till följd av det stora antalet vakanser på sjukhusen — finns mycket större möjligheter än förr att stanna kvar och avancera. Redan detta sista betyder, att de ekonomiska incitamenten för övergång till provinsialläkarbanan försvagats. Härtill kommer att underläkare numera är tillförsäkrade inte bara familjepension utan även ålderspension och att även sådana yngre sjukhusläkare, som ännu icke nått den kompetens som bör krävas av provinsialläkare, vid medverkan i öppen sjukhusvård — som dock i allmänhet har vida mindre omfattning än provinsialläkarnas öppnavårdsarbete — erhåller ersättning efter en taxa, som ligger 46 procent över provinsialläkartaxan. Detta innebär dock icke att provinsialläkarnas ekonomiska ställning i allmänhet skulle vara oförmånlig. Genomsnittslönen utgör ca 23 000 kronor. Härtill kommer arvoden, betalade av landsting och kommuner, å i genomsnitt bortåt 5 000 kronor samt dessutom patientarvoden, vilkas årliga belopp visar avsevärda individuella variationer men som enligt en av riksförsäkringsanstalten på grundval av sjukförsäkringsmaterial gjord samplingsundersökning kan beräknas nå ett medelvärde av 30 000—35 000 kronor. Då har avdrag skett för vissa debiterade rese- och materialkostnader men däremot icke för de praktikkostnader, som åvilar läkaren.

Kvar står dock att provinsialläkarkarriären, vid nuvarande läkarbrist, icke längre är tillräckligt konkurrenskraftig i förhållande till den snabbt expanderande sjukhusläkarkarriären. Härigenom blir det avsevärt svårare att genom förstärkning av tjänsteläkarorganisationen lätta efterfrågetrycket på lasaretten och att begränsa kraven på en fortsatt snabb ökning i antalet sjukhusläkartjänster. Även härvidlag föreligger sålunda ett cirkelsammanhang.

Eftersläpningen i fråga om förebyggande insatser

Som förut framhållits har den viktiga *omgivningshygieniska tillsynen* kommit starkt i efterhand i förhållande till det kurativa arbetet. Det beror som sagt på det starka efterfrågetrycket i det kurativa vårdarbetet samt dessutom till stor del på provinsialläkarkrisen. Den medicinska sakkunskapen i detta tillsynsarbete »ute på fältet» företrädes i första hand av förste provinsialläkare (en i varje län), provinsialläkare och kommunalläkare samt dessutom av veterinärer. Förste provinsialläkaren har emellertid dessutom ett stort antal andra betungande arbetsuppgifter. Övriga provinsialläkare samt det övervägande flertalet kommunalläkare är, efter vad vi funnit, så pressade av arbete i öppen vård att de i stort sett endast får en ringa och i regel otillräcklig tid över för omgivningshygieniska uppgifter.

Även om det omgivningshygieniska tillståndet i flera avseenden är bättre nu än förr, hindrar det sålunda inte, att den medicinska och tekniska tillsynen fortfarande är helt otillräcklig. Detta framstår som så mycket mera uppenbart i betraktande av att utvecklingen i vissa avseenden till och med medfört ökade hygieniska risker. Det sammanhänger bland annat med den starkare koncentrationen av befolkningen till tätorter; med produktionsstegringen, den höjda levnadsstandarden och den därmed sammanhängande snabba ökningen i mängden av avfallsprodukter från tillverkning och konsumtion; den ökade användningen av vattenklosetter; den vidgade marknaden för varuutbytet. I sistnämnda avseende är bland annat att märka, att den hygieniska omsorgen i tillverkning och distribution av livsmedel visserligen i stort sett förbättrats, särskilt inom större företag, liksom även den hygieniska importkontrollen intensifierats, men att det dock finns stora kvarstående brister och att dessa lätt kan leda till att det i enskilda fall blir mer omfattande skadeverkningar än förr. Ty när ett smittämne kommer in i processen når det tack vare den vidare marknaden ett mycket större spridningsområde, än som tidigare var vanligt. Vidare medför det alltmer omfattande bruket att tillsätta smak-, färg- och konserveringsmedel till livsmedlen ett ökat behov av kontroll. Det börjar numera bli allmänt bekant, att vattenföroreningarna i Sverige liksom i ett flertal andra länder utvecklats till en allmän samhällsfråga av växande betydelse. Även luft- och markföroreningarna vållar allt större bekymmer. Gårds- och gatuhållningens problem har icke ens i större städer nått någon fullt tillfredsställande lösning. Samtidigt gör sig ett motsvarande problem alltmer gällande i landsbygdens villasambällen, liksom på campingplatser och inom andra fritidsområden. Hamnhygienien är ofta otillfredsställande. I fråga om arbetsplatser — särskilt de mindre — föreligger ett stort behov av mera effektiv hygienisk tillsyn. Detsamma gäller om bostäder och skolor. Trafik- och arbetsplatsbuller utgör problem av delvis

växande betydelse; den allt intensivare motortrafiken medför för övrigt inte bara fysiska döds- och hälsorisker utan torde dessutom ofta medverka till att skapa psykisk stress. Den ökade användningen av röntgen och av radioaktiva ämnen medför vissa strålningsrisker. Detta hälsovårdsproblem kan få ökad betydelse i och med att atomkraften tas i bruk för fredliga ändamål. De pågående experimenten med atom- och vätebomber kan — särskilt om deras omfattning fortsätter att öka i samma takt som hittills — eventuellt vålla ännu mera allvarliga faror.

Dessa omgivningshygieniska risker av många skiftande slag ställer krav i flera hänseenden: stora investeringar för att t. ex. motverka vattenföroreningar; teknisk, naturvetenskaplig och medicinsk forskning; intensifierat laboratoriearbete; och dessutom tillsynsarbete »på fältet», som bedrivs under samverkan mellan medicinska och tekniska experter, vilka har hjälp av specialutbildade konsulenter, inspektörer och andra. Det är angeläget, att hälso- och sjukvården har resurser för en effektiv medverkan i det samarbete som erfordras både centralt och lokalt.

Vad gäller den *personliga förebyggande vården* vill vi först erinra om de stora framsteg, som gjorts sedan 1930-talet i fråga om förebyggande mödra- och barnavård. Trots dessa framsteg kan och bör man även på detta område nå ännu längre — så t. ex. i fråga om nedbringandet av dödligheten under första levnadsveckan. På andra områden är utbyggnaden av förebyggande insatser ännu mycket mer otillräcklig, vilket främst beror på bristen på läkare och annan personal. Bland annat är det förebyggande arbetet fortfarande svagt utvecklat vad gäller barn mellan spädbarns- och skolåldern. Det medför risker för att t. ex. syn-, hörsel- och talrubbningar, som borde komma till behandling på ett tidigt stadium, ofta inte blir uppmärksammade förrän i skolåldern. Vad skolhälsovården beträffar, är att märka, att den visserligen är utbyggd så att den i princip täcker hela skolväsendet utom högskolestadiet men att den ändå är i behov av en betydande kvantitativ och kvalitativ utbyggnad. Bland annat behöver tillsynen av de s. k. kontrollbarnen bli mer effektiv. Väsentligt ökade insatser under medverkan av specialister fordras, om en rationell övervakning skall kunna ske av syn- och hörselrubbningar, hållningsfel, talrubbningar, utvecklingsstörningar av skilda slag, dysmenorréer och andra menstruationsbesvär samt framför allt psykiska rubbningar.

För ungdomen över skolåldern finns endast sporadiska ansatser till en utbyggd hälsokontroll, t. ex. i fråga om minderåriga arbetare och manlig ungdom i värnpliktsåldern. Härvid är i regel närmast fråga om vederbörandes lämplighet för vissa arbetsuppgifter eller militära övningar, icke om vård i egentlig mening. Icke minst på mentalvårdens område utgör den otillräckliga tillgången på förebyggande vård för såväl barn som ungdom en allvarlig brist, då sannolikheten talar för att genom tidig vård på detta område antalet framtida svåra sjukdomsfall kan väsentligt nedbringas.

Denna fråga har särskilt belysts i mentalsjukvårdsdelegationens betänkande om psykisk barna- och ungdomsvård.

När det gäller den vuxna befolkningens hälsotillstånd förekommer en organiserad hälsokontroll bland annat i fråga om vissa sjukdomar såsom tbc (dispensärverksamhet, skärmbildsundersökningar), könssjukdomar och yrkessjukdomar. Härvid kan hälsokontrollen — såsom vid skärmbildsundersökningen — i princip avse hela befolkningen. Oftast är den emellertid speciellt inriktad på vissa för hälsorisker särskilt exponerade grupper eller grupper, vilkas hälsotillstånd är av speciell betydelse ur samhällssynpunkt.

De förebyggande vårdformer, som här berörts, täcker endast ofullständigt det behov av hälsoövervakning och tidig-diagnostik, som med varierande styrka gör sig gällande för olika ålders- och yrkesgrupper. Detta har aktualiserat frågan om införandet av generella periodiska hälsoundersökningar för hela befolkningen. Redan den begränsade tillgången på läkare utesluter emellertid möjligheten att under överskådlig tid anordna en systematiskt bedriven periodisk hälsoövervakning av denna typ. Även andra faktorer, såsom ovisshet om lämpligaste undersökningsmetodik, tvingar oss att tills vidare i huvudsak ställa ett sådant program på framtiden. Vi vill emellertid understryka, att man vid allt planeringsarbete, som berör behovet av läkare och andra kategorier av medicinalpersonal samt övriga resurser för hälso- och sjukvård på längre sikt, bland annat bör räkna med att krav på en successiv utbyggnad av de systematiska hälsoundersökningarna kommer att göra sig gällande.

Till detta sammanhang hör även *arbetslivets hälsovård*. Den omfattar väsentligt mer än som vanligen ingår i den industrihälsovård, som börjat utvecklas särskilt vid vissa större företag, och den likaledes ofullständiga omgivningshygieniska tillsyn av arbetsplatserna, som åvilar arbetarskyddsstyrelsen och tjänsteläkarna. Noga taget inbegriper den bland annat allt det som erfordras för att den ömsesidiga anpassningen mellan individ och arbete skall bli så tillfredsställande som möjligt ur hälsosynpunkt. Den måste sålunda beröra hela arbetslivet. Uppenbarligen föreligger här på längre sikt mycket omfattande arbetsuppgifter, som endast successivt kan tillgodoses; till stor del förutsätter deras lösning en intensifierad forskning i bland annat arbetsfysiologi och arbetspsykologi.

Den hygieniska standarden i ett samhälle är i sista hand beroende av varje enskild samhällsmedlems inställning och handlande. En god *hälsoupplysning* utgör därför en förutsättning för framgång i strävandena att förbättra omgivningshygien och personlig förebyggande vård. Även i detta avseende krävs ökade insatser.

Förstärkt hälsovårdstillsyn på länsplanet

En väsentlig expansion av tjänsteläkarorganisationen i stort, och likaså av distriktsvårdsorganisationen, erfordras sålunda både för den öppna vården och för att stärka förebyggande insatser av olika slag. I det sammanhanget krävs också en utbyggnad av förste provinsialläkarinstitutionen, som utgör »medicinalväsendets mellaninstans» i förhållande till centrala och lokala hälso- och sjukvårdsorgan. Förste provinsialläkaren, som enligt vårt förslag hädanefter skall benämnas länsläkare — efter mönster av det danska amtslæge, det norska fylkeslege och det finska länsläkare — har sålunda att samarbeta med både landsting och primärkommuner. Dessa har sinsemellan viktiga och delvis svårlösta samarbets- och arbetsfördelningsproblem avseende t. ex. åldringsvården. Han skall vidare samarbeta med andra statliga representanter: länsveterinären, distriktsingenjören, yrkes- och socialinspektörerna och socialvårdskonsulenten samt — i vissa fall — länsarkitekten och överlantmätaren. Tillsammans med dessa statliga representanter och med andra tjänsteläkare har han bland annat ett stort ansvar för den omgivningshygieniska tillsynen. Och eftersom tjänsteläkarna i distrikten liksom hittills måste ägna den övervägande delen av sin tid åt öppen vård, behöver de i detta avseende stödet av en specialiserad expertis på länsplanet.

Slutligen erfordras en utbyggnad av den omgivningshygieniska tillsynen på det primärkommunala planet. I det avseendet föreslår vi dock endast att stad med minst 40 000 invånare skall åläggas att ha minst en stadsläkare, som skall ha arbetsuppgifter inom hälsovård och socialmedicin och som i stort sett icke skall driva privatpraktik. Vi anser dessutom lämpligt, att kommun med 20 000—40 000 invånare har en kommunalläkare, som ägnar tillräcklig tid åt nämnda uppgifter men som dock kan tillåtas driva sådan privatpraktik, som icke inkräktar på hans arbete inom hälsovård o. d.; i detta fall är det dock endast fråga om en rekommendation och icke om ett åläggande. De kommunala åliggandena enligt förslaget till ny hälsovårdsstadga bör enligt vår mening kompletteras med bestämmelser, som garanterar att frågan om allmän hälsovårdsinspektion och fortlöpande bostadsinspektion löses på ett godtagbart sätt. Härför kräves att även mindre kommuner får tillgång till hjälp av hälsovårdsinspektör. I övrigt kan enligt vår mening förväntas, att den förstärkta organisationen på länsplanet och den förstärkta tjänsteläkarorganisationen skall lyckas att genom förtroendefullt samarbete med primärkommunerna stimulera dessa till att i erforderlig utsträckning öka antalet utbildade kommunala hälsovårdsinspektörer.

Länsläkaren har omfattande arbetsuppgifter icke bara inom omgivningshygien utan även inom hälsoupplysningen och inom tillsynen av den

personliga förebyggande vården och av hälso- och sjukvården i övrigt. Det är nödvändigt, att han får arbetshjälp till sitt förfogande. Enligt vårt förslag skall han vid sin sida ha en biträdande länsläkare, en hälsovårdskonsulent och en länssköterska. Hälsovårdskonsulenten skall i första hand ägna sig åt samarbetet med kommunerna angående den omgivningshygieniska tillsynen; han avlöser den av primärkommuner och/eller landsting avlönade hälsovårdskonsulent, som redan finns i flertalet landsting. Länsköterskan skall främst biträda länsläkaren i den del av hans verksamhet som avser personlig förebyggande vård, hälsouppllysning, åldringsvård och likartad socialmedicinsk verksamhet, tillsynen av icke landstingsanställd medicinalpersonal, privata sjukhem o. d.

I de minsta länen förutsätter vi dock ett mindre behov av medhjälpande befattningshavare. Med hänsyn till föreliggande begränsningar i fråga om utbildnings- och rekryteringsmöjligheter bör länsläkarinstitutionens utbyggnad ske successivt. Full utbyggnad skulle nås först under budgetåret 1966/67.

Nyssnämnda befattningshavare inom länsläkarinstitutionen förutsättes vara underställda medicinalstyrelsen. De skall — så snart möjligheter därtill yppas — ha sina lokaler förlagda inom länsstyrelserna, som också skall tillhandahålla juridiskt biträde och skrivhjälp. Länsläkarinstitutionen, länsveterinären och distriktsingenjören samt vid behov andra statliga befattningshavare (yrkes- och socialinspektörerna, socialvårdskonsulenten samt, i vissa fall, länsarkitekten och överlantmätaren), ävensom den eller de andra representanter för länsstyrelsen som denna styrelse vill utse, förutsättes bilda en samarbetsgrupp. Länsveterinärens och om möjligt även distriktsingenjörens arbetslokaler bör vara belägna i närheten av länsläkarens.

Denna utbyggnad och koordination av förvaltningen och tillsynen på länsplanet anser vi oundgänglig. Den behövs med hänsyn till att staten vid sidan av primärkommunerna måste förstärka sina insatser för omgivningshygien. Den är också erforderlig av det skälet att statens medverkan i ett omfattande samarbete på det regionala och lokala planet icke kan tillgodoses med mindre det sker en sådan utbyggnad och koordination av den statliga verksamheten på detta plan; där är nämligen de centrala statsinstansernas möjligheter av naturliga skäl begränsade.

I detta som i andra fall gäller, att vårt förslag i stort sett icke berör städer utanför landsting; för dessa har (utom för Gävle) särskilt förordnats, att på förste stadsläkare skall ankomma att fullgöra förste provinsialläkarens åligganden.

Förstärkning av den allmänna tjänsteläkarorganisationen och distriktsvårdsorganisationen i landstingsområdena

De provinsialläkare och de kommunalläkare i landstingsområdena, som skall ägna sin huvudsakliga arbetstid åt öppen vård, förutsättes komma att successivt förenas till en enhetlig tjänsteläkarkår under landstingens huvudmannaskap i enlighet med ett förslag härom, som skall beskrivas och motiveras i ett följande avsnitt. Denna huvudmannaskapsreform är avsedd att skapa en lämpligare organisation av den öppna tjänsteläkarvården, som kan underlätta en förstärkning av resurserna inom denna verksamhet. Själva syftet är sålunda att få till stånd denna förstärkning.

Vi utgår från att antalet tjänsteläkarbefattningar i landstingsområdena under närmaste 10-årsperiod skall successivt öka i ungefär samma proportion som läkarkårens totala numerär; eftersom tjänsteläkarverksamheten släpat efter i utveckling under flera år och det föreligger särskilt stort behov att öka resurserna i öppen vård i landstingsområdena, kan programmet icke rimligen göras mindre. Med hänsyn till rekryteringssvårigheterna, som ställer krav på särskilda åtgärder redan för att detta program skall kunna förverkligas (jfr nedan), kan vi å andra sidan icke heller ställa anspråken högre.

Från denna utgångspunkt, som visar god överensstämmelse med vissa av medicinalstyrelsen för arbetskraftsutredningens betänkande utarbetade behovsberäkningar och även med önskemål som uttalats från landstingshåll, kommer vi till att antalet tjänsteläkarbefattningar under 10-årsperioden bör öka med 40 procent eller från ca 750 till 1 050 befattningar, innebärande en stegring med 300 eller i medeltal 30 tjänster per år. Under budgetåret 1959/60 förutsättes dock endast 10 nya tjänster komma till stånd, och antalet stiger därefter successivt för att bli särskilt betydande under och omedelbart efter 1962, då den förkortade läkarutbildningen väntas ge en »dubbel årskull» av färdiga läkare.

Denna utökning av tjänsteläkarkåren skärper kravet på en genomgång och modifiering av distriktsindelningen, som dessutom erfordras även av andra skäl. Denna justering bör verkställas landstingsvis under samarbete mellan landstinget, länsläkaren och medicinalstyrelsen. Meningen är emellertid icke, att antalet distrikt i nämnvärd grad skall förändras. I stället förutsättes, att ökningen i antalet tjänsteläkare utnyttjas för att på de platser, där så befinns lämpligt — vilket får avgöras vid den gemensamma planering som nyss berördes — inrätta två- och flerläkardistrikt, som betjänas av gemensamma stationer. Som förutsättning för kostnads kalkylerna har vi antagit, att det blir sammanlagt 700 läkarstationer i landstingsområdena, varav 500 enläkarstationer, 125 tvåläkarstationer och 75 centraler för tre eller flera läkare. I enlighet härmed kommer vid 10-års-

periodens slut drygt hälften av läkarna att arbeta vid två- eller flerläkarstationer. Vid sådana stationer kan jourtjänstskyldigheten fördelas mellan läkarna, och även andra lättnader uppnås.

I detta syfte föreslås vidare att mottagningslokalerna i såväl en- som två- och flerläkardistrikt i görligaste mån allmänt anpassas efter vissa särskilt angivna normalstandardkrav samt vidare att de förses med all den utrustning, som är lämplig och erforderlig å en tjänsteläkarstation. Vidare bör i väsentligt ökad utsträckning engageras erforderlig mottagnings- och skrivhjälp. Vid 10-årsperiodens slut beräknas denna komma att motsvara 1 400 heltidskrafter, varav 29 procent sjuksköterskor, mot för närvarande omkring 600. Antalet befattningshavare blir emellertid större, eftersom ifrågavarande personal ofta förutsättes komma att anställas såsom deltidskrafter.

Vidare förutsättes, att antalet tjänster för *sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning i landstingsområdena*, d. v. s. för distriktssköterskor m. fl. skall öka från för närvarande ca 2 050 till 2 900 i slutet av 1960-talet, d. v. s. med i genomsnitt 85 per år. Därjämte räknar vi med ett behov av 300 *sjukgymnasttjänster* i tjänsteläkardistrikten, innebärande en stegring med i genomsnitt 30 per år under en 10-årsperiod. Även i dessa båda fall blir emellertid stegringen mindre i början av perioden. Vi har slutligen pekat på att en patient, som tillkallat en distriktssköterska ofta fått betala högre resekostnader än om en tjänsteläkare tillkallats. Med anledning därav har vi förordat en översyn av vissa bestämmelser om resekostnadsbidrag för hälsovårdsutbildade sjuksköterskor.

Genom denna väsentliga utbyggnad och upprustning och dessutom tack vare de möjligheter till fördelning av arbetsbelastning och jourtjänst, som möjliggöres vid två- och flerläkarstationer, kan man förvänta att det efterhand skall bli möjligt att underlätta arbetet för tjänsteläkarna och minska deras bundenhet och allmänt skapa mera tillfredsställande arbetsförhållanden för dem, så att rekryteringsmöjligheterna kan förbättras. Dessutom bör tjänsteläkarna bli i stånd att åtaga sig en del även mera kvalificerade arbetsuppgifter, som de på grund av hög arbetsbelastning eller otillräcklig utrustning och arbetshjälp nu måste låta lasaretten ta hand om. Genom mer utvecklat samarbete med lasaretten, som bland annat skall främjas genom huvudmannaskapsreformen, bör de bland annat kunnat mera allmänt medverka i eftervården. Det förutsättes också, att tjänsteläkarna — så snart deras arbetsbelastning minskar och möjligheter skapats att lösa vikarieproblemet — skall under periodiska tjänstgöringar å sjukhus återuppliva sina kontakter med det kliniska arbetet.

Förstärkta utbildningsresurser

Det kommer emellertid icke att lyckas att bryta den onda cirkel som består i att arbetsbelastningen inom tjänsteläkarverksamheten hindrar rekryteringen, och rekryteringssvårigheterna i sin tur ytterligare ökar arbetsbelastningen, och ännu mindre att realisera den programmerade utbyggnaden av tjänsteläkarverksamheten om icke åtgärder vidtages för att förbättra balansen mellan tillgång och efterfrågan på läkare. Och på samma sätt krävs sådana åtgärder även beträffande andra grupper av utbildad personal för att den här förutsedda utbyggnaden skall kunna förverkligas.

Med tanke på de kortsiktiga behoven återupprepar vi de krav som vi ställde i vår under november 1957 framlagda promemoria och som bland annat gick ut på en stark begränsning i fråga om ökningen i antalet läkartjänster vid lasaretten och på fortsatt immigration av läkare, främst från övriga nordiska länder. Vi understryker emellertid dessutom att dessa åtgärder är av nödfallskaraktär. En hård ransonering av läkararbetskraften, hur nödvändig den än är för närvarande, kommer i längden att visa sig omöjlig; den kommer att medföra en ackumulation av otillfredsställda och angelägna läkarbehov vid lasaretten. Och vi måste inrätta oss så, att de svenska läkarutbildningsresurserna i längden blir tillräckliga för landets behov, så att vi icke blir beroende av läkarimmigration.

Den slutsats vi drar av dessa överväganden uttrycker vi i detta betänkande i mera bestämd form än vi gjort i tidigare uttalanden. Vi framhåller sålunda, att det erfordras en *utbyggnad av läkarutbildningskapaciteten utöver vad som hittills planerats*. Den fråga som återstår att pröva på grundval av nya tillgångs- och behovsprognoser är hur stor denna ytterligare utbyggnad behöver vara. Vid den fortsatta utredning och utbildningsplanering, som sålunda erfordras, bör bland annat övervägas frågan om att bygga ut den medicinska undervisningen i Umeå till en fullständig medicinsk högskola omfattande jämväl preklinisk utbildning.

Beträffande *sjuksköterskor* framhåller vi att det krävs särskilda åtgärder, bland annat genom inrättande av deltidstjänster, för att motverka den stora avgången i samband med familjebildning men att det dessutom på flera håll erfordras en fortsatt förstärkning av utbildningskapaciteten. Vi förutsätter att inom medicinalstyrelsen utarbetas nya tillgångs- och behovsprognoser, varvid även en närmare analys företages av den s. k. aktiva sjuksköterske kåren med hänsyn till dess fördelning på »helårs- och delårsarbete», heltids- och deltidssysselsatta.

I fråga om *sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning* synes ungefär en fördubbling av den befintliga utbildningskapaciteten vara erforderlig, om det program vi framlagt för landstingsområdenas del, ävensom motsva-

rande utbyggnadsbehov i städer utanför länsting, skall kunna förverkligas.

För länsläkare, biträdande länsläkare samt sådana stadsläkare, som erfordras för uppgifter inom hälsovård m. m., förutses bland annat utbildning vid den planerade nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Även i fråga om den avslutande utbildningen av länssköterskor och första distriktssköterskor skulle det vara av värde om denna högskola kunde utnyttjas för den avslutande utbildningen; om så icke kan ske bör anförtros åt medicinalstyrelsen att framlägga förslag om annan ordning för tillgodo-seende av nämnda utbildningsbehov. Vad gäller hälsovårdskonsulenter är att märka, att hälsovårdshögskolan i Göteborg enligt planerna icke är avsedd för dem. Det vore emellertid önskvärt om möjlighet ändå kunde beredas att använda denna högskola även för detta utbildningsbehov.

I fråga om *sjukgymnaster* har höstriksdagen 1957 fattat beslut om en välbehövlig ökning av utbildningskapaciteten. Vi ifrågasätter dock huruvida denna ökning är tillräcklig och föreslår att detta spörsmål skall följas med stor uppmärksamhet, så att en eventuellt erforderlig ytterligare ökning kan komma till stånd med så ringa tidsutdräkt som möjligt.

Bristen på lämpligt utbildade *arbetsterapeuter* är bland annat inom mentalsjukvården och inom rehabiliteringsverksamheten så utpräglad, att vi ansett det vara för tidigt att föreslå några tjänster av detta slag för den öppna vården i tjänsteläkardistriktet. Vi menar emellertid att tiden nu är inne att företaga en omprövning av hur denna utbildning lämpligen bör anordnas och vilken utbildningskapacitet som är erforderlig.

Vi har icke kunnat finna att det åtminstone för närvarande skulle föreligga något behov av särskilda *kuratorstjänster* i tjänsteläkardistriktet. Emellertid är som nämnts bristen på kuratorer och på annan socialvårdsutbildad personal inom sjukvården — liksom på andra områden — starkt utpräglad. Detta medverkar till belastningen för läkare och annan personal inom sjukvården och bidrar därmed indirekt till att skärpa övriga personalbristproblem. Behovet av förstärkt utbildningskapacitet är på detta område så omfattande och trängande, att omedelbara åtgärder är oundgängliga. Bland annat krävs, i enlighet med det förslag härom, som framlagts av 1955 års familjerådgivningskommitté, att en årlig nio månaders mentalhygienisk påbyggingskurs, omfattande 20 elever, snarast kommer till stånd vid något av socialinstitutet; det kan till och med starkt ifrågasättas, om icke antalet elevplatser på denna kurs behöver vara ännu större. Det är vidare angeläget, att planer snarast utformas för ett nytt socialinstitut, och att dessa planer sedan utan tidsutdräkt sättes i verket. På längre sikt erfordras slutligen en utredning, som skall syfta till att mera systematiskt anpassa denna utbildnings kapacitet, inriktning och utformning efter behovet.

Vi har icke funnit behov föreligga av några *psykologtjänster* i läkar-

distrikten, men vi anser dock angeläget att föreliggande förslag om förbättrad och utvidgad psykologutbildning förverkligas sedan de justeringar i förslaget företagits, vartill remissbehandlingen kan ge anledning.

Förslag om huvudmannaskapsreform

Som förut nämnts förutsätter vi i våra förslag att den öppna tjänsteläkarvården i landstingsområdena successivt överföres under landstingens huvudmannaskap. Motiveringen för denna huvudmannaskapsreform kan sammanfattas i följande punkter:

1) Det förhåller sig inom kroppssjukvården på samma sätt som inom mentalsjukvården: inom de vårdområden där staten har ansvaret har det ofta visat sig svårare att undgå allvarliga eftersläpningar, än vad fallet är inom de områden där landstingen är huvudmän. Det beror på att landstingen har närmare till behoven och problemen »ute på fältet» och att större delen av deras verksamhet avser sjukvården. I den statliga verksamheten däremot har ett behov av att bygga ut tjänsteläkarverksamheten i ett landstingsområde svårt att konkurrera med alla andra olikartade anspråk på resurser och uppmärksamhet.

2) Den starka utvecklingen av den öppna vården vid kroppssjukhusen har i hög grad skärpt behovet av en organisation ägnad att åstadkomma en rationell arbetsfördelning mellan sjukhus och tjänsteläkarverksamhet och ett mera intimt samarbete dem emellan. Alla är medvetna om att lasarettens resurser för specialistvård i stor utsträckning tas i anspråk även för fall som borde kunna skötas i öppen vård utanför sjukhus. Det beror inte bara på att människorna värderar och ofta övervärderar lasarettens resurser. Det beror också på att resurserna i öppen vård utanför sjukhus är relativt underdimensionerade. Och det beror slutligen på att det oenhetliga huvudmannaskapet försvårar samarbete och arbetsfördelning.

3) Ett enhetligt huvudmannaskap gör det väsentligt lättare att inom ett landstingsområde dimensionera sjukhusvård och tjänsteläkarverksamhet på lämpligt sätt i förhållande till varandra. Det blir i praktiken utomordentligt svårt, för att icke säga omöjligt, att få till stånd en tillfredsställande lokal »samdimensionering», om det i det ena fallet i första hand är landstinget som tar ställning till ett anspråk på utbyggnad, medan motsvarande anspråk i det andra fallet behandlas först av en länsinstans, så av medicinalstyrelsen, sedan av inrikesdepartementet, finansdepartementet och riksdagen.

4) Det är angeläget att stärka resurserna i öppen vård för att minska ökningen i behovet av utbyggnad av lasarettsvården. Vid enhetligt huvudmannaskap kommer landstingen att kunna tillgodogöra sig den inbesparing av utbyggnadsbehov »på sjukhussidan», som bör kunna vinnas genom en

tillräcklig förstärkning av tjänsteläkarverksamheten. Men vid nuvarande delade huvudmannaskap är det inte lika naturligt att i den statliga kalkylen för förstärkt tjänsteläkarverksamhet räkna med en motsvarande besparingspost.

Det delade huvudmannaskapet har sin historiska förklaring. Men både ur ekonomiskt-administrativa och andra sakliga synpunkter utgör det en felkonstruktion, som skapar konstlade gränslinjer och hindrar en harmonisk utveckling av sjukvården.

Huvudmannaskapsreformen föreslås icke beröra länsläkarinstitutionen och icke heller de stadsläkare, som helt eller huvudsakligen har uppgifter inom hälsovård, socialmedicin o. d. Men den skall, som redan framgått, inbegripa övriga kommunalläkare i den mån primärkommunerna icke frivilligt åtager sig att vidmakthålla ifrågavarande tjänster. Särskilt efter sjukkassereformen synes nämligen skälen för att städer inom landsting skall hålla en separat tjänsteläkarkår för den öppna vårdens behov ha ytterligare förlorat i styrka. Möjligheterna att åstadkomma en rationell distriktsindelning för tjänsteläkarverksamheten med ett lämpligt antal två- och flerläkarstationer synes bli större, om även städerna inbegripes i denna distriktsindelning.

Trots att landstingen sålunda skulle bli huvudmän även för den del av kroppssjukvården, som omhänderhas av tjänsteläkare, skall tjänsteläkarna enligt förslaget dock tillsättas av Kungl. Maj:t. Så sker för övrigt också i fråga om lasarettsläkare m. fl., som likaledes är landstingsanställda. Enligt det här framlagda förslaget skall medicinalstyrelsen upprätta förslag upptagande de tre mest meriterade sökandena. Vederbörande landsting skall få tillfälle att avge sitt förord. Därefter skall ärendet med medicinalstyrelsens och landstingets förord överlämnas till Kungl. Maj:t. De statliga organen skall bland annat svara för att hänsyn alltid tages till den dubbelning av tjänstårsmeriterna, som arbete i vissa norrlandsdistrikt ger.

Den föreslagna huvudmannaskapsreformen förutsätter, att det kommer till stånd en överenskommelse mellan staten och landstingen angående kostnadsfördelningen. I enlighet med underhandsdirektiv, som vi mottagit, har vi avstått från att utforma något eget detaljerat förslag till regler beträffande innehållet i en sådan överenskommelse. Denna fråga skall i stället bli föremål för särskild utredning och förhandling. Vi har därför nöjt oss med att uttala, att reformen icke rimligen bör medföra någon övervärtning på landstingen av kostnader för uppgifter, som nu är statliga. Dessutom har vi presenterat visst preliminärt utredningsmaterial i frågan. Slutligen har vi pekat på behovet av enklare och mera enhetliga former för statsbidrag till landstingen avseende somatisk sjukvård; vi har nämligen funnit att de nuvarande statsbidragsformerna är synnerligen komplicerade och ofta tvingar till ett oproportionerligt arbete för både bidragsgivande och bidragsmottagande organ. Även oavsett det behov som vållas av huvud-

mannaskapsreformen, erfordras sålunda en allmän teknisk översyn av de till landsting utgående statsbidragen för kroppssjukvård.

Det bör starkt understrykas, att den förstärkning av tjänsteläkarorganisationen, som vi föreslagit, kan påbörjas omedelbart utan att huvudmannaskapsreformen genast träder i kraft. För övrigt kan denna icke ens under de bästa förutsättningar genomföras på en gång utan först efterhand; och detta gäller även om man bortser från de ytterligare utredningar som erfordras. Ty provinsialläkare, som är anställda med kungl. fullmakt, har grundlagsenlig rätt att stanna kvar i sina statliga tjänster till pensionsåldern. Härtill kommer att läkarorganisationerna rest motstånd mot vårt förslag om en huvudmannaskapsreform. Läkarorganisationernas ståndpunkt och motivering samt våra kommentarer härtill refereras utförligt i betänkandet.

Sammanfattning av kostnadsberäkningar

Då vi på grund av de underhandsdirektiv, som vi mottagit, icke är i tillfälle att framlägga något fullständigt förslag avseende kostnadsfördelningen mellan stat och landsting, avser följande uppgifter summan av dessa kostnader. Det må vidare förutskickas, att vi icke ansett oss böra räkna med sådana kostnadsstegringar som föranledes av att vakanta tjänster blir besatta — vilket i rimlig utsträckning bör ske, därest antalet tjänster skall ökas i den grad, som här förutsättes. Några belopp för ökade resekostnader har här icke medtagits. Icke heller har några tomtkostnader för mottagningslokaler o. d. samt kostnader för lokaler och inventarier till länsläkarinstitutionen tagits upp. Vi har icke heller medräknat kostnader för erforderliga förstärkningar av utbildningskapaciteten. Dessa kostnader kommer nämligen i samtliga fall att kunna bedömas först efter fortsatt utredningsarbete.

Slutligen har vi icke tagit hänsyn till den kostnadsökning för sjukkassor, som eventuellt kan föranledas av vårt förslag. Någon sådan kostnadsökning kan för övrigt knappast i högre grad komma till stånd genom att läkarkårens fördelning på tjänsteläkarverksamhet och annan verksamhet förskjutes i den ena eller den andra riktningen; i den mån det totala läkarantalet och läkarvårdens volym blir större än eljest, inträder däremot en ökad belastning för sjukkassorna. Emellertid bör i sammanhanget också beaktas, att en förstärkning av resurserna inom öppen vård utanför sjukhus bör vara ägnad att hålla tillbaka ökningen i investeringsbehov. Dessutom förtjänar det hållas i minnet, att det arbetsbortfall, som vållas av sjukdom och invaliditet, representerar ett värde, som efter vad vi funnit (s. 139 o. f.) är minst dubbelt så stort som den totala kostnaden för hälso- och sjukvården, och att ytterligare hälso- och sjukvårdsinsatser delvis kan medföra en begränsning i detta arbetsbortfall.

Dessa reservationer och anmärkningar bör hållas i minnet vid studiet av följande sammanfattning:

A. Driftkostnader

Årliga lönekostnader till 900 tjänsteläkare 20 790 000 kr varifrån avgår till 600 provinsialläkare utgående löner med 13 860 000 kr vilket ger en kostnadsökning om 6 930 000 kr, som emellertid — med hänsyn till att det torde bli fråga om biträdande provinsialläkare i lägsta lönegrupp och vid slutet av perioden närmare mitten av löneklasserna i denna — torde kunna reduceras till 6,7 miljoner kronor. Sedan städernas läkare ingått i organisationen tillkommer — med hänsyn till att kommunalläkarna förutsättes få samma löneförmåner som provinsialläkarna i den nya organisationen — skillnaden i hithörande kommunalläkares löner jämfört med provinsialläkares löner om $(150 \times 8\,500)$ 1 275 000 kr varjämte, då städerna antages icke lämna bidrag till de blivande tjänsteläkarna, ett belopp motsvarande kommunalläkarnas nuvarande löner, beräknat till $(150 \times 14\,600)$ 2 190 000 kr tillkommer.

Ökningen av årskostnaden vid utbyggnadsperiodens slut blir .. 10 165 000 kr

Årliga lönekostnader till vid läkarstationerna medverkande personal, nämligen å

75 flerläkarstationer: 150 sjuksköterskor, 300 mottagningsbiträden, 75 skrivbiträden;

125 två-läkarstationer: 125 sjuksköterskor, 250 mottagningsbiträden;

500 en-läkarstationer: 125 sjuksköterskor, 375 mottagningsbiträden;

utgör — vid lönegraden A 9 för sjuksköterskor, A 4 för mottagningsbiträden och A 5 för skrivbiträden — under förutsättningen att lönerna beräknas efter ortsgrupp 3 samt med ett ålderstillägg 13 513 500 kronor. Då avdrag icke torde kunna beräknas för de lönekostnader, som de nuvarande tjänsteläkarna vidkännes, om ca 5 500 000 kronor blir

ökningen av årskostnaden vid utbyggnadsperiodens slut 13 513 500 kr

Årliga lönekostnader till 24 länsläkare, 23 biträdande länsläkare, 20 länssköterskor, 24 hälsovårdskonsulenter, 12 kanslibiträden och 24 kontorsbiträden blir — under i kap. 6 angivna förutsättningar — 2 730 660 kr varifrån torde få avräknas till förste provinsialläkare utgående löner med 870 912 kr och expenser med 96 200 kr samt anslag till biträdande förste provinsialläkare med 13 900 kr.

Ökningen av årskostnaden vid utbyggnadsperiodens slut blir .. 1 749 648 kr

Årliga lönekostnader till 2 900 hälsovårdsutbildade sjuksköterskor i landstingsområdena — vid lönegraden 11 löneklass 13 i ortsgrupp 3 — utgör 39 324 000 kr varifrån torde få avräknas nuvarande lönekostnad till 2 050 sådana sjuksköterskor med 27 798 000 kronor.

Ökningen av årskostnaden vid utbyggnadsperiodens slut blir
($\frac{1}{2}$ på staten; $\frac{1}{2}$ på landstingen) 11 526 000 kr

Arliga lönekostnader till 300 nya sjukgymnasttjänster inom
landstingsområdena — vid lönegraden 12 löneklass 13 i orts-
grupp 3 — 4 068 000 kr.

Ökningen av årskostnaden vid utbyggnadsperiodens slut blir .. 4 068 000 kr

Ökningen av årskostnaden för löner åt angivna personalkatego-
rier vid utbyggnadsperiodens slut blir alltså 41 022 148 kr

Under förutsättning av jämn utbyggnad under hela 10-årsperio-
den innebär detta en årlig kostnadsökning av 4 102 215 kr

För budgetåret 1959/60 räknar vi med en kostnadsökning för
löner åt

10 tjänsteläkare i öppen vård ca 225 000 kr

läkarstationernas medverkande personal 2 500 000 kr

länsläkarorganisationens personal 391 238 kr

20 hälsovårdsutbildade sjuksköterskor i landstingsområdena
($\frac{1}{2}$ på staten; $\frac{1}{2}$ på landstingen) 271 200 kr

10 sjukgymnaster i landstingsområdena 135 600 kr

3 523 038 kr

B. Investeringskostnader under utbyggnadsperioden

a) Lokaler för 75 flerläkarstationer à 425 000 kr 31 875 000 kr

» » 125 två- » à 250 000 kr 31 250 000 kr

63 125 000 kr

Med hänsyn till möjligheten att använda befintliga sjukstugor
torde detta belopp kunna avrundas till 50 miljoner kronor. Här-
till torde få beräknas 10 miljoner kronor för upprustning av be-
fintliga en-läkarstationer.

Kostnaden uppgår under utbyggnadsperioden till 60 000 000 kr

Under förutsättning av jämn utbyggnad under hela 10-årsperio-
den skulle detta innebära en årlig investeringskostnad av 6 000 000 kr

För budgetåret 1959/60 räknar vi med en kostnad för lokaler till
10 två-läkarstationer 2 500 000 kr

b) Inventarier för 75 flerläkarstationer 6 000 000 kr

» » 125 två- » 6 024 000 kr

» » 500 en- » 15 117 600 kr

eller tillhoppa för hela utbyggnadsperioden .. 27 141 600 kr

varifrån torde kunna avräknas beräknat värde

av 13 000 000 kr

för befintlig utrustning, varför kostnaden un-

der utbyggnadsperioden kan beräknas till .. 14 000 000 kr

Under förutsättning av jämn utbyggnad under hela 10-årsperio-
den skulle detta innebära ett nettoinvesteringsbelopp av 1 400 000 kr

För budgetåret 1959/60 räknar vi med en kostnad av 2 000 000 kr

Summa investeringskostnader under utbyggnadsperioden 74 000 000 kr

årliga investeringskostnader vid jämn utbyggnad 7 400 000 kr

investeringskostnader för budgetåret 1959/60 4 500 000 kr

AVDELNING II

ÖVERSIKT AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSORGANISATIONEN

KAPITEL 3

Beskrivning av organisationen

Uppgifterna inom den civila hälso- och sjukvården låter sig i stort sett hänföra under någon av nedanstående rubriker:

1. Hälsovård
 - omgivningshygien
 - förebyggande vård
 - hälsouppllysning
2. Sjukvård.
 - sluten vård
 - öppen vård
 - eftervård, konvalescentvård och rehabilitering
3. Undervisning och forskning.
4. Vissa medicinsk-administrativa uppgifter samt annan på speciella medicinska serviceorgan ankommande verksamhet särskilt på rätts- och statsmedicinens område.

I detta kapitel kommer att behandlas verksamhet, som är att hänföra under de båda första och — i viss utsträckning — även under den tredje av ovan angivna rubriker, medan det icke ansetts erforderligt att i detta sammanhang ingå på sådan verksamhet, som avses under den fjärde rubriken. Då huvudintresset i detta betänkande — som förut framhållits — skall ägnas vissa organisationsproblem inom den till övervägande del somatiskt inriktade vården och då kommitténs mentalsjukvårdsdelegation i ett särskilt betänkande skall kartlägga organisationen av den psykiatriska vården och därmed förenade problem kommer sistnämnda vård att här beröras endast i den mån så erfordras för att ge en allmän överblick eller för att belysa vissa sammanhang mellan somatisk och psykiatrisk vård.

Såsom den följande framställningen kommer att bekräfta kan i många fall inga klara gränser dragas mellan de ovan uppräknade funktionerna. De griper in i varandra. Ofta kan ett visst slags åtgärder fylla mer än en sådan funktion. Indelningen gör således icke anspråk på att vara något annat än ett hjälpmedel för att vinna översikt.

Omgivningshygien

Till den allmänna hälsovårdens område hänföres bland annat sådana åtgärder, som avser att skapa de yttre betingelserna för ett gott hälsotillstånd och undanröja eller oskadliggöra miljöfaktorer, som innebär ett hot mot hälsan. Sådana åtgärder brukar numera sammanföras under benämningen omgivningshygienisk verksamhet.

Den förut berörda svårigheten att dra en klar gräns mellan olika funktioner inom hälso- och sjukvården gäller icke minst beträffande omgivningshygien å ena sidan samt personlig förebyggande vård och sjukvård å den andra. Givetvis kan praktiskt taget all omgivningshygienisk verksamhet sägas ha en sjukdomsförebyggande funktion. Och omvänt gäller att — eftersom medmänniskorna utgör en så väsentlig del av miljön för individen — även personlig förebyggande eller kurativ vård har stor omgivningshygienisk betydelse. Sålunda kan det naturligtvis hävdas, att en ljus och välventilerad skollokal och en lämpligt sammansatt skolfrukost kan vara av »förebyggande» betydelse under det att upptäckten av ett smittsamt sjukdomsfall vid en skolbarnsundersökning stundom är av betydelse framför allt ur »omgivningshygienisk» synpunkt. I det praktiska språkbruket, som vi här följer, bekymrar man sig emellertid ej om sådana överbägganden utan räknar — för att begagna samma från skolhälsovården hämtade exempel — tillsyn över lokalernas beskaffenhet och skolmåltidernas anordnande till de omgivningshygieniska funktionerna medan däremot skolbarnsundersökningarna genom läkare och sjuksköterska hänföres till den förebyggande vården.

Till de omgivningshygieniska uppgifterna räknas framför allt *åtgärder för att motverka spridande av smittsamma sjukdomar, teknisk hygien* (t. ex. i fråga om vatten, avlopp och renhållning), *bostads-, skol- och industrihygien samt livsmedelshygien*.

De omgivningshygieniska problemen — t. ex. i vad gäller vattenvård och livsmedelshygien — har undergått betydande förändringar genom den fortskridande urbaniseringen och industrialiseringen samt den tekniska utvecklingen på olika områden. Problem av tidigare okänd art och omfattning har även uppstått i samband med nya landvinningar inom vetenskap och teknik. Ett aktuellt exempel härpå utgör de växande riskerna för skadeverkningar genom radioaktiv strålning.

De omgivningshygieniska uppgifterna i samband med den epidemiologiska verksamheten och karantänsväsendet regleras genom 1919 års epidemilag (nr 443) och 1953 års karantänskungörelse (nr 222), medan 1919 års hälsovårdsstadga (nr 566) utgör en huvudförfattning beträffande den tekniska hygien och även innehåller en del grundläggande bestämmelser om bostads-, skol- och industrihygien.

De i hälsovårdsstadgan berörda områdena regleras emellertid närmare genom ett flertal speciella författningar.

På den tekniska hygienens område gäller sålunda beträffande vatten- och avloppsfrågor bland annat 1918 års vattenlag (nr 523), 1955 års lag om allmänna vatten- och avloppsanläggningar (nr 314) och 1956 års lag om tillsyn över vattendrag, sjöar och andra vattenområden (nr 582). Bestämmelserna i hälsovårdsstadgans 8 och 43 §§ om bostäder och samlingslokaler kompletteras genom en av medicinalstyrelsen år 1936 utfärdad kungörelse om bostadsinspektion (MF 109). Beträffande skolhygien, som likaledes beröres i hälsovårdsstadgans bestämmelser om bostäder och samlingslokaler, finns ytterligare föreskrifter i bland annat 1921 års folkskolestadga (nr 604) jämte en rad andra författningar. Industrihygien, varom föreskrifter finns i hälsovårdsstadgans 24 och 50 §§, behandlas ingående i 1949 års arbetarskyddslag (nr 1). Medan livsmedelshygien tidigare övervägande reglerades genom hälsovårdsstadgan återfinns bestämmelserna härom numera främst i 1951 års livsmedelsstadga (nr 824). Om förebyggande av skador genom radioaktiv strålning finns vissa stadganden i 1941 års lag om tillsyn å radiologiskt arbete (nr 334) jämte därtill knutna författningar.¹

Den ovan lämnade översikten upptar endast några av de viktigaste omgivningshygieniska områdena och ett fåtal av de huvudförfattningar, som reglerar dem. På flera områden föreligger förslag till ändrade bestämmelser, vilka här icke berörts. Avsikten har endast varit att påvisa hur mångfacetterad den omgivningshygieniska verksamheten är och hur många skilda grenar av samhällslivet den berör.

Den öppna hälso- och sjukvård, vari de omgivningshygieniska aspekterna dominerar eller i varje fall gör sig starkt gällande, tillhör av gammalt de uppgifter, för vilka *de lokala myndigheterna* har ansetts bära det primära ansvaret, vilket nedanstående korta historik avser att belysa.

Den angivna inställningen framgår redan av vissa under 1600-talet i kyrkolagen och medicinalförordningarna givna föreskrifter om bekämpande av sjukdomar och farsoter. Den hälsovårdstillsyn inom församlingarna, som först ålades prästerskapet, överfördes 1828 till *kyrkorådet*. I samband med 1830-talets koleraepidemi tillsatte sundhetskommisionen *särskilda sundhetsnämnder* för varje stad och prästgäll på landet, vilka genom särskilda uppsyningsmän för mindre områden, »kretsar», kunde öva mera detaljerad tillsyn över bland annat renhållnings- och livsmedelshygien. 1843 överflyttades kyrkorådets hälsovårdsuppgifter till *sockennämnderna*. 1857 stadfästes detta, varjämte förordnades om särskild sundhetsnämnd i stad.

I 1862 års kommunallagstiftning — vari strävandena under förra hälften av 1800-talet att återupprätta och stärka den lokala självstyrelsen kom till uttryck — anknöts för landsbygdens del indelningen i borgerliga primärkommuner till den gamla sockenindelningen. Härvid övertogs sockennämndens åligganden av *kommunalnämnden*. Uppgiften att »öva tillsyn över den allmänna hälsovården» var dock till en början vag och ospecificerad. Successivt anförtroddes emellertid åt såväl stads- som landsbygdskommunerna allt flera konkreta uppgifter. Den — med utgångspunkt från de stora bakteriologiska upptäckterna — 1874 utfärdade första hälsovårdsstadgan fick stor betydelse framför allt för ordnandet av städernas och tätorternas sanitära förhållanden medan en uppryckning av hälsovårdsarbetet på den egentliga landsbygden skedde först genom 1919 års hälsovårdsstadga och däri senare gjorda ändringar.

¹ Jfr. prop. nr 29 till 1958 års riksdag med förslag till ny strålskyddslag m. m.

Kommunindelningskommittén framhöll dock i sitt betänkande med förslag till riktlinjer för en revision av rikets indelning i borgerliga primärkommuner (SOU 1945: 38 s. 158), att hälsovården alltjämt var ett av kommunerna på landet i stort sett försummat arbetsområde samt att småkommunerna även på detta område utgjorde ett påtagligt hinder för utvecklingen. Den 1952 genomförda kommunreformen avsåg sålunda bland annat att skapa enheter av mera lämplig storlek med hänsyn till hälsovårdsuppgifterna.

I hälsovårdsstadgan och därtill anslutna författningar har meddelats närmare bestämmelser om de organ, som har att övervaka efterlevnaden av stadgan samt ägna uppmärksamhet och tillsyn åt den allmänna hälsovården.

Enligt dessa bestämmelser skall särskild hälsovårdsnämnd finnas i varje stad samt i köping, hamn, fiskeläge eller annan plats med sammanträngd befolkning, där länsstyrelsen genom beslut, som skall underställas Kungl. Maj:ts prövning, så förordnat. Beträffande övriga kommuner gäller, att särskild hälsovårdsnämnd skall finnas, om invånarantalet överstiger 3 000 samt eljest där så prövas erforderligt. Om sådan särskild nämnd ej blivit tillsatt fungerar kommunalnämnden som hälsovårdsnämnd.

I stad, köping och municipalsamhälle skall — utom polischef — stadsläkare (i förekommande fall förste stadsläkaren) respektive köpings- och municipalläkare eller, där sådan läkare ej finns, annan läkare obligatoriskt ingå i nämnden. Några obligatoriska medlemmar i hälsovårdsnämnden på landsbygden finns ej.

Både beträffande stad och land gäller enligt hälsovårdsstadgan att förste provinsialläkaren i länet, där han icke är ledamot av hälsovårdsnämnden — med undantag för de städer, vari med honom jämställd stadsläkare finns — likväl äger vara tillstädes vid nämndens sammanträden och delta i överläggningarna men ej i besluten ävensom att, där han så begär, få sin mening antecknad till protokollet. Samma befogenhet tillkommer provinsialläkare i det provinsialläkardistrikt, inom vilket hälsovårdsområdet är beläget, i förekommande fall extra provinsialläkare i sådant distrikt.

I 1930 års allmänna läkarinstruktion (nr 442) och i de särskilda instruktionerna för de primärkommunalt anställda läkarna lämnas föreskrifter för tjänsteläkarna i den öppna vården om deras medverkan i det omgivningshygieniska arbetet. Medan varje provinsialläkare och ensam stadsläkare har att svara för allmän hälsovård i sitt verksamhetsområde brukar i städer med flera tjänsteläkare huvudparten av de tjänsteläkarna åvilande omgivningshygieniska uppgifterna anförtros åt förste stadsläkaren eller däremot svarande läkare, som således får karaktär av stadshygieniker. I de största städerna är dessa uppgifter av sådan omfattning att de anses böra utesluta att vederbörande läkare bedriver enskild läkarverksamhet.

Utom hälsovårdsnämnden har flera andra kommunala nämnder — såsom

barnavårdsnämnden, nykterhetsnämnden, socialnämnden och byggnadsnämnden — att handlägga ärenden, vari ej sällan även omgivningshygieniska aspekter kräver beaktande. Om tjänsteläkares rätt respektive skyldighet att deltaga i arbetet inom sådana nämnder är särskilt stadgat.

I det omgivningshygieniska arbetet i kommunerna medverkar om än i begränsad utsträckning utom de nämnda läkarna även av primärkommuner och landsting för öppen vård anställda sjuksköterskor, framför allt distriktssköterskorna, vilka det bland annat åligger att utöva upplysande och rådgivande verksamhet i fråga om bostadsvård.

I 4 § hälsovårdsstadgan anges, att i varje stad *skall* finnas en eller flera tillsyningsmän för allmänna hälsovården. För landsbygden gäller enligt 39 § att hälsovårdsnämnden *äger* antaga en eller flera sådana tillsyningsmän.

En särställning intar hälsovårdsnämnderna i städerna utanför landsting, vilka i allmänhet förfogar över en väsentligt mera utbyggd organisation för den allmänna hälsovården.

Statens medverkan i den omgivningshygieniska verksamheten är delad mellan centrala och läns- eller andra regionala organ.

På det *regionala* planet åligger det främst länsstyrelserna att vaka över att kommuner, hälsovårdsnämnder och läkare fullgör sina åligganden beträffande den allmänna hälsovården, för vilket ändamål vitesförelägganden kan tillgripas. Om missförhållanden bringas till länsstyrelsens kännedom åligger det denna att tillse att tjänliga åtgärder för deras avhjälpan vidtages. Genom särskilda bestämmelser i hälsovårdsstadgan har länsstyrelserna ålagts att utöva kontroll över vatten och vattendrag, livsmedel etc.

I sin omgivningshygieniska verksamhet biträdes länsstyrelsen av bland andra förste provinsialläkaren, som genom allmänna läkarinstruktionen tilldelats omfattande uppgifter på den allmänna hälsovårdens område. Samtidigt som förste provinsialläkaren är föredragande och expert hos länsstyrelsen är han — som en medicinalväsendets »mellaninstans» — underställd medicinalstyrelsen.

Andra experter i hälsovårdsfrågor på länsplanet med likartad ställning såsom på en gång föredragande i länsstyrelsen och företrädare för vederbörande centrala förvaltningsmyndighet är länsveterinären, vilken liksom distriktsveterinärerna sorterar under veterinärstyrelsen, samt distriktsingenjören för vatten och avlopp, vilken hittills varit underställd väg- och vattenbyggnadsstyrelsen. Även länsarkitekten (vilken sorterar under byggnadsstyrelsen) samt överlantmätaren (under lantmäteristyrelsen) behandlar frågor, vari omgivningshygieniska synpunkter kräver beaktande.

Sedan 1930-talets början har i flertalet län på frivillig väg bildats sammanlutningar för gemensamt hälsovårdsarbete, hälsovårdsförbund, vilka i första hand består av länets hälsovårdsnämnder. Förbunden ägnar sig

åt olika former av upplysningsverksamhet, bland annat anordnande av utbildningskurser för hälsovårdsnämndernas ledamöter och tjänstemän.

Den tekniska utvecklingen och kommunernas behov av rådgivning i tekniska hälsovårdsfrågor har föranlett hälsovårdsförbunden i ett flertal län att anställa särskilda hälsovårdskonsulenter, varvid ofta landstingen bidragit till denne tjänstemans avlönande.

Den *centrala* tillsynen över den allmänna hälsovården, varav omgivningshygienien utgör en del, tillkommer enligt hälsovårdsstadgan i första hand medicinalstyrelsen men särskilda uppgifter på området har anförtrots andra centrala organ.

Sålunda svarar statens institut för folkhälsan för undersökningsverksamhet och forskning i frågor, som rör allmänhygien, yrkeshygien och födoämneshygien. Institutet bedriver också viss upplysnings- och utbildningsverksamhet på omgivningshygienens område. Inom humanmedicinens bakteriologiska, virologiska och epidemiologiska områden utövar statens bakteriologiska laboratorium diagnostisk verksamhet, fältepidemiologi, serum- och vaccinproduktion samt forskning. Tillsyn över hälso- och sjukvården vad avser husdjuren och den animala livsmedelsframställningen samt veterinärväsendet i övrigt utövas av veterinärstyrelsen. Väg- och vattenbyggnadsstyrelsen, som bland annat bär ansvaret för väg- och trafikväsendet, delar med fiskeristyrelsen — vilken för närvarande utgör statens vatteninspektion — vissa uppgifter avseende vatten- och avloppsfrågor. Omgivningshygieniska problem kommer också in i stadsplaneärenden och husbyggnadsfrågor, som handläggs av byggnadsstyrelsen, i planeringen av lokaler för sjukvårdsändamål, som sker genom centrala sjukvårdsberedningen, i frågor om arbetarskydd och arbetstidslagstiftning, som tillhör området för arbetarskyddsstyrelsens verksamhet, i vissa ärenden rörande giftiga ämnen och apoteksvaror, explosiva varor och eldfarliga oljor, som behandlas av kommerskollegium o. s. v.

Icke heller denna uppräknning gör anspråk på fullständighet. Av ärendenas skiftande beskaffenhet framgår emellertid att såväl ett stort antal centrala ämbetsverk och motsvarande organ som flertalet statsdepartement har att i olika sammanhang taga befattning med omgivningshygieniska frågor.

Förebyggande vård

Utom den i det föregående berörda omgivningshygieniska verksamheten, vilken — som tidigare framhållits — har ett allmänt sjukdomsförebyggande syfte, hänföres till den allmänna hälsovården också i särskilda former organiserad personlig förebyggande vård. Härvid avses framför allt en vård, direkt inriktad på att åt individer eller grupper tillhandahålla sådana tjänster som hälsokontroll, hälsorådgivning och tidigdiagnostik, vartill ofta

kommer även rent terapeutiska åtgärder, vilka står i nära samband med verksamheten i fråga.

Den personliga förebyggande vården motiveras — i likhet med den omgivningshygieniska verksamheten — av samhällsintresset att hejda utbredningen av smittsamma sjukdomar men är framför allt direkt inriktad på att söka bevara ett gott hälsotillstånd hos de individer, som är föremål för vården, och att genom åtgärder på tidigt stadium av ohälsa hindra allvarligare sjukdomstillstånd att utvecklas.

För att stimulera till anlitan av den förebyggande vård, som ur samhällssynpunkt ansetts särskilt angelägen, har sådan vård organiserats i särskilda former och ställts till förfogande gratis eller till låg kostnad för den enskilde. De motiv, som ansetts tala härför, föreligger även efter införandet av den allmänna sjukförsäkringen, då ju denna principiellt ej ersätter kostnader för hälsovård.

Av det allmänna organiserade vårdformer, där det förebyggande syftet antingen helt dominerar eller i varje fall gör sig starkt gällande, utgör framför allt den av distriktssköterskor meddelade distriktsvården, distriktsbarnmorskornas verksamhet, förebyggande mödra- och barnavård, abortförebyggande och annan sexualhygienisk verksamhet, vissa delar av könssjukvården, skolhälsovård, dispensärvård och allmän skärmbildskontroll ävensom folktandvård. Vidare må nämnas den psykiska barna- och ungdomsvården, som är under utbyggnad, och familjerådgivningen, som ännu endast bedrivs i form av försöksverksamhet. På arbetslivets område märks särskilt kontroll av minderåriga arbetare, annan industrihälsovård och yrkesmedicinsk verksamhet.

Av det anförda framgår att den förebyggande vården i vårt land icke utgör en systematiskt utbyggd fullständig organisation. Tvärtom har dess olika grenar utvecklats var för sig allt eftersom behoven uppmärksammas. Vissa ålders- och befolkningsgrupper är väl tillgodosedda medan andra ännu ej på motsvarande sätt vunnit beaktande.

Utbyggnaden av en vårdform har ofta tillgått så, att — efter en tids försöksverksamhet — särskilda statsbidragsbestämmelser utfärdats i avsikt att stimulera den allmänna sjukvårdens lokala huvudmän att med sin verksamhet införliva vårdformen i fråga. Sålunda utfärdades under 1930-talet som en del av de befolkningspolitiska åtgärderna, föranledda av den sjunkande nataliteten, bestämmelser om statsbidrag till bland annat förebyggande mödra- och barnavård och abortförebyggande verksamhet. Även vården genom distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor blev i anslutning härtill föremål för ändrad reglering med större tonvikt på de förebyggande uppgifterna.

Statsbidrag till flertalet förebyggande vårdformer kan enligt gällande bestämmelser endast utgå till landsting samt städer utanför landsting (förebyggande mödra- och barnavård, abortförebyggande verksamhet),

stundom med begränsning enbart till landstingen (distrikts- och dispensärvård).

Medan det tidigare var vanligt att olika lokala organ ledde skilda verksamhetsgrenar inom hälso- och sjukvården sammanfördes vid 1940-talets början ledningen av de då av landstingen drivna statsunderstödda grenarna av förebyggande vård hos ett enda organ. Som motiv härför angavs att den öppna hälsovårdens skilda grenar under den fortgående utvecklingen blivit allt mer sammanhängande samt allt närmare knutits till den slutna sjukvården. På grund härav vore det av utomordentlig betydelse, att landstingen bereddes möjlighet att ställa både den hälsovårdande och den sjukvårdande verksamheten under enhetlig, i viss utsträckning samordnad ledning. Det organ, som nu har att fullgöra ifrågavarande funktioner, är för landstingens del enligt 1954 års landstingslag hälso- och sjukvårdsstyrelsen eller hälsovårdsstyrelsen.

För städerna utanför landsting har någon motsvarande enhetlig reglering icke genomförts. Även sinsemellan företer städerna olikheter. När det gäller den personliga förebyggande vården och annan hälsovård kan sålunda uppgifterna vara tillagda en rad olika nämnder eller styrelser, t. ex. hälsovårdsnämnden, barnavårdsnämnden eller sjukhusmyndigheten. Rådande förhållanden framgår av tab. 3. 1.

Tabell 3.1. Översikt över de organ, som i städerna utanför landsting svarar för förebyggande vård m. m.

Verksamhetsgren	Stockholm	Göteborg	Malmö	Norrköping	Hälsingborg	Gävle
Stadsdistriktsläkare	Hvn	Sjd	Sjd ¹	Hvn	—	Hvn
Stadsjuksköterskor	Sjd	Sjd	Sjd ¹	Hvn	Hvn	Hvn
Hemsamariter	Sjd	Sjd	Sjd ¹	Bvn	—	Hemhj
Hemsjukv. för långvarigt sjuka (särskild organisation).	Sjd	—	Sjd ¹	—	Hvn	—
Centraldispensärer	Sjd	Sjd	Sjd	Hvn	HSj	Hvn
Polikliniker för könssjuka . .	Sjd	Sjd	Sjd	Hvn	Hvn	Hvn
Förebyggande mödravård . .	Sjd	Sjd	Sjd	HSj	HSj	Hvn
Förebyggande barnavård . . .	Bvn	Bvn	Sjd	HSj	HSj	Hvn
Skolhälsovård	Skolst	Skolst	Skolst	Skolst	Skolst	Skolst
Distriktsbarnmorskor (barnmorskestyrelse)	Sjd	Sjd	Sjd	HSj	HSj	Hvn
Epideminämnd	Sjd	Sjd	Sjd	HSj	HSj	Hvn
Rådgivning i abort- och sexualfrågor	Sjd	Sjd	{ Sjd Hvn	HSj	HSj	Hvn
Rådgivning i uppfostringsfrågor	Bvn	Sjd	Skolst	{ Skolst Bvn	HSj	Hvn
Socialläkare	{ Bvn Socn	Hvn	—	{ Socn	—	Hvn
Folktandvård	Särst	Sjd	Sjd	Hvn	Särst	Hvn

Anm. Hvn = hälsovårdsnämnd, Bvn = barnavårdsnämnd, Sjd = sjukhusdirektion-sjukvårdsberedning, HSj = hälso- och sjukvårdsstyrelse, Socn = socialnämnd, Skolst = skolstyrelse, Hemhj = hemhjälpnämnd, Särst = särskild styrelse.

¹ Fr. o. m. den 1 juli 1958.

I det följande skall något redogöras för vissa av de i det föregående nämnda verksamhetsgrenarna.

Distriktsvård. Sedan 1920 har statsbidrag utgått till avlönande av distriktsköterskor. I § 3 mom. 2 av den nämnda år utfärdade bidragskungörelsen (nr 234) föreskrevs som villkor för bidrag att tjänstgöringen skulle omfatta såväl alla de grenar av sjukvård, som kan utövas i hemmen, som ock upplysande och rådgivande verksamhet beträffande vissa angivna grenar av hälsovård. Tyngdpunkten i distriktssköterskornas verksamhet låg intill 1935 års distriktsvårdsreform kvar på sjukvårdsarbetet. Genom den då utfärdade nya bidragskungörelsen (nr 428) tillerkändes emellertid hälsovårdsuppgifterna vidgat utrymme. Sålunda angavs i kungörelsen skyldigheten att bedriva upplysande och rådgivande verksamhet i fråga om barnavård, bostadsvård, hälsovård och andra grenar av förebyggande vård i första rummet, vartill fogades uppgiften att utöva viss sjukvård i hemmen.

Område, vari landsting anordnat distriktsvård, benämns distriktsvårdsområde (i regel = landstingsområde) och distriktssköterskas verksamhetsområde distrikt.

För av landsting anordnad distriktsvård utgår statsbidrag, om den bedrivs enligt en av medicinalstyrelsen, efter hörande av förste provinsialläkaren och länsstyrelsen godkänd plan.

Som distriktssköterskas närmaste förman åligger det provinsialläkare eller extra provinsialläkare att utöva den omedelbara tillsynen över distriktsvården. Distriktssköterska, som skall ha avlagt sjuksköterskeexamen och genomgått statens distriktssköterskeskola, tjänstgör ofta som skolsköterska och biträder i allmänhet tjänsteläkarna vid deras mottagningar i förebyggande vård och likartad socialhygienisk verksamhet men icke vid deras mottagningar för allmän sjukvård. Hon utövar i regel även såväl hälso- som sjukvård vid egna mottagningar.

Till städerna utanför landsting utgår ej statsbidrag för anordnande av distriktsvård. De hälso- och sjukvårdsuppgifter, som inom landstingsområdena tillkommer distriktssköterskorna, är i dessa städer i regel delade mellan sjuksköterskor med rent sjukvårdande arbetsuppgifter och sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning, vilka uteslutande ägnar sig åt vissa hälsovårdsgrenar. Även i de större städerna inom landsting förekommer en likartad differentiering.

Vård genom distriktsbarnmorskor. Medan distriktsvården grundar sig på ett frivilligt åtagande från landstingens sida utgör anställandet av distriktsbarnmorskor för såväl landstingen som städerna utanför landsting i princip ett obligatoriskt åliggande, från vilket emellertid i vissa fall dispens kan beviljas. Området har på senare år varit föremål för ändrad reglering genom ett flertal författningar. De utvecklingstendenser, som främst föranlett nya eller ändrade bestämmelser, är den ökade omfattningen av förlossningsvård å anstalt med stark minskning av antalet för-

lossningar i öppen vård som följd samt den ökade betydelse, som tillerkänts förebyggande och annan socialhygienisk verksamhet under graviditet och förlossning.

Enligt gällande bestämmelser utgör, där icke annorlunda förordnas, varje landstingsområde och stad, som ej deltar i landsting, ett barnmorskedistrikt. Som villkor för statsbidrag till distriktsbarnmorskebefattning gäller att befattningen upptas i av medicinalstyrelsen godkänd plan för förlossningsvårdens tillgodoseende inom distriktet. Distriktsbarnmorska är stationerad i viss ort men är principiellt anställd för sjukvårdsområdet i dess helhet, ehuru i praktiken verksamheten i första hand förläggs till ett begränsat område inom detta.

Distriktsbarnmorska åligger att lämna förvård åt havande kvinnor, biträda vid förlossning i hemmet och lämna eftervård åt kvinnor, som efter förlossning vårdas i hemmet, samt att biträda i förebyggande mödravård, såvida icke barnmorskestyrelsen annat bestämt. I den mån barnmorskestyrelsen anvisar henne sådan tjänstgöring åligger det henne vidare att tjänstgöra å vissa förlossningsanstalter, att biträda i förebyggande barnavård och vid barnavårdsnämnds befattning med ärenden om mödrahjälp samt med sådan sjukvård, som kan meddelas i hemmen.

Den omedelbara tillsynen utövas av den tjänsteläkare, inom vars område vederbörande distriktsbarnmorska är stationerad. I övrigt gäller i fråga om tillsyn och anställningsförhållanden liksom i fråga om statsbidrag till verksamheten i stort sett likartade bestämmelser som i fråga om den landstingsdrivna distriktsvården.

Beträffande *abortförebyggande verksamhet* gäller — enligt 1945 års kungörelse (nr 863) angående statsbidrag till viss verksamhet för stöd och rådgivning åt havande kvinnor i abortförebyggande syfte i dess nu gällande lydelse — att statsbidrag utgår till landsting eller stad utanför landsting, som anordnat sådan verksamhet enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, varvid förutsattes att verksamheten utövas vid särskilda rådgivningsbyråer, vid vilka skall vara knutna legitimerade läkare (i regel gynekolog eller psykiater) och kvinnliga kuratorer. Även över dylik plan skall yttrande ha inhämtats av förste provinsialläkaren respektive förste stadsläkaren, som jämte medicinalstyrelsen även har att utöva tillsyn över verksamheten.

Rådgivningsbyråer för abortförebyggande verksamhet finns hittills inrättade endast i vissa städer utanför landsting och i ett mindre antal av landstingsområdena.

Familjerådgivning i betydelse av en speciell socialhygienisk verksamhet för behandling av äktenskapskonflikter och andra samlevnadsproblem och — liksom den abortförebyggande verksamheten — grundad på ett teamarbete, vari både social och medicinsk expertis bör vara företrädd, är en vårdgren, som i vårt land på enskilt eller primärkommunalt initiativ ännu

endast prövats i vissa orter och sålunda befinner sig på försöksstadiet men som tilldragit sig stort intresse.

Det nära sambandet mellan en rådgivande verksamhet med denna vidare syftning och den abortförebyggande verksamheten har bidragit till att aktualisera frågan om de linjer, efter vilka familjerådgivningen lämpligen bör utbyggas och vilka områden den skall avse. Dessa frågor behandlas i 1955 års familjerådgivningskommittés nyligen avgivna betänkande om allmän familjerådgivning (SOU 1957: 33).

Den statsbidragsberättigade förebyggande *mödra- och barnavården*, som i väsentliga delar regleras genom en 1944 utfärdad kungörelse (nr 396), vilken varit föremål för viktiga ändringar framför allt under 1955, omfattar — utom rådgivande verksamhet beträffande havande kvinnor, nyblivna mödrar och barn under de första levnadsåren — havandeskapsdiagnos, mödragymnastik, behandling under havandeskap och högst åtta veckor efter förlossning av vissa sjukdomar, vilka föranletts av havandeskapet eller förlossningen, samt rådgivning rörande födelsekontroll. Den förebyggande barnavården avser — utom barn under första levnadsåret — andra årsgrupper av barn i förskoleåldern enligt huvudmännens bestämmande. I vilken omfattning övervakningen utsträckts utöver spädbarnsåldern belyses närmare i kap. 4. Numera kan den statsunderstödda förebyggande barnavården även omfatta mottagning för barn, som företer uppfostringssvårigheter eller neurolabila symptom, vilka icke anses kräva den statsunderstödda psykiska barna- och ungdomsvårdens speciella resurser.

Organ för verksamheten är mödravårdscentraler, typ I (under ledning av läkare med specialutbildning i gynekologi och obstetrik) och typ II (under ledning av legitimerad läkare), barnavårdscentraler, typ I (under ledning av läkare med specialutbildning i pediatrik) och typ II (under ledning av legitimerad läkare), kombinerade mödra- och barnavårdscentraler, typ II, samt mödra- och barnavårdsstationer och -filialer (i regel under ledning av tjänsteläkare).

I arbetet medverkar distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor samt — särskilt vid centraler av typ I — för denna verksamhet speciellt anställda sjuksköterskor och barnmorskor.

Statsbidrag utgår till landsting och stad utanför landsting, som anordnar vård av ifrågavarande slag enligt en av medicinalstyrelsen, efter förste provinsialläkarens respektive förste stadsläkarens hörande godkänd plan.

Den *psykiska barna- och ungdomsvården* är en vårdgren, som — enligt bestämmelser i 1945 års kungörelse (nr 489) angående statsbidrag till sådan vård — börjat utbyggas genom det allmännas försorg först under det senaste decenniet och liksom den abortförebyggande verksamheten hittills är representerad framför allt i de största städerna och ett mindre antal landstingsområden.

Då mentalsjukvårdsdelegationen utarbetat ett särskilt betänkande med

förslag rörande organisationen av denna vårdgren (SOU 1957: 40), saknar vi anledning att här närmare ingå på densamma.

Skolhälsovården, vars omgivningshygieniska sidor förut berörts, tillhör även de grenar av förebyggande vård, som på senare år ägnats ökad uppmärksamhet. Den statliga och statsunderstödda skolhygieniska verksamheten, som i huvudsak fått sin nuvarande utformning genom bestämmelser 1944, är föremål för tillsyn av den hos skolöverstyrelsen anställde skolöverläkaren. Lokalt medverkar i stor utsträckning tjänsteläkare och distriktssköterskor, men ett relativt stort antal särskilda skolsköterskor med hel- eller deltidstjänst finns även anställda inom skolhälsovården, särskilt i de större städerna. Nya kategorier av hjälpkrafter, som dock hittills kommit till användning i ringa antal, är skolkuratorer och skolpsykologer.

Den statsunderstödda skolhygieniska verksamheten omfattar såväl folkskoleväsendet som *folkhögskolor*, folk- och småskoleseminarier, allmänna läroverk och högre kommunala skolor samt läroanstalter för blinda och dövstumma.¹

Genom den förebyggande barnvården, den psykiska barna- och ungdomsvården samt skolhälsovården skulle — i den mån dessa vårdformer når en kvalitativt och kvantitativt tillfredsställande utbyggnad — behovet av förebyggande vård för de lägre åldersgrupperna i befolkningen till väsentlig del vara täckt.

För närmast högre åldersklasser förekommer systematisk hälsokontroll endast i mera begränsad utsträckning, bland annat — alltsedan 1912 — enligt bestämmelser om årliga *undersökningar av minderåriga arbetare* (under 18 år), vilka numera återfinns i 1949 års författningar om arbetarskydd. Det senaste tillfälle, då en systematisk hälsokontroll av den manliga ungdomen i landet sker, utgör *läkarbesiktningarna av värnpliktiga*, varom stadgas i 1951 års kungörelse angående sådana undersökningar (nr 645). För studenter och andra elever vid högre undervisningsanstalter förekommer även vissa speciella hälsovårdsanordningar, varvid framför allt behovet av tbc-kontroll beaktats.

Andra former av förebyggande vård är direkt inriktade på att *förebygga eller på tidigt stadium upptäcka vissa sjukdomar*.

Den första sjukdom, som man sökt komma till rätta med genom massundersökningar i syfte bland annat att finna subjektivt symptomfria fall, var *lungtuberkulosen*. Detta skedde genom s. k. dispensärverksamhet (först startad i Frankrike av Calmette). Den i Sverige sedan 1937 genomförda *dispensärorganisationen* omfattar uppspårande av tuberkulosfall, sanering av den sjukes omgivning, hälsorådgivning samt kurativ vård och behandling, i den mån slutna vård ej erfordras.

¹ Skolöverstyrelsen har nyligen (mars 1958) framlagt förslag om utvidgning av verksamheten även till en rad andra skolformer, däribland centrala verkstadsskolor, handelsgymnasier och vissa andra skolor för yrkesutbildning.

Varje län skall enligt 1937 års kungörelse (nr 400) angående statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande vara indelat i dispensärdistrikt, varvid distriktsdispensärerna i regel förestås av tjänsteläkare. I varje län finns dessutom en eller flera centraldispensärer — fristående eller knutna till sanatorium — vilka förestås av tuberkulos-specialister och är utrustade med röntgenanläggningar. Distriktsdispensärerna utför det förberedande fältarbetet, varefter säkra eller misstänkta tuberkulosfall remitteras till centraldispensären för närmare undersökning.

De största städerna och Älvsborgs län har en något avvikande organisation med en starkare koncentration av verksamheten till centraldispensärer.

Även för denna vårdform utgår statsbidrag till landsting under förutsättning att vården anordnas enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan.

Vid behandlingen av dispensärenden skall landstingets hälsovårdsstyrelse förstärkas genom inkallande av läkare, behörig till läkarbefattning vid sanatorium för lungtuberkulos, vilken skall äga deltaga i överläggningarna men ej i besluten samt få sin mening antecknad till protokollet.

Alltsedan hösten 1946 har i medicinalstyrelsens regi en systematisk undersökning av svenska folket genom *skärmbildsfotografering* (röntgenfotografering) pågått i syfte att på ett tidigt stadium upptäcka fall av lungtuberkulos och bringa dessa under behandling. Driftkostnaderna för det civila klientelet delas i regel lika mellan staten och huvudmännen (landstingen och städerna utom landsting); staten svarar emellertid ensam för den centrala granskningen m. m. av skärmbilderna.

Verksamhetens omfattning framgår av att antalet undersökta personer, inkluderande den inom försvarsväsendet bedrivna verksamheten, under åren 1946—1956 uppgick till sammanlagt (4 115 429 + 1 218 049) 5 333 478.

Mot särskilda sjukdomar riktar sig även de speciella *åtgärder för skyddsympningar* mot exempelvis smittkoppor och difteri, vilka i stor utsträckning bestrides med statsmedel enligt särskilda bestämmelser. På senare tid har mer och mer praktiserats s. k. trippelympning (mot kikhosta, difteri och stelkranp). Även ympning mot polio har, ehuru ännu endast i begränsad utsträckning, börjat företagas, företrädesvis på barn i skolåldern.

Till förebyggande vård i syfte att på tidigt stadium upptäcka vissa sjukdomar kan även hänföras en del av den vård, varom stadgas i 1918 års lag angående *åtgärder mot utbredning av könssjukdomar* (nr 460) och därtill anknyttande författningar. Enligt nämnda lag är var och en, som befarar sig vara angripen av könssjukdom, berättigad att kostnadsfritt bliva i sådant avseende undersökt av tjänsteläkare eller å särskild poliklinik.

Närmaste befattningen med de åtgärder, som avser att förekomma könssjukdomarnas utbredning, handhaves under hälsovårdsmyndigheternas inseende av förste provinsialläkaren respektive — i stad, som ej tillhör förste provinsialläkares verksamhetsområde — förste stadsläkaren, varvid

ifrågavarande läkare vid sin tjänstgöring på detta område benämnes **sundhetsinspektör**.

Inom arbetslivet har risken för vissa sjukdomar inom särskilda yrkesgrupper föranlett bestämmelser om *periodiska läkarundersökningar för förebyggande av yrkessjukdomar*, vilka nu återfinns i 1949 års arbetarskyddslag och därtill anknutna författningar. Härvid avses främst de fall då arbetet »medför synnerlig fara för uppkomst av bensolförgiftning, blyförgiftning eller stendammslunga (silikos) hos arbetstagarna».

Sådan undersökning eller besiktning skall förrättas av läkare, som medicinalstyrelsen på framställning av arbetarskyddsstyrelsen förordnar därtill. Särskilda bestämmelser gäller om fördelningen av gottgörelsen härför mellan staten och arbetsgivaren.

Enligt 1941 års lag om tillsyn å *radiologiskt arbete* m. m. skall även i sådant arbete anställda personer med hänsyn till risken för strålningsskador vara underkastade periodisk besiktning rörande sitt hälsotillstånd.

Till de statsunderstödda vårdgrenarna med inriktning på förebyggande vård hör även *folktandvården*.

Av stor betydelse är vidare vissa former av *periodisk hälsokontroll, riktad mot särskilt utvalda grupper*, antingen på grund av att de anses i särskilt hög grad utsatta för vissa sjukdomar eller därför att — om personer inom dessa grupper är behäftade med sjukdom eller lyte — detta på grund av arten av deras verksamhet eller eljest kan medföra särskilt stora risker för samhället.

Exempel på sådan hälsokontroll erbjuder 1931 års kungörelse (nr 63) med bestämmelser i anledning av internationell överenskommelse rörande vissa lättnader för *sjömän* vid behandling för könssjukdom. Överenskommelsen innefattar bland annat rätt till kostnadsfri undersökning och behandling å vissa polikliniker och hos vissa läkare utanför dessa.

I fråga om *flygare, andra förare av motorfordon* och *sjöfolk* finns bestämmelser om periodisk kontroll av hälsotillståndet med hänsyn till de speciella krav, som verksamheten ställer på syn och hörsel etc.

Bland andra grupper, beträffande vilka en liknande »riktad» återkommande hälsokontroll ansetts vara av särskild betydelse, må nämnas *sjukvårdspersonal* och *personal vid skolor* samt *livsmedelsarbetare*. Beträffande sjukvårdspersonal, som är sysselsatt i vården av tbc-sjuka samt barn, särskilt spädbarn, gäller enligt 1955 års tjänstereglemente för landstingens befattningshavare — utöver vanliga krav på undersökning före anställning — att sådan personal skall vara underkastad årlig hälsokontroll i likhet med personal vid bakteriologiskt laboratorium samt personal, som sysslar med sortering av smutstvätt från tuberkulos- och epidemivårdanstalter. I fråga om skolpersonal har skolöverstyrelsen i skrivelse till Kungl. Maj:t i september 1956 under hänvisning till en 1947 av verket gjord utred-

ning hemställt om utfärdande av bestämmelser att alla anställda vid läroanstalter och därtill anslutna anstalter under inseeende av skolöverstyrelsen, socialstyrelsen, överstyrelsen för yrkesutbildning, domänstyrelsen, lantbruksstyrelsen och kommerskollegium skall underkastas regelbunden tuberkuloskontroll bland annat innefattande lungröntgenfotografering (skärmbildsundersökning) vartannat år. Beträffande hälsokontroll av livsmedelsarbetare finns bestämmelser för vissa grupper i 1939 års tuberkulosförordning samt i livsmedels- och mejeristadgorna. Sålunda gäller sedan länge att mejeripersonal enligt särskilda bestämmelser är underkastad läkarundersökning vartannat år. En 1953 tillsatt utredning beträffande frågan om införande av obligatoriska läkarundersökningar även för annan livsmedelspersonal väntas under den närmaste tiden ha slutfört sitt uppdrag.

De erfarenheter, som gjorts vid undersökningar, vilka berörts i det föregående, har naturligt lett fram till tanken på återkommande *generella hälsoundersökningar*, omfattande icke endast vissa åldrar eller grupper utan *hela befolkningen* och inriktade icke enbart på vissa sjukdomar utan på *varje form av ohälsa*.

De förslag om en försöksverksamhet, avseende periodiska läkarundersökningar inom vissa områden, som första gången 1951 framlades av medicinalstyrelsen, har emellertid icke föranlett någon statsmakternas åtgärd. De erfarenheter, vilka gjorts vid en likartad ehuru i fråga om antalet undersökta mera begränsad engångsundersökning, som nyligen företagits i Stockholms stads regi, har närmare redovisats i en 1956 framlagd redogörelse.

Hälsoupplýsning

Till den allmänna hälsovården bör även räknas den upplysningsverksamhet, som åsyftar att befordra hälsa, vare sig upplysningen är inriktad på omgivningshygienisk eller på mera personlig hälsovårdande verksamhet. Ofta har ju den organiserade hälsoupplýsning, som riktas till olika grupper inom samhället, den dubbla avsikten att påverka individens vanor och livsföring i såväl hans eget som samhällets intresse.

Av myndigheterna inom den offentliga sektorn är det på riksplanet främst medicinalstyrelsen och statens institut för folkhälsan, som svarar för hälsoupplýsningen.

På länsplanet har förste provinsialläkaren en viktig uppgift på detta område. Härom stadgas i 1930 års allmänna läkarinstruktion (nr 442) § 9 att förste provinsialläkaren bör »vinnlägga sig om att utröna de omständigheter, som förorsaka nedsättning av befolkningens livskraft, och söka motarbeta för hälsan skadliga vanor och fördomar».

På det lokala planet följer av hälsovårdsnämndernas allmänna uppgifter att hälsoupplýsning utgör en integrerande del av deras verksamhet.

Beträffande provinsialläkarna stadgas i allmänna läkarinstruktionen § 26, att de skall »giva noga akt på de förhållanden, vilka kunna inverka på

befolkningens hälsa, och vid lämpliga tillfällen i dylikt avseende meddela upplysningar och råd», varjämte det ankommer på dem att för främjande av allmän sundhet »söka medverkan av länsstyrelsen, förste provinsialläkaren, den underordnade medicinalpersonalen, de kommunala hälsovårds- och barnavårdsmyndigheterna samt prästerskapet i distriktet». Samma skyldigheter som provinsialläkare tillkommer extra provinsialläkare samt i tillämpliga delar stads- m. fl. av primärkommun anställda läkare. I fråga om distriktssköterska stadgas bland annat i medicinalstyrelsens cirkulär med normalinstruktion för sådan sjuksköterska (MF 1938: 116) att hon skall söka »befrämja ordning, renlighet och ett sunt levnadssätt» samt på »övertygelsens väg söka vinna befolkningens förtroende och medverkan till de åtgärder, som äro ändamålsenliga för höjande av den personliga och allmänna hälsovården».

Där hälsovårdskonsulenter finns har dessa befattningshavare särskilda uppgifter inom hälsoupplysningen på det omgivningshygieniska planet.

Oavsett om särskilda stadganden härom givits, ingår det som ett naturligt led i all medicinalpersonals verksamhet att medverka i upplysningsarbetet på hälsovårdens område.

Bland olika organisationer, som ägnar uppmärksamhet åt hithörande frågor må nämnas föreningen för allmän hälsovård samt hälsovårdsförbunden ute i länen (framför allt på omgivningshygienens område), centralförbundet för socialt arbete (särskilt på socialmedicinens område), nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar, svenska välförevårdens centralkommitté, föreningen för psykisk hälsovård, centralförbundet för nykterhetsundervisning, riksföreningen mot reumatism, tandvärnet m. fl. Organisationer som Röda Korset, olika bildningsorganisationer, kvinnoförbund m. fl. utövar även en betydelsefull verksamhet i hälsoupplysningens tjänst.

Sjukvård

Då man talar om öppen sjukvård i motsats till sluten vård avses härmed all sjukvård av patienter, som icke är intagna, d. v. s. upptar vårdplatser på sjukvårdsanstalt, vare sig vården lämnas vid eller utanför sjukhus.

I regel är gränsdragningen enkel. Beträffande vissa mellanformer mellan öppen och sluten vård kan den dock vara något oklar. Sålunda kan nämnas att t. ex. daghem och externatskolor för spastiska barn och psykiskt efterblivna liksom vård av psykiskt sjuka i den formen, att patient i samband med poliklinisk behandling vid sjukvårdsanstalt kvarstannar för några timmars vila, räknas som öppen vård, medan det fall, att en på anstalt intagen person under dagen vistas ute i samhället men tillbringar natten på anstalten, räknas som sluten vård. Inom mentalsjukvården anses psykiskt sjuk, som åtnjuter familjevård, såsom i teknisk mening intagen för sluten

vård. Likaså brukar av tekniska skäl från sinnessjukhus försöksutskriften i sjukvårdsstatistiken redovisas under rubriken »vid sinnessjukhus befintliga». I denna översikt torde sådana gränsdragningsfrågor sakna betydelse.

Sluten vård

Innan en översikt av den slutna vårdens nuvarande organisation i vårt land lämnas, torde några data om den tidigare utvecklingen av sådan anstaltsvård vara av intresse.

De tidigaste sjukvårdsanstalterna i Sverige var medeltidens *helgeandshus* (övervägande fattigvårds- och försörjningsinrättningar) och *hospital* (mera utpräglade sjukvårdsanstalter, framför allt för spetälska). För vård av fattiga och sjuka disponerades en del av sädestionde (*decima pauperum*) samt donationsmedel, allmosor etc. Då prästerskapet förvaltade de flesta sjukvårdsanstalterna, kom man att betrakta dem som övervägande kyrkliga institutioner.

Genom 1527 års recess överfördes kyrko- och klostergodsen samt sädestionden till staten. Därmed följde att den skyldighet att sörja för de sjuka och fattiga, som tidigare åvilat kyrkan, blev ett statens åliggande. Ifrågavarande medel förslog emellertid ej för verksamheten och i 1553 års »Ordning för Helgeandshus och Hospital» anges fattig- och sjukvården för första gången vara en städernas och landsförsamlingarnas egen angelägenhet.

Då de anstalter, som av ålder fanns, mer och mer framstod som otillfredsställande, insamlades under mitten av 1700-talet medel till en lasarettfond och 1752 tillkom som vårt första egentliga lasarettssjukhus serafimerlasarettet, som ställdes under serafimerordens och sundhetskommisionens gemensamma ledning. 1765 uppmanade ständerna »stift, län eller landsorter» att insamla medel för att inrätta lasarett och under slutet av 1700-talet tillkom flera sådana anstalter.

Genom 1763 och 1766 års hospitalsordningar drogs en bestämd gräns mellan de rena fattigvårdsinrättningarna och hospitalen. De sistnämnda skulle vara anstalter för sinnessjuka och personer, behäftade med »smittsamma och obotliga sjukdomar». 1787 ställdes barnhus, hospital och lasarett under Serafimerordensgilletts överinseende.

De veneriska sjukdomarnas stora utbredning påkallade redan under 1700-talet särskilda åtgärder. Då lasarettens resurser visat sig icke förslå beslöt 1817 års riksdag, att en särskild »kurhusavgift» skulle utgå till »veneriska smittans hämmande». Avgiften övergick så småningom till att bli en allmän sjukvårdsavgift, som huvudsakligen kom lasarettsvården inom vederbörande län till godo.

Genom kungl. brev 1828 genomfördes en klar gränsdragnings mellan lasarett och hospital, varvid hospitalsfonden befriades från att erlægga bidrag till lasarett. Avsikten var att hospitalen skulle omorganiseras till verkliga förbättringsanstalter. Serafimerordensgillet kvarstod som överstyrelse för hospitalen till 1859, då dess tidigare uppgifter uppdelades mellan de särskilda sjukhusdirektionerna och sundhetskolegium.

Genom förordningen om landsting 1862 fick länen en representation, som ägde att »rådslå och besluta om för länet gemensamma angelägenheter». Från 1863 tillkom det landstingen att inom vissa gränser fastställa sjukvårdsavgiftens storlek.

Genom 1864 års lasarettsförordningar fördelades omsorgen om lasarettsvården på sådant sätt, att överinseendet från rent medicinsk synpunkt tillkom den medicinska statsmyndigheten, som bland annat hade att granska planerna för ny-

eller tillbyggnad samt att utnämna läkare, medan den administrativa och ekonomiska omsorgen — såsom fastställande av legosängsavgifter samt utgifts- och inkomststater — helt överlämnades åt landstingen. Någon principiell ändring härvidlag har icke skett i den senare sjukhuslagstiftningen.

Trots den 1828 genomförda skilsmässan mellan hospital och lasarett kvarstod dock länge skyldighet för lasaretten att mottaga sinnessjuka, som ej kunde erhålla plats på de statliga hospitalen. Ännu 1885 krävde medicinalstyrelsen i cirkulär till samtliga länsstyrelser att vid något lasarett inom varje landstingsområde skulle anordnas en avdelning för sinnessjuka. I början av 1900-talet övergick man till att i stället bygga upptagningsanstalter vid statens hospital.

Uppspaltningen av *anstalterna* på sådana för *kroppssjukvård* och för *sinnessjukvård* kan sägas vara ett av de första leden i den specialiseringsprocess, som fortgått i allt snabbare takt.

Nästa steg utgjorde uppförandet av särskilda *anstalter för lungtuberkulos* — de s. k. folksanatorierna, för medel ur Oscar II:s jubileumsfond, omkring sekelskiftet och kommunala anstalter med statsbidrag från 1908.

Även vården av fall av *kirurgisk tuberkulos* och *hudtuberkulos* utvecklades under början av 1900-talet (kustsanatorierna för skrofulösa barn och finseninstitutet vid S:t Görans sjukhus).

Liksom särskilda föreningar bildades för att få till stånd kustsanatorier, tillkom även *vanförestalter* på samma sätt med början 1885. Även dessa anstalter tillerkändes statsbidrag.

De första egentliga vårdanstalterna för *kroniskt sjuka* tillkom på enskilt initiativ i Stockholm och Göteborg. 1929 fanns i landet 16 sådana enskilda anstalter. Av ekonomiska skäl måste emellertid landsting och kommuner träda emellan och bevilja anslag. Sedermera har kronikervården alltmer övergått till att bli en uppgift för landstingen och städerna utanför landsting. Nu gällande bidragskungörelser är utfärdade 1951 (nr 820 och 821).

En särskild grupp av specialsjukhus är *epidemisjukhusen*, som historiskt kan föras tillbaka på medeltidens bestämmelser om särskild anstaltsvård för personer med smittsamma sjukdomar. De tidigaste åtgärderna på detta område avsåg emellertid kroniska infektionssjukdomar, icke epidemiska sjukdomar i modern mening. Egentliga epidemisjukhus tillkom i vårt land — utom i de största städerna — först efter utfärdandet av 1874 års hälsovårdsstadga och 1875 års epidemistadga. Genom 1919 års epidemilag reglerades epidemivården i huvudsak på det sätt, som ännu gäller.

Till en senare fas i specialiseringsprocessen hör den pågående differentieringen inom lasarettsvården, vilken börjat med de s. k. odelade lasarettens klyvning på kirurgisk, medicinsk och röntgenavdelning, vid de större centrallasaretten fortgått till en uppdelning på närmare ett tiotal specialavdelningar och gått längst vid undervisnings- och storstadssjukhusen, där de större specialiteterna i sin tur uppdelats, t. ex. kirurgi på urologi, thoraxkirurgi, neurokirurgi etc.

Samtidigt som behovet av utbyggnad av specialistvården såväl i de lokala sjukvårdsområdena som på region- och rikspanet fortsatt att göra sig starkt gällande har emellertid en annan, i viss mån motsatt utvecklingstendens framträtt. Denna sammanhänger dels med erfarenheten att vid en mycket långt driven specialisering av vården den enskilda individen som

helhet kan tappas ur sikte med ett, trots en högvärdig specialistinsats, mindre gott vårdresultat som följd. Den ökade insikten om de psykosomatiska sammanhangen och om de sociala faktorernas betydelse vid många fall av sjukdom och invalidisering har här, liksom inom vissa former av förebyggande vård, allt mer aktualiserat behovet av ett väl integrerat teamarbete mellan olika medicinska experter och företrädare för social och psykologisk sakkunskap. Den vetenskapliga utvecklingen på medicinens område gör även, att numera ofta för ett och samma sjukdomsfall krävs samtidig tillgång till tekniska och andra resurser inom flera olika specialgrenar.

Dessa förhållanden har bland annat lett till att för vård av enbart vissa sjukdomar avsedda, isolerat liggande typer av anstalter (sanatorier, epidemisjukhus, vanförestalter etc.) fått en mera begränsad användning medan lasarettsvården med dess mångsidiga expertis och omfattande tekniska resurser mer än någonsin kommit att utgöra centrum vid organisationen av den slutna vården.

I det föregående har visats hur våra dagars slutna lasarettsvård och vissa andra grenar av sluten kroppssjukvård utvecklats och till övervägande del anförtrotts åt landstingen respektive städerna utanför landsting. Denna utveckling har kommit till uttryck i 1940 års sjukhuslag, som ålägger landsting och stad, som ej deltagar i landsting, att ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel för dem, som har sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, i den mån icke annan drager försorg om sådan vård. Motsvarande bestämmelse gäller även om anstaltsvård vid barnsård.

I praktiken har gällande bestämmelser tolkats så att de nämnda huvudmännen tagit ansvaret även för en utbyggnad med nya specialiteter vid sjukhusen, i den mån deras upptagningsområden och befolkningstal ansetts motivera detta.

Utbyggnaden har i viss mån stimulerats genom särskilda statsbidrag till — utom i historiken angivna särskilda anstalter och avdelningar för tuberkulos-, kroniker- och epidemivård — även exempelvis avdelningar och anstalter för förlossningsvård och medicinsk barnsjukvård.

Staten bär sålunda det direkta ansvaret endast för en begränsad del av kroppssjukvården, framför allt för vissa undervisningssjukhus. Även där undervisningssjukhus drivs av kommunal huvudman bestrids verksamheten i viss utsträckning genom statsbidrag.

Vid undervisnings- och storstadssjukhusen finns bland annat avdelningar eller anstalter för sådana specialiteter, som icke alls eller sällan är representerade i de lokala sjukvårdsområdena, såsom neurokirurgi, thoraxkirurgi, radioterapi, reumatologi etc.

Beträffande en del andra anstalter för sluten kroppssjukvård blir frågan om vem som skall anses som huvudman beroende av om man vid defi-

nitionen av detta begrepp lägger huvudvikten på det ekonomiska eller det formellt juridiska ansvaret för verksamheten.

Ur formellt juridisk synpunkt torde t. ex. pensionsstyrelsens av A.B. Kurortsverksamhet drivna anstalter liksom de kustsanatorier och vanförearstalter, vilka drivs av särskilda föreningar eller stiftelser, få betraktas som icke statliga, trots statens starka ekonomiska engagemang i verksamheten.

Här berörda anstalter synes emellertid vara på väg att — på vissa håll i samband med en omläggning av verksamheten — successivt inlemmas i den allmänna sjukvårdsorganisationen på ett sätt, som upphäver deras tidigare särställning.

Sålunda drivs två av de tidigare kustsanatorierna numera av landsting (Solhems sjukhus, som förvandlats till lasarettssjukhus för ortopedi och rehabilitering), respektive stad utanför landsting (stiftelsen Guldbroöllopsminnets anstalt i Nynäshamn, som förhyrts av Stockholms stad såsom vårdhem för kroniskt sjuka barn). Kronprinsessan Victorias kustsanatorium i Barkåkra skall, som framgår av prop. nr 86 till 1958 års riksdag angående anslag till vissa byggnadsarbeten vid statens sinnessjukhus m. m., från och med den 1 juli 1958 enligt avtal mellan medicinalstyrelsen och direktionen för sanatoriet användas som rehabiliteringssjukhus för vissa höggradigt vanföra psykiskt efterblivna patienter samt — i mån av utrymme — annat ortopediskt klientel. Det återstående kustsanatoriet (Apelvikens) utnyttjas ej längre annat än delvis för vård av kirurgisk tuberkulos utan har i stället tagits i anspråk för rent ortopedisk verksamhet speciellt med tanke på efterbehandling av poliofall. Ekonomiskt har vården därstädes i viss mån likställts med vård vid lasarettssjukhus enligt det s. k. utomlänsavtalet mellan landstingen.

Beträffande de egentliga vanförearstalterna pågår överförande av där befintliga ortopedavdelningar till lasarettssjukhus, medan deras yrkesskolor förvandlas till s. k. arbetsvårdsinstitut, varvid föreningsformen för verksamheten formellt torde komma att bibehållas men ökat inflytande i vissa fall beredas statliga myndigheter. Eugeniahemmet har efter ombyggnad tagits i anspråk som statlig centralanstalt för vård av spastiska barn, åt vilka för övrigt även nya vårdmöjligheter skapats genom ett av diakonistillskapet i Göteborg med bidrag av statsmedel uppfört hem vid diakoni-anstalten därstädes.

I det föregående har även berörts de sjukvårdsinrättningar, som tillkommit genom donationsmedel till de s. k. kungafonderna, varav den äldsta — Oscar II:s jubileumsfond — legat till grund för inrättandet av de fyra jubileumssanatorierna i Spenshult, Hålahult, Österåsen och Hessleby. Av ifrågavarande anstalter utgör Spenshults sanatorium numera reumatiker-sjukhus och drivs av riksföreningen mot reumatism medan Hålahults sanatorium tagits i anspråk av Örebro läns landsting som vårdhem för lättskötta sinnessjuka och Hessleby sanatorium blivit specialanstalt för tuberkulos-

sjuka alkoholmissbrukare. Av de övriga kungafonderna må i detta sammanhang särskilt nämnas Gustaf V:s jubileumsfond, som bland annat haft betydelse för tillkomsten av de tre centralanstalterna för radioterapi i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Utom städerna utanför landsting driver primärkommunerna numera i mycket ringa utsträckning egna sjukvårdsanstalter. Här skall endast nämnas ålderdomshemmens sjukavdelningar, varjämte må framhållas, att vid berörda hem även i övrigt i ganska betydande omfattning vårdas såväl fysiskt som psykiskt sjuka, vilka — därest utrymme finnes — borde åtnjuta vård å de egentliga sjukvårdsanstalterna. De enskilda sjukhemmen för kroppssjukvård är i vårt land förhållandevis få och representerar endast en mindre del av det totala platsantalet för sådan vård.

Uppgifterna om platsantalet på anstalterna för kroppssjukvård i Tab. 3.2 är hämtade ur Allmän hälso- och sjukvård 1955 Tab. 11.

Tabell 3.2. Översikt över platsantalet på anstalter för kroppssjukvård 1955

Anstaltstyp	Platsantal
Undervisningslasarett.....	7 331
Speciallasarett och övriga delade lasarett...	22 887
Odelade lasarett.....	4 043
Andra sjukhus av lasarettskaraktär.....	2 680
Sjukstugor.....	2 396
Sjukhärbärgen.....	36
Enskilda sjukhem.....	1 231
Epidemivårdanstalter.....	3 637
Anstalter för lungtuberkulos.....	7 021
Fristående förlossningsanstalter.....	528
Kronikeranstalter.....	10 600
Tillsammans	62 390

Vad avser den slutna mentalsjukvården har av den inledande historiken framgått, hur de statliga sinnessjukhusen tillkommit, och vilka överväganden som föranledde dess särskiljande från annan vård. Hela detta vårdområde regleras huvudsakligen genom 1929 års sinnessjuklag (nr 321) och sinnessjukvårdsstadga (nr 328) jämte i anslutning därtill utfärdade bestämmelser. Fortfarande gäller att endast de tre största städerna enligt avtal med staten svarar för mentalsjukvården vid egna anstalter. Då antalet vårdplatser vid sinnessjukhus icke svarat mot behovet har bland annat — som förut framhållits — platserna vid ålderdomshemmen i viss utsträckning kommit att upptagas av psykiskt sjuka, som rätteligen ej skulle ha vårdats där. Ett ganska stort antal sådana sjuka vårdas även på andra anstalter, drivna av enskilda eller primärkommuner. Härvid är huvudsakligen fråga om mera lättskötta patienter än dem, för vilka de egentliga sinnessjukhusen är avsedda. För sådana s. k. lättskötta sinnessjuka har av landstingen på senare år i växande utsträckning inrättats särskilda

vårdhem, till vilkas drift statsbidrag utgår enligt särskild 1937 utfärdad kungörelse (nr 297).

Liksom inom olika grenar av kroppssjukvården och på i stort sett samma grunder har man också på mentalsjukvårdens område blivit allt mer angelägen om att etablera en intimare kontakt med andra medicinska vårdområden och vinna närmare anknytning till sjukvårdsorganisationen i övrigt, speciellt lasarettsvården. Till en del är detta behov på väg att tillgodoses genom inrättande av psykiatriska lasarettavdelningar, avsedda främst för mera akuta fall inom neurosernas och de lättare psykosernas område. Statsbidrag till sådana avdelningar utgår enligt kungörelser 1946 (nr 421 och 422). Av hittills inrättade sådana avdelningar har två formellt karaktären av vårdhem för lättskötta sinnessjuka (avdelningen vid Södersjukhuset och psykiatriska kliniken i Göteborg).

Till driften av vissa anstalter »för psykopatiska och nervösa barn» utgår statsbidrag enligt kungörelse 1937 (nr 303). Särskilda lasarettavdelningar för barnpsykiatrisk vård har hittills huvudsakligen inrättats endast vid vissa undervisningssjukhus. En annan betydande del av mentalsjukvården har ålagts landstingen och städerna utanför landsting genom 1954 års lag om undervisning och vård av vissa psykiskt efterblivna (nr 483). Ännu bestrides denna vård framför allt i fråga om svårare utvecklingshämmande i betydande utsträckning av enskilda vårdanstalter men en omfattande planering pågår i landstingsområdena för att möta de nya kraven på detta område. Särskilt grava eller svårskötta fall skall dock fortfarande omhändertagas å statliga anstalter.

Fördelningen år 1955 av antalet vårdplatser för psykiskt sjuka och efterblivna på olika huvudmän framgår av tab. 3.3, vars uppgifter hämtats ur Allmän hälso- och sjukvård, tab. 25. (Lasarettavdelningar för psykiatrisk vård har redovisats i samband med den somatiska vården och uteslutes således här.)

Tabell 3.3. Översikt över platsantalet på vårdanstalter för psykiskt sjuka och efterblivna 1955

Vårdform	Platsantal
Statens sinnessjukhus.....	20 564
Storstädernas sinnessjukhus.....	5 211
Övriga kommunala sinnessjukhus	777
Enskilda sinnessjukhus.....	56
Landstings ochorststäders vårdhem för lättskötta sinnessjuka.....	4 166
Enskilda vårdhem för d:o	916
Skolhem för psykopatiska och nervösa barn	172
Statliga anstalter för sinnesslöa.....	287
Landstings ochorststäders anstalter för d:o	6 091
Enskilda anstalter för d:o (med statsbidrag)	3 498
Anstalter för epileptiker.....	980
Tillsammans	42 718

Den procentuella fördelningen av det i tab. 3.2 och 3.3 angivna platsantalet, redovisad i Allmän hälso- och sjukvård 1955, tab. I, återges i tab. 3.4.

Tabell 3. 4. Den procentuella fördelningen av vårdplatserna inom kropps- och mentalsjukvården 1955

Procentuell fördelning av vårdplatserna 1955	Huvudman						Summa
	Staten	Lands- ting	Städer utom landsting	Kommuner, kom- munal- förbund	Vissa fon- der, stif- telser o. d.	Privata företa- gare	
Kroppssjukvård.....	7,2	60,2	24,6	1,9	3,6	2,5	100,0
Sinnessjukvård.....	62,0	12,8	19,6	2,0	0,3	3,3	100,0
Vård av psykiskt efter- blivna.....	20,0	39,0	8,3	—	2,6	30,1	100,0
Hela den slutna sjuk- vården.....	24,3	44,2	21,2	1,7	2,5	6,1	100,0

Landstingen och städerna utanför landsting svarar sålunda tillsammans för drygt 65 procent och staten för knappt 25 procent av det totala vårdplatsantalet, varvid de kommunala huvudmännens andel i kroppssjukvården omfattar ca 85 procent och statens andel stannar vid något över 7 procent, medan inom mentalsjukvården statens andel är nästan dubbelt så stor som de kommunala huvudmännens — en proportion, som dock avsevärt rubbas, om hänsyn togs även till vården av psykiskt efterblivna.

Öppen vård

I vårt land har av gammalt öppen sjukvård i stor utsträckning meddelats genom läkare, anställda i det allmänna tjänst. Detta torde delvis sammanhålla med att man velat sörja för tillgång på läkare även i avsides belägna och gleset befolkade landsdelar.

Tjänsteläkarväsendets utveckling har ingående behandlats i medicinalstyrelsens betänkande om den öppna läkarvården i riket (SOU 1948: 14). Ett för svensk hälso- och sjukvårdsorganisation utmärkande drag är att åt samma läkare anförtrots såväl hälso- som sjukvårdsuppgifter. Detta gäller i särskilt hög grad i fråga om landsbygdens tjänsteläkare, liksom det också gäller sådana personalkategorier som distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor. De civila tjänsteläkarnas åligganden, tillsättning m. m. regleras huvudsakligen genom 1930 års allmänna läkarinstruktion (nr 442).

De statligt anställda tjänsteläkarna — *provinsialläkarna* — tillsättes efter förslag och förord av medicinalstyrelsen av Kungl. Maj:t genom fullmakt och åtnjuter lön enligt löneplan C i statens löneförordning. Dessa läkare är skyldiga att för vård av befolkningen inom sina distrikt, stundom även vissa delar av grann-distrikten, följa av Kungl. Maj:t fastställd taxa, den s. k. provinsialläkartaxan. De är vidare skyldiga att — utom vid

semester eller annan ledighet — ständigt stå till befolkningens förfogande för allmänläkarvård, såvida icke jourtjänst i särskild ordning anordnats. Deras verksamhet är direkt underställd medicinalstyrelsen, varjämte de står under tillsyn av förste provinsialläkaren.

De *extra provinsialläkarna*, för vilka landstingen är huvudmän, är underkastade i huvudsak samma bestämmelser om tillsyn, taxebundenhet och sjukvårdsskyldighet. Tillsättandet av dessa läkartjänster tillgår på följande sätt. Sedan tjänsten kungjorts och medicinalstyrelsen yttrat sig angående de sökandes behörighet, avges förord av den av landstinget utsedda läkardistriktsstyrelsen (vari i regel ej ingår någon läkare); därefter förordnar medicinalstyrelsen den, som »på grund av förtjänst och skicklighet samt med hänsyn till det givna förordet anses bära främst komma i åtanke». Till extra provinsialläkares avlöande utgår i regel enligt särskilda bestämmelser statsbidrag med 1 500 kronor årligen.

Enligt beslut av 1956 års riksdag kan inom vissa distrikt förordnas särskilda *biträdande provinsialläkare*. Vid samma riksdag fattades beslut om inrättande försöksvis av en *kår av reservläkare* för tjänstgöring som vikarier för de statliga tjänsteläkarna visst antal månader per år. 1957 beslöts ökning av antalet reservläkarbefattningar från 10 till 30.

Av de i allmänna läkarinstruktionen berörda tjänsteläkarna är *stads-, stadsdistrikts-, köpings- och municipalläkare* anställda av primärkommuner, ehuru uttrycklig skyldighet att hålla egna tjänsteläkare icke ålagts städer och stadsliknande samhällen.

Sedan stadsläkartjänst kungjorts av magistraten har medicinalstyrelsen att yttra sig om de sökandes behörighet. Efter yttrande av hälsovårdsnämnden och magistraten väljes läkare av stadsfullmäktige, varefter magistraten utfärdar fullmakt för den valde. Stadsdistriktsläkare tillsättes efter i huvudsak samma regler.

Medan landsbygdens tjänsteläkare i sin sjukvård är bundna vid provinsialläkartaxan gäller någon generell taxebundenhet icke för de tjänsteläkare, som är anställda av primärkommuner, vilka ej ingår i landsting. I kap. 5 redogöres närmare för den utsträckning, vari taxebundenhet förekommer för dessa läkare. Av redogörelsen framgår att förhållandena är mycket växlande. I den mån taxebundenhet föreligger (t. ex. i förhållande till socialvårdsklientel) stipuleras i regel att sjukkassetaxan ej får överskridas.

Även i städerna utanför landsting gäller olika bestämmelser för tjänsteläkarna. Beträffande distriktsläkarna i Göteborg har överenskommelse träffats om att sjukkassetaxan icke får överskridas vid läkarmottagningarna.

Läkarnas fasta lön liksom deras pensionsförmåner ligger i allmänhet väsentligt under provinsialläkarnas. Undantag utgör — utom storstädernas stadshygienici — de fåtaliga *socialläkarna* i vissa större städer, vilka är anställda mot heltidslön.

Då städerna i så stor utsträckning anställt egna läkare utan att tvång härtill förelegat torde detta till stor del bero på behovet av dels medicinsk expertis för de omgivningshygieniska uppgifterna och dels tillgång till läkare för jourtjänst. Även i övrigt finns vissa primärkommunala uppgifter, som kräver tillgång till läkare, såsom sjukvård vid ålderdomshem, skolhälsovård etc.

Allmänna läkarinstruktionens bestämmelse, att stadsläkare bland annat har att i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse för provinsialläkares tjänsteutövning givna stadganden, har blivit föremål för olika tolkningar. Bland annat har städernas läkare ansett att i stadgandet icke kan inläggas skyldighet för dem att inom sina verksamhetsområden medverka i landstingens socialhygieniska verksamhet. Arbetsuppgifterna för städernas läkare varierar ganska avsevärt från ort till ort. Till viss grad beror detta på att relativt många av dem — i motsats till vad fallet är bland provinsialläkarna — innehar specialistkompetens och sålunda företrädesvis ägnar sig åt visst slag av sjukvård.

Beträffande samtliga här nämnda civila tjänsteläkare gäller, att någon skyldighet för huvudmannen eller annan att svara för bostad, mottagningslokaler, utrustning eller assistans icke föreligger. Av gammalt har dock kommunerna framför allt på landsbygden plägat sörja för att lämpliga lokaler för bostad och mottagning står till provinsialläkares förfogande. I de fall då statsbidrag utgått för uppförande av byggnad för dylikt ändamål — vilket kan ske i ödemarks- och vissa därmed likställda distrikt — äger kommunen enligt hittills gällande bidragskungörelse ej uttaga högre årshyra än 1 800 kronor. I andra fall skall — där överenskommelse ej kan träffas — årshyran fastställas av länsstyrelsen. Vanligt är att bostäder och mottagningslokaler enligt överenskommelse åsättes lägre hyra än den, som enligt ortens förhållanden eljest skulle utgå. Även andra former av subventionering av läkarverksamheten genom kommun, landsting eller enskilda arbetsgivare, t. ex. ett industriföretag, förekommer relativt ofta. I städerna torde detta dock ske i mindre utsträckning.

En del tjänsteläkare innehar samtidigt befattning som läkare vid av landsting driven sjukstuga och bedriver då sin öppna vård i sjukstugans mottagningslokaler med anlitande av där anställd personal.

Utöver de i läkarinstruktionen uppräknade grupperna av civila tjänsteläkare må vidare nämnas *verksläkarna*, som från och med den 1 januari 1956 med vissa undantag ersatts av s. k. *anvisningsläkare*, varom stadgas i kungörelse 1955 (nr 666) angående anvisningsläkare m. m.

Ytterligare må här nämnas *av det allmänna anställda läkare*, som har särskilda uppgifter inom den öppna mentalsjukvården, såsom läns- (eller landstings-) psykiatriker, hjälpverksamhetsläkarna i den statliga sinnessjukvården, läkare vid hjälpbyrå för psykiskt sjuka i Stockholm samt de av landsting eller stad utanför landsting anställda läkarna för öppen psy-

kisk barna- och ungdomsvård. Här berörd öppen vård meddelas i regel utan kostnad för patienterna.

En väsentlig del av den öppna läkarvården meddelas slutligen helt eller delvis av *privatpraktiserande allmänläkare och specialister*. Flertalet av dessa är verksamma i de största och medelstora städerna i landets södra och mellersta delar. På landsbygden och i de nordligare länen finns få sådana läkare. Även beträffande privatläkares verksamhet finns vissa stadganden i allmänna läkarinstruktionen.

Vid *landstingens sjukvårdsinrättningar* bedrivs *öppen vård* i betydande omfattning vid lasarett och sjukstugor och i mindre omfattning vid anstalter som sanatorier, tuberkulossjukstugor etc.

I lasarettsläkares åligganden ingår enligt gällande sjukhuslagstiftning att utan särskild ersättning hålla mottagning för intagning och utskrivning av patienter samt att, därest icke annan läkare står till förfogande, mottaga olycksfall och andra akuta fall. Annan öppen vård vid lasarett och sanatorier liksom vid landstingsanstalter i övrigt är, vare sig den meddelas av lasarettsläkare eller underordnad läkare, till övervägande delen taxebunden enligt därom särskilt träffad, av medicinalstyrelsen godkänd överenskommelse. Nu gällande taxa överensstämmer i stort sett med sjukkasse-taxan med det undantag att arvodet för vissa specialiståtgärder fastställts till något högre belopp. Lasarettsläkartaxan plägar tillämpas även av de underordnade läkare utan specialistkompetens, som deltar i vården. Å andra sidan anlitas lasarettsläkare ofta även för fall av den art, att specialistvård icke erfordras. Detta sammanhänger med att envar äger rätt att söka den öppna vården vid lasarettet, vilken sålunda i vårt land i regel icke är begränsad till remissfall.

Vid lasarettsmottagningen disponerar läkarna — utom lasarettets lokaler — även dess personella och tekniska resurser mot en ersättning av för närvarande en krona per besök. Motsvarande är förhållandet vid de andra landstingsanstalter, där öppen mottagning finns anordnad.

De i *Stockholm och Göteborg såväl vid sjukhus som i fristående form drivna poliklinikerna* liksom *poliklinikerna vid undervisningssjukhus* sker även formellt i det allmännas regi, medan den öppna vården vid landstingssjukhusen i legalt hänseende betraktas som chefläkarnas privata mottagning.

Bland de praktiska konsekvenserna av detta betraktelsesätt må här blott erinras om att vid de mottagningar, för vilka det allmänna även officiellt står som huvudman, särskilda organisatoriska rationaliseringsåtgärder kunnat komma till stånd. Sålunda har för sådan öppen vård, där så ansetts lämpligt, kunnat anställas särskilda läkarkrafter och annan personal. Vidare har mera enhetliga vårdavgifter kunnat fastställas. Icke minst betydelsefullt är, att uppgörelse kunnat träffas med sjukkassorna, innebärande att en patient aldrig behöver erlagga mer än den del av sjukvårdskostnaden,

vilken i sista hand skall åvila honom, medan sjukkassan direkt till huvudmannen utbetalar den återstående delen. Här berörda legala skillnader, vilka ingående behandlas i förslaget till ny sjukhuslagstiftning (SOU 1956: 27), torde sällan stå klara för den allmänhet, som söker sjukhusens läkarmottagningar och som ofta även om den taxebundna mottagningen vid landstingslasarett begagnar beteckningen poliklinik.

Beträffande den *till anstalt förlagda öppna mentalsjukvården* gäller samma bestämmelser i fråga om taxor m. m. för läkarmottagningar vid lasarettens psykiatriska avdelningar som på mottagningarna vid andra lasarettssavdelningar. Därutöver finns inom den statliga sinnessjukvården och vid storstädernas mentalsjukhus i viss utsträckning öppen sjukvård, som ej är taxebunden. För den statliga sinnessjukvårdens del inskränker sig den av samhället organiserade öppna vården till den förut nämnda hjälpverksamheten, som även omfattar mottagningar vid sinnessjukhusen, varvid inga arvoden betingas.

En del storstads- och undervisningssjukhus har vidare psykiatriska polikliniker. I Stockholm och Göteborg finns även fristående kommunala polikliniker för sådan vård. Vid den till S:t Eriks sjukhus förlagda hjälpbyrån för psykiskt sjuka meddelas vården kostnadsfritt.

Eftervård, konvalescentvård och rehabilitering

Det allmännas insatser inom eftervård, konvalescentvård och rehabilitering har i vårt land hittills varit av förhållandevis ringa omfattning jämfört med sjukvårdsinsatserna. Hithörande frågor har emellertid sedan lång tid tillbaka varit föremål för ingående överväganden av ett flertal utredningar, däribland 1941 års reumatikersakkunniga (SOU 1944: 28) och statens sjukhusutredning av år 1943 (SOU 1947: 61). I samband med frågan om eftervården aktualiserades även de problem som hänför sig till vården av långvarigt sjuka.

Överhuvud taget torde det vara utsiktslöst även på hithörande område att uppdraga någon distinkt gräns i förhållande till egentlig sjukvård. Sålunda brukar även den av pensionsstyrelsen anordnade vården å särskilda anstalter eller lasarettssavdelningar trots sitt uttalat invaliditetsförebyggande (rehabiliterings-) syfte hänföras till den slutna sjukvården, vilket även här skett.

De av ovan berörda utredningar framlagda förslagen beträffande eftervården har icke föranlett någon allmän reglering på området. Under den diskussion, som de senaste decennierna förts i dessa frågor, har emellertid det ursprungliga mera begränsade syftet att söka nedbringa de direkta vårdkostnaderna genom att komplettera lasarettssjukhusen med i anläggning och drift billigare anstaltstyper (B- eller E-sjukhus) utvidgats till att omfatta även den medicinskt och samhällsekonomiskt på längre sikt mera väsentliga målsättningen att också för eftervården skapa sådana speciella

resurser, som kan vara särskilt ägnade att återskänka patienterna funktionsduglighet och arbetsförmåga.

Dessa frågor fick under andra världskriget största aktualitet framför allt i de krigförande länderna. I vårt land har de under 1940-talet närmare behandlats av kommittén för partiellt arbetsföra i en rad betänkan- den, vilka påverkat utvecklingen på området och bland annat varit av stor betydelse för arbetsvårdens utformning.

Hela frågan om den medicinska rehabiliteringsverksamheten och dess framtida organisation har i samband med dessa strävanden blivit föremål för en nyorientering, vilken bland annat kommit till uttryck i en av medicinalstyrelsen med skrivelse den 2 mars 1954 till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet ävensom de lokala sjukvårdshuvudmännen överlämnad V.P.M., innefattande ett principprogram angående behovet av och resurserna för en utbyggd rehabiliteringsverksamhet inom lasarettsvården. Egentliga rehabiliteringsavdelningar vid lasarettssjukhus av den typ, som avses i denna V.P.M., har hittills endast tillkommit inom något landstings- område och är på väg att inrättas vid Södersjukhuset i Stockholm och lasa- rettet i Stocksund. I Göteborg har man, i avvaktan på lokalfrågans lösning, inrättat en mindre avdelning för rehabilitering av vissa neurologiska fall, vilken är avsedd att bilda kärnan i en blivande allmän rehabiliteringsavdel- ning. Planer på anordnandet av sådana avdelningar föreligger även på andra håll.

Även om — som i det föregående angivits — direkta bestämmelser rö- rande eftervård och konvalescentvård ej utfärdats, inbegriper rimligen åläggandet i 1 § 1 stycket sjukhuslagen för landstingen och städerna utan- för landsting att »ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada eller kropps- fel» — såsom ock framhölls i medicinalstyrelsens skrivelse till inrikesmi- nistern i samband med ovannämnda promemoria — skyldighet att tillhan- dahålla de vårdresurser, som lämpligen bör stå till förfogande under an- staltsvistelse, i syfte att bevara, återställa eller förbättra patienternas funk- tions- och arbetsförmåga (rehabilitering). Denna mening delades av medi- cinalstyrelsens huvudmannaråd, som i förväg tog del av skrivelsen och promemorian och i princip gav sin anslutning till de däri angivna riktlin- jerna.

Beträffande eftervården och konvalescentvården i övrigt må här blott nämnas, att viss sådan verksamhet bedrivs av lokala sjukvårdshuvud- män, sjukkassor, patientorganisationer m. fl. Antalet landstingsplatser för sådan vård uppgick vid 1956 års ingång till 377, fördelade på 14 lasarett, varjämte vid ytterligare 2 lasarett sådan vård anordnats, ehuru platsanta- let ännu ej fastställts. Landstingen lämnar även bidrag till konvalescent- hem som drivs av andra, t. ex. konvalescentföreningar för tbc-patienter.

Förorstädernas del gäller, att Stockholm förfogar över 5 konvalescent- anstalter med tillsammans 295 vårdplatser samt ytterligare 4 anstalter för

eftervård av tbc-sjuka med tillsammans 144 vårdplatser. För Göteborgs del har uppgivits att antalet platser för enbart konvalescentvård uppgår till 60, medan på andra håll drivs kombinerade avdelningar för vård av konvalescenter och långvarigt sjuka.

Av stor betydelse på rehabiliteringens och eftervårdens område är den verksamhet, som bedrivs av sådana organisationer som svenska nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar, svenska vanförevårdens centralkommitté m. fl.

Undervisning och forskning

Beträffande *läkarutbildningen* gäller enligt stadgan den 17 juni 1955 (nr 490) angående medicinska examina att medicine kandidat- och medicine licentiatexamen avlägges vid universiteten i Uppsala, Lund och Göteborg samt vid karolinska mediko-kirurgiska institutet. Enligt beslut av 1957 års riksdag är en ny medicinsk läroanstalt avsedd att inrättas i Umeå. Anstalten är avsedd att dimensioneras för en årlig intagning av 40 elever.

Antalet årligen intagna elever vid de medicinska undervisningsanstalterna har från och med budgetåret 1955/56 fastställts till 408. Vid oförändrad intagning och under förutsättning att ingen ytterligare läkarimmigration kommer till stånd, skulle enligt 1955 års läkarutbildningsutredning (SOU 1956: 34) antalet läkare under 70 år (år 1957 drygt 6 000) komma att uppgå till 8 875 år 1970, 10 785 år 1980 och 12 355 år 1990. I fortsättningen skulle ökningen av läkarkåren så småningom avstanna och antalet läkare bli konstant.

Enligt gällande studieplan beräknas för avläggande av medicine kandidatexamen en tid av 2 år och för avläggande av medicine licentiatexamen en tid av ytterligare drygt 4,5 år. Utbildningen till medicine licentiatexamen, som tidigare avsåg att utgöra en all-round-utbildning med sikte på allmän praktik, har numera i stället fått till målsättning att utgöra en grund för den huvudsakligen praktiskt inriktade vidareutbildning, som förutsättes vara nödvändig för såväl allmän- som specialläkare och som måste utformas olika för olika verksamhetsområden.

De frågor, som rör vidareutbildning och efterutbildning för de läkarkategorier, vilka närmare beröres i detta betänkande, skall i detta kapitel icke behandlas annat än vad gäller den högre utbildningen för vissa uppgifter i allmän hälsovård.

Medan kostnaderna för läkarutbildningen till väsentlig del åvilar staten sker *utbildningen av sjuksköterskor* till större delen vid av landsting eller städer utanför landsting drivna sjuksköterskeskolor. Dessa huvudmän svarar från och med 1958 för 18 sådana skolor; härtill kommer 2 statliga samt 8 av vissa stiftelser och föreningar drivna sjuksköterskeskolor. Antalet årligen intagna elever uppgår till ca 1 650.

Vid en intagning av 1 630 elever per år har arbetskraftsutredningen (SOU 1955: 34) uppskattat sjukskötersketillgången 1965, inklusive ca 1 000 sjuksköterskebarnmorskor, till alternativt ca 21 900 eller 24 100 beroende på om man räknar med en avgång, motsvarande den som ägt rum under perioden 1946—50 eller den som skett under perioden 1949—53.

Utbildningstiden vid sjuksköterskeskolorna varierar mellan 31 och 37 arbetsmånader (exklusive ferier).

Efter genomgången sjuksköterskeutbildning finns möjlighet att erhålla vidareutbildning vid svensk sjuksköterskeförenings institut för högre utbildning av sjuksköterskor, den till statens institut för folkhälsan förlagda distriktssköterskeskolan samt sociala barnavårdskursen vid centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor eller genom deltagande i vissa kortare kurser (apotekskurs m. fl.).

I ett den 9 augusti 1949 avgivet betänkande angående högre utbildning för sjuksköterskor m. m. föreslog 1946 års kommitté för sjuksköterskeutbildningen, att ett särskilt till Stockholm förlagt institut borde upprättas för anordnande i statlig regi av kurser för lärare vid sjuksköterskeskolor samt för husmödrar vid sjukvårdsanstalter (SOU 1951: 33, avd. II). Då ett sådant institut ännu icke kommit till stånd har sjuksköterskeföreningen fortsatt sin kursverksamhet för ifrågavarande befattningshavare. För nämnda kursverksamhet utgår bidrag av statsmedel. I 1955 års statsverksproposition (XI ht, p. 110) framhöll föredragande departementschefen, att det icke i längden kunde anses tillfredsställande, att en enskild förening i den utsträckning, som nu vore fallet, betungades med betydande kostnader för en verksamhet av ifrågavarande art. I anslutning härtill uppdrogs åt medicinalstyrelsen att verkställa översyn av sjuksköterskeutbildningskommitténs ifrågavarande betänkande. En av styrelsen för uppdraget tillsatt utredning har i augusti 1957 avgivit betänkande (stencil) med förslag angående anordnande av högre utbildning för sjuksköterskor och ansluter sig där till uppfattningen att denna utbildning bör förläggas till ett statligt institut.¹

Utbildningen vid de båda barnmorskeläroanstalterna i Stockholm och Göteborg är från och med år 1956 baserad på 2 års grundläggande utbildning vid sjuksköterskeskola. Den särskilda barnmorskeutbildningen, som omfattar 16 månader, ger kompetens både för tjänst som anstalts- och som distriktsbarnmorska. Utbildningskapaciteten är avsedd att ge ett tillskott av 90 barnmorskor per år men i realiteten har antalet nyexaminerade blivit mindre. Sålunda uppgick det 1956 till endast 70. För heltidstjänst på mödravårdscentral fordras i särskild ordning förvärvad ytterligare utbildning, bland annat genom viss tids tjänstgöring i sluten förlossningsvård.

Kompetens som distriktssköterskebarnmorska kan erhållas genom att barnmorska — efter viss kompletterande utbildning — genomgår distrikts-

¹ Förslag härom har i prop. nr 66 förelagts 1958 års riksdag.

sköterskeskolan. En annan utbildningsväg, som för till samma mål, är att distriktssköterska genomgår barnmorskeläroanstalt. I båda fallen kommer den totala utbildningstiden att uppgå till ca 4,5 år. Denna utbildningstid har ansetts vara alltför lång och det har uppdragits åt medicinalstyrelsen att undersöka möjligheterna för dess förkortande. Förslag härom är att vänta från den i det föregående nämnda utredning inom medicinalstyrelsen, vilken haft att verkställa översyn över sjuksköterskeutbildningskommitténs förslag rörande den högre sjuksköterskeutbildningen.

En 1953 av svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet och svenska kommunalarbetarförbundet gemensamt tillsatt kommitté avgav våren 1957 förslag till viss *grundutbildning för sjukvårdsbiträden*.¹ Kommittén har räknat med ett utbildningsbehov, omfattande ca 3 000 biträden årligen eller något 100-tal per sjukvårdsområde. Enligt förslaget skall ifrågavarande grundutbildning omfatta en månads teoretisk undervisning, förlagd till skola, följd av praktisk tjänstgöring på sjukhus under 9 månader, varefter utbildningen avslutas med en skolvecka, ägnad åt repetition och fördjupande av de teoretiska kunskaperna. De framlagda förslagen har redan börjat realiseras inom vissa sjukvårdsområden. Den angivna utbildningen är avsedd för alla sjukvårdsbiträden vare sig de sedan skall tjänstgöra på vårdavdelning eller specialavdelning. Viss påbyggnad kan dock bli erforderlig för speciella uppgifter t. ex. på röntgenavdelning eller vid laboratorium.

Kursplanerna för den teoretiska *utbildningen av undersköterskor*, vilken för närvarande meddelas vid en 8 veckors kurs, förutsättes i anslutning till genomförande av grundutbildningen för sjukvårdsbiträden bli i vissa avseenden omlagd. Den ovan nämnda kommittén skall framlägga förslag även i detta avseende.

Även inom *mentalsjukvården* är betydande reformer i fråga om *vårdpersonalens utbildning* på väg att genomföras. Den utbildning, som tidigare givits aspiranter på sjukvårdstjänst inom den statliga sinnessjukvården, var mycket begränsad. Efter antagning har följt tjänstgöring på sinnessjukhusen med genomgång av en kort s. k. praktisk kurs (15 timmar) och en lägre teoretisk kurs (30 timmar). Behörighet som extra ordinarie skötare eller sköterska har vunnits efter 2 års tjänstgöring som elev. Efter att under 2 år ha innehaft befattning har vederbörande kunnat erhålla ordinarie anställning.

För befordran till överskötare eller översköterska fordras ådagalagd särskild duglighet, skicklighet i sinnessjukvård och genomgång av en högre teoretisk kurs (ca 50 timmar). Samma behörighetsvillkor gäller för befattningarna som förste skötare och första sköterska. Den, som genomgått sjuksköterskeskola, kan väsentligt snabbare vinna behörighet till angivna befattningar. Bristen på sjuksköterskor har emellertid under senare år

¹ Sveriges Landstings T. 1957: 44: 90.

gjort det omöjligt att besätta översköterske- och första sköterskebefattningar med i kroppssjukvård utbildad personal.

En 1949 tillsatt kommitté för sinnessjukvårdspersonalens utbildning avgav 1951 förslag avseende utbildningen för här berörda personalkategorier. Sedan förslagen i vissa delar överarbetats av medicinalstyrelsen framlades i prop. nr 166 till 1954 års riksdag riktlinjer för en gemensam grundutbildning för här ifrågavarande sjukvårdspersonal medan frågan om den högre utbildningen ansågs böra bli föremål för ytterligare överväganden. Enligt de uppdragna riktlinjerna, vilka godkändes av riksdagen och enligt vilka ifrågavarande utbildning sedan den 1 mars 1956 bedrivs, skall grundutbildningen omfatta 6 månaders provtjänstgöring, förlagd till 15 utbildningssinnessjukhus, varav en månads teoretisk-praktisk kurs i allmän sjukvård (65 timmar) och fem månaders tjänstgöring å sjukavdelning. Provtjänstgöringen följs av 6 månaders utbildning i kroppssjukvård vid kroppssjukhus, delad på 2 månaders läskurs (177 timmar) samt 2 månaders tjänstgöring vid kirurgisk och 2 månaders tjänstgöring vid medicinsk avdelning. Även under denna praktiska utbildning skall eleverna erhålla viss teoretisk utbildning i form av jämsidesläsning. Sedan eleverna avslutat utbildningen på kroppssjukhus skall utbildningen fortsätta med teoretisk och praktisk undervisning under 12 månader på utbildningssinnessjukhusen, där en utbildningskurs bör anordnas årligen. Den teoretiska utbildningen får härvid formen av jämsidesläsning med ungefär 4 lektionstimmar per vecka. Här efter är eleven behörig till befattning som extra ordinarie skötare eller sköterska. För behörighet till ordinarie befattning krävs ett års tjänstgöring såsom extra ordinarie befattningshavare. Behörighet till sådan ordinarie befattning skall även kunna erhållas av den, som genomgått oavkortad sjuksköterskeutbildning med specialutbildning i sinnessjukvård inom ramen för godkänd sjuksköterskeskola.

Efter motsvarande överarbetning av förslaget till högre utbildning av sinnessjukvårdspersonal har i prop. nr 51 till 1958 års riksdag framlagts förslag om en för sådan personal till 22 månader utökad utbildning, avsedd att inlemmas i sjuksköterskeskolornas utbildningsplan. Utbildningen skall omfatta allmänutbildning enligt skolornas vanliga kursplaner under 20 månader samt specialutbildning i psykiatri och psykiatrisk sjukvård under 2 månader. Utbildningsbehovet uppskattas till 140 elever per år. Utbildningen skall medföra kompetens icke blott till förmanstjänster inom sinnessjukvården utan även till sjukskötersketjänster inom kroppssjukvården. Förslaget betecknar ett viktigt steg på vägen mot att för mental-sjukvårdens del åstadkomma behandlingsresurser och vårdförhållanden, som kan göra den mera jämställd med kroppssjukvården.

Utbildningen av *sjukgymnaster* försiggår dels vid gymnastiska centralinstitutet (GCI), på vars sjukgymnastiska linje årligen 30—40 elever intages, dels vid det privatägda sydsvenska gymnastikinstitutet i Lund (SGI),

där årligen ca 30 svenska elever utbildas. Den nuvarande utbildningskapaciteten — med i allmänhet ca 60 utexaminerade per år — har allt mer framstått som otillräcklig och 1957 års riksdag har beslutat om en ökning av utbildningsresurserna till närmare det dubbla.

För tjänst som *kurator* inom hälso- och sjukvården krävs i regel utbildning på den sociala linjen vid något av socialinstitutet i Stockholm, Göteborg eller Lund. Utbildningstiden där uppgår till ca 2 å 2,5 år. För befattning som sjukhuskurator anses 6 månaders sjukhuspraktik önskvärd. För behörighet som kurator inom vissa grenar av sjukvården krävs vidare genomgång av särskild påbyggnadskurs i mentalhygien.

Påbyggnadskurser för mentalhygieniskt arbete bland barn och ungdom har anordnats vid socialinstitutet i Stockholm i regel vart tredje år sedan 1941. Påbyggnadskurser för sjukhuskuratorer har med samma intervall ordnats sedan 1947, vid ett par tillfällen samordnade med kurs för kuratorer inom abortförebyggande verksamhet. Dessa kurser sträckte sig över ca 3 månader. År 1953 ordnades en kurs av delvis ny typ, vilken stod öppen för »socialarbetare inom det mentalhygieniska arbetsområdet», oavsett om klientelet var barn eller vuxna. Denna kurs har med smärre förändringar upprepats under de senaste åren och omfattar 5 månader. Även denna kurstid anses emellertid vara alltför kort med hänsyn till det föreliggande utbildningsbehovet.

Med hänsyn härtill har 1955 års familjerådgivningskommitté i sitt betänkande om allmän familjerådgivning (SOU 1957: 33) föreslagit, att en 9 månader lång kurs i mentalhygien skall anordnas årligen vid socialinstitutet i Stockholm såsom påbyggnad på examen från socialinstitutets sociala linje. Kursen är avsedd att omfatta både teoretiska studier och praktisk utbildning.

Antalet personer, som i vårt land huvudsakligen är verksamma som praktiska *psykologer*, uppgick 1955 till ett 100-tal — den största gruppen däribland inom den psykiska barna- och ungdomsvården. Någon särskild fackutbildning för praktiskt verksamma psykologer finns emellertid icke i Sverige till skillnad från vad fallet är i exempelvis Danmark och Norge. De som nu sysslar med sådan verksamhet utgör därför en utbildningsmässigt synnerligen heterogen grupp, där den vanligaste utbildningen är akademisk examen i psykologi och/eller pedagogik jämte andra ämnen samt viss kompletterande praktisk utbildning i den mån sådan funnits att tillgå. Bland kompletterande utbildningsmöjligheter må nämnas följande.

Psykotekniska institutet i Stockholm ger praktikantkurser särskilt avpassade för dem som avser att syssla med arbetspsykologisk verksamhet. Vissa psykologsammanslutningar anordnar testningskurser m. m. i egen regi. 1947 var en särskild kompletteringskurs för skolpsykologer försöksvis anordnad. Inom den militärpsykologiska verksamheten ges intervjukurser för tillfälligt anställd personal, vilka årligen genomgås av många yngre psykologer. Eleverna vid Ericastiftelsens läkepedagogiska kurser har i viss utsträckning redan avlagt akademisk

examen men tillhör huvudsakligen andra kategorier, så att kurserna närmast kan betecknas som en utomakademisk utbildningsmöjlighet i psykologi. Av särskilt intresse i detta sammanhang är stiftelsens utbildning av barnpsykoterapeuter, som är ensam i sitt slag i vårt land. Huvudsakligen orienterande utbildning i psykologi ges också vid socialinstitutet och vid särskilda kurser för kuratorer i mentalhygienisk verksamhet, hjälpklasslärare m. fl. Vissa verk anordnar egen personalutbildning av övervägande psykologisk natur.

Som framgår av den ovan lämnade, ur psykologutredningens betänkande om psykologisk utbildning och forskning (SOU 1955:11) hämtade redogörelsen för utbildningsmöjligheterna måste de yrkesmässigt verksamma psykologernas kompetens bli både ofullständig och ojämn. I betänkandet framläggs förslag, avsedda att råda bot härpå. Enligt förslagen bör den egentliga psykologutbildningen bestå av en treårig akademisk grundutbildning i psykologi, pedagogik och sociologi och därtill anslutna kurser, ett tillämpningsår innefattande även vissa teoretiska utbildningsmoment samt 2 års högre akademiska studier i psykologi eller pedagogik avslutade med en vetenskaplig avhandling. Den treåriga grundutbildningen jämte tillämpningsåret skulle ge erforderlig kompetens för arbete som assistent åt psykolog eller psykiatriker. Utbildningen skulle innefatta dels en obligatorisk del dels en mera differentierad del, beroende på vilken verksamhetsgren inom psykologin vederbörande avser att ägna sig åt. Bland annat föreslås, att den praktiska utbildningen av barnpsykoterapeuter skall äga rum vid Erica-stiftelsens läkepedagogiska institut, där det även bör vara möjligt att bereda fler socialarbetare än hittills en mentalhygienisk påbyggnadsutbildning.

Betänkandet, över vilket vi avgivit yttrande den 20 september 1955, har ännu ej föranlett någon statsmakternas åtgärd.

Den avslutande utbildningen av *arbetsterapeuter* bedrivs vid slöjdförningens skola i Göteborg, där årligen en ettårig statlig kurs anordnas för ett 20-tal elever. För antagande till denna kurs krävs omfattande förkunskaper i vävning, knyppling, klädsömnad, trä- och metallslöjd m. m. samt minst 8 månaders sjukhustjänstgöring, varav minst 2 månader vid mentalsjukhus. Vid samma skola anordnas även kortare kurser i arbetsterapi för inom mentalsjukvården anställd personal, som förvärvat viss praktisk förutbildning vid Steneby skolor för yrkesundervisning. Vid anstalter och avdelningar för sjuka barn anställes även förskolelärare för sysselsättningsterapi.

Vid sidan av den mera praktiskt betonade arbets- och sysselsättnings-terapin har allt större intresse börjat ägnas även bildnings- och studieverksamheten. Också behovet av en mera industriellt betonad arbetsterapi som övergångsform för återanpassning till arbetslivet har allt mer börjat uppmärksammas. Även dessa sidor av arbetsterapi anses kräva ökat beaktande i utbildningen av arbetsterapeuter.

I den föregående delen av detta avsnitt har huvudsakligen berörts utbildningen av olika kategorier medicinalpersonal för uppgifter i kurativ och

personlig förebyggande vård och eftervård. *Den allmänna hälsovården* kräver emellertid även *läkare, veterinärer, sjuksköterskor, tekniker, administratörer* och *hälsovårdstjänstemän av annan art* med speciella kvalifikationer för uppgifter inom miljö- och socialhygien. För ämbets- och tjänsteläkare anordnas regelmässigt för detta ändamål särskilda kurser vid statens institut för folkhälsan men man har länge varit medveten om behovet av en mera omfattande och specialiserad utbildning på dessa områden för såväl läkare som andra befattninghavare, tillhörande i det föregående berörda kategorier, särskilt i den mån de har att bekläda vissa nyckelpositioner i det allmänna hälsovårdsarbetet. Medan utbildningskraven sålunda i kvalitativt hänseende måste vara höga är det för ett land av Sveriges storlek ett ganska ringa antal personer av de olika kategorierna, som — åtminstone för närvarande — är i behov av ifrågavarande utbildning. Då detsamma är förhållandet i våra nordiska grannländer uppkom redan i början av 1940-talet tanken på att organisera en högre hälsovårdsutbildning på nordisk bas. Sedan ett antal kurser försöksvis anordnats tog planerna härpå fastare former i och med att nordiska rådet vid sin andra session i Oslo 1954 antog en resolution, vari hemställdes, att regeringarna i de till rådet anslutna länderna måtte utarbeta konkreta planer för det fortsatta arbetet med gemensam utbildning av högre tjänstemän i offentlig hälsovårdsverksamhet. Den följande år tillsatta nordiska kommittén för hälsovårdsutbildning har hösten 1957 i ett betänkande, *Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning (stencil)*, framlagt förslag om upprättandet i Göteborg av en nordisk högskola för de kategorier tjänstemän, som anges i följande ur betänkandet hämtade sammanställning, avseende det beräknade utbildningsbehovet.

Tabell 3. 5. Beräknat utbildningsbehov per år (antal platser) för vissa kategorier hälsovårdstjänstemän

Land	Personalkategori			
	Tjänsteläkare	Tjänsteveterinärer	Sjuksköterskor	Sanitäringenjörer
Danmark.....	2—5 ¹	—	5	—
Finland.....	4—5	2—3	1—3	4—5
Island.....	1 ²	—	—	—
Norge.....	5—6	1	4—5	1—3
Sverige.....	10	6	5—6	10

¹ Avser enstaka 2-månaders kurser.

² Varje år kan icke påräknas kursdeltagare från Island.

Utbildningen, som för tjänsteläkare och sjuksköterskor beräknas kräva 8 månader (motsvarande ett akademiskt år), för tjänsteveterinärer 4 månader och för sanitäringenjörer 2—3 månader, föreslås av praktiska skäl indelad i 2-månaderskurser (för sanitäringenjörer även 1-månaderskurser).

De ämnen, vari undervisning enligt kommittéförslaget är avsedd att meddelas vid högskolan, är följande: allmän epidemiologi och biostatistik m. m.; fysiologisk hygien och bostadshygien m. m.; socialmedicin m. m.; mentalhygien; infektionspatologi och -profylax m. m.; sanitärhygien m. m.; arbetshygien; näringslära.

I betänkandet har även diskuterats lämpligheten av att ställa den planerade hälsovårdsutbildningen till förfogande också för vissa andra kategorier av befattningshavare såsom hälsovårdsinspektörer och socialvårdstjänstemän men förutsättningar härför har icke ansetts föreligga. Kommittén har även diskuterat frågan om att anordna en särskild utbildningskurs på nordisk bas för sjukhusadministratörer men funnit, att utbildningen för denna kategori till stor del skulle behöva omfatta ämnen, som faller utanför undervisningsprogrammet för övriga elevkategorier, sysselsätta i egentligt hälsovårdsarbete, och därför icke ansett sig kunna framlägga förslag om en sådan kurs.

Betydelsen av att förbättrade utbildningsmöjligheter skapas för dem, som skall svara för sjukvårdsadministrativa uppgifter, vilka kräver särskilda kvalifikationer, har av oss understrukits i vårt den 28 december 1956 avgivna yttrande över sjukhuslagstiftningskommitténs betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27). Vi anförde då, att en av de utvägar, vilka härvid torde komma att övervägas av huvudmännen, vore att genom samarbete mellan handelshögskola och medicinsk fakultet eller högskola få till stånd en högre sjukhusadministrativ kurs, som bland annat borde inbegripa företagsekonomi och sådan medicinsk kunskap som erfordras för en riktig inblick i sjukvårdsorganisatoriska frågor. Vidare berörde vi behovet av ekonomisk utbildning för sådana läkare, som ville ägna sig åt den sjukhusadministrativa banan. Vi framhöll att båda slagen av åtgärder borde vara ägnade att skapa djupare förståelse mellan läkare och sådana sjukvårdsadministratörer, som icke är läkare.

Utbildning av *hälsovårdsinspektörer* för den omgivningshygieniska verksamheten sker vid särskilda till statens institut för folkhälsan förlagda kurser. Den teoretiska utbildningen omfattar en tid av 4 månader med undervisning i allmän hälsolära, bakteriologi och epidemiologi, vatten- och avloppsfrågor, renhållning, bostadshygien, yrkeshygien samt social- och rättskunskap. Den praktiska utbildningen omfattar 5 månader och avser mjölkkontroll, köttbesiktning, bostadsinspektion, tillsyn över butiker etc., kommunal yrkestillsyn och expeditionstjänst.

I hälsovårdsstadgesakkunnigas betänkande med förslag till ny hälsovårdsstadga (SOU 1953: 31) har förordats en avsevärd ökning av antalet undervisningstimmar för blivande hälsovårdsinspektörer, vilken främst skulle komma deras tekniska och samhälls-psykologiska utbildning till godo. Den totala utbildningstiden skulle enligt förslaget ökas från 9 till alternativt 11, 13 eller 16 månader, beroende på om den tekniska utbild-

ningen sker vid dagskola eller genom studier per korrespondens och — i senare fallet — i vilken utsträckning den kan ske på fritid jämsides med den praktiska utbildningen.

För anställning som *hälsovårdskonsulent* krävs i regel minst den utbildning, som meddelas hälsovårdsinspektörer, jämte längre tids väl vitsordad praktik hos hälsovårdsnämnd.

Även för sådan tjänst förordar hälsovårdsstadgekommittén ökade kvalifikationskrav.

Den *medicinska forskningen* har under senare år — framför allt efter det andra världskrigets slut — varit föremål för växande intresse, som bland annat kommit till uttryck i form av ökade anslag från det allmännas sida. Detta sammanhänger med att det kommit att framstå allt klarare att den medicinska forskningens framsteg snabbt låter sig tillgodogöras inom den praktiska hälso- och sjukvården och att dess resultat blir alltmera avgörande för dennas gestaltning.

En avsevärd *förstärkning av forskningsresurserna vid de medicinska fakulteterna* har skett i form av ett särskilt reservationsanslag för medicinsk forskning, ur vilket bidrag enligt beslut av universitetskanslern utdelas med visst belopp för varje fakultet till forskare vid ifrågavarande lärosäte. De medicinska undervisningsanstalterna har också fått en relativt stark utbyggnad av sina institutioner och personalen därstädes.

Det nämnda reservationsanslaget — Bidrag till främjande av medicinsk forskning vid universiteten m. fl. läroanstalter — avser såväl medicinsk som odontologisk, farmaceutisk och veterinär-medicinsk forskning. Anslaget, som för budgetåret 1945/46 uppgick till 500 000 kronor, har år för år höjts och uppgår för budgetåret 1957/58 till 721 000 kronor. Bidrag av anslaget utgår nästan uteslutande till ograduerade forskare och avser huvudsakligen anskaffande av apparatur, materiel m. m. Då ifrågavarande reservationsanslag kan sägas vara ett komplement på materielsidan till stipendieverksamheten för ograduerade forskare har 1955 års universitetsutredning i sitt betänkande I rörande den akademiska undervisningen och forskarrekruteringen (SOU 1957:24) förordat, att beslutanderätten i fråga om utdelningen av bidrag överföres från kanslern till vederbörande fakulteter och lärarkollegier, vilka beslutar i stipendieärenden. Utredningen har även förordat en höjning av anslaget för budgetåret 1958/59 till 1,4 miljoner kronor.

Staten har emellertid inte stannat vid att stödja forskningen enbart genom direkta anslag till de medicinska undervisningsanstalterna utan har därutöver sökt bereda ökat stöd åt framför allt den mera avancerade medicinska forskningen genom inrättande 1945 av *statens medicinska forskningsråd*. Detta är sammansatt av 16 ledamöter under ordförandeskap av universitetskanslern. Självskrivna ledamöter i rådet är generalläkaren och generaldirektören för medicinalstyrelsen. De medicinska fakulteterna i

Uppsala, Lund och Göteborg väljer vardera två ledamöter medan karolinska institutets lärarkollegium väljer tre. Vidare utser tandläkarhögskolornas lärarkollegier i Stockholm och Malmö tillsammans en ledamot och veterinärhögskolans kollegium har på samma sätt att välja en ledamot. Men det har också ansetts lämpligt att den medicinska forskning, som bedrivs utanför universitetsinstitutionerna och klinikerna, får en representant, och svenska läkaresällskapet har därför att välja en ledamot, som skall representera den medicinska forskningen utanför lärosätena, d. v. s. den forskning som bedrivs på olika kommunala sjukhus runt om i landet. Till slut finns en ledamot, som utses av Kungl. Maj:t och som representerar medicinen angränsande naturvetenskaplig forskning.

För vissa särskilda områden har inom ramen för forskningsrådets verksamhet inrättats särskilda organ. Sålunda har för den försvarsmedicinska forskningen skapats en särskild försvarsmedicinsk nämnd, omfattande 11 ledamöter, av vilka vissa väljes av statens medicinska forskningsråd medan andra representerar försvarets medicinska organisation och försvarsorganisationen i stort ävensom försvarets forskningsanstalt.

Medicinska forskningsrådet har även skaffat sig en mer permanent organisation för handläggningen av vissa andra forskningsärenden, t. ex. nämnden för alkoholforskning och nämnden för odontologisk forskning.

För mindre permanenta uppgifter har tillsatts vissa subkommittéer såsom subkommittén för virusforskning, subkommittén för den psykiatriska forskningen och subkommittén för medicinsk genetik.

Vissa av statens medicinska forskningsråds insatser sker i samverkan med de andra statliga forskningsråden. Sådan samverkan försiggår inom den s. k. samarbetsdelegationen, som utgöres av ordförandena och sekreterarna i de här berörda råden. De råd, som här samverkar, är — förutom statens medicinska forskningsråd — *statens tekniska forskningsråd, atomkommittén, statens naturvetenskapliga forskningsråd* och *jordbrukets forskningsråd*. Samarbetsdelegationen fungerar bland annat som förslagsställare till Kungl. Maj:t i frågor, som rör samtliga forskningsråd. Den tillsättes stundom för detta ändamål särskilda utredningsorgan, såsom subkommittén för arbetsfysiologisk och arbetspsykologisk forskning samt den nyligen bildade kommittén för trafiksäkerhetsforskning.

Det totalanslag, som från början ställdes till det medicinska forskningsrådets förfogande, stannade vid 500 000 kronor. Anslaget har emellertid successivt höjts så att det för budgetåret 1957/58 uppgår till 3 125 000 kronor. Härtill kommer vissa specialanslag för särskilda ändamål.

Under den tid rådet bestått har flertalet institutioner och kliniker i universitetsorterna i större eller mindre omfattning erhållit bidrag ur det till rådets förfogande ställda anslaget.

Utöver de statliga anslagen till den medicinska forskningen åtnjuter denna årligen ett betydande ekonomiskt stöd från *särskilda stiftelser och fon-*

der — såsom Rockefellerstiftelsen i USA samt Wallenbergsstiftelsen och Wenner-Grens stiftelse här i landet. Även från *läkemedelsindustrin* och sådana *organisationer som svenska nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar, m. fl.* utgår betydande bidrag. Det antages att de sammanlagda anslagen från dessa olika håll är minst lika stora som statens stöd åt forskningen genom det medicinska forskningsrådet.

Uppenbart är att huvudparten av den medicinska forskningen — och inom denna framför allt grundforskningen — av naturliga skäl bedrivs vid de medicinska undervisningsanstalterna. Men även vid andra sjukvårdsanstalter ägnar man sig i växande utsträckning åt klinisk forskning, t. ex. kontroll och efterundersökningar beträffande olika behandlingsmetoder. För sjukvården är det av stort värde, att sådan forskning kan bedrivas även vid mera perifert belägna sjukvårdsanstalter, då detta ger läkarna ökat intresse för och större möjligheter att följa de medicinska framstegen. Svenska landstingsförbundet har ställt sig positivt till ett stödande av den medicinska forskningen vid landstingssjukhusen och för närvarande utgår inom fem sjukvårdsområden *anslag av landstingsmedel* till sådan forskning. Beloppen är dock relativt blygsamma, då mera betydande medicinska forskningsprojekt även vid landstingssjukhusen får anses tillhöra de uppgifter, för vilka staten genom det medicinska forskningsrådet bör bära kostnaden.

KAPITEL 4

Eftersatta behov inom den allmänna hälsovården

Omgivningshygieniska problem

Utvecklingen har medfört, att vi på det omgivningshygieniska området fått ökade framför allt tekniska resurser, vilka kan utnyttjas för att förbättra vår hygieniska standard. Detta har också skett i betydande utsträckning, men trots alla framsteg gör sig behovet av väsentligt större insatser i det omgivningshygieniska arbetet dock starkt gällande. Och det beror inte endast på att anspråken ökat i takt med stigande välstånd och upplysning. Det beror också på de ökade hygieniska risker som uppstått genom att marknaden för produktionen vidgats, genom att folktätheten ökat och genom att den väldiga produktionsstegringen och standardstegringen mångdubblat mängden av avfallsprodukter från tillverkning och konsumtion.

Alla dessa omständigheter har bland annat medfört att ett sanitärt missförhållande, som förr kunde vara lokalt avgränsat, nu för tiden mycket lättare får omfattande och ödesdigra konsekvenser. Överläkaren vid Stockholms stads sjukhusdirektions bakteriologiska centrallaboratorium, docenten G. Tunevall beskriver¹ den förändrade situationen på följande sätt:

Den lilla familje- eller byepidemien runt den förorenade brunnen eller vattendraget motsvaras nu av hela städer omfattande epidemier genom vattenledningsnätets nedsmittande, familjeepidemien efter hemslakten av ett sjukt djur har ersatts av landsomfattande epidemier, distribuerade från ett slakteri eller en skaldjursbassäng, och sist men icke minst, den lokala föroreningen från gårdens avträden har efterträts av den allt svårare föroreningen av snart sagt alla våra vattendrag.

Stundom har gjorts gällande att värdet av omgivningshygieniska åtgärder i sjukdomsprofylaktiskt syfte skulle i viss mån kunna ifrågasättas. Härvid har bland annat åberopats erfarenheterna i fråga om polio, enligt vilka risken för allvarliga sjukdomsfall växer med stigande ålder vid den primära infektionen medan i miljöer med stark exposition för smitta immunitet tidigt förvärvas med obetydlig risk för injuknande. Detta resonemang är dock icke hållbart. Sålunda har professor Sven Gard och andra svenska experter rörande polio² bland annat anfört följande:

Eftersom morbiditetsökningen måste anses vara resultatet av en fortskridande förbättring av den allmänna hygienien, ha invändningar rests mot ett mera ener-

¹ G. Tunevall: Hemhygienens betydelse för epidemibekämpandet, Hyg. Revy 1956:45:255.

² Nord. Med. 1954:52:1387.

giskt ingripande i profylaktiskt syfte av fruktan för att följderna endast skulle bli en ytterligare ökning. Man kan emellertid lätt visa att morbiditeten, under en utveckling från primitiv hygien till fullständig smittokontroll, från värden nära noll först kommer att öka, nå en kulmen och sedan åter avta. Ju snabbare en sådan utveckling genomförs desto lägre blir kurvans topp och desto snabbare vänder den nedåt igen. En skärpning av kontrollen över smittspridningen kan alltså inte garanteras omedelbart medföra en minskning av morbiditeten men resultatet måste under alla förhållanden bli bättre än om inga åtgärder alls vidtagas.

Uppenbart är att en genom bristfällig hygien orsakad nedsmittning med eventuellt åtföljande immunisering i regel måste utfalla mycket slumpartat. Såväl smittämnenas art och karaktär som smittämnesdoserna skulle bli helt okontrollerade, de sistnämnda i regel också alltför stora. För att på denna väg hindra en spridning av t. ex. en salmonella (paratyfus) skulle krävas att en mycket betydande del av befolkningen förvärvat immunitet. Då antalet för närvarande kända, immunbiologiskt åtskilda salmonellaarter uppgives vara åtskilliga hundratal, torde i fråga om smitta på detta område erforderligt immunitetsskydd svårigen kunna förvärfvas genom en återgång till en sämre hygienisk standard. Även om — teoretiskt sett — ett sådant hygienläge skulle till en tid något öka skyddet för befolkningen som helhet, skulle detta skydd köpas till priset av personligt lidande, förlorade arbetsdagar, ökad barn- och ungdomsdödlighet och ett ökat antal invalider bland dem, som ändock drabbas av sjukdomarna. Det kan därför på intet sätt anses försvarligt att med sådant motiv utsätta människor för risker att drabbas av sjukdomar, vars följder aldrig kan överblickas.

Med hänsyn bland annat till vad sålunda anförts talar på här aktuella liksom på andra områden alla skäl för att saneringen av vårt samhälle bör fortsättas och att sådana framsteg, som en förbättrad hygien redan medfört i form av minskad dödlighet och sjuklighet samt därigenom ökad produktionsförmåga, också skall stå att vinna i fortsättningen. Härför fordras emellertid klar insikt om att samhällets ändrade struktur och den moderna människans levnadsvanor också på omgivningshygienens område kräver väsentligt ökade och i viss utsträckning helt andra resurser än tidigare.

Vatten och avlopp

Av de problem, som alltmera aktualiserats i vårt land, är ett av de största vattenfrågan och de därmed ofta mycket nära förbundna avloppsproblemen. I åtskilliga sammanhang har till fullo klarlagts, att den fortskridande vattenförstörelsen och vattenföroreningen icke blott medför omedelbara sanitära vådor utan framför allt på längre sikt innebär ett allvarligt hot såväl med hänsyn till folkhälsan som till andra för landet betydelsefulla värden av såväl ekonomisk som annan art.

En fråga av väsentlig betydelse är själva *vattenförsörjningen*. Till belysning av den oerhörda ökningen av vattenförbrukningen må nämnas, att enligt uppgifter i Ingeniörsvetenskapsakademiens 1955 utgivna skrift Aktu-

ella problem inom vattenvården år 1870 förbrukningen stannade vid ca 25 l per person och dygn i de svenska städerna men nu är uppe i ca 260 l; om 25 år beräknas den komma att överskrida 500 l per person och dygn. För jordbrukets del gäller enligt samma källa, att skördeökningen sedan slutet av 1800-talet tar ca 55 mm av årsnederbörden, som sålunda undandras vattendragen och grundvattnet. Behandlingen av mjölk och kött samt djupfrysning och annan konservering av livsmedel kräver stora mängder vatten. Hela den tekniska utvecklingen har medfört en stegrad vattenförbrukning. Uppgiften att i USA vattenåtgången för industriella ändamål per person räknat är 10 gånger större än för de direkta personliga behoven vittnar om vad teknikens framsteg innebär i detta hänseende.

Påfrestningen på grundvattnet blir särskilt stark, när på grund av bebyggelsens och industriens lokalisering vattenbehovet koncentreras punktformigt eller regionbundet. På senare tid har särskilt uppmärksamats de skador å grundvattnet, som ibland vållas genom grustäkt, t. ex. i samband med cement- eller annan industri, där risk för olje- och andra föroreningar föreligger.

Det mycket allvarliga hotet mot vattenförsörjningen ökar starkt genom den tilltagande föroreningen i våra vattendrag, som får tjänstgöra som recipienter för avloppsvattnet. Härigenom har självreningsförmågan hos dessa på flera håll blivit överansträngd och åar och bäckar förvandlade till avloppskanaler och kloakdiken. Särskilt det mera allmänna införandet av vattenklosetter har bidragit till vattendragens nedsmutsning. År 1920 fanns i hela landet ca 100 000 wc:n mot för närvarande ca 2 000 000. För en avsevärd del av vattenföroreningen svarar det industriella avloppsvattnet, varvid särskilt den kemiska föroreningens återverkningar på den mänskliga hälsan ännu är relativt okända.

Avloppsfrågan har av gammalt en stark medicinsk-hygienisk komponent. I en större population finns det alltid smittbärare av ett eller annat slag. Man måste därför räkna med att ett avloppsvatten från en större bebyggelse alltid är smittförande; wc-föroreningen har ökat risken avsevärt. Bland de sjukdomar, som kan spridas genom avloppsvatten, brukar i första hand nämnas tyfus, paratyfus, dysenteri, polio, epidemisk hepatit (smittsam gulsot) och andra virussjukdomar samt åtskilliga masksjukdomar. Även djursjukdomar sådana som mul- och klövsjuka, mjältbrand, tbc och den under senare år med biftdjuren importerade paratuberkulosen samt flera av husdjurens parasitära smittor (leverflundror, spolmask o. d.) är sedan gammalt kända som vattenburna.

För bedömandet av de risker, som förekomsten av olika slag av smittämnen kan medföra, må här blott nämnas, att enligt medicinsk-hygienisk expertis¹ minsta infektionsdosen, d. v. s. den minsta mängd smittämne, som fordras för infektion, är olika för olika smittämnen och ännu mycket

¹ G. Fischer: Allmän hälsovård, 1948.

ofullständigt känd. För paratyfus och dysenteri angives att infektionsdosen ligger högt, för tyfus troligen lägre. För polio skall det ha visats, att ett gram tarmuttömning hos människa kan innehålla ända upp till en miljon infektionsdoser för apa. Infektionsdosen för människa är icke känd men uppgives med säkerhet vara avsevärt mindre vid poliö än vid paratyfus. Å andra sidan måste även hållas i minne att ett fåtal paratyfus- liksom tyfus- och dysenteribakterier i kött, mjölk och andra matvaror snabbt förökar sig till farliga koncentrationer.

Smitta, som finns i avloppsvatten, kan nå människor på olika sätt. Virulenta såväl tbc- som tyfus- och paratyfusbakterier anges sålunda ha påvisats i havsvatten även relativt långt utanför kloakernas utlopp. Upprepade gånger har man funnit paratyfusbakterier i flod- och sjövattnen, under senare år bland annat i Vättern. Vid två epidemier i Västerbotten på 1930—40-talet konstaterades¹ smittsam gulsot beroende på vattenförorening. Antalet fall av smittsam gulsot uppgick i Sverige enligt Allmän hälso- och sjukvård 1955, tab. 14 under åren 1946—1955 till i genomsnitt 4 192 per år. I Norge hade man under åtta års tid på 1940-talet i genomsnitt ca 12 500 sjukdomsfall med ett 60-tal dödsfall per år i samma sjukdom.² Med hänsyn till sjukdomens omfattning är en god vattenhygien av stor betydelse till förebyggande av dess spridning.

Vid den hepatit epidemi, som vid årsskiftet 1955/56 förorsakades av infekterade ostron från norra Bohuslän, uppgick enligt från medicinalstyrelsen inhämtade uppgifter antalet insjuknade med arbetsoförmåga under minst ett 50-tal dagar till 629 direktsmittade och ett 30-tal sekundärt smittade. Före epidemien hade två fall av gulsot inträffat i den ort, där ostronen var sumpade, och det kunde konstateras, att de båda primärt insjuknade patienternas faeces tömts direkt eller via samhällets kloakledning i hamnen intill sumpningsplatsen.

I flera länder, däribland England, Frankrike och USA, finns — som i samband med ostrongulsoten från Bohuslän framhållits av bland andra länsveterinär I. Christenson i en artikel i Medlemsblad för Sveriges veterinärförbund 1956: 6 — sedan länge särskilda författningar och standardmetoder fastställda för fångst- och sumpningskontroll av ostron och andra skaldjur, vari stränga krav, även bakteriologiska, ställes i hygieniskt hänseende.

Beträffande tuberkelbacillerna har bland andra professor G. Fischer angivit, att de går igenom vanliga reningsanläggningar och sedan kan hålla sig levande länge i öppet vatten. I synnerhet för småbarn angives det med säkerhet vara riskabelt att bada i vatten, som förorenats med avloppsvatten från sanatorier. Från Norge finns ett fall beskrivet, där tre barn infekterats, då de fallit i ett vattendrag utanför ett sanatorium. Vid undersökningar, som av-

¹ R. Hallgren: Epidemic Hepatitis in the county of Västerbotten in northern Sweden. Dissert. Lund 1942. Acta med. scand. suppl. CXL.

² H. Natvig: Infektios Hepatit fra hygienisk Synspunkt. Nord. hyg. T. 1950:53.

sett Söderby sjukhus samt länssanatorierna i Uttran och Arvika,¹ har — trots att avloppsvattnet var föremål för s. k. höggradig rening vid det förstnämnda av dessa sjukhus samt för låggradig rening vid de båda andra sjukhusen — tuberkelbakterier kunnat påvisas i vattnet även efter reningen, som sålunda var ofullständig.

Avloppsvatten kan även vålla bakteriella föroreningar av grönsaker, vilket bland annat visats vid undersökningar av produkter från ett antal handelsträdgårdar i Stockholms närhet.

Bland andra smittvägar för avloppsvattnet må nämnas det efter vattenrening och slambehandling utrötade slammet, vilket håller smittämnen i avsevärd mängd. Tyfusbakterier uppges av bland andra professor G. Fischer ha återfunnits efter ett halvår, tuberkelbakterier efter över ett år. Denna smittväg tillhör emellertid de dolda, som ännu icke närmare utforskats.

Den viktigaste smittvägen anses fortfarande *dricksvattnet* vara. Av de farsoter, som under tidigare århundraden krävt tusentals människoliv, anges flera, däribland de stora koleraepidemierna i London på 1600-talet och i Hamburg på 1890-talet, ha förorsakats av föroreningar i dricksvattnet.

I Sverige anges dricksvattenburen tarntyfus ha konstaterats första gången 1902. År 1907 uppträdde två likartade epidemier, förorsakade av förorenat brunnsvatten. Under de senaste två decennierna uppges i vårt land ha inträffat åtminstone 15 dricksvattenburna epidemier av tyfus, paratyfus, dysenteri, hepatit eller polio, vartill kommer alla de fall, där smittkällorna ej avslöjats.² Från senare år må här blott nämnas den epidemi av paratyfus Breslau, som våren 1947 drabbade 12 orter i Örebro län med ca 3 000 fall enbart i ett samhälle. Epidemien härleddes till ett större slakteri, vars brunnsvatten var starkt fekalt förorenat. En polioepidemi i Malmö under senare hälften av år 1949 med 138 fall anses med största sannolikhet ha vållats av förorenat dricksvatten. Grundad anledning anses föreligga för antagandet att flera andra polioepidemier också haft sådan orsak.

Behovet av reningsverk

1860 började man i våra städer göra anläggningar för vatten och avlopp. 1920 fanns sådana anläggningar i alla städer men reningsverk endast i en stad. Antalet reningsverk i städerna uppgick 1930 till 5, 1935 till 10, 1940 till 15 och 1955 till ca 30. Läget har närmare redovisats i Kungl. Maj:ts prop. nr 173 till 1956 års riksdag med numera antaget förslag till lag om ändring i vattenlagen m. m., varvid om städernas reningsanläggningar bland annat meddelas att åtskilliga av dessa hade relativt ringa kapacitet och att de i

¹ A. Bergsman och G. Vahlne: Tuberkulos som vattenburen smitta. Nord. hyg. T. 1948:42.

² G. Fischer och E. Hammarström: Medicinsk-hygieniska synpunkter på avloppsvattenfrågor, FKO-meddelande nr 19, 1955, utg. av Ingeniörsvetenskapsakademien.

flera fall endast kunde betjäna en mindre del av vederbörande kommuns bebyggelse. Av samtliga städer hade endast nio anläggningar för höggradig behandling av allt avloppsvatten, medan i ytterligare två höggradig behandling av en betydande del av avloppsvattnet skedde.

Utbyggnadsbehoven på detta område framgår av följande citat ur propositionen:

Bortåt ett hundratal nya anläggningar för höggradig behandling var projekterade och kan väntas komma till utförande inom en mer eller mindre nära framtid. Ytterligare mer än 500 anläggningar av detta slag ansågs emellertid enligt distriktsingenjörernas bedömande vara erforderliga.

Enklare anläggningar för enbart slamavskiljning fanns i 470 kommuner och var projekterade i något över 650 kommuner. För mer än 800 kommuner redovisades emellertid ytterligare behov föreligga av anläggningar för slamavskiljning. I hela riket uppgick vid 1950 års utgång den till befintliga anläggningar för låggradig rening anslutna folkmängden till inemot 1,5 miljoner. Anläggningar för höggradig rening fanns vid samma tid för i runt tal 283 000 personer. Anläggningar hade samtidigt projekterats för respektive 0,8 och 1,9 miljoner personer. Totalkostnaden för de projekterade anläggningarna har uppskattats till drygt en halv miljard kronor. Enligt gjorda uppskattningar erfordras ytterligare anläggningar för drygt 1 miljon personer i fråga om låggradig rening och för omkring 1,2 miljoner personer såvitt avser höggradig rening. Kostnaden härför har beräknats till samma belopp som för de redan projekterade anläggningarna, alltså drygt en halv miljard kronor. Häri ingår dock även kostnaden för s. k. avskärande ledningar i många fall samt för andra till avloppsutbyggnaden hörande arbeten. Å andra sidan avser nu berörda investeringsbehov endast åtgärder från kommunernas sida. Därutöver erfordras anläggningar för behandling av industriellt avloppsvatten, innan det inledes i kommunalt avloppsnät eller utsläppes direkt i recipient.

Enligt uppgifter, som under hand erhållits från väg- och vattenbyggnadsstyrelsen, har antalet reningsanläggningar under de senaste åren ökat väsentligt. Man räknar med att vid årsskiftet 1958/59 170 anläggningar för höggradig vattenrening skall vara i bruk, därav 30 i städer. De investeringskostnader, som krävs för att tillgodose behovet av reningsåtgärder för redan befintliga kommunala avloppsanläggningar, anges i dagens läge kunna preliminärt uppskattas till 1,2—1,5 miljarder kronor. Om hänsyn även tages till nybebyggelse skulle med nuvarande utbyggnadstakt, d. v. s. med en investering av ca 100 miljoner kronor per år, ifrågavarande behov kunna vara fyllt först efter en tid av 15 år. Denna kostnad skulle dock endast täcka 20—25 procent av det totala investeringsbehovet för vatten- och avloppsanläggningar, vilket preliminärt uppskattas till 400—450 miljoner kronor årligen.

Då en bättre vattenhygien såsom i det föregående visats är en av de viktigaste faktorerna i skyddet mot smittsamma sjukdomar framstår utbyggnaden av effektiva anläggningar för vatten och avlopp för detta ändamål som en synnerligen angelägen uppgift, vilken kräver väsentligt större ekonomiska investeringar än de hittills gjorda. Men det är också nödvändigt,

att de anläggningar av sådant slag, som kommer till stånd, skötes på ett sakkunnigt sätt för att de skall kunna bli till avsedd nytta. Enligt vad vi inhämtat saknar emellertid på många håll, där anläggningar för vattenrening finns, hälsovårdsnämnderna tillgång till sådan sakkunskap att anläggningarna kan utnyttjas på effektivaste sätt.

Brister i fråga om renhållningen

Trots de insatser som gjorts för en förbättrad renhållning föreligger på detta område fortfarande stora brister i vårt land. På många håll är t. ex. sophämtningen otillfredsställande ordnad. Sålunda är det fortfarande vanligt att tömning av sopkärl sker alltför sällan, att kärnen saknar lock, att soptransporterna sker i öppna vagnar, att sortering av soporna äger rum på olämplig plats, t. ex. på gård eller gata i samband med tömning av sopkärl, samt att soporna tippas på ställen, där inga anordningar träffats för att oskadliggöra avfallsprodukter, vari bakterier frodas och som därför ofta mycket snabbt jäser, ruttnar samt sprider stank. De blir också ett tillhåll för råttor och flugor, som därifrån lätt intränger i skafferier, lagerlokaler och bostäder med därav följande sanitära och ekonomiska skadeverkningar. Genom råttor och insekter, som bland bakgårdarnas sopkärl och på avstjälpningsplatserna finner goda livsbetingelser, sprides lätt bakterier och andra föroreningar till ladugårdar, spannmålsförråd och liknande lagerlokaler för livsmedel, slakterier, konserverfabriker, bagerier, restauranger etc. Genom att medfölja gods och emballage av olika slag kan råttorna med hjälp av olika transportmedel tillryggalägga betydande avstånd.

Ur hygienisk synpunkt innebär varje förekomst av råttor risk för smittspridning, emedan de i stor utsträckning är bärare och spridare av smittsamma sjukdomar, bland vilka brukar nämnas leptospiros (Weils sjukdom), paratyfus, såväl bovin som aviär tuberkulos, njältbrand, rödsjuka, tularemi, trikinos och råttbettssjuka. Förekomst av råttor särskilt i samband med förvaring och beredning av livsmedel men även i djurstallar utgör därför en ständig fara för att smittsamma sjukdomar kan inträffa. Så t. ex. har det förekommit, att svinskötare och personal inom pälsdjursuppfödningen blivit smittade med Weils sjukdom, varvid smittan kunnat härledas till råttor, som haft sitt tillhåll på vederbörande arbetsplats.

Om rådande brister vittnar bland annat åtskilliga inspektionsrapporter från förste provinsialläkare, veterinärer, hälsovårdskonsulenter m. fl. Följande exempel har hämtats ur inspektionsberättelser, avgivna av den till medicinalstyrelsens hälsovårdsbyrå knutne konsulenten.

Ett centralorgan inom jordbruket hade lagt upp ett beredskapslager på åtskilliga ton tröskat vete i en lada ute på en åker. Vid inspektion 1953 befanns säckarna, som var av papper, till större delen sönderskurna av råttor. Spannmålen låg i stora drivor på marken utanför ladan. Den hade trängt ut genom dess gistna väggar.

Vid en annan inspektion visade det sig, att en bagare hade sitt mjölförråd i ena ändan av ett uthus; i den andra var avträdet. Huset vimlade av råttor, som hade fri passage mellan de båda lokalerna. I säckar, som innehöll mjöl och kokosflingor, fanns talrika råttexkrementer.

En stor avstjälningsplats i södra Sverige löper efter allmän landsväg. På en sträcka på 100-tals meter slås här ut sopor och avfall utan några effektiva destruktionsåtgärder.

En soptipp i Norrland visade upp en provkarta på allsköns bråte; kasserade bilar, rester av ett flygplan och slakteriavfall om vart annat. Där fanns råttor i 10 000-tal, och på en komage frossade vid inspektionstillfället ett 40-tal råttor. Från soptippen hade råttorna invaderat närbelägna bondgårdar och bland annat infekterat svinen med trikiner. Svinköttet måste kasseras, och bönderna gjorde stora förluster.

På en öppen soptipp utanför en landsortsstad stälptes härom året ett helt billass ruttna ägg. Inga åtgärder vidtogs för att täcka över äggen, som beredde ett stort antal råttor en festmåltid.

Det rapporteras även att ofta vid bortforsling av sopor och avfall icke minst i Stockholm helt otidsenliga metoder tillämpas. Tunnorna med slask, sopor och annat avskräde töms på gårdarna på utbredda säckar. Där sorteras innehållet och det som eventuellt kan ha något värde tas om hand av renhållningsföretagens personal som en biinkomst. Resten töms och packas ofta öppet i bilarna. Att mekanisk tömning går att genomföra har visats i flera orter, däribland Göteborg.

Av ovannämnda rapporter framgår att i många städer och andra kommuner de mest elementära reglerna för renhållning blir grovt försummade. Bland annat uppger konsulenten, att det är mycket vanligt att avfall från slakterier körs ut på bristfälliga avstjälningsplatser.

För bara några år sedan befanns vid en av hälsovårdsförbundet i ett sydsvenskt län gjord undersökning i samband med anordnande av råttbekämpning att råttor förekom i praktiskt taget samtliga fastigheter i länets landskommuner. Senare kampanjer i andra län har på sina håll givit i stort sett samma resultat. Upprepade råttbekämpningskampanjer är därför välbehövliga men har icke i erforderlig utsträckning kommit till stånd, då hälsovårdsnämnderna endast om de kommunala anslagsbeviljande myndigheterna är positiva kan anordna sådana. Medicinalstyrelsen har härom i yttrande den 15 maj 1954 över förslaget till ny hälsovårdsstadga (SOU 1953:31) anfört följande:

Denna beroendeställning — i förhållande till kommunalnämnd och fullmäktige — i råttbekämpningsfrågan har också under de mera omfattande bekämpningar, som sedan 6 à 7 år bedrivits inom landet, verkat hämmande. Oviljan att anslå medel till råttbekämpning har i många kommuner varit påfallande och vållar såväl tidsspillan som onödigt höga kostnader i planeringsarbetet. Vidare har det icke varit möjligt att i önskvärd omfattning få till stånd en kontinuerlig bekämpning utan åtgärderna har i talrika fall avstannat och icke upprepat.

I sammanhanget må nämnas, att man i Danmark och i Norge, som båda har en lagstiftning, där det klart sägs ut, att kommunerna med lämpliga

mellanrum är skyldiga att starta rationella råttutrotningskampanjer, synes ha fått ett grepp om råttproblemen. Vissa danska öar är helt råttfria och råttförekomst i 10 till 20 procent av fastighetsbeståndet anses vara en hög siffra.

Enbart rätt- och insektsutrotningskampanjer är inte nog för att komma till rätta med de genom sådana smittbärare förorsakade problemen; för att varaktigt resultat skall kunna vinnas krävs en betydande höjning av den hygieniska kontrollen överhuvud taget.

Beträffande renhållningen och av brister däri vållade hälsorisker föreligger numera flerstädes på landsbygden samma problem som i städerna; med den fortskridande urbaniseringen och de allt vanligare agglomerationerna, t. ex. stationssamhällena, blir ju levnadsförhållandena allt mera likartade.

Särskilt svårlösta är i många fall vatten-, avlopps- och renhållningsfrågorna i villasamhällena t. ex. i Stockholms omgivningar. Landsbygden har emellertid numera speciella sanitära problem, som ofta kan vara väl så svårbemästrade som problemen i städer och stadslänkande samhällen. Här må endast nämnas renhållningen inom fritidsområden och vid camping- och badplatser.

Den sanitära omvårdnaden när det gäller *fritidsområdena* synes vara betydligt sämre än den som ägnas den permanenta bebyggelsen. Nedskräpningen i markerna med sopor, latrin, plåt, glas och kringflygande papper är sanitärt vådlig. Åar, sjöar och fjällbäckar förorenas ofta av avloppsvatten och orenlighet från vattenklosetter i fritidsstugor. Markföroreningen kring stugorna är ofta svår och består både av sopor, köksavfall och latrin. Avloppsvatten från fritidsstugor infiltreras ofta, och om anläggningarna är underdimensionerade och marken ogynnsam blir följden, att slamavskiljarna blir överfulla med åtföljande överflytning på marken. Härigenom vållas markförorening samt dålig lukt och flugbildning sommartid. Klosettpapper, trasor o. d. hänger som banderoller i trädgrenar och buskar utefter bäckar och åar. Om någon central plats anvisats för sopor, köksavfall och skräp, är den icke sällan olämpligt belägen, t. ex. intill allmän väg e. d. Kontroll av dessa tippar förkommer ofta icke.

På *bad- och campingplatser* lämnar de hygieniska anordningarna i ett stort antal fall mycket övrigt att önska. Ofta saknas på campingplatserna tvättmöjligheter och anordningar för dricksvattenförsörjning. Det har också konstaterats att bekvämlighetsanordningar saknats eller att, där sådana funnits, dessa varit otillräckliga. Dålig skötsel av bekvämlighetsanordningar har vidare rapporterats samt svår nedskräpning av marken med latrin, papper, plåtburkar etc. Vid rastställen utefter våra riks- och länshuvudvägar har på många håll nedskräpningen varit synnerligen svår och gränsande till snuskighet.

Här berörda problem har föranlett medicinalstyrelsen att i cirkulär-

skrivelser till hälsovårdsnämnderna och meddelanden till olika sammanlutningar för friluftsliv och turism erinra om angelägenheten av att alla platser, dit människor samlas i större antal, förses med lämpliga bekvämlighetsinrättningar och att åtgärder för uppsamling av avfall vidtages. En mycket omfattande upplysningsverksamhet samt praktiska råd och anvisningar torde dock vara nödvändiga för att åstadkomma förbättrade förhållanden på detta område.

En jämförelse med exempelvis England visar enligt för oss redovisade erfarenheter en betydligt högre hygienisk standard vid campingplatserna i detta land; dessa är regelmässigt försedda med tvättställ och rinnande vatten samt särskilda dricksvattenanordningar; den hygieniska kontrollen från myndigheternas sida uppges vara mycket effektiv.

En rad skiftande problem erbjuder *hamnhygien* i de egentliga sjöfartsstäderna. Huvudsyftet med det hamnhygieniska arbetet är att söka förhindra att till landet införes smittsamma sjukdomar. I arbetet ingår också att söka förhindra införande av skadedjur och skadeinsekter såsom råttor och möss, kackerlackor, faraomyror, väggohyra, ängrar etc. Hamnbassängernas vattenområde förorenas i stigande grad från w.c.-anläggningarna på fartygen. När fartygen uppehåller sig i hamn produceras också betydande mängder av avfall — framför allt köksavfall från det ofta stora hushållet ombord. I mindre hamnar är kontrollen ofta sämre än i de större och hygien ytterst bristfällig. Även på detta område har medicinalstyrelsen på senare tid bedrivit särskild upplysningsverksamhet genom cirkulärskrivelser.

Livsmedelshygieniska problem

Det är uppenbart, att utvecklingen inom livsmedelsindustrin och -distributionen i grund förändrat de hygieniska problemen på detta område. En centraliserad storindustriell tillverkning av livsmedel är utomordentligt sårbar, om ett smittämne råkar komma in i processen. Som tidigare nämnts gäller detta i synnerhet livsmedel, vari bakterier kan anrikas före förädlningen, såsom köttvaror och sådana livsmedel, som är avsedda att förädlas utan betryggande upphettning.

En viss föreställning om livsmedelshygienens betydelse ur epidemiologisk synpunkt ger följande axplock av uppgifter avseende det senaste decenniet, hämtade ur specialutredningar, verkställda av medicinal- och veterinärstyrelserna samt vissa andra av Kungl. Maj:t eller myndighet förordnade sakkunniga.

Under åren 1945—1948 orsakades en epidemivåg av 9 tidigare i Sverige okända typer av salmonellabakterier genom import av infekterade äggprodukter (äggpulver). Vid företagen bakteriologisk undersökning av samtliga i Stockholm befintliga förpackningar av syd- och nordamerikanska äggprodukter visade sig mer än 28 % av förpackningar med nordamerikanskt äggpulver och nära 27 % av förpackningar med sydamerikanskt äggpulver innehålla salmonellabakterier. Motsvarande siffra för danska äggprodukter var 0,5 %. Under år 1950, då ingen

import av äggprodukter skedde, samt åren 1951—1952, då importen av äggprodukter var mycket obetydlig, varjämte de införda kvantiteterna underkastades bakteriologisk kontroll, sjönk kurvan över salmonellafall till samma läge som före 1945.

1953 uppvisade en våldsam stegring av salmonellafall. Allt som allt inträffade 9 551 fall av salmonellainfektion (exklusive salm. typhi), av vilka 8 861 orsakades av typen typhi murium och 690 av andra typer av salmonellabakterier. Den sistnämnda frekvenssiffran är 6—7 gånger större än motsvarande siffra för de två närmast föregående åren. Under åren 1953—1954 påträffades 7 tidigare i landet icke kända typer av salmonella, vilket ansågs bestämt tala för att smitta införts utifrån. Typfloran visade, att det sannolikt rörde sig om smittspridning med animala produkter, i första hand köttvaror.

Denna smittspridning sattes i samband med den under åren 1953—1954 inträffade märkbara försämringen i fråga om den hygieniska beskaffenheten hos importerat nötkött från Sydamerika. Under senare hälften av 1953 började man taga prov för bakteriologisk undersökning, avseende dels prov på allmän bakterieflora samt dels förekomst av salmonella.

Vid beräkning av antalet bakterier per gram nötkött påvisades i de bättre partierna några hundra tusen bakterier under det att sämre partier innehöll från 300 000 till 50 000 000 bakterier per gram.

Under andra hälften av 1953 och första hälften av 1954 påvisades sammanlagt 24 stammar av salmonellabakterier, motsvarande 12 olika typer, i sydamerikanskt nötkött. Samtliga dessa typer har påvisats hos patienter.

Vid importkontroll och miljöundersökningar av hästkött sommaren 1953 påträffades 2 salmonellastammar, varvid i ena fallet var fråga om fryst färsk hästfilé från Sydamerika och i det andra om saltat hästkött från Kronobergs län.

Gjorda undersökningar av den omfattande epidemien av salmonella typhi murium, till vilken det stora flertalet av 1953 års salmonellafall hörde, visade, att epidemien orsakats genom förtäring av slakteriprodukter från en större slakteriförening.

Slaktdjur i djurbesättningar inom området för föreningens verksamhet kunde påvisas ha varit i viss utsträckning intravitalt infekterade med bakterier av samma fagtyp av salmonella som de, vilka påträffades hos de sjuka. Epidemien fick sin stora spridning genom att bakterierna haft tillfälle att föröka sig i djurkropparna efter slakten. De undersökningar, som utförts på beslagtagna nedfrysta slaktdjur i samband med denna epidemi, visade, att ända upp till 90 % av kropparna var genomvuxna med salmonella. Enligt officiella rapporter synes särskilt transporten av kött sommartid ha varit ett av de moment, som bidragit till denna förökning av bakterierna i köttet. Vid tillfället rådde värmebölja och av senare iakttagelser att döma torde temperaturen varken i kylrummen eller under transportererna ha hållits tillräckligt låg för att åstadkomma en sådan grad av frysning att bakterieväxten hämmades.

Av gjorda utredningar framgick att beträffande transporter av slaktdjur och kött från slakterier, vilka sker dels per järnväg dels per bil, icke fanns detaljerade bestämmelser. Även om vid statens järnvägar i regel användes olika vagnstyper för kötttransporter vintertid och sommartid förelåg vid tiden för ovan nämnda epidemi inga föreskrifter om att enbart en vagnstyp finge användas sommartid. Det kunde således inträffa att kött en het sommardag blev transporterat i icke isad eller isolerad järnvägsvagn.

Beträffande biltransporter av kött påvisades att sådana på många håll skedde under ohygieniska former. Djurkropparna slängdes upp på ett lastflak, som —

i gynnsammaste fall — var klätt med rostfri plåt. Lastningspersonalen blev ofta upp på flaket bland köttet vid i- och urlastning, över lasten slängdes ett smutsigt skycke, som ej slöt tätt till och således ej hindrade damm och smuts att virvla in bland köttet. Biltransporterna skedde vanligen nattetid men sådana förekom även varma sommarkvarnar.

Under tiden april—maj 1955 konstaterades 106 fall av salmonella muenchen, varav 58 spädbarn, 27 äldre barn och 21 vuxna. Samtliga spädbarn hade enligt uppgift förtärt en fabriksmässigt framställd välling (bestående av torrmjök, havremjök, potatismjök, diastasmalt, rörsocker, koksalt, vitaminer, järnpyrofosfat och skummjökspulver) och insjuknat i anslutning därtill. Hos 5 fall kunde man påvisa bakterier såväl hos barnet som i vällingspaketet i dess hem. Även andra undersökta prov visade, att paketen innehöll smittämne.

I verkligheten torde epidemien ha omfattat ett betydande antal fall utöver de 106, där smittämne i faeces konstaterades. Sålunda inrapporterades åtskilliga fall av diarré och feber hos spädbarn i samband med förtäring av vällingen via barnsjukhus och barnavårdscentraler i Stockholm och Göteborg utan att faecesprov blev tagna. Epidemien hejdades genom försäljningsförbud för all välling av ifrågavarande slag, framställd under viss tid. Företaget hade tidigare uppmanat grossister och detaljister att till företaget återsända alla vällingspaket från denna tid.

De veterinärmedicinska och bakteriologiska experter, som utredde epidemien, angav sex olika vägar, på vilka smittämne kunde tänkas ha inkommit i produktionen, men synes ha stannat vid en import av smitta från utlandet såsom det mest troliga. (»Det från Afrika importerade kornet, som kunnat vara smittbärare, har genom passage av samma stöpkar som det aktuella svenska kornet [hög colihalt i stöpkaren] kunnat smitta detta, och möjligheter fanns även, att bakterien kunnat växa ut under behandlingen av kornet till malt. Malten kan även ha infekterats via inhemsk smittkälla, t. ex. råttor. Genom att den suspekta malten maldes i samma kvarn som det havremjök som ingick i vällingen, kan mjölet ha infekterats.»)

Av det anförda må särskilt understrykas att brister i kontrollen av sådana animaliska livsmedel som de ovan nämnda faktiskt har medfört, att på senare år till landet införts här tidigare okända bakteriestammar, vilket uppenbarligen nödvändiggör en ökad kontroll på detta område.

Även i övrigt torde de anförda exemplen klart visa behovet av en effektiv hygienisk kontroll på alla stadier av produktion och distribution av livsmedel.

Av de animaliska livsmedlen kan även mjölken vara en farlig smittledare. Hygienien i fråga om mjök och alla slag av mjökprodukter på deras väg från producent till konsument är för närvarande under särskild utredning, vars resultat ännu ej redovisats. Den här lämnade redogörelsen torde emellertid utan ytterligare exemplifiering från detta område till fyllest belysa betydelsen av en god livsmedelshygien framför allt för att hindra spridande av smitta.

Men livsmedelshygienien syftar härutöver även till att genom positiva åtgärder befordra en kvalitativt god näringsstandard, hindra användandet av mindervärdig råvara, kontrollera vilka smak-, färg- och konserverings-

medel, som begagnas såsom tillsatser i livsmedelsproduktionen, samt sprida kunskap om behandling och förvaring av livsmedel i syfte att bevara ett fullgott näringsvärde. Efter tillkomsten av 1952 års livsmedelsstadga har kontrollen av tillsatsämnen väsentligt förbättrats och antalet sådana ämnen nedbringats. Att så sker är av betydelse, då vår kunskap om hur de kemikalier, som härvid förekommer, påverkar den mänskliga organismen och i vilken utsträckning de kan verka sjukdomsalstrande ännu är relativt ringa.

Bland nyare livsmedelshygieniska problem må nämnas de risker, som kan vara förenade med att för konserveringsändamål använda antibiotica eller joniserande strålning. De krav, som modern butikshygien ställer på kännedom om rätta bruket av frysdiskar och frysboxar, fordrar också särskild uppmärksamhet. Även härvidlag visar erfarenheten att otillräckliga insikter kan medföra betydande hälsorisker. Dessa och andra problem avser icke blott animaliska utan även andra födoämnen.

Bostads-, skol-, industrihygien m.m.

Bostädernas, skolornas och arbetsplatsernas hygien utgör en annan viktig del av omgivningshygien.

Värdet ur hälsosynpunkt av goda *bostäder* som ger erforderligt skydd mot köld och värme, fukt och buller samt i övrigt är ljusa, trivsamma och praktiska, behöver här inte särskilt understrykas, lika litet som det förhållandet att dåliga bostäder och trångboddhet innebär allvarliga både fysiska och psykiska hälsorisker. Tillfredsställande ventilation och allmän renlighet är givetvis av betydelse bland annat för att hindra ohyra att vinna spridning.

Allmänt sett har under de senaste decennierna en väsentlig ehuru ej tillräcklig förbättring i bostadsförhållandena inträtt. Bostadsproduktionen har varit förhållandevis kraftig och inriktats på större lägenhetstyper än tidigare. Produktionen av nya bostäder har emellertid till följd av det trånga utrymmet på byggnadsmarknaden ej kunnat hålla jämna steg med den ökade efterfrågan, som skapats genom höjd äktenskapsfrekvens, stark inflyttning till städer och andra tätorter samt höjd levnadsstandard. På grund härav måste i stor utsträckning även äldre och mindre tillfredsställande bostäder utnyttjas. Ett utdömande av mindervärdiga lägenheter genom vederbörande hälsovårdsmyndigheter har därför icke alltid kunnat ske, där så varit befogat. Desto angelägnare är det då att genom en effektiv tillsyn få till stånd förbättringar av olika slag samt att bekämpa bofällighet, fukt, dålig värmeisolering etc.

För städernas del finns särskilda bestämmelser om anordnandet av bostadsinspektion, varvid av medicinalstyrelsen fastställd instruktion gäller i fråga om dennas bedrivande. En viss utvidgning av hälsovårdstillsynen i bland annat denna del förordas i det föreliggande förslaget till ny hälso-

vårdsstadga. Enligt de särskilda bestämmelser, som föreslås skola gälla för hälsovårdstätorter, skall bland annat inom sådan ort genom hälsovårdsnämndens försorg anordnas fortlöpande bostadsinspektion. (Som hälsovårdstätort skall enligt förslaget anses »sådan kommun eller del av kommun där mera samlad bebyggelse uppkommit eller kan väntas uppkomma inom nära förestående tid och som fördenskull enligt länsstyrelsens förordnande förklarats skola utgöra hälsovårdstätort».)

I sitt yttrande över förslaget anförde medicinalstyrelsen härom att inom hälsovårdstätort med heltidsanställd hälsovårdsinspektör det icke torde möta svårighet att realisera denna bostadstillsyn men att det skulle bli betydligt svårare i hälsovårdstätort utan sådan inspektör. Svårigheten skulle ytterligare öka därest överhuvud taget ingen hälsovårdsinspektör fanns anställd.

Ehuru enligt de sakkunnigas mening en över hela landet arbetande bostadsinspektion skulle verksamt bidra till att höja bostadsstandarden har i betänkandet ingen fortlöpande sådan inspektion angivits skola ske å landsbygden utanför hälsovårdstätorter.

Medicinalstyrelsen uttalade i anledning därav att behovet av bostadsstandardens höjande syntes styrelsen vara störst i städernas äldre bostadskvarter, därefter å den egentliga landsbygden med dess lantarbetarbostäder och minst i å densamma belägna tätorter med i stor utsträckning modern bebyggelse.

Enligt hälsovårdsstadgeförslaget skulle visserligen hälsovårdsnämnd i stad och köping liksom även i landskommun, om behov därav förelåg, till sitt biträde ha en eller flera hälsovårdsinspektörer, men en absolut skyldighet att anställa heltidsanställd hälsovårdsinspektör förordades endast i fråga om kommun med ett invånarantal, överstigande 10 000.

I sitt yttrande konstaterade medicinalstyrelsen att för städer, köpingar och landsbygdskommuner med mer än 10 000 invånare förhållandena borde bli fullt tillfredsställande, om förslaget godtoges. Då det emellertid endast fanns ett 15-tal landsbygdskommuner i hela vårt land, som uppnådde detta invånarantal, spelade de en mycket underordnad roll i förhållande till landsbygden i övrigt. För städer och köpingar med mindre än 10 000 invånare samt för praktiskt taget hela vår landsbygd innebar förslaget visserligen en viss förbättring, men man uppnådde icke här den aktivisering av hälsovårdsnämnderna och den förbättrade tillsyn över hälsovårdsstadgans efterlevnad, som särskilt omnämnts i direktiven. Detta gällde icke minst bostadstillsynen.

Beträffande det av de sakkunniga angivna alternativet att ordföranden i hälsovårdsnämnden efter kort praktisk handledning av hälsovårdskon-sulenten skulle kunna verkställa bostadsinspektion anförde styrelsen:

Ordföranden i en hälsovårdsnämnd saknar i de flesta fall möjligheter att — efter kort praktisk handledning av en i hälsovårdsfrågor sakkunnig — sköta detta uppdrag. Härtill kommer, att innehavaren av ordförandeposten i en hälsovårdsnämnd

ofta icke blir kvar på sin post under någon längre tid. Vad som anförts beträffande ordföranden i hälsovårdsnämnd gäller i stort sett också, därest annan ledamot i hälsovårdsnämnd utses till att verkställa fortlöpande bostadsinspektion.

Som ett andra alternativ förordade de sakkunniga att kommunen tillfälligt skulle anställa inspektör för att gå igenom bostadsbeståndet inom dess tätorter. Härom anförde styrelsen:

Få arbetsuppgifter torde vara så grannliga och erfordra så god lokal och personlig kännedom som bostadsinspektörens. Han måste vara väl utbildad för sin uppgift och måste vinna befolkningens förtroende, vilken bör betrakta tjänstemannen mera som en rådgivare än som en inspektör. De väsentliga förbättringar beträffande bostadsbeståndet, som man avser att vinna genom den fortlöpande bostadsinspektionen, kan i allmänhet först uppnås sedan densamma planmässigt pågått under en lång följd av år, och inspektörens arbete måste följaktligen vara inställt på lång sikt. Det kan under dessa omständigheter icke vara lämpligt att tillfälligt anställa en inspektör för att gå igenom bostadsbeståndet inom kommunens tätorter.

En fortlöpande bostadsinspektion inom hälsovårdstätort utan väl utbildad hälsovårdsinspektör kan enligt medicinalstyrelsen icke, utom i enstaka undantagsfall, genomföras på ett tillfredsställande sätt. Förhållandet talar avgjort för utbyggandet av en organisation av heltidsanställda hälsovårdstillsyningsmän.

Avslutningsvis framhöll medicinalstyrelsen att utan att nu berörda principiellt viktiga frågor — allmän hälsovårdsinspektion och fortlöpande bostadsinspektion över hela landet — löstes på ett godtagbart sätt komme man icke att kunna ernå en sådan höjning av den hygieniska standarden på landsbygden och i våra mindre städer samt köpingar, som torde utgöra ett av motiven till revideringen av vår nuvarande hälsovårdsstadga.

Då icke ens den i hälsovårdsstadgeförslaget förordade förbättringen i fråga om tillsynen ännu kommit till stånd, långt mindre de av medicinalstyrelsen framförda kraven tillgodosetts, är det tydligt att allvarliga brister fortfarande föreligger i fråga om den bostadshygieniska tillsynen.

Då i det följande behandlas den allmänna hälsovården i skolor och industrier avses enbart de omgivningshygieniska aspekterna på denna vård; till den förebyggande vården inom skolväsendet och i arbetslivet återkommer vi i ett följande avsnitt av detta kapitel.

De hygieniska problemen i fråga om *skolan* är i flera avseenden likartade med dem i samhället för övrigt men har också vissa speciella aspekter. Sålunda medför anhopningen av ett stort antal barn med låg eller ingen immunitet mot flertalet smittsamma sjukdomar stora risker för häftiga epidemier, som från skolbarnen kan spridas till den övriga befolkningen. Till skydd häremot är särskilda försiktighetsåtgärder påkallade. Kampen mot infektionssjukdomarna utgör också en av skolans äldsta allmänhygieniska uppgifter. En god hygienisk standard vid skolorna — ett gott

dricksvatten, en välskött renhållning, ett tillräckligt antal väl hållna avträden, erforderligt antal tvättställ — minskar riskerna för spridning av smittsamma sjukdomar. En tillfredsställande uppvärmning, ventilation och belysning har även betydelse såväl för det allmänna hälsotillståndet bland skolbarnen som för undervisningsresultatet.

Strävandena efter att befordra ett gott hälsotillstånd har bland annat kommit till uttryck i anordnandet av skolbarnsbespisning, avsedd att ge barnen ett såväl kvalitativt som kvantitativt gott näringstillskott under arbetsdagen. Med skolbarnsbespisningen följer särskilda hygieniska problem i fråga om livsmedelskontroll, tillsyn å barnens bordsvanor etc. För närvarande föreligger svårigheter att tillgodose även så elementära hygieniska krav som att ge eleverna möjlighet att tvätta händerna före måltiderna.

Det är betydelsefullt att barnen under skoltiden får del av en hälsovårdsuppfostran, som kan ge dem insikt om värdet av en god personlig hygien liksom även av välordnade samhällshygieniska förhållanden och den enskildes ansvar därvidlag. Skolan är ett viktigt forum för hälsofostran och sett på längre sikt är teoretisk-praktisk hygienundervisning av individen under den mest receptiva åldern det effektivaste sättet att bygga upp en god hygienisk standard i vårt samhälle, då denna alltid ytterst kommer att vila på varje enskild samhällsmedlems inställning och handlande.

Trots de ansträngningar, som gjorts för att förbättra de omgivningshygieniska förhållandena vid skolorna, lämnar dessa fortfarande ofta mycket övrigt att önska. Delvis sammanhänger detta med sådana omständigheter som svårigheten att med de resurser, som står till buds eller kan beredas, finna utrymme för de stora årskullarna från 1940-talet, som nu befinner sig i skolpliktig ålder; så t. ex. har i många fall anordnandet av gymnastiklokaler vid nya skolor fått skjutas på framtiden. Rådande byggnadsrestriktioner liksom arbetskraftssvårigheter har här givetvis spelat en betydande roll.

Men bristerna kan även till en del föras tillbaka på att rådgivning, tillsyn och kontroll i fråga om de hygieniska förhållandena icke i erforderlig utsträckning kan komma till stånd. Enligt gällande föreskrifter skulle dessa uppgifter närmast åvila skolläkarna (oftast tillika tjänsteläkare), vilka emellertid i allmänhet förfogar över alltför liten tid härför. Då såsom skol-sköterska ofta fungerar distriktssköterskor med omfattande arbetsuppgifter på andra områden har även de svårt att medhinna den del av hälsoupplysningen, som lämpligen borde ankomma på dem. I många fall skulle även erfordras tillgång till annan, mera tekniskt betonad hygienisk expertis. Här som på flertalet hygieniska områden skulle sålunda krävas ett teamarbete mellan olika slags experter, vilket är svårt att organisera inom varje lokal enhet för sig. Åtskilliga av de synpunkter som här anförts be-

träffande hygien i skolorna, gör sig självfallet gällande även beträffande barndaghem och lekskolor.

Inom *industrin* liksom *arbetslivet i övrigt* föreligger även både allmänna och mera speciella hygieniska problem. Medan de större företagen ofta har en god hygienisk standard är anordningarna vid åtskilliga mindre arbetsplatser inte lika tillfredsställande med avseende på tillgången till toaletter, tvättrum, lunchrum etc. För organen för arbetarskydd och yrkesinspektion, vilka har att bevaka de arbetshygieniska förhållandena, är det även lättare att utöva en effektiv tillsyn å de större arbetsplatserna.

Utanför den verksamhet, som utövas av dessa organ, torde falla sådana allmänhygieniska frågor, som avser vatten, avlopp och renhållning, om de ej har direkt betydelse för de anställdas hälsa och trivsel. Det har ofta framhållits, att många av hälsovårdsnämnderna, vilka det närmast skulle åligga att taga befattning med hithörande problem, känner sig sakna kompetens och auktoritet för uppgiften, särskilt i fråga om de större industri-företagen. Önskvärt är att de på länsplanet verksamma hygieniska experterna i större utsträckning beredes möjlighet att mera aktivt medverka inom denna del av industrihygien. Även i övrigt erfordras ökade insatser för förbättrade hygieniska förhållanden på arbetsplatserna. Detta gäller också av stat och kommun drivna anstalter och företag, vilka faller utanför den tillsyn, varom stadgas i arbetarskyddslagen. (Jfr vid 1958 års riksdag väckta motioner I: 123 och II: 146 om utvidgning av arbetarskyddslagens tillämpningsområde.) Anmärkningsvärt nog förekommer även vid sjukvårdsanstalter icke obetydliga hygieniska brister, vilket bland annat framgår av nyligen av medicinalrådet Bergman avgivna berättelser i samband med inspektionen av vissa sinnessjukhus.

Som redan inledningsvis i detta kapitel framhållits har modern vetenskap och teknik gett upphov till ett stort antal nya riskmoment av väsentlig betydelse för folkhälsan och därmed för den allmänna hälsovården. Sålunda vållar *luftföroreningarna* samt *trafik- och bullerfrågorna* i växande utsträckning problem i det moderna samhället, vilka i flera avseenden kräver nya insatser. Icke minst påkallar den stora frekvensen av trafikolycksfall, som drabbar barn, särskilda åtgärder.

Till de här berörda, i industriområden och större tätorter särskilt aktuella hälsovårdsproblemen hör även den ökade psykiska press på individerna, varom den stigande frekvensen av hjärt- och kärlsjukdomar samt andra symptom på *stress*, ofta särskilt framträdande inom vissa befolkningsgrupper, anses vittna.

Den radioaktiva strålningens problem

Bland särskilda hygieniska frågor, som är på väg att vinna allt större betydelse, skall här även något behandlas de i kap. 3 berörda ökade hälso-

riskerna på grund av *radioaktiv strålning*. Hittills har frågan om skyddsåtgärder mot sådan strålning närmast utgjort ett yrkesmedicinskt problem, avseende vissa kategorier av medicinalpersonal och tekniker samt vissa industrier. Det ökade utnyttjandet av radioaktiva ämnen, som vi står inför bland annat i den mån atomkraften allt mer tages i anspråk, medför emellertid, att den radioaktiva strålningen och behovet av skyddsåtgärder mot denna allt mer måste beaktas inom den allmänna hälsovården.

Hithörande problem aktualiseras bland annat i samband med sådana frågor som berör lokaliseringen av atomkraftverk och skilda former för utnyttjande av atomenergin. Användandet av rörliga reaktorer t. ex. för flygplans- och fartygsdrift medför speciella risker. Icke blott anläggningar för alstrande av atomkraft och för atomdriven verksamhet utan även kontrollen av transporter och — i särskilt hög grad — den slutliga dispositionen av radioaktiva avfallsprodukter påkallar uppmärksamhet ur hälsovårdssynpunkt med hänsyn till risken för vatten- och luftföroreningar. Inför den ökade grundbestrålningen får även den tilläggsbestrålning, som upprepade röntgenundersökningar och -behandlingar medför, ökad betydelse. Som mycket angelägen framstår ur allmän hälsovårdssynpunkt den forskning, som är inriktad på att klargöra förekomsten och effekterna av den fortgående påverkan av radioaktiv strålning av lägre grad, för vilken befolkningen i dess helhet direkt och indirekt i allmänhet kan bli utsatt. I avvaktan på en säkrare vetenskaplig grund för bedömandet av såväl de omedelbara hälsoriskerna som riskerna på längre sikt, icke minst ur ärfthighetsbiologisk synpunkt, är det förenat med betydande svårigheter att riktigt avväga de krav, som bör ställas på åtgärder till skydd mot radioaktiv strålning.

Alltmer torde det komma att framstå som angeläget att den allmänna hälsovården för omgivningshygienisk verksamhet också på detta område har erforderlig tillgång, centralt, regionalt och lokalt, till läkare, radiofysiker, ingenjörer och andra experter samt assisterande personal, vilka i sin utbildning förvärvat ingående kännedom om de risker det gäller och de åtgärder, som erfordras för att förebygga skadeverknningar. Stor vikt måste även läggas vid en fortbildning, som ger dessa experter möjlighet att följa och tillgodogöra sig de nya vetenskapliga rön, som göres inom områdena för deras verksamhet.

Sammanfattningsvis kan sägas, att åtskilliga frågor på omgivningshygienens område — främst kanske sådana som berör vatten, avlopp och renhållning samt livsmedelshygien — sedan länge uppmärksammats av det allmänna. Under senare år har emellertid de omgivningshygieniska problemen på dessa och andra områden såväl till art som omfattning undergått så genomgripande förändringar att de åtgärder i fråga om tillsyn och kontroll, som tidigare ansågs tillfyllest, inte längre kan skapa tillräckliga

garantier till skydd för folkhälsan. Till de åtgärder som enligt vår mening i första hand erfordras för att tillgodose de eftersatta behoven härvidlag återkommer vi i kap. 6.

Förebyggande vård

Flertalet former av förebyggande vård i samhällets regi har utvecklats under de senaste decennierna. Initiativtagare har i regel varit läkarna inom vissa vårdområden — lungspecialister, barnläkare, kvinnoläkare m. fl. — vilka i sin sjukvårdande verksamhet gjort erfarenheten, att många sjukdomsfall kunnat undvikas eller blivit lindrigare, om åtgärder vidtagits på tidigare stadium.

Principiellt har den förebyggande vårdens betydelse — ofta uttryckt i satsen »att förebygga är bättre än att bota» — numera allmänt erkänts. Frågan om avvägningen mellan de resurser, som skall ägnas åt förebyggande respektive kurativa åtgärder, är givetvis alltid svårlöst och i hög grad beroende av såväl den allmänna utvecklingsstandarden i olika länder som de möjligheter den medicinska vetenskapen erbjuder. Även om det sålunda icke torde vara möjligt att närmare ange, vilken fördelning av resurserna i detta hänseende, som är den optimala, kan dock med bestämdhet hävdas, att i Sverige och därmed jämförliga länder resurserna för förebyggande vård är starkt underdimensionerade jämfört med resurser, avsedda för kurativ vård. En av anledningarna härtill är att söka i det förhållandet, att man särskilt tidigare och på en del håll fortfarande underskattar de förebyggande insatsernas relativa betydelse. Vidare måste hänsyn tagas till den i och för sig naturliga inställningen hos allmänheten, att man icke är beredd att acceptera en avvägning av resurserna för olika vårdformer, som kan innebära att den, som är akut sjuk, skall behöva i vårdhänseende stå tillbaka för den, som ännu icke blivit utsatt för allvarlig sjukdom.

Härtill kommer att det tidigare uppfattningssättet vållat vissa institutionella hinder, som det tar tid att övervinna. Sålunda gäller som en internationell företeelse — vilket bland annat påpekats i en skrift av den amerikanske hälsovårdsadministratören C.-E. A. Winslow¹ — att flertalet läkare nästan endast är utbildade för behandling av sjukdom och i sin yrkesutövning kommit att helt lägga tonvikten på den direkta relationen till de sjuka medan de i betydligt mindre grad blivit inriktade på ett mera långsiktigt hälsovårdsarbete och att finna tillfredsställelse i de resultat, som på denna väg står att vinna.

I följande redovisning av olika former av förebyggande vård, som ansluter sig till dispositionen av motsvarande avsnitt i kap. 3, skall närmare

¹ The cost of sickness and the price of health (utgiven 1951 av WHO såsom nr 7 i dess serie av monografier).

diskuteras vilka krav, som bör ställas på den fortsatta utvecklingen av dessa vårdformer i vårt land.

Vård genom distriktssköterskor och distriktsbarnmorskor

Distriktsvård. Arten och omfattningen av distriktssköterskornas verksamhet under 10-årsperioden 1946—55 belyses i tab. 4.1. Av denna tabell framgår att medan antalet aktiva sjuksköterskor inom kåren (inklusive även icke kompetenta vikarier) under perioden vuxit med nästan 34 procent, deras sjukvård i form av hembesök samtidigt ökat med 92 procent eller till 1,2 miljoner och i form av besök på egen mottagning med drygt 60 procent till mer än 660 000. Under samma period har den av distriktssköterskor bedrivna förebyggande vården icke ökat i motsvarande omfattning. Antalet hembesök i förebyggande vård nådde i själva verket sin höjdpunkt 1949 och har sedan 1952 år för år tenderat att sjunka. I jämförelse med 1946 innebär dock antalet sådana hembesök 1955 en ökning med knappt 8 procent till totalt 562 000. Antalet i förebyggande vård mottagna besök liksom antalet mottagningar i skolor samt antalet läkarmottagningar i förebyggande vård, vid vilka distriktssköterskor medverkat, har under perioden knappast undergått någon förändring. Detsamma torde gälla de arbetsuppgifter, som icke redovisats i tabellen, t. ex. bostadsvård, sociala utredningar och annan socialhygienisk verksamhet.

Tabell 4.1. Distriktssköterskornas verksamhet 1946—55 (1 000-tal besök etc.) enligt uppgifter från medicinalstyrelsen

År	Antal distrikts-sköterskor ¹	Sjukvård		Hälsövård				
		Besök i hemmen	Mottagna besök	Besök i hemmen	Mottagna besök	Mottagningar i skolor		Medverkan i läkarmottagning (antal gånger)
						för förundersökningar	för andra undersökningar	
1946	1 122	625	407	521	186	..	..	54
1947	1 183	649	408	552	186	..	..	55
1948	1 195	674	427	600	203	34	16	60
1949	1 237	756	464	604	217	31	20	56
1950	1 264	884	505	591	198	32	20	56
1951	1 324	980	529	588	188	28	21	55
1952	1 377	1 069	569	594	192	29	22	55
1953	1 424	1 127	619	579	186	28	21	70
1954	1 456	1 166	616	575	184	27	23	54
1955	1 502	1 200	662	562	186	26	24	53

¹ Inklusive vikarier (med resp. utan kompetens); exklusive första distriktssköterskor.

Medan — som framhållits i kap. 3 — 1935 års distriktsvårdsreform hade till huvudsyfte att öka distriktssköterskornas insatser i förebyggande vård och annan hälsövård har sålunda på senare år i praktiken förstärkningen

av distriktssköterskekåren väsentligen resulterat i ökade insatser inom sjukvården. Denna utveckling beror sannolikt till stor del på de ökade krav på öppen sjukvård, som sammanhänger med befolkningens ändrade ålderssammansättning. Vissa nya behandlingsmetoder, framför allt inom kemoterapin, torde också ha starkt bidragit till att många fall, som tidigare in- togs på sjukhus (lunginflammation, scarlatina etc.), nu vårdas i hemmet, varvid ofta injektioner och annan behandling enligt läkares föreskrift med- delas av distriktssköterska. Vidare har särskilt i de nordligaste länen på senare år genom bristen på läkare i öppen vård kommit att ställas ökade krav på distriktssköterskornas insatser i sjukvården.

Den ändrade relationen mellan omfattningen av distriktssköterskornas arbete i hälso- och sjukvård torde även sammanhänga med att vissa hälso- vårdsuppgifter inom exempelvis förebyggande mödra- och barnavård, skol- hälsovård och dispensärvård stundom ombesörjes av andra sjuksköterskor med samma eller likartad hälsovårdsutbildning. Vill man bedöma omfatt- ningen av den hälsovårdande verksamheten under olika år måste hänsyn gi- vetvis tagas även till dessa för särskilda vårdgrenar anställda befattnings- havare.

I den fortsatta diskussionen om den förebyggande vården skall övervägas i vad mån dess vårdformer på nuvarande utbyggnadsstadium är till fyllest tillgodosedda med personal av olika kategorier samt i vad mån ytterligare utbyggnad av bestående vårdformer och komplettering av organisationen med nya sådana erfordras.

Vård genom distriktsbarnmorskor. Omfattningen av distriktsbarnmors-

Tabell 4.2. Sammanställning över distriktsbarnmorskornas verksamhet i landstings- områdena

	1946	1949	1952	1955
Antal distriktsbarnmorskor ¹ .....	..	806	717	641
Antal anstaltsförlossningar, utförda av distriktsbarnmorska:				
å anstalt med 6 eller flera vårdplatser	23 402	15 944	11 142	8 900
å anstalt med mindre än 6 vårdplatser	4 820 ²	4 525	4 055	3 410
Antal hemförlossningar	14 060	8 591	4 390	2 482
Antal läkarmottagningar där distriktsbarnmorska biträdd .....	..	18 596	21 399	24 332
Antal barnmorskemottagningar ....	..	40 695	46 742	53 358
Antal besök å barnmorskemottagning .....	..	91 951	104 717	162 196
Antal hembesök av barnmorska ....	..	137 866	129 824	129 538
därav för förvård .....	..	48 470	64 333	76 292
eftervård .....	..	64 137	41 885	32 489
barnavård .....	..	11 866	9 095	6 486
sjukvård .....	..	13 393	14 511	14 271

¹ Antal vid årets mitt befintliga befattningar.

² Siffran ofullständig.

kornas verksamhet belyses närmare i tab. 4.2, som för åren 1945, 1949 och 1952 är baserad på uppgifter, lämnade av utredningen rörande den öppna förlossningsvården i dess 1954 avgivna betänkande med förslag angående barnmorskeväsendets organisation och förebyggande mödravård, samt för år 1955 på uppgifter från medicinalstyrelsen.

I de landstingsfria städerna fanns 1955 endast 9 distriktsbarnmorskor, vilka medverkade vid sammanlagt 42 anstalts- och 96 hemförlossningar. De biträdde vid 1 122 läkarmottagningar, höll 1 066 egna mottagningar, varvid 3 807 patientbesök förekom, och avlade följande antal hembesök:

för förvård	1 932
eftervård	1 407
barnavård	179
sjukvård	84

Som framgår av tab. 4.2, har under den relativt korta period, som belyses av siffrorna, en kraftig förskjutning skett av arbetsuppgifterna för distriktsbarnmorskorna ute i landstingsområdena. Sålunda har vården av mödrarna under och efter graviditeten i form av besök å barnmorskornas mottagningar intensifierats medan antalet av distriktsbarnmorskor utförda förlossningar väsentligt minskat.

Tabell 4.3. Antal hemförlossningar med biträde av distriktsbarnmorskor inom landstingsområden och städer, som ej deltar i landsting

Landstingsområde (län)	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Stockholms.....	142	148	140	157	96	90	88	70
Uppsala.....	64	45	46	36	18	18	21	14
Södermanlands.....	18	18	13	18	29	28	21	21
Östergötlands.....	180	126	96	95	92	56	52	30
Jönköpings.....	215	152	113	123	78	76	60	19
Kronobergs.....	540	516	413	275	253	140	102	68
Kalmar läns norra.....	187	141	54	39	23	16	14	8
Kalmar läns södra.....	171	158	71	64	50	26	42	17
Gotlands.....	408	350	305	258	211	198	196	166
Blekinge.....	223	152	124	121	98	93	42	41
Kristianstads.....	325	244	213	133	138	95	90	48
Malmöhus.....	90	65	60	54	40	28	25	10
Hallands.....	121	122	63	51	43	32	37	19
Göteborgs och Bohus.....	331	285	214	159	172	138	131	96
Älvsborgs.....	193	173	118	100	92	78	57	45
Skaraborgs.....	234	197	158	132	81	63	54	39
Värmlands.....	313	244	186	166	177	123	93	60
Örebro.....	307	225	193	148	151	118	72	31
Västmanlands.....	158	146	115	93	91	51	47	40
Kopparbergs.....	853	540	368	289	198	154	144	102
Gävleborgs.....	306	235	186	150	113	80	115	80
Västernorrlands.....	735	603	456	427	363	307	258	229
Jämtlands.....	1 140	1 027	851	745	604	517	500	338
Västerbottens.....	530	285	178	222	152	113	76	58
Norrbottnens.....	807	559	437	335	203	184	145	79
Samtliga landstingsområden.....	8 591	6 756	5 171	4 390	3 566	2 822	2 482	1 728
Städer utanför landsting.....	..	..	..	95	105	..	96	88
Totalt	..	..	..	4 485	3 671	..	2 578	1 816

Frekvensen av hemförlossningar i olika sjukvårdsområden belyses av tab. 4.3, som sammanställts på grundval av uppgifter från medicinalstyrelsen.

Nedgången i antalet hemförlossningar framgår av en jämförelse mellan år 1930, då antalet sådana förlossningar utgjorde 76 procent av samtliga förlossningar, och år 1955, då motsvarande procenttal var 2.5.¹ Det enligt tab. 4.2 minskade antalet hembesök för eftervård och barnavård sammanhänger med den ökade omfattningen av anstaltsvården. Det sjunkande antalet anstaltsförlossningar, vari distriktsbarnmorskorna medverkat, beror främst på den fortgående minskningen av kåren.

I det förut berörda 1954 framlagda betänkandet om den öppna förlossningsvården kom man till den slutsatsen att olika typer av organisation av barnmorskeväsendet borde förekomma inom olika sjukvårdsområden med hänsyn till skiftande lokala förhållanden.

I landsbygdsområden med långa avstånd till förlossningsanstalt, där hemförlossningar fortfarande förekom i någorlunda stor omfattning, ansåg man den gamla, av utredningen såsom *typ A* betecknade organisationsformen med distriktsbarnmorskor, som arbetar helt i den öppna vården, tills vidare lämplig, ehuru den kunde förväntas komma att successivt avvecklas med det sjunkande antalet hemförlossningar.

Såsom *typ B* betecknade utredningen en organisationsform, som prövats genom särskild försöksverksamhet i vissa län, enligt vilken distriktsbarnmorska var knuten till en sjukvårdsanstalt men enligt ett noggrant utarbetat arbetsschema delade sin tid mellan öppen och sluten vård. Denna form förordade utredningen för områden, där distriktsbarnmorska är stationerad på eller i närheten av ort med förlossningsanstalt. Organisationsformens värde såg utredningen bland annat i att den öppna och slutna vården blev närmare sammanknutna; bättre möjligheter för förståelse och samarbete mellan de båda vårdgrenarna och ökat tillfälle för distriktsbarnmorskorna att uppehålla och förbättra sina färdigheter i förlossningskonsten skapades även genom denna organisationstyp.

För mera glest befolkade trakter med ringa nativitet eller isolerade orter såsom ödemarksområden, öar och skärgård förordade utredningen *organisationstypen C*, där en distriktssköterskebarnmorska skulle fullgöra uppgifterna såsom såväl distriktssköterska som distriktsbarnmorska. Utredningen framhöll att *typ C* undantagsvis borde accepteras på försök även annorstädes, om huvudmannen hade intresse härför. Medan vid tiden för utredningen antalet tjänster för distriktsköterskebarnmorskor uppgick till 15 (varav 4 i Götaland, 1 i Svealand och 10 i Norrland) uppställde utredningen tills vidare som mål att inrätta ett antal av omkring 100 distrikt för distriktssköterskebarnmorskor, varav uppskattningsvis ett 70-tal skulle utgöra för denna organisationsform typiska distrikt.

Med hänsyn särskilt till förhållandena i storstäderna förordade utredningen såsom organisationsform *typ D* att man i vissa städer, som har ett stort antal väntande mödrar men endast enstaka hemförlossningar, för den förebyggande mödravården skulle ha heltidsanställda barnmorskor och låta stadens förlossningsanstalter, som ju ändå har jourtjänst hela dygnet, svara för erforderlig beredskap, för hemförlossningar eller i varje fall störförlossningar.

¹ Enligt preliminär uppgift från medicinalstyrelsen nedgick procenttalet 1956 till 1,6; under år 1957 har det ytterligare sjunkit.

1955 års riksdag accepterade i stort sett de av utredningen i här berörda delar framlagda förslagen. Enligt 1955 års förordning om distriktsbarnmorskor (nr 350) äger medicinalstyrelsen förordna att stad, som icke tillhör landstingskommun, ävensom annat område med centralt belägen förlossningsanstalt skall undantagas från distriktsledningen. Organisations-typen D har dock ännu icke någonstädes trätt i funktion.

Principiellt gäller fortfarande för hela riket, att kvinna, som önskar förlossning hemma, skall få denna önskan tillgodosedd. I den mån antalet hemförlossningar inom vissa sjukvårdsområden nedgår till några få per år måste dock formerna för realiserandet av denna princip bli föremål för förnyat övervägande.

Förebyggande mödra-, barn- och ungdomsvård

Abortförebyggande verksamhet och familjerådgivning. Utbyggandet av organisationen för abortförebyggande verksamhet enligt 1945 års kungörelse hade vid slutet av år 1955 fortskridit så långt att 12 rådgivningsbyråer inrättats för ändamålet, därav en i vardera Stockholms stad, Stockholms län (Solna), Östergötlands län (Linköping), Gotlands län (Visby), Malmö stad, Hälsingborgs stad, Malmöhus län (Lund), Göteborgs stad, Värmlands län (Karlstad), och Gävle stad gemensamt med Gävleborgs län (Gävle) samt två i Västernorrlands län (Sundsvall och Örnsköldsvik).

Till verksamheten var knutna 14 läkare jämte ett betydande antal konsulter samt 31 kuratorer, varav 14 heltidsanställda.

Antalet under året nyinskrivna kvinnor var 4 942. Legal abort beviljades 2 065 av dem, som med byråernas medverkan ansökt om tillstånd härtill.

I sitt i kap. 3 berörda betänkande om allmän familjerådgivning (SOU 1957: 33) har 1955 års familjerådgivningskommitté gett uttryck åt uppfattningen att de samlevnadssvårigheter, varom bland annat det stora antalet skilsmässor och antalet barn och ungdom med anpassningssvårigheter samt omfattningen av alkoholism, kriminalitet, självmord och aborter vittnar, gör det angeläget att en i landstingens och storstädernas regi driven allmän familjerådgivning kommer till stånd som en särskild form av förebyggande vård. Kommittén har ansett såväl principiella som praktiska skäl tala för att rådgivningen i abortfrågor bör ingå som en del av den familjerådgivande verksamheten.

Med den utbyggnad av verksamheten, som kommittén planerat, skulle erfordras 120 heltidstjänster för familjerådgivare, varvid emellertid närmare ett 40-tal befattningshavare finns att tillgå vid nu befintliga rådgivningsorgan med likartade uppgifter och sålunda det egentliga rekryteringsbehovet skulle inskränka sig till 80—90 socialarbetare med mentalhygienisk erfarenhet och utbildning. Läkarbehovet har icke på motsvarande sätt preciserats.

I yttrande över betänkandet den 16 december 1957 uttalade vi oss för en successiv utbyggnad av en familjerådgivande verksamhet i huvudsak enligt kommitténs förslag. Vi framhöll dock, att utbyggnadstakten måste anpassas efter vad som kan framstå som skäligt med hänsyn till konkurrensen om läkare och socialarbetare för en rad andra viktiga socialpsykiatriska arbetsuppgifter inom mentalsjukvård, psykisk barna- och ungdomsvård, kriminalvård etc. I samband härmed underströk vi betydelsen av att den i betänkandet föreslagna mentalhygieniska utbildningen för familjerådgivare och andra socialarbetare med kvalificerat mentalhygieniskt arbete snarast möjligt kommer till stånd. Majoriteten inom vår kommitté uttalade som sin mening att den abortförebyggande verksamheten åtminstone i viss utsträckning bör förläggas till sjukhus och att statsbidrag bör kunna utgå såväl till sådan på lasarett anordnad verksamhet som till familjerådgivningsbyråer, anordnade utanför eller på sjukhus, medan övriga kommittéledamöter ansåg övervägande skäl tala för att abortrådgivningen inordnas i den kommande allmänna familjerådgivningen och att ej två parallella organisationer upprättas för rådgivning av så närbesläktat slag.

Den förebyggande mödra- och barnavården. Som allmän bakgrund till den följande redogörelsen för den förebyggande vårdens uppgifter och insatser på dessa områden lämnas i tab. 4.4 en översikt, varav framgår utvecklingstendenserna allt sedan 1800-talets början i fråga om mödra- och barnadödlighet samt dödföddhet. Uppgifterna är hämtade ur statistisk årsbok.

Tabell 4.4. Allmän översikt av spädbarns-, småbarns- och barnsängsdödligheten samt dödföddheten 1800—1955

År	Antal döda per 1 000 levande födda 0—1 år	Antal döda per 1 000 av medelfolkmängden i åldersgruppen		Antal döda per 1 000 barnaföderskor	Antal dödfödda per 1 000 födda
		1—2 år	3—4 år		
1801—1810	198,7	50,1	23,8	..	24,7
1821—1830	167,3	37,0	15,7	..	26,2
1871—1880	129,9	33,2	17,3	5,6	30,8
1901—1910	84,5	16,5	7,0	2,3	24,8
1921—1930	58,8	7,7	3,0	2,8	25,3
1931—1940	45,8	4,7	2,0	2,9	27,6
1941—1945	31,0	2,9	1,6	1,6	23,1
1950	21,0	1,6	1,0	0,6	19,9
1955	17,4	1,3	0,8	0,5	16,7

För den befintliga organisationen av den av det allmänna drivna förebyggande mödra- och barnavården har närmare redogjorts i kap. 3. Hur verksamheten ökat i omfattning under perioden 1940—1955 framgår av tab. 4.5, som sammanställts på grundval av uppgifter ur Allmän hälso- och sjukvård samt statistisk årsbok.

Tabell 4.5. Förebyggande mödra- och barnavård 1940, 1950 och 1955

	Barna- föderskor	Antallevande födda	Ett-åringar	2—6-åringar
<i>1940</i>			1	1
Hela antalet	97 304	95 778		
därav övervakade	25 179	39 375		
övervakningsprocent.	25,9	41,1		
Besök per övervakad				
hos läkare	2,2	4,2		
hos sjuksköterska (resp. barn- morska) .....	..	..
hembesök av sjuksköterska (resp. barnmorska) .....	..	5,4		
<i>1950</i>				
Hela antalet	116 374	115 414	118 431	637 569
därav övervakade	77 262	103 758	89 622	127 312
övervakningsprocent.	66,4	89,9	75,7	20,0
Besök per övervakad				
hos läkare	2,4	2,9	1,4	0,9
hos sjuksköterska (resp. barn- morska)	1,3	0,8	0,3	0,2
hembesök av sjuksköterska (resp. barnmorska)	0,8	4,8	1,7	1,1
<i>1955</i>				
Hela antalet	107 908	107 305	103 331	554 735
därav övervakade	81 806	101 251	86 061	147 934
övervakningsprocent.	75,8	94,0	83,3	26,7
Besök per övervakad				
hos läkare	2,7	2,9	1,4	0,9
hos sjuksköterska (resp. barn- morska)	2,4	0,9	0,3	0,2
hembesök av sjuksköterska (resp. barnmorska)	1,0	4,8	1,6	1,0

¹ Dessa åldersgrupper omfattades 1940 icke av den av samhället organiserade förebyggande barnavården. Först 1943 började sådan vård att på vissa håll anordnas också för dem.

Som motiv för anordnande av en rådgivande verksamhet för väntande och nyblivna mödrar anfördes av moderskapsunderstödssakkunniga i deras år 1929 avgivna betänkande (SOU 1929: 28) att om havandeskaps-, förlösnings- och amningstiden genomlevdes under ogynnsamma förhållanden såväl modern som barnet utsattes för kanske obotliga skador medan riskerna i väsentlig mån kunde nedbringas genom lämpligt levnadssätt och sakkunnig vård. Efter en genom medicinalstyrelsens försorg anordnad försöksverksamhet avseende för- och eftervård vid barnsbörd framlade styrelsen förslag till en särskild organisation härför (SOU 1935: 19). Även befolkningskommissionen vitsordade i betänkande med förslag till bland annat vissa åtgärder beträffande förebyggande mödra- och barnavård (SOU 1936: 12) behovet av sådan vård. På grundval av de gjorda utredningarna utfärdades kungörelse den 21 juli 1937 (nr 745) angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård. Kungörelsen har undergått ett flertal

ändringar såväl före år 1944, då ny kungörelse i ämnet utfärdades (nr 396), som efter denna tid, senast 1955 i anslutning till de av medicinalstyrelsens utredning rörande den öppna förlossningsvården i juni 1954 avgivna förslagen angående barnmorskeväsendets organisation och förebyggande mödravård.

För bedömande av den förebyggande mödravårdens betydelse må anföras följande. Antalet dödsfall i havandeskaps- och förlossningssjukdomar är numera lågt och har under de senaste decennierna nedgått på sätt som framgår av tab. 4.6. De absoluta talen för antalet döda liksom relations-siffrorna för antalet döda per tusen förlossningar visar en snabbt sjunkande kurva; i särskilt hög grad gäller detta de av barnsängsfeber förorsakade dödsfallen, som nästan helt eliminerats, vartill de antibiotiska medlen i hög grad bidragit. Medan antalet dödsfall under de två senaste decennierna sjunkit till ca 15 procent och antalet dödsfall på grund av barnsängsfeber till endast ett par procent av antalet i periodens början, har man icke nått lika långt i fråga om nedbringande av antalet dödsfall i toxikoser, däribland i form av förlossningskramp. Det anses sannolikt, att även åtskilliga av dödsfallen i icke närmare specificerade havandeskaps- och förlossningssjukdomar, vilka 1955 uppgick till 15, delvis kan föras tillbaka på toxikoser, enär lättare toxikosfall, som icke leder till kramper, likväl nedsätter motståndskraften och sålunda indirekt förorsakar dödsfall. Utredningen rörande den öppna förlossningsvården konstaterar i sitt förut berörda betänkande med förslag angående barnmorskeväsendets organisation och förebyggande mödravård (s. 122), att den medicinska kontrollen i den förebyggande mödravården bland annat medför, att sjukdomar, som disponerar för toxikoser, och många andra sjukdomar upptäcks och kommer under behandling på tidigt stadium. Utredningen anför vidare (s. 123) beträffande värdet av sådan medicinsk kontroll följande:

Ett gott allmäntillstånd hos förlossningspatienter är ofta förutsättning för att dessa skola kunna räddas vid olika förlossningskomplikationer såsom föreliggande moderkaka (som ofta behandlas med kejsarsnitt), svår eller s. k. ostillbar efterblödning m. fl. sjukdomar. Värdet av att patientens allmänna hälsotillstånd under så lång tid som möjligt av graviditeten och även före denna är känt av

Tabell 4.6. Antal förlossningar och kvinnor, döda i havandeskaps- och förlossningssjukdomar åren 1930—1955, enligt uppgifter från statistiska centralbyrån

År	Antal förlossningar	Antal döda kvinnor	Döda i ‰ av förlossn.	År	Antal förlossningar	Antal döda kvinnor	Döda i ‰ av förlossn.
1930	95 407	328	3,44	1950	116 374	71	0,61
¹ 1931	92 412	335	3,63	1951	111 036	95	0,86
1935	87 081	265	3,04	1952	110 976	65	0,59
1940	97 304	207	2,13	1953	110 800	68	0,61
1945	136 940	180	1,31	1954	105 694	57	0,54
				1955	107 908	52	0,48

¹ Jfr anmärkning under tabell 4.7.

läkare och barnmorska, som biträder vid förlossning, kan helt enkelt icke över-skattas. En lycklig utgång vid exempelvis trängt bäcken beror i hög grad på när operationen bestämmes. Flera exempel av liknande art såsom hjärt-, njur- och lungsjukdomar m. fl. kunde anföras men det sagda torde vara nog.

Dödsfallen fördelade sig på olika havandeskaps- och förlossningssjukdomar på sätt som framgår av tab. 4.7.

Tabell 4.7. Döda i havandeskaps- och förlossningssjukdomar 1931—1955 enligt uppgifter från statistiska centralbyrån

	Antal				
	1931	1935	1940	1945	1950
Förlossningskramp.....	49	31	38	44	22
Barnsängsfeber efter förlossning.....	95	68	37	16	2
Barnsängsfeber efter missfall.....	71	65	52	25	4
Andra havandeskaps- och förlossnings-sjukdomar.....	120	101	80	95	43
Summa	335	265	207	180	71
	Antal				
	1951	1952	1953	1954	1955
Feber under havandeskap, förlossning och barnsängstid.....	7	4	1	9	5
Förgiftning under havandeskap och barnsängstid.....	34	26	26	11	17
Blödning under havandeskap och förlossning.....	14	9	8	9	6
Abort utan uppgift om feber eller förgiftning.....	5	3	2	4	9
Abort med feber.....	4	1	3	0	0
Andra komplikationer under havandeskap, förlossning och barnsängstid..	31	22	28	24	15
Summa	95	65	68	57	52

Anm. Den sedan 1931 tillämpade fördelningen på olika sjukdomar har fr. o. m. 1951 ändrats till överensstämmelse med 1948 års internationella klassifikation.

Bedömandet av den förebyggande mödravårdens värde kan givetvis icke grundas enbart på dess inverkan på dödligheten i havandeskaps- och förlossningssjukdomar; denna vård har för mödrarnas del till väsentlig uppgift att söka begränsa frekvensen och varaktigheten av sjukdomar på grund av havandeskap och barnafödande samt förebygga lidande i samband därmed.

Också för det väntade barnet är det av betydelse att den blivande modern står under noggrann medicinsk kontroll och vård samt följer givna föreskrifter. Detta kan bidra till att ytterligare minska antalet missfall och dödfödda, sänka barndödligheten i anslutning till förlossning, motverka att förlossning sker före barnets fulla mognad samt nedbringa antalet barn, som drabbas av bildningsfel eller förlossningsskador eller är behäftade med medfödda sjukdomar. Härvid har man alltmer funnit ökad upp-

märksamhet böra ägnas åt moderns hälsotillstånd redan under havandeskapets första månader.

Ett par av nämnda problem belyses i tabellerna 4.8 och 4.9 och skall i det följande beröras något närmare.

Tabell 4.8. Antal födda barn, därav dödfödda, enligt uppgifter från statistiska centralbyrån

År	Antal födda barn	Därav dödfödda	Dödfödda i % av antalet födda barn	År	Antal födda barn	Därav dödfödda	Dödfödda i % av antalet födda barn
1930	96 825	2 605	26,9	1951	112 331	2 163	19,3
1935	88 273	2 367	26,8	1952	112 244	2 052	18,3
1940	98 597	2 819	28,6	1953	112 151	2 007	17,9
1945	138 703	3 330	24,0	1954	106 907	1 811	16,9
1950	117 754	2 340	19,9	1955	109 124	1 819	16,7

Frekvensen av dödfödda, som på 1800-talet uppgick till ca 30 per 1 000 födda, visade ingen större minskning förrän under 1940- och 50-talen, men sjönk då i så snabb takt att den 1955 låg något under 17 per 1 000 födda eller vid ett absolut tal av 1 819. För denna nedgång måste förbättringen av de blivande mödrarnas miljö- och vårdförhållanden bland annat i form av förebyggande mödravård antagas ha spelat en viktig roll. Betydelsen av sådana faktorer framgår därav att frekvensen av dödföddhet är något högre för barn födda utom äktenskap (18,4 per 1 000 år 1955) än för barn födda inom äktenskap (16,5 per 1 000 samma år).

Tabell 4.9. Tidigdödligheten, enligt uppgifter från statistiska centralbyrån

År	Döda i % av antalet levande födda inom			
	0—1 dag.	0—5 dag.	0—1 mån.	0—12 mån.
1930	7,4	17,6	27,0	54,7
1935	6,8	17,9	25,6	45,9
1940	6,9	16,7	23,5	39,2
1945	6,6	14,7	19,1	29,9
1950	5,5	12,6	15,3	21,0
1951	5,7	13,0	15,9	21,6
1952	5,4	12,2	14,9	20,0
1953	5,0	11,5	13,7	18,7
1954	5,1	11,4	13,8	18,7
1955	5,0	11,1	13,0	17,4

Tab. 4.9 redovisar tidigdödligheten hos barn, vilken också starkt nedgått efter år 1940. Trots de förbättringar, som hittills uppnåtts, dör dock fortfarande mer än 1 400 levande födda barn varje år under första levnads-månaden, varav de flesta inom 0—5 dagar efter födelsen. Ehuru även död-

ligheten under första levnadsveckan nedgått, har detta icke skett i samma takt som barndödligheten i övrigt. En ytterligare minskning av den perinatala dödligheten i vårt land torde främst stå att vinna genom en förbättrad mödravård och omvårdnad av de nyfödda.

Betydelsen av den förebyggande mödravården bekräftas bland annat av en av biträdande lasarettsläkaren vid Södersjukhuset C. Malmnäs verkställd undersökning, avseende 3 756 å nämnda sjukhus före utgången av juni 1953 förlösta mödrar. Här framträdde ett klart samband mellan förebyggande mödravård och barnens födelsevikt. Medan av mödrar, vilkas barn hade en födelsevikt som understeg 1 500 gram, 20,9 procent ej anlitat den förebyggande mödravården, sjönk denna siffra med stigande födelsevikt så att när barnet vägde 1 501—2 500 gram endast 4,4 procent av mödrarna underlätit att anlita den förebyggande vården; när vikten uppgick till 2 501—3 500 gram utgjorde detta antal endast 1,0 och vid en födelsevikt av över 3 500 gram endast 0,56 procent. Då ca 4 400 underviktiga barn årligen födes i riket, synes på detta område avsevärda vinster stå att göra.

Från den senare medicinska utvecklingen är av särskilt intresse upptäckten av sambandet mellan vissa infektionssjukdomar hos modern under tidigt skede av graviditeten samt missbildningar och andra skador å fostret, vilket motiverar en särskilt noggrann hälsokontroll på tidigt stadium av havandeskapet.

Med utgångspunkt från här redovisade förhållanden framlade utredningen rörande den öppna förlossningsvården vissa förslag, avseende en förbättring och intensifiering av den förebyggande mödravården. Utöver de minimikrav på sådan vård, som fanns upptagna i den av medicinalstyrelsen fastställda journalen för verksamheten, erinrades om betydelsen av att de psykologiska aspekterna på havandeskapet blev mera beaktade samt att blodgruppsbestämning gjordes såväl enligt AB0-systemet som enligt Rh-systemet liksom att WR-prov för kontroll av syfilis och skärmbildsundersökning för tuberkontroll rutinemässigt skedde. Som viktiga led i mödravården framhölls mödragymnastiken samt en utvidgad eftervård, omfattande även läkarvård, i syfte att underlätta för modern att återvinna sina krafter och sin arbetsförmåga. Slutligen förordades i vetenskapligt syfte en försöksverksamhet med speciell kontroll av havande kvinnor, lidande av vissa sjukdomar, innebärande att på ett par mödravårdscentraler av typ I nära samarbete anordnades mellan obstetriker och invärtesmedicinsk specialist, i vissa fall också annan specialist, för kontroll av gravida kvinnor med tecken på hjärt-, njur- eller annan sjukdom.

Enligt utredningen borde i mödravården normalt ingå

3 besök hos läkare före förlossningen, det första på tidigt stadium av graviditeten, det andra i femte—sjätte och det tredje i åttonde—nionde månaden,

10 barnmorskekontroller (utan samband med läkarkontrollen), därav en i fjärde och sjätte, två i sjunde, två—tre i åttonde samt fyra gånger i nionde månaden,

1 hembesök hos barnmorska tre å fyra månader före väntad förlossning samt 1 läkarbesök under åttaveckorsperioden efter förlossningen.

Härtill skulle komma en efter det s. k. Reads system anordnad hälsovårdsundervisning med mödragymnastik och övningar i avslappningsteknik, meddelad av barnmorska och sjukgymnast i samarbete och i allmänhet omfattande minst ett 10-tal gånger under graviditeten.

De förslag utredningen framlade beträffande mödravårdens allmänna utformning blev efter proposition (nr 129) till 1955 års riksdag med vissa modifikationer antagna; den av utredningen förordade försöksverksamheten har även kommit till stånd. I propositionen i ämnet förordade dock föredragande departementschefen viss återhållsamhet i fråga om antalet kontrollbesök hos barnmorska, oaktat enligt internationella rekommendationer 14 dylika besök angivits som normalt, medan utredningen stannat vid 10. Beträffande den förordade utvidgningen av eftervården till att omfatta även besök hos läkare fann sig departementschefen, samtidigt som han gav uttryck åt sitt positiva ställningstagande, föranlåten att erinra om sin principiella inställning att stor försiktighet borde iakttagas, när det gällde reformer, som ställde ökade krav på landets resurser på sjukvårdsområdet. Han konstaterade även, att på mödragymnastikens område ett tillräckligt antal utbildade barnmorskor snart skulle finnas att tillgå men att erforderlig tillgång till sjukgymnaster för ändamålet ej stod till förfogande.

En jämförelse mellan det antal besök varje kvinna, som åtnjuter förebyggande mödravård, enligt tab. 4.4 i genomsnitt avlägger hos läkare, sjuksköterska eller barnmorska och de av utredningen uppställda minimikraven för en ändamålsenlig vård vittnar om ett betydande utvecklingsbehov inom vårdgrenen, vartill hänsyn måste tagas vid bedömningen av behovet av sådan medicinalpersonal.

Den *förebyggande barnvårdens* problem har i vissa delar berörts i samband med mödravården. Särskilt gäller detta den *perinatale dödligheten*, som nära sammanhänger med moderns tillstånd under graviditet och förlossning men också med den vård, som meddelas barnet dagarna närmast efter förlossningen, då det i vårt land i regel vistas på förlossningsanstalt. Beträffande dödligheten under första levnads månaden hänvisas till tab. 4.9 och vad i anslutning därtill anförts. Den generellt sett snabba nedgången i *spädbarnsdödligheten* (dödligheten under första levnadsåret) i vårt land framgår av att enligt tab. 4.4 före 1810 denna dödlighet omfattade omkring 200 per 1 000 för att sedan sjunka årtionde för årtionde till en nivå av 17 per 1 000 år 1955, motsvarande ett absolut tal av ca 1 900 för hela riket. Nyss angivna relationstal är det lägsta i världen. Det är emellertid att märka att frekvensen är omkring 50 procent högre för barn utom äktenskap än för barn inom äktenskap. På landsbygden ligger dödlighetstalen för denna ålder icke oväsentligt högre än i städerna. Redan detta vittnar

om att dödligheten inom denna ålder bör kunna icke oväsentligt ytterligare nedbringas. Beträffande frågan hur långt detta kan ske må nämnas att överläkaren vid barnsjukhuset i Göteborg, professor Y. Akerrén i en artikel¹ uttalat, att man inom en inte alltför avlägsen framtid borde för Sveriges del kunna komma ned till en spädbarnsdödlighet av ca 1,5 procent av antalet levande födda. I sammanhanget må framhållas, att man i Göteborg 1953 tillfälligt hade en spädbarnsdödlighet av endast 1,1 procent. Beträffande det gränsvärde, som på längre sikt borde kunna nås, har förutvarande generaldirektören för medicinalstyrelsen, med. dr J. A. Höjer redan 1934 i en artikel² med stöd av vissa amerikanska erfarenheter, enligt vilka spädbarnsdödligheten under särskilt gynnsamma vårdförhållanden legat endast obetydligt över 1 procent, betecknat 1 procent som ett antagligt gränsvärde.³

Föredraganden i ärenden rörande förebyggande barnavård inom medicinalstyrelsen, docenten J. Ström, understryker i en artikel Barnadödlighetens nedgång i Sverige och orsakerna därtill⁴, där han hävdar uppfattningen att en ytterligare reducering av spädbarnsdödligheten bör vara möjlig, att framförallt tidigdödligheten kan nedbringas genom att debiliteten motarbetas och debilvården når ännu bättre resultat samt att även dödligheten i andningsorganens sjukdomar och i infektionssjukdomar kan sänkas.

För nedbringandet av tidigdödligheten är givetvis den i samband med själva förlossningen meddelade vården och barnets omhändertagande under de närmaste dagarna efter födelsen av stor betydelse. Önskvärdheten av att vid förlossningsanstalter tillgång finns till barnläkare och barnavårdsutbildad vårdpersonal har därför mer och mer understrukits. Från barnpsykiatriskt och barnpsykologiskt håll är man även benägen att redan på detta tidiga stadium tillmäta psykiska faktorer — såsom tillfredsställandet av barnets behov av trygghet och ömhet — allt större betydelse även för dess fysiska välbefinnande och fortsatta utveckling.⁵

Lasarettsläkaren F. Karlström⁶ och docenten i pediatrik B. Lindquist⁷ har var för sig visat, att spädbarnsdödligheten hos barn, som inte stått under övervakning genom barnavårdsorgan, under de senaste årtiondena varit sex å sju gånger större än bland de övervakade. Bristsjukdomar hos de överva-

¹ Y. Akerrén: Spädbarnsdödligheten i Sverige och dess bekämpande. Återblick och framtidsperspektiv, Göteborgs universitets årsskrift, vol. 61 (1955), nr 4 s. 8.

² J. A. Höjer: Moderskapshjälp, Svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundets kalender 1954, s. 328.

³ För möjligheterna att nå sistnämnda siffra talar i viss mån en jämförelse, som av en norsk barnläkare Kirsten Uthelm-Toverud gjorts beträffande spädbarnsdödligheten inom de familjekretsar, där för varje tidsperiod optimala sociala och medicinska vårdresurser kan antagas ha förelegat, nämligen de kungliga. 1900—1930 avled under första levnadsåret inom en sådan grupp av 373 levande födda endast 0,8 %.

⁴ Nord. Med. 1953: 50:1285.

⁵ Jfr bland annat vad härom anförts av Sveriges Nationalkommitté av Organisation Mondiale pour l'Education Pré-scolaire (OMEPI) i en den 10 februari 1958 daterad skrift (stencil) Synpunkter och önskemål rörande förlossningsvården.

⁶ Svenska Läk. T. 1950:47:360.

⁷ Nord. Med. 1952:48:1141.

kade har, t. ex. genom D-vitaminprofylax mot engelska sjukan, förebyggts så effektivt, att dessa sjukdomar numera praktiskt taget förekommer endast hos de icke övervakade barnen. Blodbrist och barnkramper är också många gånger vanligare hos de icke övervakade.

En viktig roll i den förebyggande barnvården spelar skyddssympning mot en rad olika sjukdomar. Omfattningen av denna verksamhet belyses av tab. 4.10 (jfr tab. 4.5) angående det procentuella antalet år 1955 skyddsympade barn i olika åldrar av dem, som samma år stod under hälsokontroll inom den förebyggande barnvården.

Tabell 4.10. Antalet vid organ för förebyggande vård 1955 skyddsympade barn i procent av hela antalet vid sådant organ inskrivna barn i samma åldersgrupp.

Aldersgrupp	BCG-vacc.	Skyddskopp- ympn.	Trippelvacc. ¹
0—1 år	88,0	19	36
1-åringar	0,8	18	6
2-åringar	0,6	11	3
3-åringar	0,4	8	2
4—6-åringar	0,7	11	1

¹ Samtidig skyddsympning mot difteri, kikhosta och stelkramp.

Som framgår av det här anförda har den förebyggande spädbarnsvården visat sig vara ett mycket effektivt socialmedicinskt hjälpmedel att förbättra hälsan och minska dödligheten i denna ålder.

Genom hembesök hos barn, vars mödrar icke på eget initiativ anlitar den förebyggande barnvårdens resurser, eftersträvar man — som en ny fas av denna vård — att bereda också denna kategori av barn en bättre omvårdnad.

Småbarnsvården har, som framgår av siffrorna i tab. 4.5, ännu icke utbyggts i på långt när samma omfattning som spädbarnsvården. Denna mycket väsentliga brist i den förebyggande vården beror främst på otillräckliga resurser i fråga om antalet läkare och sköterskor.

Även dödligheten i dessa åldrar har emellertid, såsom framgår av tab. 4.4, starkt nedgått.

Trots dessa fortsatta framsteg är det uppehåll i förebyggande vård, som i det övervägande flertalet fall förekommer mellan spädbarns- och skolåldern, till skada, då ytterligare människoliv skulle kunna sparas och då många sådana fysiska och psykiska hälsobrister, som kan grundläggas i småbarnsåldern, skulle kunna förebyggas genom en mera utbyggd vård.

Ju mera den förebyggande vården utbygges, desto flera uppgifter anmäler sig som angelägna att lösas inom dess ram. En sådan på senare tid alltmera uppmärksammas uppgift är den mentalhygieniska vården, där en betydelsefull insats i förebyggande syfte bör kunna göras, i den mån inom

den förebyggande barnavården verksamma läkare och annan personal får tillfälle att förvärva tillräcklig utbildning för diagnostik och behandling av de fall, som ej är i behov av egentlig specialistvård. Alltmera har också betonats betydelsen av att redan i spädbarns- och småbarnsåldern genomföra en kontroll av sinnesorganen för att på tidigt stadium råda bot på de brister, som kan föreligga, eller — om så ej är möjligt — söka hjälpa barnet till bästa möjliga utveckling trots föreliggande handikap i form av t. ex. syn-, hörsel- eller talrubbingar, som nu ofta ej uppmärksammas förrän i skolåldern. Vad synrubbingarna beträffar har nyligen från oftalmologiskt håll framhållits, att brytningsfelens tidiga upptäckande och behandling är en viktig uppgift för den förebyggande barnavården (Nordlöw och Joachimsson, Vänersborg, vid läkarnas riksstämma 1955). Det har uppgivits att ej mindre än 6 procent av befolkningen skulle vara i behov av ögonvård under de första levnadsåren. Särskilda problem erbjuder kontrollen av hörseln i dessa åldrar. Beträffande undersökningar av såväl detta som andra sinnen eftersträvar man att få fram en enkel »screenings»-teknik, som kan möjliggöra även för läkare utan specialistutbildning på berörda områden att snabbt konstatera sådana brister, som bör föranleda specialistkonsultation. Särskilt på hörselområdet har under det senaste årtiondet utvecklats nya observationsmetoder, som ger väsentligt ökade möjligheter härtill.

En nära samordning mellan den förebyggande vård, som meddelas av barnavårdsorganens läkare med eller utan pediatrik specialistutbildning, och den särskilda specialistvård, som i övrigt kan vara påkallad, är uppenbarligen lättast att få till stånd, om samma huvudman svarar för vårdens olika delar och för tillgången till läkare, sjuksköterskor och annan erforderlig medicinalpersonal inom vårdområdet.

Beträffande den *psykiska barna- och ungdomsvården* såsom särskild vårdgren hänvisas här liksom i kap. 3 till mentalsjukvårdsdelegationens betänkande I, *Psykisk barna- och ungdomsvård* (SOU 1957: 40), varav klart framgår att ett omfattande utbyggnadsbehov, som kräver betydande personalförstärkningar, föreligger på området.

Beträffande *skolhälsovården* gäller, att de periodiska undersökningarna av det allmänna hälsotillståndet sent kom in i skolhygien. Skolläkarnas uppgift var till en början i första hand att verkställa hygienisk tillsyn av skolhuset, dess inventarier och närmaste omgivning, att bekämpa smittsamma sjukdomar och att avgöra om en lärjunge borde delta i gymnastik och andra kroppsövningar. Först så småningom kom skolläkarens arbete för hälsovården inom folkskolan att inbegripa regelbundna undersökningar av lärjungarna. Även när sådana undersökningar började förekomma, föranledde länge flertalet av de sjukdomar och hälsobrister, som uppdagades vid undersökningarna, inga åtgärder i form av fortsatt hälsokontroll. På de flesta håll övade man t. ex. ingen tillsyn över att meddelanden till för-

äldrarna, när sådana utsändes, verkligen ledde till att erforderlig vård kom till stånd. Detta sammanhänge bland annat med att skolläkarna länge fick arbeta utan assistans eller med hjälp av utbildade biträden.

Genom bestämmelser, utfärdade 1944 och senare, har skolhälsovården väsentligt utbyggts och effektiviserats. Under läsåret 1955/56 omfattade verksamheten sålunda 1 020 av de 1 034 skoldistrikten eller 806 278 av folkskolornas 813 902 lärjungar, d. v. s. 99 procent av samtliga. Procenttalet för de av verksamheten omfattade lärjungarna låg i alla län över 92.

Av de 808 eleverna i högre folkskolor omfattades 87 procent och av nomadskolornas 422 elever samtliga av verksamheten. Av de 10 481 eleverna i folkhögskolorna omfattades drygt 75 procent av den statsunderstödda skolhygieniska verksamheten.

Till den effektivisering, som skett, har den medverkan i arbetet, som lämnas av skolsköterskorna, starkt bidragit.

De regelbundna undersökningarna av det allmänna hälsotillståndet vid läroverken skall enligt gällande bestämmelser i allmänhet avse minst varannan klass årligen, så att varje lärjunge blir undersökt åtminstone vartannat år; på sina håll undersökes varje klass årligen. Vid folkskolorna är regeln minst tre undersökningar under ett barns skoltid; en under första och en under sista året, en dessemellan. Vid undersökningarna gjorda fynd meddelas föräldrarna och lärarna jämte råd och anvisningar. Klana barn, som bedömes behöva en tätare undersökning, de s. k. kontrollbarnen, inkallas till särskilda undersökningar efter läkarens bestämmande. Föräldrar, lärare och skolsköterskor kan också föranstalta om förnyad undersökning, när anledning därtill synes föreligga. Hälsoövervakningens effektivitet beror i hög grad på den tid och det intresse skolläkaren kan ägna åt uppgiften. Antalet kontrollbarn växlar t. ex. i olika skolor mellan ett par procent och mer än en tredjedel av alla. Genom årsrapporter och »hälso-kort», som skall följa barnen genom alla skolformer, har skolöverläkaren en viss översikt och kontroll.

Trots skedda förbättringar är man såväl på läkar-, sköterske- och lärarhåll som på målsmannasidan starkt medveten om att vården i realiteten mången gång på grund av bristande tid hos hälsovårdspersonalen blir alltför rutinmässig med risk för att viktiga symptom kan bli förbisedda. Detta har till och med föranlett, att man från läkarhåll ifrågasatt en minskning av antalet undersökningar av folkskolebarn från tre till två gånger under skoltiden. Det är visserligen sant, att med nuvarande resurser härigenom större möjlighet måhända skulle beredas att utöva erforderlig tillsyn på kontrollbarnen, vilket nu ofta försummas. Å andra sidan utgör skolåldern en period av livet, då förebyggande och konstruktiva medicinska åtgärder är av särskild betydelse och kan förväntas ge rikt utbyte. Ur dessa synpunkter framstår det som angeläget att man på längre sikt inriktar sig på en väsentlig utbyggnad av denna vård med regelbunden hälsokontroll under

medverkan av specialister för ett rationellt övervakande av syn- och hörselrubbingar, hållningsfel, talrubbingar, utvecklingsstörningar av skilda slag, dysmenorréer och andra menstruationsbesvär samt framför allt psykiska rubbingar. Den mentalhygieniska vården är — som även starkt understrukits av skolöverläkaren — i särskilt hög grad eftersatt. En ökad mentalhygienisk insats inom skolan kan förväntas i många fall medverka till att underlätta skolarbetet och förbättra studieresultaten. Skolhälsovårdens psykologiskt skolade arbetskrafter har här en väsentlig arbetsuppgift.

Tandvården, som också utgör ett viktigt led av skolhälsovården, behöver ytterligare utvecklas särskilt i vad avser ortodontiska åtgärder (tandreglering) och cariesprofylax.

Som framhållits redan i avsnittet rörande omgivningshygienien bör hälsovårdsundervisningen och undervisningen i bland annat de naturvetenskapliga ämnena samverka med skolhälsovården i att meddela en socialt betonad hälsofostran. Även gymnastikundervisningen har här en viktig uppgift att fylla.

Som framgår av kap. 3 har behovet av hälsovård vid anstalter för olika slag av yrkesutbildning hittills varit ofullständigt täckt. De av skolöverstyrelsen i mars 1958 framlagda förslagen rörande förebyggande hälsovård avser bland annat läroanstalter med för närvarande ca 127 000 elever, vilka står under inseeende av överstyrelsen för yrkesutbildning (yrkeskolor, högre tekniska läroverk, centrala verkstadsskolor, handelsgymnasier m. fl.). Dessutom beröres även förskoleseminarier, lantmanna- och lanthushållsskolor, skogsyrkesskolor, jordbrukets yrkesskolor samt sjöbefälskolor av förslaget. Även utformningen av hälsovården vid folkhögskolor och ungdomsvårdsskolor behandlas i sammanhanget.

Bland de allmänna synpunkter, som i samband med förslagen anföres av skolöverstyrelsen, må nämnas, att skolhälsovården främst skall vara av förebyggande natur, att utbyggnaden av en organiserad sådan vård är särskilt angelägen, då det är fråga om mera långvariga heltidskurser och elever i lägre åldersgrupper samt slutligen att det ur effektivitetssynpunkt är betydelsefullt att utom läkare även skolsköterska medverkar i vården, såvida inte elevantalet vid skolan är för litet för att en sådan organisation skall vara praktiskt genomförbar och lämplig.

Behovet av *hälsokontroll för minderåriga arbetare* började uppmärksammas i en del ledande industriländer redan på 1800-talet. I Sverige föreskrevs en årlig läkarundersökning för denna kategori redan 1901. Som angivits i kap. 3 tillkom dock närmare bestämmelser — vilka numera återfinns i 1949 års författningar om arbetarskydd — först senare. Till införandet av speciella bestämmelser för ungdomsarbetet i de flesta av industriländerna har den efter första världskriget tillkomna internationella arbetsbyrån starkt medverkat. I vissa hälsofarliga yrken råder totalt förbud mot ungdomsarbete.

Ovan nämnda form av hälsokontroll var tidigare helt inriktad på frågan, om den unge skulle få deltaga i visst arbete. Undersökningarna har i mycket få fall medfört att förbud utfärdats mot varje form av deltagande i arbete. År 1953 föreskrevs ändrad sysselsättning för sex procent av 39 179 undersökta minderåriga arbetare. Oftast innebär ordinationen i sådana fall förbud mot deltagande i tungt arbete.

På senare tid har undersökningarna på många håll mer och mer fått karaktär av en allmän hälsoundersökning. Värdet av dem sammanhänger självfallet med den noggrannhet och omsorg, med vilken de utföres. Då förste provinsialläkare är skyldig att i sista hand svara för uppgiften, har sådan läkare stundom av tidsnöd varit nödsakad att bedriva kontrollen på ett alltför rutinmässigt sätt. Där särskild industriläkare funnits, har uppgiften i regel kommit att ingå i dennes åligganden. Fortfarande föreligger ett stort behov av en mera utbyggd och effektiv hälsoövervakning för den ungdom, som tidigt kommer ut i arbetslivet.

En särskild form av hälsokontroll av ungdom utgör — som i kap. 3 nämnts — den speciella *läkarbesiktning av värnpliktiga*, som enligt gällande besiktningskungörelse sker i samband med inskrivningsförrättningarna. Syftet är huvudsakligen att utröna vederbörandes duglighet för militärtjänst och den lämpligaste placeringen av honom i sådan tjänst. Däremot torde det falla utom ramen för undersökningarna att ägna uppmärksamhet åt frågan om de av hälsoskäl friskrivna värnpliktiga kommer i åtnjutande av eventuellt erforderlig läkarvård.

Resultaten av dessa undersökningar år 1945 och år 1955 framgår av tab. 4.11. Enligt dessa uppgifter var år 1955 7 305 eller 17 procent av totala antalet värnpliktsinskrivna endast i begränsad mån dugliga eller helt odugliga till krigstjänst. Inom gruppen rättåriga gällde detta 6 485 eller 16 procent. Beträffande fördelningen av olika kroppsfel och sjukdomar hänvisas till tabellen, av vilken bland annat framgår att — bortsett från ögonsjukdomar och synfel, med vilka 1,9 procent av de 1955 inskrivna rättåriga var behäftade — de somatiska bildningsfelen och sjukdomarna svarade för ett frekvenstal av 10,4 procent, medan psykiska sjukdomar och nervsjukdomar registrerades för 3,8 procent av de sålunda undersökta.

De angivna procentalen är resultatet av delvis godtyckliga gränsdragningar mellan »sjukdom» och »hälsa», där uppfattningen om lämpligheten för militärtjänst — en uppfattning som dessutom kan ha varierat — måste spela en avgörande roll för bedömandet. Med hänsyn till att icke varje hälsobrist gör vederbörande olämplig till militärtjänst och då procentalen endast avser de »rättåriga» — icke de ca 3 000 överåriga — torde man kunna utgå från att dessa tal är för låga för att kunna betraktas som fullständiga mått på den faktiska sjukligheten.

Beträffande jämförbarheten mellan uppgifterna för 1945 och 1955 är att märka att »rättåriga» under det förra året utgjordes av 20-åringar och det

senare året av 18-åringar. I primärmaterialet har gruppindelningen av hälsobristerna något förändrats, varför den i tabellen i detta avseende lämnade redovisningen sålunda icke är helt kongruent för de båda åren.

Tabell 4.11. Antalet prövade värnpliktiga och deras fördelning på besiktningsgrupper 1945 och 1955

Besiktningsgrupp	Antal				Procent			
	Samtliga		därav rättåriga		Samtliga		därav rättåriga	
	1945	1955	1945	1955	1945	1955	1945	1955
Dugliga till krigstjänst								
1. vid samtliga försvarsgrenar...	25 725	21 609	23 232	20 350	51	49	51	51
2. vid viss försvarsgren eller visst truppslag.....	13 662	13 771	12 916	12 959	27	31	28	32
Dugliga till krigstjänst i begränsad omfattning								
3. användbara i vissa fältbefattningar.....	3 821	2 596	3 637	2 388	8	6	8	6
4. ej användbara i fält.....	2 327	1 485	2 112	1 301	5	3	5	3
Odugliga till krigstjänst								
5. tillfälligt.....	2 008	1 604	1 627	1 474	4	4	3	4
6. varaktigt.....	1 685	1 620	1 522	1 322	3	4	3	3
Uppgift saknas.....	805	1 175	799	367	2	3	2	1
Summa inskrivna	50 033	43 860	45 845	40 161	100	100	100	100

Specialredovisning av grupperna 3—6
Endast rättåriga

Kroppsfel och sjukdomar	Antal		Procent	
	1945	1955	1945	1955
Bildnings- och utvecklingsfel.....	465	647	1,0	1,6
Tuberkulos.....	598	361	1,3	0,9
Övriga infektionssjukdomar.....	171	119	0,4	0,3
Ämnesomsättnings- och endokrina sjukdomar.....	214	251	0,5	0,6
Psykiska sjukdomar och nervsjukdomar.....	2 412	1 537	5,3	3,8
Ögonsjukdomar.....	1 210	760	2,6	1,9
Öronsjukdomar.....	456	457	1,0	1,1
Cirkulationsorganens sjukdomar....	681	344	1,4	0,9
Andningsorganens sjukdomar.....	166	265	0,4	0,7
Munhålan, matsmältningsorganens och bukväggens sjukdomar.....	294	275	0,6	0,7
Urin- och könsorganens sjukdomar.	132	129	0,3	0,3
Hudsjukdomar och sjukdomar i bindväven.....	79	82	0,2	0,2
Stödj- och rörelseorganens fel, lyten och sjukdomar.....	1 527	1 086	3,3	2,7
Tillfällig sjukdom (olycksfall) eller svaghet efter sjukdom (olycksfall) m. m.....	493	172	1,1	0,4
Summa	8 898	6 485	19,4	16,1

År 1945 hänfördes 9 841 eller 20 procent av de under året inskrivna till gruppen icke krigstjänst dugliga eller begränsat krigstjänst dugliga; därav var 8 898 »rättåriga».

Under nämnda år blev dessutom av förut inskrivna värnpliktiga, som tidigare ansetts vara krigstjänst dugliga (åtminstone i något vapenslag) 6 940 överförda till grupperna icke eller begränsat krigstjänst dugliga. Av dessa hade 1 052 psykiska sjukdomar eller andra hälsobrister av mental art, 369 ögonsjukdomar och 5 519 andra somatiska sjukdomar. För 1955 saknas uppgifter av motsvarande slag.

En del av de brister, som uppdragas hos de värnpliktiga, torde ha uppstått eller förvärrats efter skoltidens slut. Det förefaller sannolikt, att denna utveckling i åtskilliga fall skulle ha kunnat förebyggas genom en mera utbyggd medicinsk kontroll under perioden mellan skoltidens slut och värnpliktsåldern än den, som nu förekommer. För den kvinnliga ungdomen finns ingen generell hälsoundersökning motsvarande läkarbesiktningen av de värnpliktiga.

Av det föregående har framgått att — som också framhållits i kap. 3 — den systematiska hälsokontrollen är relativt väl utbyggd till och med skolåldern, dock minst för småbarnsåldern (förskoleåldern), men att tillsynen även för dessa åldersgrupper i flera avseenden bör göras mera effektiv. Beträffande ungdom, som överskridit skolåldern, har vidare i det föregående berörts undersökningarna av minderåriga arbetare samt värnpliktsbesiktningarna för manlig ungdom. Ungefär samma ålderskategorier avser den flerstädes föga utvecklade hälsokontrollen för studenter och andra elever vid högre undervisningsanstalter. Redan för den ungdom, som lämnat skolan, framför allt den kvinnliga, är dock — som framställningen visar — behovet av hälsokontroll icke alls eller otillräckligt tillgodosett. Här må framhållas, att betydelsen av sådan ungdomsvård — efebiatrik — på senare tid alltmera uppmärksamats i flera länder, bland annat Sovjetunionen.

Hälsoundersökningar för vuxna

Som i kap. 3 angivits kan periodiska undersökningar av hälsotillståndet eller *hälsokontroll (hälsoinventering) av vuxna* avse (1) *förekomsten av viss eller vissa sjukdomar*, (2) *hälsotillståndet hos viss eller vissa utvalda befolkningsgrupper* eller (3) *hälsotillståndet generellt sett hos befolkningen i dess helhet*. Vid hälsokontroll av sistnämnda slag har framför allt varit fråga om undersökningar, avsedda att så långt hälsotillståndet genom den företagna undersökningen kunnat utrönas, ge varje individ besked om fynden och de åtgärder, som i hälsovårdssyfte framstår såsom motiverade.

Av största intresse är emellertid också undersökningar, direkt inriktade på att införskaffa uppgifter om hälsotillståndet inom olika delar av befolkningen, sjukdomsförekomst och sjuklighetsfrekvens etc., vilka kan vara av

värde såväl ur vetenskaplig synpunkt som för bedömandet av utbyggnadsbehoven inom olika områden av hälso- och sjukvård. Här står sålunda det vetenskapligt-statistiska och planeringsmässiga ändamålet i förgrunden medan det individuellt hälsovårdande syftet, i den mån ett sådant finnes och blir tillgodosett, mera får karaktär av en biprodukt. Hit hör sjuklighetsundersökningar i form av enkäter till representativt valda delar av befolkningen, i lämplig omfattning följda av kontrollundersökningar. Denna typ av undersökningar har bedrivits på vissa håll bland annat i USA, England och Danmark. Några helt motsvarande undersökningar har ej skett i Sverige. Avsikten är att det omfattande material, som efter den allmänna sjukförsäkringens genomförande finns att tillgå hos sjukkasorna, efterhand skall bli föremål för statistisk bearbetning, bland annat i syfte att belysa sjuklighets- och sjukdomsförhållandena i vårt land. De statistiska undersökningar, som hittills gjorts med användande av sådant material, har dock inriktats på andra frågeställningar. I yttrande den 21 september 1955 över betänkande med förslag angående sjukförsäkrings- och yrkesskadestatistiken (stencil) har vi starkt understrukit behovet av ökade kunskaper om sjukligheten och sjukdomsförekomsten i landet samt framhållit att detta behov icke kan tillgodoses enbart genom bearbetning av sjukkasematerial.

Som nämnts i vår skrivelse till statsrådet och chefen för inrikesdepartementet har docenten i statistik vid Stockholms högskola T. Dalenius tillkallats att såsom expert biträda oss med utarbetande av redogörelse för vissa i andra länder utförda sjuklighets- och sjukdomsundersökningar på stickprovsbasis. På grundval härav samt det material, som i övrigt kan stå till förfogande, avser vi att i ett senare betänkande söka åstadkomma en på expertmässiga statistiska och medicinska bedömanden grundad värdering av olika slag av hälsoundersökningar av denna typ.

Undersökningar i ovan angivna syfte kan även inriktas på en speciell sjukdom eller sjukdomsgrupp. Sålunda har mentalsjukvårdsdelegationen låtit göra en Gallupundersökning för utrönande av frekvensen av vissa psykiska sjukdomar och sjukdomstillstånd i Stockholm samt även genom andra typer av undersökningar sökt skaffa sig underlag för bedömandet av utbyggnads- och differentieringsbehovet inom mentalsjukvården. Som exempel på undersökningar, syftande till att utröna behovet av särskilda vårdåtgärder, kan nämnas en av lasarettsläkaren, med. doktorn J. A. Bjure 1943 gjord enkät, avseende reumatiker i Västmanlands län¹, samt en av docenten G. Biörck redovisad, 1953 utförd efterundersökning av fall av reumatisk feber, reumatisk hjärtsjukdom och vissa därmed jämförliga sjukdomar, vilka åren 1930—50 vårdats på Malmö allmänna sjukhus.²

Det centrala cancerregister, som enligt nyligen av statsmakterna fattat beslut skall föras på medicinalstyrelsens statistiska avdelning, kommer att

¹ Svenska Läk. T. 1946:43:693.

² Acta rheum. scand. 1955:1:119

bli en viktig källa till ökad kunskap om frekvensen av kräftsjukdomar i olika åldersgrupper m. m. och väntas kunna ge värdefulla upplysningar för bekämpandet av dessa sjukdomar.

I det följande skall huvudsakligen behandlas vissa hälsoundersökningar och likartade åtgärder, där det förebyggande syftet framstår som det primära.

Bland hälsovårdande åtgärder särskilt inriktade på att förebygga och bekämpa vissa sjukdomar har i kap. 3 som en av de viktigaste berörts *dispensärverksamheten för bekämpande av tuberkulos*. Organisationen härför kom till under en tid då tuberkulosen var betydligt mera spridd än nu, den allmänna levnadsstandarden och bostadshygienen vida sämre och då många patienter på grund av platsbrist vid sanatorierna måste vårdas i hemmen.

I Sverige har kurvan för tuberkulosdödligheten sjunkit praktiskt taget kontinuerligt sedan tiden efter första världskriget, dock något långsammare under andra världskriget men därefter åter i snabbare takt. Med nedgången i tuberkulosdödligheten har även följt en minskning av sjukligheten i tuberkulos, vilken dock ej varit lika snabb.

Medan den totala tuberkulosdödligheten per år 1910—1920 låg vid i genomsnitt ca 20 per 10 000 invånare, 1920—1930 vid 15, 1930—1940 vid närmare 10 och 1945 vid omkring 6 hade den 1955 nedgått till 1 per 10 000 invånare. Jämfört med förhållandet 1947, då mortalitetskurvan visar en relativt tvär nedgång, hade mortaliteten 1955 sjunkit till mindre än en femtedel eller med drygt 80 procent medan morbiditeten under samma period minskat från 14 till något under 10 per 1 000 invånare eller med knappt 30 procent och antalet i tuberkulos nyinsjuknade från 2,2 till 0,9 per 1 000 invånare eller med nära 60 procent.

En väsentlig roll för sänkningen av mortaliteten har de nya kemoterapeutiska metoderna och den lungkirurgiska behandlingen spelat. Då behandlingen emellertid, även om den leder till en påtaglig förbättring, i många fall icke medför definitiv läkning, erhålles ett växande antal fall av tuberkulos i högre åldrar, vilket av allt att döma kommer att ge sin prägel åt framtidens tuberkulosvård. När trots detta en absolut sänkning skett även av morbiditetssiffrorna beror det på en annan omständighet; genom den smitteliminering, som blir följden av behandlingen, reduceras påtagligt riskerna för tuberkulös primärinfektion, och resultatet härav har, som framgår av tab. 4.12, visat sig i en snabb nedgång i frekvensen av barn- och ungdomstuberkulos.

Den sjunkande tuberkulosmorbiditeten visar sig bland annat i den successivt avtagande efterfrågan på tuberkulosplatser vid våra sanatorier. Under den senaste femårsperioden har sålunda antalet A-platser för tuberkulosvård reducerats med 877 och antalet B-platser med 628. Utöver de sanatorier som redan indragits (Spenshult och Hålahult) beräknas ytterligare

Tabell 4.12. Under åren 1947 och 1956 utskrivna patienter (inklusive avlidna), som för första gången vårdats för tuberkulos på tuberkulosjukvårdsanstalt, fördelade efter ålder vid intagningen, jämte på grundval härav beräknad intagningsfrekvens (per 1 000 män resp. kvinnor i resp. åldersgrupper). Enligt uppgifter från svenska nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar

Ålder	1947				1956			
	Män		Kvinnor		Män		Kvinnor	
	Antal	per 1 000 inv.	Antal	per 1 000 inv.	Antal	per 1 000 inv.	Antal	per 1 000 inv.
Under 5 år	123	0,38	95	0,31	13	0,05	6	0,02
5—9 »	188	0,85	173	0,82	28	0,09	29	0,10
10—14 »	162	0,77	162	0,79	30	0,09	35	0,12
15—19 »	345	1,49	457	2,30	117	0,49	122	0,53
20—24 »	609	2,21	617	2,30	166	0,77	183	0,85
25—29 »	488	1,86	587	2,30	194	0,83	231	1,00
30—34 »	340	1,22	377	1,40	245	0,94	208	0,81
35—39 »	282	1,05	260	0,98	251	0,90	190	0,70
40—44 »	242	1,00	198	0,81	217	0,80	147	0,55
45—49 »	210	0,98	122	0,55	272	1,00	112	0,42
50—54 »	162	0,87	110	0,55	262	1,09	119	0,49
55—59 »	176	1,05	101	0,70	193	0,92	85	0,39
60—64 »	118	0,84	67	0,44	158	0,91	94	0,49
65—69 »	99	0,84	74	0,57	118	0,83	67	0,42
minst 70 »	96	0,53	102	0,46	172	0,73	130	0,46
Summa	3 640	1,11	3 502	1,06	2 436	0,67	1 758	0,48

några kunna nedläggas under de närmaste åren. Enligt en nyligen verkställd undersökning¹ skulle för närvarande av samtliga 7 385 platser på de kvarvarande sanatorieavdelningarna endast ca 4 600, d. v. s. 62 procent, vara belagda med tuberkulosfall.

Till den minskade omfattningen av sanatorievården bidrar — utom den sjunkande morbiditeten — den förkortning av vårdtiden, som ofta kan åstadkommas genom de nya mera aktiva behandlingsmetoderna. Som framhållits i kap. 3 har dessa metoder också lett till att vården i många fall med fördel förlägges till avdelning vid eller ansluten till centrallasarett.

Även dispensärverksamheten har under den senast förflutna 10-årsperioden undergått betydande förändringar.

Arbetets omfattning och uppgifternas fördelning på central- och distriktsdispensärer 1947 och 1956 belyses av tab. 4.13.

Av tabellen framgår att arbetsbelastningen sådan den kommer till uttryck i antal besök och utförda röntgenundersökningar ökat ganska kraftigt under perioden för centraldispensärernas del, vilket delvis förklaras av att de allmänna skärmbildsundersökningarna lett till upptäckten av flera fall,

¹ Jfr docent S. Löfgren: Lungtuberkulosvårdens inordnande under allmän lungsjukvård, Kvartalsskrift utg. av svenska nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar, 1957 häfte 2.

Tabell 4.13. Under åren 1947 och 1956 företagna undersökningar och åtgärder vid central- och distriktsdispensärer

	1947	1956
Vid centraldispensärer		
Antal undersökta nytillkomna personer.....	113 792	154 479
Antal kontrollundersökta personer.....	74 304	102 794
Antal kontrollundersökningar.....	184 886	174 123
Antal röntgenundersökningar.....	407 591	577 163
därav dispensärklientel.....	261 948	328 602
massundersökningar.....	145 643	248 561
Vid central- och distriktsdispensärer		
Antal BCG-vaccinationer.....	131 342	99 012
därav dispensärklientel.....	40 470	11 695
massundersökningar.....	90 872	87 317
Antal TB-undersökningar.....	30 808	32 509
Enl. distriktsdispensärernas berättelser		
Antal hembesök av disp.-sköterska.....	176 681	113 614
Antal omhändertagna barn.....	5 188	1 714
Antal läkarundersökningar.....	156 104	94 309

som ansetts kräva undersökning och kontroll vid centraldispensär. Däremot har en tillbakagång i fråga om antalet läkarundersökningar skett vid distriktsdispensärerna; även antalet hembesök av dispensärsköterska har minskat.

På en del håll har minskningen av besöksantalet vid distriktsdispensärer till och med gått så långt att det icke längre anses rationellt att hålla särskilda mottagningar för dispensärklientelet. I skrivelse den 19 april 1956 till samtliga landstings hälsovårdsstyrelser har medicinalstyrelsen meddelat att styrelsen med hänsyn till den minskade tuberkulosfrekvensen icke hade något att erinra mot att, där så prövades lämpligt, de särskilda distriktsdispensärmottagningarna slopades och dispensärklientelet i stället hänvisades till vederbörande tjänsteläkares ordinarie mottagning, under förutsättning att statsbidrag för det på sådant sätt organiserade distriktsdispensärväsendet icke rekviderades. Detta medgivande torde dock hittills endast ha begagnats av ett mindre antal läkare; i Blekinge län har dock de särskilda distriktsdispensärmottagningarna på senare tid slopats. I den mån personer, tillhörande dispensärklientelet, besöker tjänsteläkarnas vanliga mottagningar torde de icke erhålla fri vård som vid de särskilda dispensärmottagningarna utan få erlægga arvode såsom för sjukvård.

Av det anförda framgår att dispensärorganisationen är i behov av en översyn med hänsyn till den sjunkande tuberkulossjukligheten och den minskande omfattningen av distriktsdispensärernas verksamhet. Även gällande statsbidragsbestämmelser framstår som föråldrade.

Vid en omprövning av dispensärverksamhetens arbetsformer måste beaktas att även om tuberkulossituationen i dag är gynnsammare än tidigare tuberkulosen dock alltjämt är ett betydande folkhälsoproblem och att beredskapen på detta område inte får slappna. Under exceptionella förhållan-

den såsom i händelse av krig eller flyktinginvasion aktualiseras självfallet behovet av en utbyggd tbc-kontroll. Även anlitaandet av utländsk arbetskraft under fredliga förhållanden kan innebära risker, som motiveerar en sådan kontroll. Men framför allt har vi alltjämt och under avsevärd tid framåt att räkna med ett stort klientel långvariga tuberkulosfall, som kräver omvårdnad och på rehabilitering inriktade åtgärder för egen del och som nödvändiggör observation med hänsyn till risken för smittspridning.

På tbc-diagnostikens område har — som nämnts i kap. 3, där även verksamhetens omfattning angivits — utom dispensärverksamheten den tidigare berörda *systematiska skärmbildsundersökningen av hela befolkningen* spelat en viktig roll. Genom denna har inte endast tuberkulosfall upptäckts utan även ett betydande antal andra sjukdomsfall såsom hjärtsjukdomar och icke tuberkulösa lungtumörer.

De nya behandlingsmetoderna vid tuberkulos har medfört ett ökat behov av medicinska rehabiliteringsåtgärder, varvid bland annat särskild sjukgymnastik för inlärandet av speciell andningsteknik stundom är nödvändig. I fråga om sådana rehabiliteringsåtgärder som sysselsättnings- och arbetsterapi liksom egentlig arbetsvård är det angeläget att — så långt detta låter sig göra — söka samordna verksamheten för tbc-sjuka med den, som bedrivs för andra grupper.

Det har av det föregående framgått att tuberkulosen inte längre intar samma särställning i förhållande till andra sjukdomar som tidigare. Denna utveckling har bland annat föranlett svenska nationalföreningen mot tuberkulos att utvidga sin verksamhet till nya områden, vilket kommit till uttryck i förändringen av dess namn till svenska nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar.

Icke minst på *reumatikervårdens* område har behovet av samordnade medicinska och sociala åtgärder gjort sig allt starkare gällande. Försök har bland annat gjorts i Västmanlands läns landstingsområde och vid Södersjukhuset i Stockholm att få till stånd en form av dispensärverksamhet för reumatiker. I Västmanland har för denna vård bland annat anställts särskilda sjukgymnaster.

Vissa problem har vållats av den särställning reumatikervården intar inom hälso- och sjukvårdsorganisationen genom att en stor del av densamma tillhör den av pensionsstyrelsen sedan 1914 bedrivna verksamheten till förebyggande och hävande av invaliditet. Flera statliga kommittéer har kritiserat systemet med en av ett särskilt ämbetsverk i egenskap av försäkringsorgan handhavd sjukvårdsverksamhet, vilken är fristående i förhållande till den vård, som sjukvårdshuvudmännen i övrigt bedriver. Bland annat har det ansetts vara förenat med betydande olägenheter att beläggningen av vårdplatser sköts centralt, huvudsakligen på grundval av skriftligt utredningsmaterial. Senast har frågan tagits upp av riksdagens revisorer i

berättelsen över den år 1956 av dem verkställda granskningen angående statsverket (§ 16). Revisorerna har däri uttalat, att allmän enighet synes råda om att pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet i princip skall upphöra.

Sedan frågan varit föremål för riksdagens prövning har åt en särskild utredning uppdragits att enligt av Kungl. Maj:t den 5 april 1957 meddelade direktiv genom förhandlingar med vederbörande sjukvårdshuvudmän bland annat utröna förutsättningarna för att överföra den till lasarettsavdelningar förlagda delen av den av pensionsstyrelsen bedrivna sjukvården på ifrågasvarande huvudmän. I direktiven understryks betydelsen av att invalidpensioneringens intressen — liksom överhuvud taget rehabiliteringssynpunkter — beaktas. Vid utredningsarbetet borde samråd äga rum med utredningen för utarbetande av en plan för den specialiserade kroppssjukvårdens utbyggnad räjongvis m. m.

I tidigare sammanhang har bland de sjukdomar, vilkas spridning man sedan länge sökt begränsa genom hälsokontrollerande åtgärder, särskilt nämnts *könssjukdomarna*. I vårt land bedrivs sedan länge könssjukvård vid särskilda polikliniker som en av det allmänna bekostad vårdgren, omfattande såväl kurativa som förebyggande åtgärder. Vidare ingår kontroll i detta avseende i bland annat den förebyggande mödravården, då det är av största vikt för barnet att sådan infektion hos modern kommer under behandling på tidigt stadium av havandeskapet.

I Sverige finnes ingen motsvarighet till den verksamhet, som i vissa andra länder — framför allt USA — bedrivs för att genom speciella undersökningar i förebyggande syfte uppspåra tidiga fall av t. ex. *diabetes* och *cancer*. Genom sådana i större skala bedrivna undersökningar i fråga om diabetes har man i USA funnit mer än en procent av befolkningen vara i behov av dietråd med hänsyn till påvisade sjukdomstecken.

Stora ansträngningar har i USA även nedlagts på att bringa kräftsjukdomarna under kontroll. 1937 öppnades en särskild klinik för förebyggande av cancer hos kvinnor i New York och sedermera har ett stort antal »Cancer Detection Clinics» anordnats på olika håll. Erfarenheterna vid dessa har visat, att vid den första gynekologiska undersökningen av ett klientel flertalet varit i behov av behandling för godartade svulster eller inflammatoriska tillstånd, medan 1—8 procent befunnits ha cancer. Att frekvensen av sjukdomsfall var så stor har ansetts bero på, att till klinikerna sökte sig ett förhållandevis stort antal personer, som var medvetna om, att de hade vissa misstänkta symptom. Under den fortsatta verksamheten upptäcktes ett väsentligt mindre antal nya fall. Med ledning av gjorda erfarenheter rekommenderades personer under 40 år att låta undersöka sig en gång och personer över 40 år två gånger årligen.

Metodiken för förebyggande cancerundersökningar anses ännu otillräckligt standardiserad och bedömningen av undersökningsresultaten vansk-

lig, när det gäller att avgöra om vissa fynd kan vara förebud till en malign sjukdom. Den cytologiska diagnostiken befinner sig emellertid under stark utveckling och anses på många håll motivera inrättandet av särskilda cytologiska laboratorier. Samtidigt pågår även på andra områden ett intensivt forskningsarbete för att finna för massundersökningar lämpade metoder för tidig diagnostik av cancer.

Som förut berörts har i Sverige nyligen beslutats upprättande av ett särskilt cancerregister, som kommer att ge en bild av utbredningen av hit hörande sjukdomar i vårt land. Däremot har här tiden ännu ej ansetts mogen att bedriva systematisk periodisk kontroll inom vissa åldersgrupper i syfte att förebygga eller uppspara tidiga fall av maligna tumörer.

Beträffande andra förekommande former av speciellt inriktad hälso-kontroll — avseende t. ex. *yrkessjukdomar, strålnings-skador vid radiologiskt arbete eller rubbningar i synskärpan eller av färgperceptionen hos vissa yrkesutövare* — hänvisas till kap. 3.

När det gällt att organisera hälsoundersökningar och annan *förebyggande vård för vissa grupper inom befolkningen* har en utvecklingslinje varit att i första hand söka nå individen i relation till familjen och hemmet (distriktsvård, dispensärvård, förebyggande mödra- och barnavård, familjerådgivning etc.). Vid mera tekniskt betonade undersökningsformer, som t. ex. skärmbildsundersökningarna, har av praktiska skäl ofta till utgångspunkt tagits sådana lokala enheter som bostadskvarteret eller stadsdelen. För skolhälsovården utgör det kollektivt skolans elever bildar den naturliga enheten. I dagens samhälle är på samma sätt för den vuxna delen av befolkningen ofta arbetskollektivet den enhet, för vilken förebyggande vård liksom vissa former av kurativ vård bäst låter sig organiseras.

Inom *industrihälsovården* har tidigare den rent tekniska kontrollen, avsedd att undanröja risker för olycksfall och yrkessjukdomar, tillmätts den största betydelsen och även den medicinska kontrollen var från början — i den mån den förekom — huvudsakligen inriktad på förebyggande och vård av sådana fall. Sålunda var det — vid sidan av minderåriga arbetare inom industrin — först arbetarna inom vissa s. k. farliga yrken, som underkastades periodiska undersökningar. Bestämmelser har tid efter annan utfärdats om dylika undersökningar av vissa yrkesgrupper utsatta för risk för förgiftningar eller andra skador. För närvarande är i vårt land periodiska undersökningar föreskrivna för arbetare, utsatta för risken att drabbas av silikos eller förgiftning av bly eller benzol. Arbetarskyddsstyrelsen har att i samråd med medicinalstyrelsen bestämma intervallet mellan de periodiska undersökningarna i farliga yrken. Även arbetsmarknadens organisationer har ägnat stort intresse åt dessa frågor, vilket bland annat resulterat i ett av svenska arbetsgivareföreningen och landsorganisationen år 1942 inrättat organ, arbetarskyddsnämnden. Även detta organ har emellertid i

första hand inriktat sig på olycksfallsriskerna medan de allmänt medicinska frågorna mindre uppmärksammats.

Erfarenheterna från såväl det första som det andra världskriget väckte i de krigförande länderna ökad insikt om hälsokontrollens betydelse för en effektiv industriell drift.

I en stencilerad skrift, Företagshälsovård, utarbetad av professorn Sven Forssman år 1954 för svenska arbetsgivareföreningen, har starkt framhållits fördelarna av periodisk hälsokontroll ur företagens egen synpunkt:

Verkan av industrihälsovård och industrisjukvård inom företaget kan avläsas i minskad sjukfrånvaro, minskad olycksfallsfrekvens och minskat antal yrkesjukdomar, kraftig minskning av antalet förlorade dagar genom olycksfall på grund av den tidigare återplaceringen samt minskad personalomsättning.

Enligt en inom arbetsgivareföreningen gjord sammanställning av företagsläkarens arbetsuppgifter bör det åligga företagsläkare att utföra regelbundna läkarundersökningar av vissa grupper, t. ex. minderåriga, personer över 50 år, anställda utsatta för yrkesrisker m. fl. Regelbundna undersökningar angives böra begränsas till att omfatta sådana grupper. Vid planerandet av undersökningarna tillrådes ett noggrant övervägande av frågan om »lönsamheten», d. v. s. huruvida ett eventuellt vunnet resultat av en dylik hälsokontroll kan förväntas motsvara gjorda uppoffringar i form av insats av arbetskraft m. m. Härom anföres i den ovan nämnda skriften om företagshälsovård bland annat följande.

Erfarenheten har visat att det är fördelaktigt att begränsa de regelbundna undersökningarna till att söka upptäcka en särskild sjukdom i tidigt stadium med metoder, som lämpar sig för massundersökning, t. ex. skärmbildsundersökning vid bekämpande av tuberkulos, eller begränsa undersökningen till vissa personalgrupper på grund av deras yrkesrisker eller sjuklighetsfrekvens.

I skriften beröres även fördelen för såväl företaget som de anställda av en med hälsovårdsarbetet samordnad industrisjukvård.

De kunskaper och erfarenheter, som en företagsläkare erhåller om arbetsförhållandena, och den kännedom om de anställdas hälsa, som han förvärvar vid nyanställningsundersökningen och regelbundna undersökningar, kunna bli till nytta för såväl de anställda som företaget, då härigenom redan på ett tidigt stadium eventuella sjukdomar upptäckas och komma till behandling. Det är därför lämpligt att sammankoppla företagshälsovård med sjukvård i viss omfattning.

En betydande utveckling har på senare år skett av industrihälsovården. Ett flertal företag i vårt land har gjort stora insatser på området. Under tider av hög sysselsättningsgrad har härigenom även partiellt arbetsföra och andra personer med handikap kunnat tillvaratagas i produktionen på ett sätt, som måhända icke annars varit möjligt. Å andra sidan kan vid lägre sysselsättningsgrad en viss intressebetsättning göra sig gällande mellan arbetsgivarnas — och då icke minst storföretagens — strävan att genom särskild läkarkontroll undvika anställandet av arbetskraft med vissa hälso-

brister och å andra sidan arbetstagarnas och samhällets intresse av att finna sysselsättning för sådan arbetskraft just på större arbetsplatser där mångfalden av olikartade arbetsuppgifter kan ge särskilt goda möjligheter till en placering, lämpad efter de individuella förutsättningarna.

I samband med den allmänna sjukförsäkringens ikraftträdande fann många arbetsgivare det mindre fördelaktigt att bedriva industrihälsovård i samma omfattning som tidigare, då enligt 19 § 2 st. sjukförsäkringslagen i många fall ingen ersättning av statsmedel ansågs kunna utgå för de med vården förenade kostnaderna. Frågan härom hänsköts emellertid till utredningen om socialförsäkringen, som avgav förslag till ändrad reglering. I anslutning till av Kungl. Maj:t meddelade föreskrifter har riksförsäkringsanstalten i cirkulär till de allmänna sjukkassorna nr 7, 1956, meddelat, att, där arbetsgivare, som anordnar läkarvård eller vidtager andra sjukvårdande åtgärder, också träffar åtgärder av hälsovårdande natur, gottgörelse från sjukkassa må »bestämmas till högst hälften av hans sammanlagda nettokostnader för sjuk- och hälsovårdande åtgärder, så framt minst hälften av dessa kostnader kan antagas belöpa på de sjukvårdande åtgärderna». När sjukvårdskostnaden understiger hälften av de sammanlagda nettokostnaderna, skall gottgörelsen jämkas nedåt i minst motsvarande mån. Genom dessa bestämmelser har samhället visat sitt intresse för en utbyggnad av industrihälsovården.

Beträffande frågan om industrihälsovårdens ställning i övrigt kan nämnas att man i Norge ser de periodiska undersökningarna inom industrin som en del av de allmänna strävandena för en bättre folkhälsa, vilken bör koordineras med annan förebyggande vård. Det allmänna är där inkopplat bland annat genom att helsedirektoratet deltar i tillsättningen av industri-läkartjänster. I England har man de senaste åren allt mer börjat ägna intresse åt frågan hur industrihälsovården skall kunna på bästa sätt integreras i den allmänna hälsovårdsorganisationen.

Då industrihälsovården nu håller på att utbyggas i vårt land är det å ena sidan angeläget, att den icke för tidigt bindes i former, som kan hämma dess utveckling, medan det å andra sidan är önskvärt att den erhåller en sådan utformning att den på längre sikt låter sig på ett tillfredsställande sätt inordna i den allmänna hälsovårdsplaneringen. Sistnämnda synpunkt talar för att viss kontakt bör hållas med huvudmännen för annan hälso- och sjukvård. Härigenom kan även beredas ökade möjligheter att på ett rationellt sätt utnyttja de olika kategorierna av medicinalpersonal. Det synes även rimligt, att medicinalstyrelsen som hälso- och sjukvårdens centralorgan i viss utsträckning bör medverka vid bedömningen av utbildnings- och kompetensfrågor rörande för industrihälsovård anställd medicinalpersonal.

Även för företagen själva måste i många fall industrihälsovårdens inlemmande i ett större sammanhang vara av värde. Mycket stora industrier

Tabell 4.14. Dödligheten i olika åldersgrupper i vissa länder

Åldersklass ¹	Män							Kvinnor						
	Danmark	Sverige		Norge	Nederländerna	England o. Wales	Nya Zeeland	Danmark	Sverige		Norge	Nederländerna	England o. Wales	Nya Zeeland
	1954	1954	1955	1955	1955	1955	1955	1954	1954	1955	1955	1955	1955	1955
0	30,9	21,9	19,4	22,8	23,2	28,8	24,2	22,1	15,1	15,4	18,3	17,6	21,9	17,2
1—4	1,4	1,1	1,2	1,5	1,4	1,0	1,3	1,1	0,9	0,8	1,1	1,1	1,0	1,2
5—9	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,5	0,5	0,3	0,4	0,5	0,3	0,4	0,4	0,3
10—14	0,3	0,5	0,5	0,6	0,5	0,4	0,5	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
15—19	0,9	0,9	1,0	1,0	0,7	0,9	1,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
20—24	1,4	1,3	1,2	1,2	1,0	1,2	1,7	0,4	0,5	0,6	0,4	0,5	0,5	0,7
25—29	1,2	1,2	1,2	1,3	1,0	1,1	1,3	0,9	0,8	0,7	0,7	0,6	0,8	0,6
30—34	1,4	1,4	1,4	1,5	1,2	1,4	1,5	1,1	1,0	0,8	0,9	0,9	1,1	0,8
35—39	1,9	1,9	1,9	2,0	1,5	1,9	2,2	1,5	1,4	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4
40—44	2,7	2,7	2,6	2,6	2,4	3,1	2,8	2,3	2,1	2,1	1,8	1,9	2,3	2,1
45—49	4,7	4,4	4,1	3,8	4,4	5,4	5,0	4,0	3,3	3,2	2,7	3,0	3,7	3,7
50—54	7,6	6,7	6,7	5,9	7,1	10,1	8,8	5,4	5,1	5,2	4,2	4,6	5,7	6,3
55—59	11,8	11,1	11,7	11,3	11,4	17,1	15,1	8,7	8,0	7,9	6,4	7,4	8,7	8,3
60—64	19,6	18,0	18,6	16,6	18,2	28,0	23,0	13,8	13,5	12,7	10,8	12,2	14,3	14,0
65—69	29,8	30,4	29,1	25,7	28,6	44,0	37,2	24,6	23,4	22,5	19,3	21,9	24,3	24,4
70—74	50,0	49,9	48,4	41,1	47,0	67,7	57,4	43,7	41,4	40,2	32,7	40,4	42,2	38,1
75—79	82,0	80,4	..	..	80,3	109,1	90,4	76,7	71,7	..	..	69,8	72,4	69,7
80—84	137,7	135,5	..	..	131,3	168,0	129,6	130,1	128,1	..	..	120,9	125,6	108,9

¹ I 0-gruppen redovisas antalet döda under första levnadsåret per 1 000 levande födda, medan siffrorna för övriga åldersklasser avser antalet döda per 1 000 invånare i vederbörande åldersklass.

[Källor: Statistisk Årsbok 1956 och 1957. FN:s Demographic Yearbook 1956. Statistisk Årbok for Norge 1957.

och företag kan visserligen själva skapa en organisation för sin hälso- och sjukvård. För de mindre företagen ställer sig detta väsentligt svårare och en förutsättning torde ofta vara samhällets medverkan, inte blott ekonomiskt via sjukförsäkringen utan även genom att en av det allmänna anställd läkare får ägna en del av sin tid åt läkarvård i företagets tjänst. Härvid är att märka, att behovet av förbättrad hälsovårdstillsyn vid de mindre arbetsplatserna torde vara minst lika eller mera trängande än vid de större företagen. Bestämmelsen i allmänna läkarinstitutionen § 9 att förste provinsialläkaren vid sin tillsyn å hälsovårdsförhållandena skall ägna särskild uppmärksamhet åt industriella anläggningar med större arbetsstyrka förefaller med hänsyn härtill mindre tidsenlig.

Det är även i övrigt önskvärt att i samband med utbyggandet av industrihälsovården och annan arbetsplatsernas hälsovård närmare klarlägges hur uppgifterna i fråga om vård och tillsyn lämpligen bör fördelas och samarbetet ske mellan ämbets- och tjänsteläkarna, yrkesinspektionens läkare och de direkt av företagen anställda läkarna.

I det föregående har berörts de viktigaste former, vari förebyggande vård finns anordnad i vårt land. Av framställningen framgår, att för betydande befolkningsgrupper — t. ex. stora delar av landsbygdens befolkning, hus-

Tabell 4.15. Återstående medellivslängd i vissa länder

	Män i åldern				Kvinnor i åldern			
	0	15	50	65	0	15	50	65
Sverige 1946—50.....	69,0	56,8	25,0	13,5	71,6	58,7	26,3	14,3
1951—55.....	70,5	57,8	25,5	13,8	73,4	60,2	27,1	14,8
Norge 1946—50.....	69,3	57,9	26,4	14,7	72,7	60,4	28,0	15,6
1951—55.....	71,1	58,8	26,6	14,9	74,7	61,8	28,6	16,0
Danmark 1946—50.....	67,8	56,9	25,1	13,6	70,1	58,4	26,1	14,2
Nederländerna 1950—52.....	70,6	58,5	25,9	14,1	72,9	60,2	27,1	14,7
England o. Wales 1954.....	67,6	55,1	22,6	12,0	73,1	60,2	27,2	15,0
Nya Zeeland, vita 1950—52.....	68,3	55,8	23,8	12,9	72,4	59,5	26,7	14,8
U.S.A., vita 1954.....	67,4	55,0	23,4	13,1	73,6	60,7	27,7	15,7

Källor: Se tab. 4.14. Dessutom: Statistical Abstract of the United States 1957 samt från Statistisk centralbyrå i Norge skriftligen erhållna uppgifter.

mödrar och andra hemarbetande samt åldringar — en organiserad hälso-kontroll endast undantagsvis, såsom vid de länsvis genomförda skärmbildsundersökningarna, förekommit.

Det är i detta sammanhang av intresse att närmare studera dödlighetsstatistiken för olika åldersgrupper.

Jämför man dödlighetstalen inom »grova» åldersgrupper (i regel 5-årsintervaller) i Sverige med motsvarande uppgifter i de länder i världen, som i stort sett visar de lägsta siffrorna i detta avseende (tab. 4.14), bekräftas, att Sverige har den allra lägsta spädbarnsdödligheten. Dessutom har Sverige den lägsta dödligheten för flickor i åldersklassen 1—4 år. Vad gäller gossar i åldern 1—4 år och både män och kvinnor i de allra flesta övriga åldersgrupper är det däremot ett eller flera andra länder, som visar ännu något lägre siffror än Sverige. Särskilt Nederländerna och Norge företer i många fall låga tal jämfört med Sverige. Att det finns länder, som i stort sett uppvisar åtminstone lika förmånliga förhållanden som Sverige, bekräftas av uppgifterna i tab. 4.15 om återstående medellivslängd (= den genomsnittliga livslängd som återstår, om de under angivna år observerade dödsriskerna i enskilda åldersgrupper skulle förbli oförändrade). Emellertid får större avseende icke fästas vid mindre differenser; bland annat är att märka att uppgifterna om befolkningens åldersfördelning i vissa länder, t. ex. USA, icke torde vara fullt exakta.

Att det i huvudsak blott är i fråga om dödligheten under första levnadsåret och — delvis — under åldrarna 1—4 år, som Sverige visar de mest gynnsamma talen, och att det i högre åldrar vanligen är några länder, som företer ännu bättre siffror än Sverige, kan delvis tänkas bero på att det i vårt land skulle räddas en del svaga individer under spädbarns- och småbarnsstadier, och att dessa sedan påverkar dödligheten under följande åldrar i något ogynnsam riktning. Men även om en sådan förklaring möjligen skulle äga en viss giltighet förefaller det inte sannolikt att den anger hela orsakssammanhanget, ty om de i jämförelse med ett par andra länder

något ogynnsamma dödlighetstalen i Sverige i åldersgrupperna 5—9 år och däröver enbart berodde på att svaga individer överlevt från späda år, så skulle man förvänta att den låga svenska spädbarns- och småbarnsdödligheten också skulle ha lett till att Sverige nått allra högst på skalan i fråga om återstående medellivslängd vid födelsen, men så synes icke vara fallet. Tydligt bidrar komplexa faktorer till de påvisade differenserna. Det mest anmärkningsvärda är emellertid att Sverige trots sitt ringa läkarantal nått de bästa resultaten i fråga om spädbarns- och delvis (beträffande flickor) även småbarnsdödligheten. Detta stöder enligt vår mening uppfattningen att betydelse måste tillmätas det förhållandet att den förebyggande mödra- och barnvården är den bäst utvecklade verksamheten inom den personliga förebyggande vården och att de förebyggande insatserna för andra åldersgrupper inte hunnit lika långt.

Enbart dödlighetstalen ger självfallet inte tillräcklig ledning för att bedöma behovet av förebyggande vård. Här för skulle bland annat krävas betydligt mera ingående kunskaper om frekvensen av olika sjukdomar i skilda åldrar och sjuklighetsförhållandena i övrigt än som för närvarande står att få.

Genom de erfarenheter som vunnits såväl vid undersökningar av särskilda persongrupper som vid massundersökningar av mera teknisk art, avsedda att finna tidiga symptom på viss sjukdom, har — som vi tidigare nämnt — tanken på *generella hälsoundersökningar* vuxit sig allt starkare. Härmed menas dels att undersökningarna skall omfatta *hela befolkningen*, icke blott vissa åldrar eller grupper, och dels att de skall avse *hälsotillståndet i dess helhet*, icke begränsas till att gälla förekomsten av vissa speciella sjukdomar och sjukdomstillstånd.

Meningen har härvid — som också förut framhållits — framför allt varit, att de undersökta, så långt deras hälsotillstånd kunde utrönas genom undersökningarna, skulle få besked om resultaten och de eventuella åtgärder, som framstod som motiverade ur hälsovårdssynpunkt. Behovet av sjukdoms- och sjuklighetsstatistik, ägnad att ligga till grund för organisations- och utbyggnadsplaner på hälso- och sjukvårdsområdet, skulle givetvis också i viss utsträckning kunna tillgodoses genom detta slag av undersökningar, under förutsättning att anslutningen blev tillräckligt stor. Då denna form av hälsokontroll bygger på ett frivilligt deltagande från allmänhetens sida måste man dock räkna med att bortfallsprocenten kan bli så betydande att generella slutsatser redan av denna anledning icke alltid kan dragas av de iakttagelser som göres; i varje fall måste här för krävas en ingående analys av orsakerna till bortfallet, eventuellt också kompletterande undersökningar.

De huvudsyften verksamheten i främsta rummet skulle tjäna är dels det huminatarä — att förebygga onödigt lidande — dels det samhällsekonomiska — att begränsa det produktionsbortfall och de kostnader, som vållas av ohälsa.

När det gäller att bedöma vilka former en utbyggd förebyggande vård lämpligen bör erhålla, är ur samhällsekonomisk synpunkt frågan om de generella hälsoundersökningarnas »lönsamhet» av icke oväsentlig betydelse. Åtskilliga faktorer gör emellertid en sådan bedömning ytterst vanskelig. Bland annat måste ju »kostnaden per nyupptäckt sjukdomsfall» av det ena eller andra slaget — vilken brukar betraktas som en viktig faktor vid sådana lönsamhetsberäkningar — starkt variera, beroende på vilka möjligheter till läkarkontroll i olika former, som i övrigt står till förfogande inom sjukvårdsområdet. Om t. ex. stora grupper av befolkningen undergår årliga hälsoundersökningar i skolor, på större arbetsplatser, vid kvartersvis anordnade skärmbildskontroller etc. blir självfallet antalet nyupptäckta fall vid en generell hälsoundersökning lägre än där dylika kontroller förekommer i mera begränsad omfattning. Å andra sidan kan just inom områden, där ett sådant utbyggt kontrollsystem finns och där kanske till och med samma individ som medlem av flera olika kollektiv kan bli föremål för ett flertal undersökningar per år — teoretiskt sett — skäl finnas att överväga, om det inte just ur lönsamhetssynpunkt vore mera rationellt att ersätta en rad olika former av gruppundersökningar med generella undersökningar för hela befolkningen eller åtminstone för den vuxna befolkningen. Man skulle därigenom dels undgå de dubbla och i vissa fall flerdubbla undersökningar, som ovan påtalats, dels fylla existerande luckor i hälsoövervakningen för sådana befolkningsgrupper som nu står utanför denna.

I USA, där metoder för en hälsokontroll av detta slag prövats inom lokalt begränsade områden, har resultaten i allmänhet ansetts visa, att periodiska hälsoundersökningar icke för närvarande kan ge en absolut trygghet mot uppträdande inom kort tid av en allvarlig sjukdom, t. ex. en malign tumör, men att ett väl upplagt program för rutinmässiga undersökningar dock redan nu har stora möjligheter att leda till upptäckt av åtskilliga hälso-defekter på ett tidigt stadium, då snabb bot kan vara möjlig. Såsom icke minst betydelsefullt framhålles att en befolkningsgrupp, som periodiskt hälsoundersökes, blir mera »hälsomedveten» med hänsyn till övervikt, dålig hållning, försummelse av lämpliga kroppsövningar, nervös och emotionell uttröttnings genom överansträngning, för mycket av stimulantia och en otillfredsställande diet.

Då såväl den organisatoriska utformningen av som själva undersökningsmetodiken för en periodisk hälsokontroll måste anpassas efter växlande förhållanden har man också i vårt land ansett sig behöva pröva en sådan verksamhet i mindre skala, innan mera omfattande projekt på området kan ifrågakomma. Angelägenheten härav framhölls redan i medicinalstyrelsens betänkande om den öppna läkarvården i riket (SOU 1948: 14). De förslag rörande periodiska hälsoundersökningar, som i anslutning härtill framlades av medicinalstyrelsen första gången i VPM den 31 augusti 1951 och senare — efter omarbetning i samråd med svenska stadsförbundet, svenska

landstingsförbundet och Sveriges läkarförbund — i VPM den 14 februari 1952 och som därefter upprepats i anslagsäskanden från styrelsen även vid senare tillfällen, avsåg en försöksverksamhet med generella hälsundersökningar för hela befolkningen inom några landsbygds- och ett par storstadsdistrikt, varav det ena i Stockholm. Med hänsyn till rådande brist på läkare och annan sjukvårdspersonal har förslagen ej föranlett proposition till riksdagen. För Stockholms del kom emellertid — som berörts i kap. 3 — en helt i stadens egen regi driven hälsundersökning av engångsnatur till stånd under åren 1954 och 1955. Av de 3 646 personer, som erbjudits delta i undersökningen blev dock endast 2 504, därav 1 097 män och 1 407 kvinnor, undersökta i samband med denna. Bortfallet uppgick sålunda till drygt 31 procent. De undersökta var i ålder från 21 år och uppåt.

Av den redogörelse för hälsundersökningen i Stockholm, som utarbetats på uppdrag av sjukhusdirektionens skärmbildsdelegerade och framlagts i oktober 1956, framgår bland annat att hos 479 av de 2 504 undersökta personerna någon patologisk förändring eller sjukdom icke kunde påvisas; hos de övriga 2 025 ställdes 4 636 diagnoser. Av dessa ansågs 4 164 »väsentliga» och 472 »oväsentliga». Till den första gruppen hänfördes emellertid även en del relativt ofarliga sjukdomar såsom godartade hudtumörer, icke giffig struma, övervikt, nervösa rubbningar, åderbräck etc. Om dessa frånräknas från hela antalet kvarstod 2 047 mera betydelsefulla diagnoser.

Av de väsentliga diagnoserna var 790 nya medan 3 374 redan tidigare ställts; 512 av de väsentliga diagnoserna var av den arten att remiss till läkare ansågs erforderlig medan 178 föranledde remiss till sjukhus. Sålunda förhöll sig antalet nya väsentliga diagnoser till antalet undersökta personer som 1:3.

Antalet nyupptäckta fall var i fråga om lungtuberkulos 9, lues 4, maligna tumörer 7, sockersjuka 14, blodbrist 53, nervösa rubbningar 19, hjärtsjukdomar samt blodtrycksförhöjningar med hjärtpåverkan 167, blodtrycksförhöjningar utan hjärtpåverkan 116, mag- och tarmsår 24, skrumplever 7, gallsten 30, njurinflammation 5, prostata hypertrofi 30, förhöjd SR utan påvisbar orsak 41.

Av betydande intresse i sammanhanget är även lekmannens svårighet att själv bedöma sitt hälsotillstånd och sitt behov av läkarvård. Detta förhållande belyses av den i expertredogörelsen lämnade uppgiften att av de 401 patienter med allvarliga sjukdomstillstånd, som genom undersökningens försorg blev omhändertagna, inte mindre än 227 ansåg sig vara fullt friska och i god kondition, medan 9 ansåg sig vara friska men i dålig kondition. Å andra sidan ansåg sig 39 personer av de 479, där någon sjuklig förändring icke kunde påvisas, ej vara friska.

Om hela kostnaden för hälsundersökningens genomförande, vilken exklusive bearbetningskostnaden beräknas till 151 000 kronor, debiteras de 790

som »väsentliga» betecknade nya diagnoserna, blir medelbeloppet per diagnos ca 191 kronor.

Enligt redogörelsen ansågs undersökningen bland annat ha visat,

»att det är möjligt att genom en förebyggande hälsoundersökning upptäcka viktiga sjukdomar innan de givit symptom eller innan det stått klart för vederbörande att de vaga symptom han har, bero på en sjuklig process och böra föranleda läkarbesök. De fall av kräfttumör, sockersjuka, blodbrist eller hjärtsjukdom, för att taga några exempel, som upptäckts vid 1954 års hälsoundersökning, äro tillräckligt många för att man skulle rekommendera en upprepning och utvidgning av undersökningen».

I fråga om undersökningsmetoderna uttalades, att

»en upprepad och utvidgad hälsoundersökning synes böra baseras på läkarundersökning och en noggrant upptagen sjukhistoria. Därjämte torde den böra omfatta skärmbildsröntgen av lungor och hjärta, elektrokardiografisk undersökning med standardavledningar och fyra bröstavledningar, bestämning av hemoglobinhalt i blodet, WR samt prov på äggvita och socker i urin, vilka äro de standardprov, som visat sig ge mest utdelning i fråga om sjukdomsdiagnoser i den slutförda hälsoundersökningen. Dessutom bör den anordnas i direkt anslutning till ett sjukhus med goda resurser för omgående röntgenundersökning och andra specialundersökningar och med stora möjligheter för snabb inläggning för utredning och vård.»

Trots att man sålunda anser goda resultat ha vunnits av undersökningen och även kommit fram till riktlinjer, som anses lämpliga för sådana undersökningars bedrivande i framtiden, har experterna dock ställt sig ganska negativa till en fortsatt verksamhet av förevarande slag. Som motiv härför har angivits dels rådande svårigheter att erhålla läkare och annan personal för sådana arbetsuppgifter, dels risken för att de undersökta skulle invaggas i en falsk säkerhetskänsla och därigenom komma att negligera symptom, som annars skulle medföra besök hos läkare, samt slutligen — som det viktigaste — det bristande intresset hos stora befolkningsgrupper för att få sitt hälsotillstånd kontrollerat, vilket i stockholmsundersökningen medfört ett betydande administrativt arbete för att vinna anslutning till undersökningen.

I den mån personer, som icke genom läkarundersökning i annan ordning anser sig ha klarhet om sitt hälsotillstånd, underlåter att begagna sig av en av samhället tillhandahållen periodisk hälsokontroll, är det angeläget att lära känna de psykologiska motiven härför. Ett försök av en av medlemmarna av den expertgrupp, som lett stockholmsundersökningen, docenten L. Werkö, att analysera dessa motiv har återgivits i en artikel: Varför går vi inte till doktorn? (tidskriften Vi, nr 47, 1956).

Den stora bortfallsprocenten vid hälsoundersökningarna visar — konstateras i artikeln — att människor i många fall undviker att gå till läkare, och att de, som har besvär, vilka väl skulle motivera ett läkarbesök, men som ändå avstår därifrån, är väsentligt fler än den lilla grupp, som springer till läkare i oträngt mål. En psykologisk förklaring härtill kan vara att man är rädd för att kanske en farlig

sjukdom skall upptäckas — en cancer eller tbc. Man vill således inte gå till doktorn »för då får man kanske veta, att man är sjuk». Till och med om man lagt märke till vissa oroande symptom och vet att det är bra att komma i tid för att bli botad, tror man inte att sjukdomen är verklig, förrän doktorn har ställt diagnos. Kanske är man också rädd för en ordination att i något avseende ändra sin livsföring — att sluta röka, äta eller dricka mindre, lägga sig tidigare på nätterna. Ofta är denna rädsla eller olust omedveten och man åberopar mot ett läkarbesök i stället omständigheter som bristande tid, »jag är så frisk, så det behövs inte», e. dyl.

Den inom Stockholm bedrivna försöksverksamheten med hälsokontroll för vuxna har otvivelaktigt givit värdefulla erfarenheter till gagn för den framtida hälso- och sjukvårdsplaneringen. Huruvida man för Stockholms del kommer att gå vidare på den inslagna vägen torde närmast bli beroende av vilka slutsatser sjukhusdirektionen anser sig kunna dra av den här refererade expertredogörelsen.

Då vi avser att i ett kommande betänkande till mera ingående behandling upptaga frågan om möjligheterna till ökade insatser inom den förebyggande vården för den vuxna befolkningen i form av olika slag av hälsoundersökningar anser vi oss här böra stanna vid att konstatera, att en fullt utbyggd periodisk hälsoövervakning kräver en vetenskapligt väl utprovad standardiserad metodik, som möjliggör en någorlunda säker diagnostik av sjukdomsfall på så tidigt stadium, att tydliga symptom inte alltid föreligger. Ett sådant hälsovårdsprogram för hela befolkningen i ett land kräver vidare så omfattande resurser i fråga om läkare och annan medicinalpersonal, utrustning och lokaler att dess fulla realiserande i vårt land lika litet som i andra länder kan bli aktuellt under de närmaste åren. Men även om en utbyggd förebyggande vård av sådan art sålunda mera tillhör framtiden än nuet är det angeläget att den som ett framtidsmål bevaras i sikte vid prognoser av behovet av medicinalpersonal av olika kategorier samt av andra resurser för hälso- och sjukvård. Av betydande intresse är därför de erfarenheter, som redan nu föreligger. Fortsatta försök med sådan verksamhet i mindre skala vore av stort värde.

Det vill dock synas som om alltjämt den största uppmärksamheten bör ägnas den tidigare i detta avsnitt berörda typ av hälsoundersökningar, som särskilt är inriktad på hälsotillståndet inom vissa grupper, vilka antingen är utsatta för speciella hälsorisker eller vilkas hälsa är av särskild betydelse ur allmän hälsosynpunkt — s. k. riktade hälsoundersökningar — vilka vållar mindre metodologiska svårigheter och ej kräver större uppbåd av medicinalpersonal.

KAPITEL 5

Kvantitativ och kritisk analys av organisationen

Vad kostar sjukdomar och sjukdomsbekämpande?

Det ligger i sakens natur, att det inte går att i ekonomiska termer fullständigt beräkna vilka förluster, som direkt och indirekt vållas av sjukdom. Sådana poster som fysisk »sveda och värk» och mentalt lidande för de sjuka och deras anhöriga kan aldrig på ett entydigt sätt evalveras i pengar. Även om man begränsar uppmärksamheten till de poster, som på ett eller annat sätt är mera direkt ekonomiskt mätbara, kan det framträda svårigheter att få fram realistiska uppskattningar eller råda delade meningar om vad man skall taga med. Vissa skäl kan t. ex. anföras för att man borde inbegripa även den förlust i nationalinkomst, som uppstår genom att människor avlider kortare eller längre tid innan den normala produktiva levnadsperioden gått till ända, d. v. s. innan den fulla avkastningen av de kostnader som nedlagts på individens fostran och utbildning uppnåtts.¹ Här skall vi dock avstå från försök i dylik riktning.

I våra direktiv anføres, att de »samlade direkta och indirekta kostnader, som i vårt land åsamkas av sjukdom, kan beräknas till omkring 4 miljarder kronor årligen». Denna kalkyl kan icke inbegripa några poster av det slag som nyss berördes utan endast vissa belopp som det ligger närmare till

¹ Att det har stor betydelse i vad mån arbetsbortfallsförluster på grund av dödsfall medräknats eller ej, framgår av en förstatens trafik- och säkerhetsråd verkställd beräkning av vägtrafikolyckornas kostnader. Enligt en av flera i denna utredning uppgjorda kalkyler för 1955, skulle ifrågasvarande kostnad ha uppgått till följande belopp (miljoner kronor):

22 500 förlorade arbetsår genom 1 000 dödsfall	168
13 000 förlorade arbetsår genom 2 250 invalidfall	181
1 miljon förlorade arbetsdagar genom sjukdomsfall	43
sjukvård	23
skadereglering	21
polis-, domstols- och övrigt administrativt arbete	29
egendomsskador	135
Summa	600

Enligt denna beräkning skulle sålunda 43 % av arbetsbortfallskostnaden ha hänfört sig till dödsfallen. Härvid har avdrag gjorts för det beräknade konsumtionsbortfall, som dödsfallen kan väntas medföra. Om sådant avdrag icke göres, stiger den i tablan ovan angivna dödsfallskostnaden (168 mkr) till 313 mkr. Även i andra avseenden kan, såsom utredningen visar, förändringar i utgångspunkterna för beräkningarna medföra väsentliga ändringar i resultaten. Härtill kommer en rad bräckligheter i primärmaterialiet, som likaledes utförligt diskuteras i utredningen. Den innehåller överhuvud en omfattande redogörelse för olika metodiska problem. Se Kjell-Olof Feldt: Vägtrafikolyckornas kostnader. En samhällsekonomisk studie. Statens trafik- och säkerhetsråd. Meddelande nr 7. Stockholm 1958 (stencilrad).

hands att ta med i en sådan beräkning. En kalkyl som i stort sett — ehuru icke i detalj — torde vara av liknande innebörd har på grundval av senare tillgängliga uppgifter utförts av oss. Den ger ett värde överstigande 5 miljarder kronor. Som närmare framgår av följande redogörelse för dess utförande, är den ändå starkt ofullständig.

I en bilaga till Utredningen om kortare arbetstid (SOU 1956:21) har experter inom arbetsmarknadsstyrelsen beräknat den totala arbetsvolymen år 1952 för förvärvsarbetande personer till 6,7 miljarder arbetstimmar. Med ledning av i långtidsutredningens betänkande (SOU 1956:53, s. 43 och 45) anförda uppgifter om den årliga ökningen i antalet yrkesutövare har här ansetts att motsvarande siffra för 1955 skulle utgöra 6,8 miljarder arbetstimmar. Icke avlönat hushållsarbete ingår ej i kalkylen.

I sjukassestatistiken för 1955 redovisas (exklusive ledighet för havandeskap) 49,25 miljoner sjukdagar, för vilka sjukpenning utgivits. Härav avsåg 35,80 miljoner förvärvsarbetande personer och 13,45 miljoner husmödrar utan förvärvsarbete. Tillägges karensdagar för dessa sjukdomsfall höjs sistnämnda båda siffror till omkring 40 respektive 15 å 16 miljoner.

Det förra talet får ytterligare ökas till 41 miljoner dagar, om därtill även adderas en grovt uppskattad siffra avseende sjukdagar utöver samordningstiden (90 dagar) vid olycksfall i arbete. Av nyssnämnda antal torde åtminstone 35 miljoner vara vardagar. Utgår man, såsom skett i arbetstidsutredningen, från ett genomsnitt av $7\frac{1}{2}$ timmar per dagsverke, skulle det motsvara 263 miljoner arbetstimmar¹ eller 3,9 procent av hela den ovan angivna arbetsvolymen, exklusive husmödrars arbete.

I denna beräkning ingår i stort sett icke sådant bortfall av arbetstid, som hänför sig till personer under 67 år, vilka åtnjuter invalidpension eller sjukbidrag från pensionsstyrelsen. Antalet dylika personer utgjorde enligt pensionsstyrelsens statistik vid slutet av 1955 omkring 140 000; sjukassestatistiken för 1955 ger ungefär samma siffra. Villkoret för invalidpension är, att arbetsförmågan är nedsatt med minst två tredjedelar. Enligt sjukassestatistiken är omkring 9 000 av dessa pensionärer inordnade i sjukpenningklass. Åtminstone för dessa skulle sålunda viss kvarstående arbetsförmåga föreligga och deras sjukdagar är dessutom medräknade i föregående kalkyl. För de återstående torde man böra räkna med ett av invaliditeten orsakat arbetsbortfall motsvarande åtminstone 250 miljoner arbetstimmar. Siffran inbegriper icke personer åtnjutande invalidröntor uteslutande från trafik- eller yrkesskadeförsäkringarna.

Här medräknat arbetsbortfall på grund av sjukdom och invaliditet skulle sålunda motsvara grovt räknat 500 miljoner arbetstimmar eller 7,4 procent av den totala arbetsvolymen 1955. *Nettonationalprodukten* till marknadspris beräknas detta år ha uppgått till 40,5 miljarder kronor. Sättes det nyss angivna procenttalet i relation till denna siffra, erhålles värdet 3 miljarder kronor. Denna uppskattning är ofullständig. Till komplettering av vad som härom redan sagts, bör framhållas, att den icke inbegriper de säkert mycket talrika sjukdomsfall, som ej överskrider karenstiden, eller som av andra

¹ Arbetstidsutredningen (SOU 1956:21) räknar med 281 miljoner arbetstimmar. Härvid har räknats med preliminära uppgifter, som delvis ligger något för högt. Avdrag för sön- och helgdagar har icke verkställts. Å andra sidan har karensdagar icke medräknats och ej heller sjukdagar utöver samordningstiden för olycksfall i arbete.

skäl ej blir registrerade i sjukkasestatistiken, och inte heller den produktionsminskning, som blir resultatet när en person får sin arbetsförmåga hämmad av sjukdom men likväl underlåter att ta ledigt från arbetet.

Såsom nämnts ingår här icke heller arbetsbortfall orsakat av icke förvärvsarbetande *husmödrars* sjukdom. Någon säker utgångspunkt för beräkning av vare sig timantal eller värde av detta arbetsbortfall föreligger icke.

Skulle man utgå från hemvårdarinnelönen i ortsgrupp 3 (8 400 kronor per år) och multiplicera denna med antalet sjukkasemedlemmar i sjukpenningklass 1 H (husmödrar med ringa eller ingen förvärvsinkomst), som 1955 utgjorde ca 1 150 000, erhålles värdet 10 miljarder kronor, vilket sålunda skulle mäta dessa husmödrars arbetsinsats. Emellertid är att märka, att en stor del av alla familjer icke har några hemmavarande minderåriga barn¹, och att arbetsbördan i hemmen även av andra anledningar är starkt varierande. Å andra sidan torde barnantalet i genomsnitt vara något större i familjer, där husmodern icke är förvärvsarbetande. Utgår man emellertid från ett mera försiktigt beräknat medelvärde å 5 000 kronor å icke förvärvsarbetande husmödrars arbetsinsats, erhålles ett totalbelopp å 5 750 miljoner kronor. På grundval av antalet sjukdagar per medlem i sjukpenningklass 1 H (11,7 år 1955) skulle man då komma till att värdet av det produktionsbortfall, som kommer till stånd på grund av icke förvärvsarbetande husmödrars sjukdom, skulle utgöra 200 å 250 miljoner kronor. Till detta lågt beräknade värde kommer ytterligare ett belopp för det arbetsbortfall i hemmen, som inträder vid förvärvsarbetande husmödrars sjukdom.

I brist på säkra kompletterande uppgifter inskränker vi oss till detta konstaterande: Under 1955 vållade sjukdom och invaliditet ett *arbetsbortfall* vars värde översteg 3 200 miljoner kronor. *Hur* mycket det angivna värdet överskreds kan vi icke säga.

Sedan 1955 har värdet ytterligare stigit. Preliminära uppgifter i sjukkasestatistiken tyder på märkbart höjda sjuktal, men detta behöver inte nödvändigtvis innebära mer än att en större del av den faktiska sjukligheten blir registrerad i sjukkasorna. Däremot betyder givetvis det höjda löne- och inkomstläget att värdet av produktionsbortfall genom sjukdom kommer att framstå såsom högre i den mån sjukligheten inte minskas. Till den del inkomststegringen är inflatorisk och sålunda fiktiv, är den därav betingade värdeökningen endast formell. Men dessutom förekommer ju en nästan ständigt fortgående realinkomsthöjning och härjämte en kontinuerlig ökning i den mängd utrustning som står till de arbetandes förfogande och som ofta blir sämre utnyttjad vid sjukdomsfall. Specialiseringen och den alltmera ökade komplikationen i arbetslivets struktur, kan dessutom — särskilt vid full sysselsättning — medföra ökade risker för att en persons opåräknade frånvaro sänker arbetseffekten också hos andra. I den mån det hålls särskilda reserver av arbetskraft för att undanröja sådana risker, innebär även det en kostnad. Av flera skäl kan man därför utgå ifrån att det även

¹ Enligt 1950 års folkräkning hade 885 000 av 1 599 000 bestående äktenskap ett eller flera barn under 16 år; härtill kom 79 000 änkor, fränskilda och ogifta mödrar med hemmavarande barn under 16 år samt ett okänt antal hushåll med hemmavarande barn i åldern 16 år och däröver.

ur ekonomiska synpunkter blir alltmer angeläget att produktionsbortfall på grund av sjukdom i görligaste mån begränsas.

Höjes det nyss angivna minimivärdet (3,2 miljarder) i samma proportion som den nominella nationalprodukten ökat från 1955 till 1957, erhålles siffran 3,7 miljarder.

Produktionsbortfallet är den ena av de två huvudposter, som det i förevarande sammanhang gäller att beakta. Den andra utgöres av *kostnaden för sjukdomsförebyggandet och sjukdomsbekämpandet*.

Även i detta senare fall råder stor ovisshet om vilka delposter som skall medtagas. Skäl kan anföras för att investeringskostnader och löpande utgifter för t. ex. reningsverk, vattenvård och avloppsledningar skall inbegripas; likaså kostnader för skyddsanordningar och sanitära anordningar på arbetsplatser etc., merutgifter för tillgodoseende av olika hygieniska krav vid produktion och distribution av livsmedel, vid produkternas utformning och sammansättning m. m. Ger man sig in på sådana områden, blir det emellertid svårt att veta var man skall sluta; det finns ingen gräns som ger sig själv. Det får därför räcka med denna erinran om att det snart sagt överallt i näringsliv och samhälle finns kostnadsposter, som helt eller delvis är betingade av hälsovårdssynpunkter och som ofta är mycket betydande.

I de sifferserier, som anföras i det följande, drivs begränsningen ännu längre. Det räknas sålunda endast med de kostnadsposter, som traditionellt anses tillhöra hälso- och sjukvården i trängre bemärkelse. Avgränsningen blir sålunda huvudsakligen bestämd av administrativa skiljelinjer. Sålunda medräknas inte den dagliga vården av sjuka pensionärer å ålderdomshem, inte den del av alkoholist- och nykterhetsvården eller av den psykiska barna- och ungdomsvården, som omhänderhas av sociala organ, och inte heller den del av fångvården, som tar sig uttryck i mera systematisk kroppsel eller mentalsjukvård. Även veterinärväsendet uteslutes, fastän detsamma till väsentlig del tillgodoser humanmedicinska behov av omgivningshygienisk natur; likaså kostnaderna för distriktsingenjörsväsendet, arbetarskyddsstyrelsens arbetshygieniska verksamhet o. d.

För att ge en föreställning om den ekonomiska betydelsen av vissa sådana utslutningar må här blott nämnas att det allmänna kostnader för den slutna åldringsvården år 1954 uppgick till ca 93 miljoner kronor, varav närmare 29 miljoner för investeringar och drygt 64 miljoner för driften. Kostnaderna för nykterhetsvården uppskattas för år 1955 till ca 25 miljoner kronor, då de för statens del under budgetåret 1955/56 belöpte sig till drygt 18 miljoner medan de kommunala utgifterna för ändamålet 1955 utgjorde 7 miljoner. Kostnaderna för de socialstyrelsen underställda statliga ungdomsvårdsskolorna anges för år 1955 till drygt 10 miljoner kronor, varav något mer än en miljon för investeringar och närmare 9 miljoner för driften. För fångvårdens del var statens totalkostnader 1955/56 något över 35 miljoner kronor, varav nära 3 miljoner i investeringar och drygt 32 miljoner i driftkostnader; härvid hänförde sig på investeringssidan närmare 400 000 kronor (13,2 %) till de särskilt inrättade sjukvårdsavdelningarna,

medan på driftsidan ca 2,3 miljoner (7,1 %) ansetts hänförliga till rena hälso- och sjukvårdsändamål. Beträffande veterinärväsendet var den statliga anslagsbelastningen budgetåret 1955/56 ca 15,7 miljoner kronor, vartill kommer primärkommunala nettokostnader för köttbesiktning och slakthus m. m. om uppemot en miljon kronor. Slutligen må nämnas att den totala ny- och reinvesteringskostnaden för vatten- och avloppsledningar m. m. enligt konjunkturinstitutets redovisning, år 1956, uppgick till 361 miljoner kronor, vartill kom 35 miljoner kronor i underhåll.

Följande sammanställning bygger i första hand på uppgifter i medicinalstyrelsens publikation Allmän hälso- och sjukvård 1955. Dock har den förändringen vidtagits att statsbidrag till sjukkassor frändragits, eftersom detta belopp endast delvis avser sjukvård och till större delen representerar direkt statlig medverkan i finansieringen av ett skydd mot inkomstbortfall och av sjukkassornas administration. I gengäld har sjukkassestatistikens uppgifter om sjukkassornas totala utgifter för sjukvård medtagits.

Tabell 5.1. Drift- och anläggningskostnader (netto) för hälso- och sjukvård 1954 och 1955. Mkr

	1954	1955
Kostnader åvilande:		
Staten ¹	344	364
Landsting.....	544	598
Städer utom landsting.....	229	256
Andra primärkommuner ²	19	19
Sjukhuskostnader, sjukvårdsutgifter ³	92	214
Summa	1 228	1 451

¹ Siffran för 1955 utgör medeltalet för de statliga nettoutgifterna, exklusive bidrag till sjukhuskostnader, för budgetåren 1954/55 (355 mkr.) och 1955/56 (373 mkr.). Siffran för 1954 är uträknad på motsvarande sätt.

² Även den i andra kolumnen införda uppgiften avser 1954.

³ Under 1955 av sjukhuskostnaderna utbetalade läkemedelsutgifter utgjorde 29 mkr. På grund av eftersläpande utbetalningar uppgick emellertid det på året belöpande värdet till 39 mkr., och det är denna siffra som använts.

Denna redovisning är ofullständig även i andra avseenden än som förut berörts. Sålunda ingår icke t. ex. statliga pensionskostnader, liksom icke heller den andel av administrationskostnaden för bland annat landstingskansliet, inrikesdepartementet och sjukhuskostnaderna, som borde bokföras på sjuk- och hälsovårdskontot. Det allra viktigaste är dock att det inte medräknats något belopp för de kostnader, som i sista hand betalas av patienterna själva eller av privata försäkringsinrättningar, kassor, arbetsgivare etc. och lika litet värdet av det vårdarbete som utföres av anhöriga.

Med reservation för sådana och andra ofullständigheter uppgick sålunda den totala drift- och investeringskostnaden för hälso- och sjukvård inom den traditionella administrativa ram som här beaktats till grovt räknat 1,5 miljarder kronor år 1955. År 1957 torde värdet ha stigit till ca 1,7 miljarder. Vi hänvisar till följande kalkyl:

Att döma av preliminära uppgifter synes de av sjukförsäkrarna finansierade läkar- och sjukvårdsutgifterna (exklusive medicin) ha stigit från 174 milj. kr. 1955 till 221 milj. kr. 1957 eller med 47 milj. kr. (tab. 5.2). Övriga statliga samt kommunala konsumtionsutgifter för hälso- och sjukvård, som steg med 80 milj. kr. från 1954 till 1955 bör till och med 1957 ha ökat med ytterligare åtminstone 100 milj. kr. Enligt de preliminära beräkningar, som ligger till grund för nationalbudgeten 1958 skulle ny- och ersättningsinvesteringar för hälso- och sjukvård ha ökat från 190 milj. kr. år 1955 till 278 milj. kr. 1957 eller med 88 milj. kr. Med utgångspunkt från den förut angivna totalsiffran för 1955 erhålles då (1 451 + 47 + 100 + 88) ca 1,7 miljarder.

Tabell 5.2. Av sjukförsäkrarna finansierad sjukvård (exklusive medicin) 1954—57. Mkr

	1954 (def.)	1955 (def.)	1956 (prel.)	1957 (prel.)
Läkarvård (och tandläkarvård) ¹ . . .	45,7	105,7	127,2	137,6
Sjukhusvård och vård å förlossnings- anstalt	24,6	41,8	47,2	46,6
Resor, sjukgymnastik o. d. ²	3,4	26,6	33,1	36,7
Summa	73,7	174,1	207,5	220,9

¹ Tandläkarvårdsposten avser lasarettstandvård och är mycket låg (236 000 kronor år 1955).

² Härav kom 1955 20,4 mkr på resor till och från läkare och sjukhus samt 6,2 mkr på sjukgymnastik, bad, massage, elektricitet, hetluft o. d. eller för konvalescentvård (18 § lagen om allmän sjukförsäkring).

Sammanräknas nu värdet av den produktionsförlust, som orsakas av sjukdom och invaliditet, med kostnaden för hälso- och sjukvård, erhålles ett totalvärde överstigande 4,7 miljarder kronor för 1955 och 5,4 miljarder för 1957. Dessa minimisiffror motsvarar 12 procent av nettonationalprodukten och 9 å 10 procent av bruttonationalprodukten.

Det är klart att dessa två poster i kalkylen har helt olika karaktär. Den ena betyder, att bruttonationalprodukten skulle ha varit minst 6 procent större, om ingen sjukdom eller invaliditet förekommit och sysselsättningsgraden likväl varit lika hög som den faktiskt var 1955. Den andra innebär, att 3 procent av de resurser som använts för att producera bruttonationalprodukten fått reserveras för sådan hälso- och sjukvård som ryms inom ramen för den här använda traditionella definitionen.

Hur kan totalkostnaden minimiseras?

Likväl har den angivna summan, när hänsyn togs till alla reservationer för ofullständigheten och osäkerheten i beräkningarna, visst intresse såsom underlag för en bedömning av den allmänna ekonomiska storleksordningen av de olika problem, som har att göra med sjukligheten och dess bekämpande och förebyggande. Och relationerna mellan de två berörda huvudkomponenterna i beräkningarna har likaledes intresse. Sammanhanget mel-

lan dessa två huvudposter kan icke vara sådant, att en minskning av sjuk- och hälsovårdsposten utan vidare betyder en minskning av totalbeloppet. Man kan göra det tankeexperimentet, att allt hälso- och sjukvårdsarbete skulle utplånas. En sådan åtgärd skulle utan tvivel leda till att totalförlusten bleve avsevärt högre. Detta tankeexperiment är ingalunda av utslutande teoretiskt intresse. Det finns betydande områden i världen, där befolkningen till mycket stor del är utsatt för nedbrytande och invalidiserande sjukdomar, och där detta tillstånd representerar ett av de viktigaste hindren för en ekonomisk utveckling. Omvänt kommer — och detta även i ett land som Sverige — totalbeloppet att minskas, om hälso- och sjukvårdsinsatserna blir mer omfattande och det leder till en begränsning i arbetsbortfallet, som har större värde än som svarar mot ökningen i insatserna. Bara det att utbildningar och väntetider minskas för patienterna kan under vissa förutsättningar medföra en besparing i arbetsbortfall, som vida överstiger kostnaden för de rikligare sjukvårdsresurser som erfordras för ändamålet.

Även om man helt bortser från individens lyckomöjligheter och behov och ser saken ur snävt samhällsekonomiska synpunkter, representerar sålunda hälso- och sjukvårdskostnaderna till stor del en lönande investering.

Givetvis förekommer i stor utsträckning också sjukvårdsinsatser, som icke direkt motverkar produktionsbortfall och som sålunda, ur begränsat ekonomiska synpunkter, representerar rena nettokostnader. Den betydande ökning i livslängden, som återspeglas i tab. 5.3, kan till en del ha medfört att behovet av sådana vårdinsatser stigit. Denna ökade livslängd är givetvis betingad av flera faktorer, t. ex. mekaniseringen av produktionen, som lättat det mänskliga arbetet, förebyggande arbetarskyddsinsatser av teknisk natur,

Tabell 5.3. Sannolik återstående livslängd och återstående medellivslängd under vissa perioder från 1751 till 1955. Antal år

	1751— 1790	1841— 1850	1901— 1910	1931— 1940	1941— 1950	1951— 1955
Sannolik återstående livslängd						
vid födelsen: män.....	31,6	48,4	65,0	71,5	73,9	75,1
kvinnor.....	37,4	55,8	68,2	73,4	75,8	77,3
Återstående medellivslängd						
vid födelsen: män.....	33,7	41,7	54,5	63,8	68,1	70,5
kvinnor.....	36,6	46,1	57,0	66,1	70,7	73,4
vid 50 år: män.....	18,2	18,1	23,2	24,1	25,0	25,5
kvinnor.....	19,6	20,2	24,7	25,1	26,3	27,1
vid 65 år: män.....	10,0	9,6	12,8	13,1	13,6	13,8
kvinnor.....	10,5	10,6	13,7	13,6	14,3	14,8

Förklaring: Livslängden är beräknad på grundval av dödlighetserfarenheten under angivna perioder. Sannolik återstående livslängd är den ytterligare livslängd som kan förväntas minst bli uppnådd av halva antalet individer i en årsklass. Den återstående medellivslängden anger det aritmetiska medelvärdet av den förväntade återstående livslängden.

Källor: Dödlighets- och livslängdstabeller för årtiondet 1941—50 (statistiska centralbyrån, SOS, Stockholm 1954) samt statistisk årsbok 1957.

levnadsstandardhöjningen som motverkat vissa bristsjukdomar etc. Men till dessa faktorer hör också de ökade hälso- och sjukvårdsinsatserna.

Emellertid är dessa sammanhang långt ifrån ensartade. I varje fall är det en öppen fråga huruvida och i så fall i vilken grad den ökade proportionen åldringar *nödvändigtvis* behöver medföra någon nettoökning i den »tärande» andelen av befolkningen. Ty ungefär samma faktorer, som åstadkommit sänkt dödlighet, måste också ha höjt gränsen för åldersinvaliditeten. Även denna förändring har sannolikt varit betydande, låt vara att den är svår att statistiskt dokumentera och mäta. Också här har hälso- och sjukvårdsinsatserna spelat stor roll. Av vikt i sammanhanget är dessutom bland annat tjänstemannafunktionernas ökade relativa betydelse och likaså maskinerna; de har skapat tekniska förutsättningar för en vidgning av arbetsmarknaden för personer med mindre än genomsnittlig fysisk prestationsförmåga och begränsat förekomsten av sådant tungt arbete, som många har svårigheter att fortsätta med redan i den högre medelåldern och som inte sällan till och med kan verka invalidiserande. Onekligen föreligger dock ett allvarligt problem av växande betydelse i den mån det på grund av t. ex. vanetänkande eller institutionella förhållanden på arbetsmarknaden och inom pensionsväsendet föreligger hinder för sådana äldre personer, som annars både skulle kunna och vilja fortsätta att arbeta, att få detta önskemål tillgodosett. Att dylika hinder blir undanröjda är en förutsättning för att den ekonomiska vinsten av höjningen i gränsen för åldersinvaliditeten skall kunna utnyttjas så långt som människorna själva önskar; ty det bör inte riktas någon invändning mot att en del äldre människor vill ta ut en levnadsstandardstegring i den formen, att de drar sig tillbaka från förvärvslivet medan de ännu har hälsan i behåll.

På vinstsidan i denna ekonomiska balans är vidare att anteckna, att den sänkta dödligheten och minskade invalidiseringen avsevärt ökat den andel av varje årskull av barn och ungdomar, som uppnår och fullständigt genomlever en produktiv period av normal längd, och vidare att den höjda livslängden måste ha ökat utbildningens lönsamhet.

Men självklart är hälso- och sjukvården i första hand till för människornas behov och det oavsett om den samtidigt tjänar produktiva intressen eller ej. Det kan icke vara fråga om att t. ex. inrikta hälso- och sjukvårdsinsatserna uteslutande på de produktiva och »förproduktiva» åldersgrupperna och sålunda låta behoven hos de åldersinvalida och andra invalida, som inte kan återföras till produktionen, komma i efterhand. Inte heller kan det vara fråga om att gradera vårdbehovens angelägenhet enbart från synpunkten av i vad mån den sjukdom eller åkomma det är fråga om verkar direkt arbetshindrande. Vad som här gällt att inskräpa är endast, att en fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården till stor del kan motiveras även med hänsyn till ekonomiska skäl. Naturligtvis är det omöjligt att enbart på grundval av så allmänna sifferuppgifter, som här återgivits, säga i vilka

fall och på vilket sätt det kan komma till stånd en fortsatt utveckling av hälso- och sjukvården, som kan sägas vara »lönande» också ur en mera begränsad ekonomisk synpunkt. Men saken är ändå så viktig, att det syntts motiverat att framhäva själva problemställningen.

För övrigt finns det ingen tydlig gräns mellan de fall, där hälso- och sjukvårdsinsatserna medför positiva resultat också ur ekonomisk synpunkt, och andra fall. Även om en åldring eller invalid inte kan återföras till produktionen, så är det värdefullt också rent ekonomiskt, ifall det lyckas att göra honom mindre beroende av skötsel. Även om man misslyckas att uppnå ett resultat, kan dock chansen att nå det ha varit tillräckligt stor för att motivera ett försök. Till och med till synes hopplösa försök att minska eller häva invaliditet har inte sällan krönts med framgång och kan då ha bidragit till nya metodiska framsteg, som kommit till nytta vid behandling av även andra invalider. I det sammanhanget är naturligtvis systematiska forskningsinsatser av särskilt värde.

Ett problem, som kan vara av växande betydelse, i en utveckling, som — efter vad vi strax skall finna — kännetecknas av att hälso- och sjukvårdskostnaderna representerar en snabbt stigande andel av nationalprodukten, är förekomsten av *sådant utnyttjande av hälso- och sjukvårdsresurser, som kan anses mindre nödvändigt.*

Även dylika fall är emellertid ytterligt svåra att avgränsa. Sjukvårdskonsumenten själv är vanligen oförmögen att dra någon skiljelinje mellan det mer och mindre nödvändiga utnyttjandet av sjukvårdsresurser. Ett besök hos läkare vid obetydliga eller inbillade somatiska symptom kan i många fall fylla en uppgift, om läkaren lyckas konstatera att inget allvarligt föreligger och även förmår övertyga vederbörande därom; personlig förebyggande vård förutsätter ju att även den som inte säkert är sjuk hänvänder sig till läkare. Ofta upprepade besök hos läkare, som inte föranledes av verklig somatisk sjukdom, kan i åtskilliga fall tyda på behov av mental hjälp eller annan assistans.

Med hänsyn till att många sjuka kan vara ovetande om sin sjukdom eller eljest drar sig för att i tid söka erforderlig läkarhjälp, kan ett försök att begränsa det mindre nödvändiga utnyttjandet av sjukvårdsresurser lätt medföra, att mångdubbelt fler produktionsår går förlorade än som svarar mot besparingen på sjukvårdskontot. Detta kan under vissa förutsättningar gälla även om begränsningsåtgärderna i huvudsak träffar det onödiga sjukvårdsutnyttjandet och sålunda endast till mindre del skär av sådant sjukvårdsutnyttjande som skulle ha varit nödvändigt. Ty även ett relativt ringa antal invaliditets- och dödsfall, som kunde ha hindrats om inga begränsningsåtgärder vidtagits, kan lätt medföra arbetsbortfallsförluster som ter sig stora i jämförelse med den besparing av vårdkostnader som åstadkommes genom de nämnda åtgärderna.

Av visst intresse i sammanhanget är, att det inte finns belägg för att sjukförsäkringsreformen hittills medfört någon mera betydande höjning i sjuktalet, d. v. s. i antalet registrerade sjukdagar per sjukpenningförsäkrad sjukkassemédlem. Dock är jämförbarheten i detta avseende ofullständig. Följande data förtjänar likväl anföras:

Före sjukförsäkringsreformen uppgick den genomsnittliga sjukpenningen per sjukdag till så lågt belopp (kronor 2,57 år 1954), att — vad gäller medlemmar med förvärvsinkomster, som icke var skyddade på annat sätt — det ekonomiska incitamentet att utnyttja sjukförsäkringen måste ha varit svagt; det utesluter inte att det ändå kan ha spelat en roll, i första hand för begränsade grupper av särskilt arbetsskygga personer och dessutom där det vid sidan av försäkringen i erkända sjukkasor utgick förmåner från annan försäkring eller sjukavlönning. Det motsatta fenomenet, nämligen att en person trots sjukdom underlåter att ta ledigt, kan emellertid ha varit lika stort eller större.

Det allmänna sjuktalet, d. v. s. antalet sjukdagar per år och sjukpenningförsäkrad medlem, uppgick 1954 i kassor med högst 2 års sjukhjälpstid till 11,4. Första året efter sjukförsäkringsreformen, d. v. s. 1955, kvarstod detta tal nästan oförändrat (11,3) men steg 1956 enligt preliminära uppgifter till 13,0 samt steg enligt preliminär uppskattning till omkring 13,5 för 1957; ökningen beror bland annat på att de långa sjukfallen först efter en tid hinner fullständigt belasta systemet, kanske också på att flera nya medlemmar inte omedelbart förstod att utnyttja sjukförsäkringen. Nu är dessa sista siffror inte helt jämförbara med motsvarande uppgift för 1954. Bland annat är att märka, att sjuktalet synes vara lägre för nytillträdande medlemmar än för beståndet av »gamla» medlemmar. Å andra sidan synes åldersgruppen 50 år och däröver ha blivit starkare företrädd numera.

Dessutom är att märka, att den tillförsäkrade sjukpenningen per sjukdag stigit från nyssnämnda genomsnitt av kronor 2,57 per dag 1954 till kronor 3,00 i sjukpenningklass 1 och kronor 12,20 i medeltal för övriga sjukpenningklasser 1955, eller, för båda grupperna tillsammans, till kronor 8,43 år 1955. Även om den här anförda sammanställningen av data skulle ge ett för svagt uttryck för den stegring i sjuktalet, som i mera jämförbara fall kan ha inträffat såsom en följd av sjukförsäkringsreformen, föreligger i varje fall icke belägg för att en sådan stegring skulle ha varit betydande i betraktande av den avsevärda förbättring i förmånerna som inträtt.

Den har i alla händelser varit vida svagare än som förväntats. I förarbetena till sjukförsäkringsreformen utgick man i kostnadsberäkningarna sålunda från ett sjuktal av 17,0, varvid dock är att märka, att man avsiktligt lagt in en säkerhetsmarginal (SOU 1952:39, s. 226). Och det är en öppen fråga i vad mån den stegring, som kan ha inträffat i jämförbara fall, är ett uttryck för att sjukförsäkringen i ökad grad blivit obehörigt utnyttjad — och i vad utsträckning den i stället är ett uttryck för en nedgång i nyssnämnda motsatta företeelse, nämligen att sjukdom inte föranleder sjukledighet.

Emellertid visar sjukkasestatistiken också, att olika områden och grupper av medlemmar företer så stora skillnader i fråga om bland annat sjuktal, att vissa av dessa skillnader helt eller delvis måste bero på andra omständigheter än variationer i fråga om faktisk sjuklighet. Att sjuktalet är högst i stadscentralkassor (vissa större och medelstora städer, jfr tab. 5.4), därefter i stadslokalkassor (övriga städer jämte, i åtskilliga fall, närmast

Tabell 5.4. Sjuktal (sjukdagar per sjukpenningförsäkrad medlem) år 1955 enligt sjukkassestatistiken

Sjukpenningklass	Årsinkomst av tjänst, kr	Sjukpenning per dag, kr	Män			Kvinnor		
			stadscentralkassor	stadslokal-kassor	landsbygds-kassor	stadscentralkassor	stadslokal-kassor	landsbygds-kassor
1	(företagare m. fl.)	3	11,4	9,2	8,6	13,7	10,6	8,3
1 H	(»hemmafruar»)	3	—	—	—	15,1	11,4	10,6
2	1 800—2 399	4	14,7	9,2	8,6	16,4	10,5	8,3
3	2 400—2 999	5	12,5	9,2	8,5	16,4	11,2	8,0
4	3 000—3 599	6	12,5	8,9	8,8	16,7	11,5	8,5
5	3 600—4 199	7	11,7	9,1	8,7	16,8	12,3	9,3
6	4 200—4 999	8	11,7	10,3	9,4	18,1	13,7	10,5
7	5 000—5 799	9	15,0	11,6	10,5	19,5	14,8	11,1
8	5 800—6 799	10	17,4	13,0	10,9	20,1	13,9	10,5
9	6 800—8 399	12	18,5	13,9	11,1	17,6	11,5	10,2
10	8 400—10 199	14	15,9	11,7	10,1	14,9	10,4	10,4
11	10 200—11 999	16	12,8	9,8	8,9	12,1	9,6	9,6
12	12 000—13 999	18	11,2	8,2	8,1	10,6	8,6	8,7
13	14 000—	20	8,2	6,7	7,1	12,8	11,2	9,0
1—13		8,43	12,9	10,4	9,4	15,9	11,6	10,0

Förklaring: Det i tredje kolumnen angivna sjukpenningbeloppet avser hel sjukpenning (inklusive tilläggsjukpenning i förekommande fall) per dag under de första 90 dagarna av en sjukperiod, för vilka sjukpenning utgår.

omgivande landskommuner) och lägst i landsbygds-kassorna, orsakas dock helt eller delvis av att, enligt övergångsbestämmelserna, bland annat längre sjukhjälpstid än två år ofta kan ifrågakomma för den som vid utgången av 1954 var medlem av erkänd sjuk-kassa, och att detta särskilt gäller om många medlemmar i stads-sjuk-kassor. Större intresse har däremot de karaktäristiska variationer med sjukpenningklass, som sjuk-talen visar.

Sjuk-talen är oftast lägst i de högsta sjukpenning-klasserna, som väsentligen torde omfatta löntagare med mera ansvarsfullt och sannolikt också mera intressant arbete; delvis kanske också löntagare som i någon mån kan modifiera arbetstakten efter växlingar i prestationsförmågan och i alla händelser inte är utsatta för att ständigt få sitt arbetstempo bestämt av »löpande band» eller ackordshets. I övrigt synes sjuk-talen visa en tydlig tendens att bli högre med högre sjukpenningklass och när ett maximum i klasserna 7, 8 eller 9. Dock är denna tendens åtminstone till en del — som emellertid icke kan närmare bestämmas — ett resultat av en missvisning. Atskilliga sjuka har nämligen funnit sig vara placerade i för låg sjukpenningklass och har därför i samband med sjukdomsfall förflyttats till högre sjukpenningklass, medan däremot personer, som icke varit utsatta för sjukdomsfall, i större utsträckning torde ha blivit kvar i en för låg klass. Detta förklarar dock bland annat inte, att klass 1, som — när s. k. hemmafruar utslutes — väsentligen avser företagare, uppvisar ett sjuk-tal, som är något lägre än det genomsnittliga.

Särskilt i stadscentralkassor visar kvinnorna högre sjuk-tal än männen, medan skillnaden är obetydlig i landsbygds-kassor. Det kan naturligtvis icke enbart på grund av dessa uppgifter avgöras i vilken grad sådana skillnader beror på

olikheter i fråga om faktisk sjuklighet, kvinnors menstruationsbesvär och upptagenhet med barnskötsel etc. Även sociologiska förhållanden kan spela in, t. ex. arbetsfördelningen mellan män och kvinnor i hemmen, som inte sällan kan vara ojämn, även där både man och hustru har förvärvsarbete; vidare kvinnornas större svårighet att erhålla mera yrkesbetonade och intressanta arbetsuppgifter i förvärvslivet (i de höga sjukpenningklasserna visar kvinnorna inte sällan lägre sjuktal än männen). Även i andra sammanhang kan sociologiska förhållanden vara av betydelse i problemställningar av denna allmänna karaktär.

Vad som emellertid har ännu mera direkt intresse för det huvudproblem, som behandlas i detta avsnitt, är t. ex. det förhållandet, att sjukvårdskostnaden per medlem är väsentligt lägre på landsbygden och i småsamhällena än i de större städerna. Detta förhållande belyses i tab. 5.5 och 5.6.¹ Nu kan naturligtvis sådana siffror icke mäta skillnaden i »sjukvårdsvolym» per medlem. Särskilt är att märka, att flertalet poster i sjukkassetaxan ligger högre i Stockholmsområdet (omfattande jämväl vissa städer i Stockholms län) än i landet i övrigt, och att provinsialläkartaxan, med hänsyn till de löner som utgår till provinsialläkare, och som huvudsakligen avser arbete i öppen vård, ligger lägre än sjukkassetaxan, vilken har karaktär av en återbäringstaxa. Det är likväl av intresse att konstatera, att t. ex. den sjukkasseefinansierade sjukvården i Malmö kostar mer än 60 procent mer per medlem än i Dalarna, större delen av Norrland och Småland samt i Skåne exklusive vissa storstäder. Till väsentlig del måste sådana skill-

Tabell 5.5. Av den obligatoriska sjukförsäkringen betalda sjukvårdskostnader per medlem (exklusive medicin) i stadscentralkassor, stadslokalkassor och landsbygdskassor år 1955.
Kronor

	Stadscentral- kassor	Stadslokal- kassor	Landsbygds- kassor	Samtliga kassor
Läkarvård	28,77	20,05	14,13	19,51
Tandläkarvård	0,05	0,05	0,03	0,04
Sjukhusvård och vård å förlossnings- anstalt	8,84	7,68	7,20	7,74
Sjukgymnastisk behandling	1,58	1,28	0,54	1,03
Konvalescentvård	0,13	0,11	0,07	0,09
Summa	39,37	29,17	21,97	28,41
Resor till och från läkare, sjukhus etc.	0,77	2,69	6,20	3,78

nader bero på olikheter i sjukvårdsvolymens relativa omfattning. Det måste också vara så, att en allmän utjämnning av den sjukkasseefinansierade sjukvårdsvolymen per medlem upp till den nivå, som är karaktäristisk för de

¹ Stadscentralkasseområdena utgöres av de städer, som förtecknas å tab. 5.6. Uppgifterna för länscentralsjukkasorna å samma tabell omfattar samma material som *summan* av stadslokal-kassor och landsbygdskassor, vilka — för landet i dess helhet — är särredovisade å tab. 5.5. Stadslokal-kassorna omfattar de städer, som icke bildar stadscentralkasseområden jämte, i åtskilliga fall, angränsande landskommuner, under det att övriga landskommuner tillhör landsbygdskassorna.

Tabell 5.6. Av den obligatoriska sjukförsäkringen betalda läkar- och sjukhusvårdskostnader per medlem i olika centralkasseområden 1955. Kronor

Centralkasseområde	Läkarvård	Sjukhusvård och vård å förlossningsanstalt	Summa	Centralkasseområde	Läkarvård	Sjukhusvård och vård å förlossningsanstalt	Summa
<i>Stadscentralsjuk-kassor</i>	28,77	8,84	37,61	<i>Länscentralsjuk-kassor (forts.)</i>			
Stockholms	32,08	9,29	41,37	Blekinge läns	16,77	7,77	24,54
Eskilstuna	22,81	9,45	32,26	Skånes	15,89	6,94	22,83
Norrköpings	22,97	8,97	31,94	Bohuslän-			
Malmö	27,77	9,02	36,79	Hallands	17,01	6,98	23,99
Landskrona	22,83	8,90	31,73	Älvsborgs läns	17,46	6,81	24,27
Hälsingborgs	23,64	9,45	33,09	Skaraborgs läns	16,31	6,76	23,07
Trelleborgs	19,70	7,74	27,44	Värmlands läns	16,99	7,18	24,17
Göteborgs	27,61	7,67	35,28	Örebro läns	17,69	7,51	25,20
Gävle	19,95	8,42	28,37	Västmanlands			
<i>Länscentralsjuk-kassor</i>	16,63	7,40	24,03	läns	20,27	7,54	27,81
Stockholms läns	23,87	7,45	31,32	Dalarnas	14,65	7,02	21,67
Uppsala läns	15,96	7,93	23,89	Gävleborgs	14,77	7,56	22,33
Södermanlands				Västernorrlands			
läns	16,75	8,06	24,81	läns	14,52	8,24	22,76
Östergötlands	17,11	6,93	24,04	Jämtlands läns	13,19	7,43	20,62
Jönköpings läns	16,49	7,09	23,58	Västerbottens			
Kronobergs läns	15,30	6,68	21,98	läns	13,50	8,53	22,03
Kalmar läns	15,32	7,21	22,53	Norrbottnens			
Gotlands läns	15,79	7,89	23,68	läns	14,49	9,36	23,85
				<i>Samtliga sjuk-kassor</i>	19,51	7,74	27,25

större och medelstora städer, vilka utgör »stadscentralsjukkasseeområden», skulle betyda en avsevärd ökning av den totala volymen. Att landsbygd och småorter visar stark eftersläpning kommer för övrigt att bekräftas av uppgifter, som skall anföras i senare avsnitt av detta kapitel.

Den följande framställningen kommer likaledes att bestyrka, att det i åtskilliga andra hänseenden förekommer allvarliga eftersläpningar och föreligger eftersatta behov av den art och omfattning, att dessa kvantitativa och kvalitativa brister i fråga om hälso- och sjukvårdsresurser framstår såsom det allt överskuggande problemet. Dessa uppgifter kommer sålunda att underbygga intrycket av att en fortsatt avsevärd förstärkning av resurserna i förebyggande, kurativ och rehabiliterande verksamhet måste vara ur samhällelig synpunkt angelägen i första hand med tanke på rent mänskliga behov men också med hänsyn till möjligheterna att begränsa det arbetsbortfall, som vållas av sjukdom, invaliditet och för tidig död och att därmed även minska den totala kostnad, som åsamkas av sjukdomar och deras bekämpande. Det hindrar inte, att det också finns det problem, som ligger i att sjukvårdsresurser kan utnyttjas för mindre nödvändiga ändamål och att vissa sjukförmåner dessutom kan stimulera till ett arbetsbortfall. Sådana problem kan, som sagt, öka i betydelse allteftersom sjukvårdsre-

surser i snabb takt bygges ut. Det är därför skäl att de — i större utsträckning än som kan ske i detta betänkande — ägnas vederbörlig uppmärksamhet. Huruvida problemet hittills nått större omfattning har dock icke kunnat dokumenteras på grundval av här anförda data och synpunkter, som endast kunnat ställa frågan och dessutom inskräpa att hänsyn bland annat måste tagas till i vad mån det som eventuellt framstår som »onödigt spring hos kroppsläkare» i verkligheten kan vara motiverat med hänsyn till behovet av förebyggande hälsokontroll eller kan avslöja behov av mentalvård, kuratorshjälp eller annan assistans; och att det likaledes gäller att beakta svårigheten att begränsa utnyttjandet av sjukvårdsresurser utan att sådana begränsningsåtgärder även träffar angelägna behov och därmed vållar ökad i stället för minskad totalförlust och dessutom medför eftersättande av väsentliga mänskliga krav. Det bör till sist också understrykas, att det icke kan vara rationellt att betrakta förekomsten av här berörda problemställning såsom motiv för att inte bygga ut resurser, som oundgängligen erfordras för att täcka viktiga eftersatta behov.

De anförda kostnadsuppgifterna tjäna också till att understryka det allt viktigare kravet på en ekonomiskt rationell organisation, vars fortsatta utbyggnad i första hand tar sikte på de mest eftersatta behoven. Detta krav förutsätter bland annat en bättre informationsbas. Fast vi inte har tillfälle att i detta betänkande framlägga något förslag härom, vill vi dock redan här uttala vår bestämda uppfattning, *att hälso- och sjukvården numera nått sådan ekonomisk betydelse, att den väsentligt mera effektivt än som sker behöver genomlysas och analyseras ur ekonomiska synpunkter, och att det dessutom erfordras en vida bättre statistisk kunskap om sjukligheten, än som nu står till förfogande.* Motiven för sådana och andra rationaliseringskrav kommer att framstå såsom ännu starkare mot bakgrunden av det förhållande, som nu närmast skall belysas, nämligen att hälso- och sjukvårdens ekonomiska betydelse i vårt folkhushåll visar stark benägenhet att öka både i absoluta och relativa termer, och att en sådan fortsatt ökning också är erforderlig.

Den snabba expansionen inom hälso- och sjukvården

Redan av tab. 5.1 framgick, hurusom sjukförsäkringsreformen på ett enda år medverkade till en avsevärd ökning (18 procent) i de av offentliga och halvoffentliga organ finansierade sjukvårdsutgifterna. Ser man på utvecklingen för en längre period (tab. 5.7 och 5.8), visar det sig emellertid, att om också kurvan mellan åren 1954 och 1955 var särskilt brant till följd av sjukförsäkringsreformen, så innebar detta dock endast en tillfällig ytterligare skärpning av en långsiktig stegringstendens som varit utomordentligt kraftig. Från 1928 till 1938/39 — under vilka år levnadskostnaderna låg på ungefär samma nivå — blev de offentliga sjukvårdsutgifterna mer än

Tabell 5.7. Utgifter för hälso- och sjukvård enligt olika källor, med fördelning på konsumtion och investeringar, 1928—55. Löpande priser. Mkr

	1928	1938/39	1946	1954	1955
<i>Enl. konjunkturinstitutet och långtidsutredningen</i>					
Konsumtionsutgifter					
i statlig regi.....	..	47	100	230	250
i kommunal regi.....	..	126	271	814	914
Summa i offentlig regi	..	173	371	1 044	1 164
privata.....	..	(146)	(259)	(535)	(593)
Summa offentliga och privata	..	(319)	(630)	(1 579)	(1 757)
Investeringsutgifter (offentliga ny- och ersättningsinvesteringar).....	..	45	50	169	191
Samtliga offentliga utgifter.....	..	218	421	1 213	1 355
<i>Enl. medicinal- och sjukkassestatistiken</i>					
Konsumtionsutgifter					
betalda av staten (exkl. bidr. t. sjukkassor)	..	..	..	292	311
betalda av kommuner.....	..	..	..	673	734
därav av: landsting.....	..	..	..	446	488
primärkommuner.....	..	..	..	227	246
betalda av sjukkassor.....	1	9	33	92	214
Summa offentliga	..	..	..	1 057	1 259
Investeringsutgifter (offentliga utg. för nyanlägg. och nyanskaffn.)					
betalda av staten.....	..	..	..	52	53
betalda av kommuner.....	..	..	..	119	139
därav av: landsting.....	..	..	..	98	110
primärkommuner.....	..	..	..	21	29
Summa offentliga	..	..	..	171	192
Samtliga offentliga utgifter					
betalda av staten (exkl. bidr. t. sjukkassor)	28	72	157	344	364
betalda av kommuner.....	60	116	239	792	873
därav av: landsting.....	35	65	147	544	598
primärkommuner.....	25	51	92	248	275
betalda av sjukkassor.....	1	9	33	92	214
Summa	89	197	429	1 228	1 451

Förklaring: Båda uppgiftsserierna är väsentligen grundade på finansstatistiken, som emellertid använts på olika sätt. I konjunkturinstitutets serier har man t. ex. beträffande landsting och primärkommuner utgått från bruttoutgifterna och har sålunda bland annat icke fråndragit statsbidrag till kommuner och icke heller sådana av sjukkassor och enskilda betalda avgifter, som bidragit till finansieringen av kommunala utgifter. Sådana från sjukkassorna härlutna medel, som icke influtit i kommunala kassor, figurerar däremot icke alls i dessa uppgifter om utgifter i offentlig regi. Konjunkturinstitutets uppgifter om privata sjukvårdsutgifter är mycket osäkra och har därför satts inom parentes. I princip skall här ingå av enskilda och sjukkassor finansierade utgifter, som icke medräknats i det föregående. — I medicinalstatistiken utgår man från kommunala nettoutgifter medan statsbidrag till kommuner inbegripits i utgifter betalda av staten. De statliga och kommunala utgiftssiffrorna är här rensade från medel härrörande från enskilda och sjukkassor; i gengäld har en särredovisning (som i detta fall är total) av sjukkassornas utgifter för sjukvård införts. Uppgifterna om statliga utgifter enligt medicinalstatistiken avser för 1928 budgetåret 1928/29; i de tre sista kolumnerna har däremot använts medeltal för budgetåren 1945/46 och 1946/47 respektive 1953/54 och 1954/55 samt 1954/55 och 1955/56.

fördubblade. Från 1938/39 till 1955 steg det *nominella* värdet till mer än det sjudubbla.

Denna senare stegring berodde dock till stor och kanske övervägande del på krigs- och efterkrigsinflation. Räknat efter levnadskostnadsindex sjönk penningvärdet under angivna period till mindre än hälften av förkrigsvärdet, och skulle man mäta med en »sjukvårdskostnadsindex» — som inte finns — är det möjligt att sänkningen skulle framstå såsom ännu större. Att för perioden 1938/39—1955 exakt söka beräkna någon meningsfull index för »volymökningen» i *hela* den verksamhet, som ingår i hälso- och sjukvården, låter sig icke göra. Men att en högst avsevärd volymökning dock ägt rum, är i alla händelser uppenbart. I senare avsnitt skall denna utveckling delvis belysas med utgångspunkt från uppgifter om antalet läkare, sköterskor och andra medarbetare inom hälso- och sjukvården, om antalet intagningar i sluten vård och om utvecklingen inom öppen vård. Här må blott förutskickas, att hela antalet yrkesverksamma läkare (nu över 6 000) fördubblats sedan slutet på 30-talet. Under 1941—55 ökade det med 75 procent, medan antalet aktiva sjuksköterskor steg med 90 procent under samma tid; denna relativa ökning var mer än tio gånger starkare än den samtidiga stegringen i det totala antalet yrkesutövare i folkhushållet, som enligt uppgifter anförda av långtidsutredningen vuxit med ca 6 procent. Därtill kommer, att produktiviteten säkerligen förbättrats även inom hälso- och sjukvårdsarbetet till följd av rationalisering och ökade tekniska och medicinska resurser, men någon möjlighet att beräkna denna utvecklings totaleffekt föreligger icke; ett försök i sådan riktning skulle bland annat förutsätta, att det vore möjligt att bestämma de kvalitativa förändringarna i arbetsresultaten, men dessa är i princip omätbara.

De kanske mest slående uttrycken för den snabba expansionen inom hälso- och sjukvården erhålles, när utgifterna på detta område jämföres med uppgifterna om utvecklingen inom folkhushållet i dess helhet (tab. 5.8.)

Som tidigare berörts, svarade de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifterna år 1955 för ca 3 procent av bruttonationalprodukten. År 1928 var denna siffra endast tredjedelen så hög, sålunda 1 procent. Även om denna tredubbling till någon del kan ha berott på att löner och priser på detta område stigit mer än i genomsnitt för övriga områden av närings- och samhällslivet, är det i alla fall tydligt att hälso- och sjukvårdens relativa betydelse i folkhushållet ökat avsvårt. Den ökade till 1,5 å 1,7 procent 1938/39, men därefter synes kriget och den därav föranledda belastningen på finanser och personaltillgångar ha föranlett en relativ stagnation, så att ökningen till 1946, då en nivå av 1,8 procent uppnåddes, blev relativt begränsad. Därefter synes emellertid de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifternas andel i bruttonationalprodukten ha stigit ännu snabbare än under

Tabell 5.8. Offentliga utgifter för hälso- och sjukvård i relation till bruttonationalprodukt, totalkonsumtion och totalinvestering. Investeringskvoten inom folkhushållet och inom sjukvården

a = hälso- och sjukvårdsutgifter enligt konjunkturinstitutet och långtidsutredningen;
b = hälso- och sjukvårdsutgifter enligt medicinal- och sjukkasestatistiken.

	1928	1938/39	1946	1954	1955	1956
Total offentlig konsumtion, mkr.	651	1 000	2 230	5 300	5 870	6 380
därav (i %) för hälso- o. sjukvård,						
enl. a. ....	..	17,3	16,6	19,7	19,9	..
enl. b. ....	..	..	..	19,9	21,5	..
Total offentlig o. privat konsumtion, mkr.	7 208	9 420	17 310	31 680	33 920	36 530
därav (i %) off. kons. av hälso- o. sjuk-						
vård enl. a. ....	..	1,8	2,1	3,3	3,4	..
enl. b. ....	..	..	..	3,3	3,7	..
Totala offentliga ny- o. reinvesteringar,						
exkl. bostäder, mkr. ....	..	594	1 191	3 885	4 014	4 345
därav (i %) för hälso- o. sjukvård, enl. a.	..	7,6	4,2	4,4	4,8	4,6
enl. b. ....	..	..	..	4,4	4,8	..
Totala offentliga o. privata ny- o. reinves-						
teringar, mkr. ....	..	2 130	4 134	9 540	9 897	10 693
därav (i %) för hälso- o. sjukvård, enl. a	..	2,1	1,2	1,8	2,0	1,9
enl. b. ....	..	..	..	1,8	1,9	..
Bruttonationalprodukt till marknadspris,						
mkr.	8 794	12 710	23 220	45 140	49 010	52 710
därav (i %) för off. hälso- o. sjukvård						
enligt a: konsumtion. ....	..	1,4	1,6	2,3	2,4	..
ny- o. reinvesteringar. ....	..	0,3	0,2	0,4	0,4	0,4
Summa	..	1,7	1,8	2,7	2,8	..
enligt b: konsumtion. ....	..	..	..	2,3	2,6	..
ny- o. reinvesteringar. ....	..	..	..	0,4	0,4	..
Summa	1,0	1,5	1,8	2,7	3,0	..
Investeringskvot ¹ inom:						
hela folkhushållet. ....	..	18,4	19,3	23,1	22,6	23,1
hälso- o. sjukvården, enl. a. ....	..	20,6	11,9	13,9	14,1	..
enl. b. ....	..	..	..	13,9	13,2	..
hela offentliga sektorn, exkl. bostäder. .	..	37,3	34,8	42,3	40,6	37,1

¹ Investeringskvot här = ny- och reinvesteringar i procent av summan av sådana investeringar + konsumtion.

30-talet. Redan före sjukförsäkringsreformens genomförande, d. v. s. 1954, nåddes sålunda talet 2,7 procent och 1955, som nämnts, siffran 3,0 procent.¹ Samma procenttal (3,0 procent) erhålles även för 1957, om den förut anförda uppskattade offentliga hälso- och sjukvårdsutgiften för detta år (ca 1,7 miljarder) sättes i relation till bruttonationalprodukten (56,4 miljarder).

Att stegringen blev så snabb efter kriget, kan delvis ha berott på att resursernas utveckling under kriget var förhållandevis svag jämförd med

¹ Denna siffra är grundad på medicinal- och sjukkasestatistiken. Enligt konjunkturinstitutets material blir den något lägre (2,8 procent) beroende på att sjukkasornas sjukvårdskostnader ej fullständigt medräknats.

den snabba fortsatta efterfrågeökningen; i slutet av perioden medverkade, som redan framgått, dessutom sjukkassereformen. Som den fortsatta framställningen kommer att bekräfta är det emellertid *den snabba expansionen i efterfrågan som utgör den dominerande faktorn*. Ty med den utomordentligt starka utveckling av utgifterna som ägt rum skulle det eljest näppeligen, ännu ett årtionde efter krigets slut, ha förelegat så omfattande knapphets- och bristföreteelser, som de som nu fortfarande framträder; i vissa avseenden har bristen till och med blivit alltmer utpräglad.

Det är att märka, att bruttonationalprodukten, om man bortser från de första krigsåren samt depressionsåren i början på 30-talet, visat stark och ihållande stegring. Trots nedgången i början på 30-talet låg den 1939 grovt räknat 40 procent högre än 1928, d. v. s. den hade ökat med i genomsnitt drygt 3 procent om året. För perioden 1939—46 beräknas motsvarande stegring till blott 1,8 procent per år eller sammanlagt 13 procent, och för denna period konstaterades också nyss en försvagning i hälso- och sjukvårdsutgifternas ökning i förhållande till nationalprodukten. Från 1946 till 1955 steg bruttonationalprodukten med 3,7 procent per år eller sammanlagt med ungefär 38 procent.

Skulle man räkna samman dessa ökningstal för bruttonationalprodukten för hela perioden 1928—55, blir den totala stegringen 115—120 procent. Denna beräkning är ytterligt grov, men det är ändå uppenbart att nationalprodukten undergått en mycket avsevärd ökning under denna tid. Och vi har, som sagt, funnit, att de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifternas andel i bruttonationalprodukten under denna tidsräcka av 27 år stigit från 1 till 3 procent. Därav kan visserligen icke slutas att volymen inom hälso- och sjukvård ökat så mycket som tre gånger snabbare än totalproduktionen, ty de relativa kostnadsförhållandena kan som sagt ha ändrats. Men uppenbarligen hör hälso- och sjukvården till de områden inom folkhushållet, där expansionstakten är alldeles särskilt hög.

Relativt sett skulle expansionen inom hälso- och sjukvården sannolikt ha tett sig något svagare, om även de enskilda medborgarnas direkta privata utgifter för hälso- och sjukvård medräknats och likaså deras medverkan i hemsjukvård. Det finns goda skäl att räkna med att denna sistnämnda post minskat i betydelse. Så t. ex. har ju hemförlossningar nästan upphört. Hela denna utveckling beror på ett flertal faktorer: att äldre personer oftare bor för sig själva och att gifta kvinnors förvärvsarbete utanför hemmet blivit mera vanligt; vad gäller den minoritet av befolkningen som förr i stor utsträckning brukade ha betald hemhjälp medverkar dessutom bristen på hembiträden och de höjda lönekostnaderna för sådan hemhjälp. Även de ökade resurserna inom den offentligt organiserade vården har bidragit till att en mindre del av arbetsbördan fallit på hemmen. Av betydelse är säkert också de förbättrade kommunikationerna, som gjort att offentliga vårdresurser blivit mindre svårtillgängliga för avlägset bo-

ende, samtidigt som urbaniseringen ökat den andel av befolkningen som lever på platser, där det finns goda sådana resurser.

Övergången från hemsjukvård i traditionella former till offentlig sjukvård innebär säkerligen i många fall en förbättring och utgör sålunda ett led i den effektivt bedrivna sjukvårdens expansion. Det hindrar inte, att det — med hänsyn till behovet att dämpa den snabba ökningen i efterfrågetryck på de knappa och dyrbara resurserna i offentlig slutna vård — är angeläget att söka stärka resurserna i sådan hemsjukvård som ur social och medicinsk synpunkt är berättigad.

Vad gäller direkta privata kontantutgifter, föreligger ett av konjunkturinstitutet verkställt försök till uppskattning, vars resultat återges inom parentes i tab. 5.7. Enligt dessa uppgifter skulle direkta privata utgifter för sjukvård (läkarvård, tandläkarvård och medicin) ha minskat i relativ betydelse i förhållande till de offentliga under perioden 1938/39. Detta är säkerligen riktigt. Samtidigt skulle emellertid deras andel i de totala privata konsumtionsutgifterna ha stigit från 1,8 procent 1938/39 till 2,2 procent 1955 — detta samtidigt som hela den privata konsumtionsvolymen visat en väsentlig tillväxt. Det torde heller inte vara uteslutet att en sådan relativ stegring verkligen ägt rum. Sålunda har även den privata efterfrågan på tandvård ökat avsevärt och likaså medicinförbrukningen. Vad gäller den privat finansierade läkarvården torde emellertid konjunkturinstitutets siffror vara grundade på mycket ungefärliga uppskattningar, som utförts i syfte att fullständiga kalkylen av den totala privatkonsumtionen och sålunda mindre väl torde lämpa sig som underlag för ett specialstudium av privata sjukvårdsutgifter och heller inte är avsedda för något sådant ändamål. Det är av detta skäl som dessa siffror satts inom parentes i tabellen.¹

Om också de privata sjukvårdsinsatserna och sjukvårdsutgifterna minskat i betydelse i jämförelse med de offentliga tyder dock alla föreliggande uppgifter på att detta endast något modifierar bilden. Även med hänsyn tagen till sådana förhållanden har hälso- och sjukvården kommit att svara för en snabbt stigande andel av en nationalprodukt, som sedan 1946 vuxit i en takt motsvarande 40 procent per årtionde.

Bakom denna utomordentligt snabba expansion av hälso- och sjukvården, som i det följande kommer att belysas på grundval av ytterligare material, ligger en hel rad faktorer. Av grundläggande betydelse är givetvis folkökningen och de äldre åldersgruppernas ökade betydelse inom befolkningen. Redan av vad som hittills anförts är det emellertid uppenbart, att expansionen till alldeles övervägande del har karaktär av standardhöjning. Detta kommer att ytterligare bestyrkas av i det följande lämnade kompletterande uppgifter. Tillsammans taget mångdubbelt viktigare än befolkningsutveck-

¹ Enligt konjunkturinstitutets uppgifter skulle de privata sjukvårdsutgifternas andel i hela den privata konsumtionen ha stigit från 2,1 % år 1954 till 2,2 % år 1955. Med hänsyn till sjukförsäkrings- och läkemedelsreformerna kan det förefalla något tvivelaktigt, huruvida en sådan fortsatt stegring verkligen ägt rum.

Tabell 5.9. Statens, landstingens, primärkommunernas och sjukkassornas utgifter för hälso- och sjukvård 1928—55 enligt medicinal- och sjukkassestatistiken. Löpande priser. Mkr

	Staten	Lands- ting	Primär- kommuner	Därav stä- der utom landsting	Sjuk- kassor	Summa
1928.....	28 ¹	35	25	18	1	89
1938/39.....	72	65	51	..	9	197
1946.....	157	147	92	..	33	429
47.....	147	204	125	109	37	513
48.....	177	248	141	121	42	608
49.....	194	279	149	129	48	670
50.....	210	290	159	141	53	712
1951.....	241	376	205	185	60	882
52.....	291	460	227	210	70	1 048
53.....	326	495	232	213	80	1 133
54.....	344	544	248	229	92	1 228
55.....	364	598	275	256	214	1 451

¹ Exklusive militär sjukvård.

lingen är sålunda en rad andra faktorer: kommunikationernas utveckling och urbaniseringen, som gör sjukvårdsresurserna mera lättillgängliga; den fulla sysselsättningen och levnadsstandardstegringen i övrigt; den social-politiska upprustningen; den medicinska forskningen, som starkt medverkat till att vidga marknaden för hälso- och sjukvårdsorganisationens tjänster; den stigande upplysningen; den tillväxt i förtroendet till sjukvårdsresurserna som kommer till stånd, när tillgången på goda sådana resurser ökas; ökade svårigheter att vårda patienter i hemmen på grund av högre frekvens av kvinnligt förvärvsarbete och av åldringar som bor för sig själva.

En del av dessa faktorer har visserligen verkat i olika riktningar. Framsteg inom medicinsk vetenskap och praktiskt hälso- och sjukvårdsarbete, tillsammans med en allmän förbättring av miljöförhållanden, har också tjänat till att minska sjukvårdsbehoven. Det mest slående exemplet på en sådan utveckling representeras av tuberkulosens och vissa epidemiska infektionssjukdomars tillbakagång och den därav följande minskningen i vårdbehov, som längre fram skall något beröras. (Se s. 173 samt även kap. 4 s. 124.) Men samtidigt har framstegen gjort det möjligt att behandla sjukdomstillstånd, som tidigare var terapeutiskt opåverkbara eller för vilka det förr saknades effektiva vårdresurser. Dessutom har vissa sjukdomar, såsom hjärt- och kärlsjukdomar och kräfta, ökat i betydelse på grund av befolkningens åldrande eller av andra anledningar. Den ökade folkmängden i högre åldersgrupper medför allmänt stegrat behov av geriatrikisk vård. I föregående kapitel har getts exempel på hurusom den allmänna utvecklingen i vissa avseenden, t. ex. genom den ökande vattenföroreningen, medfört avsevärt skärpta hälsovårdsproblem. Under alla förhållanden har *netto-*

resultatet av alla de förändringar i bakomliggande faktorer, som inträffat, varit en fortgående mycket snabb stegring i efterfrågan på hälso- och sjukvårdsorganisationens tjänster, och det finns ännu ingenting som tyder på att denna stegringstendens skulle vara på väg att försvagas.

Olika huvudmannagrupper medverkan till expansionen

Enligt konjunkturinstitutets uppgifter (övre delen av tab. 5.7) har den del av konsumtionsutgifterna, som avser hälso- och sjukvård i statlig regi, sedan 1938/39 utvecklats märkbart långsammare än den del som drivs av landsting och primärkommuner. I den nedre delen av samma tabell samt mera i detalj i tab. 5.9 är kostnaderna fördelade på huvudmän o. d. med utgångspunkt från vilken huvudman som blir slutligt belastad. Dessa uppgifter har sålunda en annan karaktär, men de visar ungefär samma utvecklingsgång. Statens andel av de totala offentliga utgifterna för hälso- och sjukvård har — om sjukförsäkringskassorna räknas såsom särskilda »huvudmän» men statsbidragen till sjukförsäkringskassor å andra sidan icke medräknas — sjunkit från 37 procent 1938/39 till 25 procent 1955 (tab. 5.10). Däremot har landstingens andel stigit från 33 till 41 procent under samma tid. Primärkommunernas (d. v. s. väsentligen storstädernas) andel återigen har gått tillbaka (respektive 26 och 19 procent). Olikheten i utveckling mellan landsting och städer utanför landsting är sannolikt delvis ett uttryck för att landstingsområdena inhämtat en stor del av det försprång, som tidigare ännu mer än nu torde ha utmärkt sjukvården i större städer utanför landsting. Emellertid bör i sammanhanget ihågkommas, att utbyggnaden av undervisningssjukhus i statlig regi till god del varit koncentrerad till Stockholm, Göteborg och Malmö.

Slutligen har sjukförsäkringskassornas andel i de offentligt finansierade sjukvårdsutgifterna ökat från knappt 5 procent 1938/39 till 15 procent 1955. Denna förändring beror väsentligen på sjukförsäkringsreformen, som trädde i kraft i början av sistnämnda år. Nu är att märka, att sjukförsäkringskassorna delvis finansieras genom statsbidrag, som 1955 uppgick till nära 200 miljoner kronor, motsvarande ej fullt 19 procent av sjukförsäkringskassornas totala inkomster. Dessa statsbidrag ökar givetvis kassornas möjlighet att finansiera sjukvård. Emellertid har sjukförsäkringskassorna en ännu större uppgift såsom ett värn mot medlemmarnas inkomstbortfall vid sjukdom och statsbidragen är väsentligen avsedda för detta ändamål och för kassornas inre administration. Utgår man från vanliga betraktelsesätt, kan statens ökade medverkan i sjukförsäkringsfinansieringen därför icke avsevärt modifiera det intryck, som här erhållits, nämligen att en väsentligt minskad andel av hälso- och sjukvårdsutgifterna kommit att falla på staten. Utgår man däremot från den uppfattningen, att sjukförsäkringskassornas verksamhet i sin helhet är statligt organiserad och sjukförsäkringsavgifter och arbetsgivarbidrag till kassorna

någon sorts statliga »specialskatter», måste naturligtvis alla de medel som sjukkassorna använder för sjukvård räknas in i den statliga sektorn. Utifrån den förutsättningen kan det sägas, att den statliga andelen, efter att tidigare ha minskat i relativ betydelse, från 1955 åter kommit upp i omkring 40 procent och därmed nått ungefär samma proportionstal som 1938/39. När det gäller aktiva organisatoriska insatser i sjukvården är det återigen uppenbarligen landstingen, som i första hand svarat för den mycket snabba expansion som förekommit sedan slutet av 30-talet.

Tabell 5.10. Offentliga nettoutgifter för hälso- och sjukvård enligt medicinal- och sjuk-kassestatistiken fördelade (i %) på olika slag av huvudmän o. d.

	1928	1938/39	1946	1954	1955
Utgifter betalade av:					
staten (exkl. bidr. t. sjukkassor)....	31,5	36,5	36,6	28,0	25,1
landsting.....	39,3	33,0	34,3	44,3	41,2
primärkommuner.....	28,1	25,9	21,4	20,2	19,0
sjukkassor.....	1,1	4,6	7,7	7,5	14,7
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kostnadsutvecklingen inom olika vårdgrenar

Tab. 5.11 ger närmare besked om kostnadsutvecklingen inom olika vårdgrenar. Det totala kostnadsbeloppet, inklusive investeringar, har nästan tredubblats under åren 1947—55. För egentlig lasarett- och förlossningsvård har ökningen varit svagare. De statliga bidragen till lasarett- och förlossningsvård har upphört att växa, och det är landstingen (samt från och med 1955 sjukkassorna) som svarat för den största delen av belastningsökningen.

Av skäl som är välbekanta och som för övrigt kommer att beröras i det följande har kostnaderna för epidemi-, tuberkulos- och dispensärvård på senare år stabiliserats, vilket betyder att de börjat minska i realvärde. Statens utgifter för provinsialläkarstaten har föga mer än fördubblats under den här berörda 8-årsperioden, men härvidlag får återigen ihågkommas, att den totala offentliga utgiftsökningen även i detta fall måste vara större från och med 1955, än vad som här framgår, om sjukkassornas finansiella insatser medräknas; dessutom har den offentliga utgiftsökningen hållits tillbaka av det stora och ökade antalet vakanser, som närmare skall diskuteras i ett senare sammanhang.

För barnmorskeväsendet har kostnaderna i reala termer minskat, vilket beror dels på det lägre antalet födelser under senare år och dels på hemförlossningarnas starka tillbakagång. Dessa förhållanden förklarar också i någon mån varför den förebyggande mödra- och barnavården visar svagare relativ kostnadsökning än hälso- och sjukvården i dess helhet, men därtill

Tabell 5.11. Offentliga nettoutgifter för hälso- och sjukvård 1947—55 fördelade efter vårdgren och huvudmän m. m. Löpande priser. Mkr

Utgifter betalda av stat (exklusive bidrag till sjukkassa), landsting och städer utom landsting etc.

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955
Lasarett- o. förlossningsvård ..	231,5	276,1	298,9	312,5	404,2	481,6	506,1	529,9	590,9
därav av: staten.....	26,1	28,6	29,4	31,4	36,6	44,3	45,6	42,0	43,9
landsting.....	136,9	169,9	190,7	196,1	252,1	304,1	327,2	350,2	392,7
städer utom lands- ting.....	68,5	77,6	78,8	85,0	115,5	133,2	133,3	137,7	154,3
Epidemivård.....	16,8	13,9	16,0	17,7	21,1	21,6	31,2	32,7	29,1
därav av: staten.....	1,5	1,0	1,0	1,3	1,0	0,7	0,9	1,2	1,1
landsting.....	10,6	7,6	9,6	10,6	13,0	13,5	20,2	19,8	16,9
städer utom lands- ting.....	4,7	5,3	5,4	5,8	7,1	7,4	10,1	11,7	11,1
Tbc-vård o. dispensär.....	36,4	44,1	47,1	47,8	55,6	66,4	64,5	66,0	65,4
därav av: staten.....	7,7	9,5	8,9	8,8	8,0	9,1	10,4	9,1	7,5
landsting.....	20,3	24,7	27,8	27,8	33,8	41,1	37,4	40,1	40,1
städer utom lands- ting.....	8,4	9,9	10,4	11,2	13,8	16,2	16,7	16,8	17,8
Vård av långvarigt kroppssjuka	12,6	17,0	20,6	21,0	29,6	38,3	46,6	56,9	64,2
därav av: staten.....	2,4	2,6	2,7	2,7	2,9	2,9	3,1	3,5	3,7
landsting.....	5,6	7,8	10,8	11,3	18,1	24,5	31,1	40,1	44,0
städer utom lands- ting.....	4,6	6,6	7,1	7,0	8,6	10,9	12,4	13,3	16,5
Provinsiälläkarstaten (endast statliga utgifter).....	6,0	7,4	8,0	8,7	9,7	11,0	11,6	12,0	12,7
Distriktsvård m. m.	10,5	12,4	13,2	15,0	18,3	19,3	20,1	22,0	24,8
därav av: staten.....	1,9	3,3	4,0	4,3	4,8	6,1	6,9	6,9	7,3
landsting.....	6,9	7,3	6,9	8,2	10,6	11,8	11,9	13,3	15,5
städer utom lands- ting.....	1,7	1,8	2,3	2,5	2,9	1,4	1,3	1,8	2,0
Förebyggande mödra- o. barna- vård.....	4,6	5,2	6,3	6,8	6,9	8,3	9,3	9,9	10,0
därav av: staten.....	2,8	2,8	3,9	3,9	3,8	3,9	5,0	5,6	4,8
landsting.....	1,5	2,0	2,0	1,9	2,3	3,1	2,9	3,1	3,6
städer utom lands- ting.....	0,3	0,4	0,4	1,0	0,8	1,3	1,4	1,2	1,6
Barnmorskeväsen.....	6,5	8,9	8,4	8,6	10,4	8,9	8,8	8,5	8,5
därav av: staten.....	3,4	3,1	2,7	2,6	2,7	3,3	3,6	3,3	3,3
landsting.....	3,1	5,8	5,7	5,9	7,6	5,5	5,1	5,1	5,1
städer utom lands- ting.....	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Folktandvård.....	12,2	13,8	17,0	19,9	24,8	34,1	38,0	41,9	46,2
därav av: staten.....	2,4	2,2	2,8	2,8	4,0	5,7	7,5	8,5	8,9
landsting.....	7,2	9,3	9,0	10,4	13,1	18,8	21,4	23,6	25,5
städer utom lands- ting.....	2,6	2,3	5,2	6,7	7,7	9,6	9,1	9,8	11,8
Vård av sinnessjuka o. psyk. efterblivna.....	84,0	95,2	104,7	114,3	140,3	175,4	192,4	208,9	240,5
därav av: staten.....	65,8	79,5	87,1	95,0	110,3	134,9	154,5	169,0	186,6
landsting.....	8,2	9,4	10,4	10,8	16,1	23,2	21,9	24,9	31,0
städer utom lands- ting.....	10,0	6,3	7,2	8,5	13,9	17,3	16,0	15,0	22,9
Övrigt.....	38,9	51,8	62,4	68,6	81,1	95,4	106,3	128,6	126,2
därav av: staten.....	27,1	36,7	43,5	48,4	57,0	68,9	77,3	83,3	84,9
landsting.....	3,2	3,9	6,3	6,6	9,5	14,1	16,0	23,7	23,4
städer utom lands- ting.....	8,6	11,2	12,6	13,6	14,6	12,4	13,0	21,6	17,9
Utgifter betalda av övriga pri- märkommuner.....	16,0	19,9	19,7	17,7	20,2	16,8	18,6	18,9	19,0
Utgifter betalda av sjukkassor .	37,2	42,1	48,1	53,4	59,9	70,4	80,1	92,0	214,0
Summa	513,2	607,8	670,4	712,0	882,1	1 047,5	1 133,6	1 228,2	1 451,5

kommer — såsom framgått av kap. 4 — att den förebyggande verksamheten, t. ex. i fråga om barn i förskoleåldern, icke expanderat i den omfattning som hade varit önskvärd. Även distriktsvården visar kostnadsmässigt en något svagare utveckling än hälso- och sjukvården i dess helhet.

Däremot har kostnaderna för vården av långvarigt kroppssjuka femdubblats under 8-årsperioden, varvid landstingen svarat för den större delen av ökningen. Folk tandvårdens kostnader har fyrdubblats, medan utgifterna för mentalsjukvården, som fortfarande huvudsakligen belastar staten, har tredubblats.

De eftersläpande sjukvårdsinvesteringarna

De i föregående avsnitt kommenterade uppgifterna om offentliga hälso- och sjukvårdsutgifter inbegriper i stort sett även investeringskostnader. Från drages dessa, erhålles de offentliga hälso- och sjukvårdsutgifter, som är av konsumtiv karaktär och som mest direkt mäter utvecklingen i efterfrågan på hälso- och sjukvårdsorganisationens tjänster (tab. 5.7 och 5.8). Det visar sig, att dessa offentliga konsumtiva hälso- och sjukvårdsutgifter år 1946 svarade för en obetydligt mindre del av hela den offentliga konsumtionen (knappt 17 procent) än 1938/39 (drygt 17 procent). Sista året före sjukförsäkringsreformen hade de stigit till 20 procent — detta trots att den offentliga totalkonsumtionen vuxit både i absolut volym och i förhållande till den privata konsumtionen — och 1955 hade de ytterligare ökat till drygt 21 à 22 procent, om man följer medicinal- och sjukkasestatistikens uppgifter som torde vara mest rättvisande.

Jämfört med summan av både privat och offentlig konsumtion ter sig stegringen relativt sett mycket större, nämligen från 1,8 procent 1938 till 3,4 à 3,7 procent 1955. Det är sålunda fråga om en fördubbling i den andel av totalkonsumtionen, som avser hälso- och sjukvård i offentlig regi. Granskar man närmare uppgifterna i tab. 5.8 finner man, att den relativa stegringen i hälso- och sjukvårdens andel i totalkonsumtionen ter sig ännu något starkare än den som framträder, när de totala hälso- och sjukvårdsutgifterna (inbegripet investeringskostnader) sättes i relation till bruttonationalprodukten.

Bakom denna sista olikhet ligger två omständigheter. Inom folkhushållet i dess helhet har bruttonationalprodukten stigit procentuellt mer än totalkonsumtionen, beroende på att investeringarna kommit att svara för en allt större andel. Inom hälso- och sjukvården är det tvärtom. De konsumtiva utgifterna har där stigit starkare än totalutgifterna, och investeringskvoten har åtminstone till och med 1956 legat lägre än under förkrigstiden. År 1946 var den icke mycket mer än hälften så stor som 1938/39. Därefter har en återhämtning inträtt, men ännu 1955 hade förkrignivån i detta avseende icke på långt när uppnåtts. Inom den offentliga sektorn i dess helhet däremot har motsvarande återhämtning fortskridit så långt,

Tabell 5.12. Ny- och ersättningsinvesteringar inom hälso- och sjukvård enligt långtidsutredningen och nationalbudgetdelegationen

År	Mkr	I procent av	
		all ny- o. ersättningsinvestering	bruttonationalprodukten
1938/39.....	45	2,11	0,35
1946.....	50	1,21	0,22
1947.....	69	1,40	0,28
1948.....	82	1,68	0,29
1949.....	89	1,81	0,30
1950.....	88	1,54	0,28
1951.....	100	1,44	0,26
1952.....	128	1,62	0,31
1953.....	143	1,61	0,33
1954.....	169	1,77	0,37
1955.....	190	1,92	0,39
1956.....	199	1,86	0,38
1957 (prel.)....	278	2,40	0,49

att investeringskvoten blivit högre än den var omedelbart före kriget. Dessa förhållanden belyses särskilt klart i de fyra sista raderna av tab. 5.8.

För att se saken från en annan synpunkt, som också återspeglas i tab. 5.8 och bilderna 5 a—c, så har hälso- och sjukvårdens andel i samtliga ny- och ersättningsinvesteringar sjunkit från 2,1 procent 1938/39 till 1,2 procent 1946 för att sedan stiga. Men ännu så sent som 1956 (1,9 procent) hade förkrignivån icke helt återuppnåtts (tab. 5.12). Att döma av preliminära uppgifter inträdde emellertid under 1957 en avsevärd ökning, som förde relationstalet (2,4 procent) över förkrignivån. Tar man ett enkelt medeltal av alla de i tab. 5.12 återgivna siffrorna för efterkrigstiden, som anger den andel av investeringarna, som avsett hälso- och sjukvård, visar det sig likväl, att denna andel varit en femtedel mindre under efterkrigstiden än i slutet på 30-talet. Hälso- och sjukvården har sålunda under efterkrigstiden haft ett minskat relativt utrymme på investeringsmarknaden. Särskilt gällde detta under de första efterkrigsåren samt under »Korea-inflationens» år. Den återhämtning som därefter inträffat kan icke ha gett full kompensering för vad som sålunda förlorats.

Emellertid belyses också ett annat förhållande i tab. 5.12. Eftersom de totala investeringarna i samhället ökat i förhållande till hushållningen i dess helhet, blir bilden något mindre ofördelaktig om man studerar förändringarna i den andel av hela bruttonationalprodukten, som går till investeringar i hälso- och sjukvård. Dock var även denna andel till och med 1953 lägre än före kriget. Därefter har den varit något högre. Tar man emellertid hänsyn till att hälso- och sjukvården sedan förkrigstiden fått en fördubblad betydelse inom totalkonsumtionen, ter det sig anmärkningsvärt, att relationen mellan sjukvårdsinvesteringar och totalproduktion efter

Bild 5a. Offentliga utgifter för hälso- och sjukvård (konsumtion och investeringar) i procent av bruttonationalprodukten

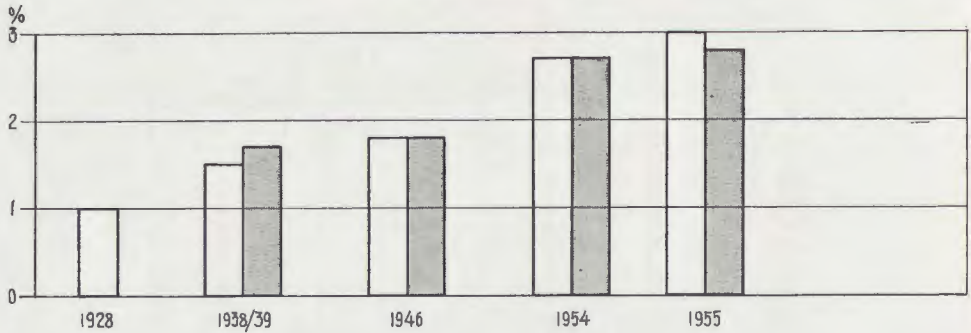


Bild 5b. Offentlig konsumtion av hälso- och sjukvård i procent av totalkonsumtionen

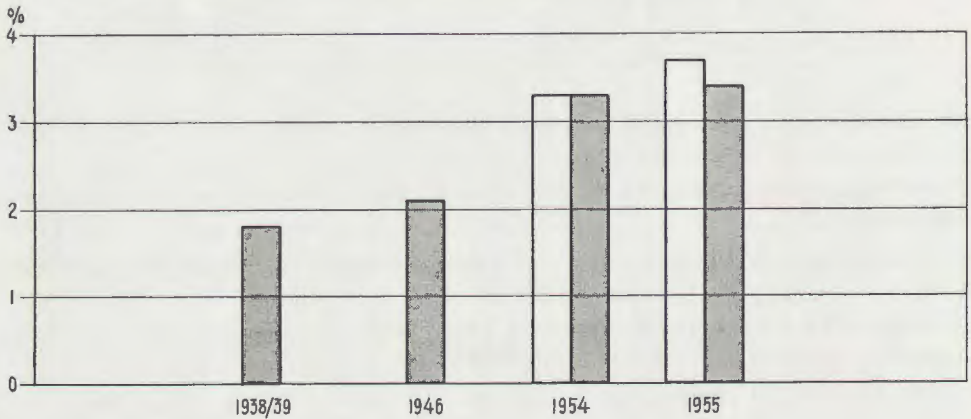
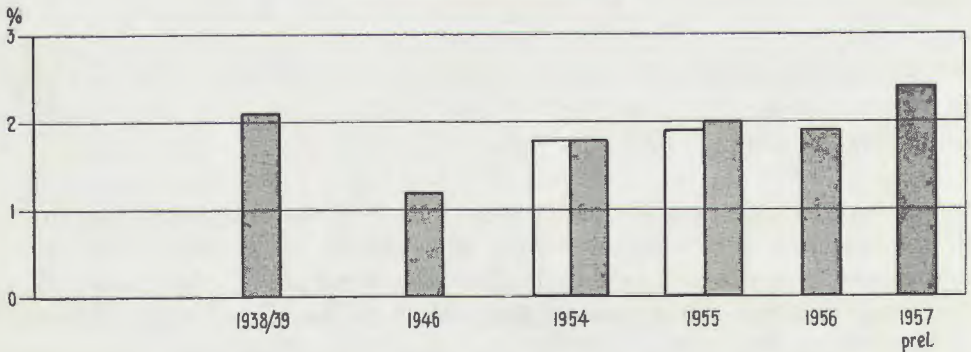


Bild 5c. Offentlig ny- och reinvestering inom hälso- och sjukvård i procent av all ny- och ersättningsinvestering



□ Enligt medicinal- och sjukstatistiken
 ■ Enligt uppgifter från konjunkturinstitutet och nationalbudgetdelegationen

en lång period av försämring, under vilken stora otillfredsställda utbyggnadsbehov måste ha ackumulerats, först under senare år återuppnått och överskridit förkrignivån.

Byggnadstillståndsgivningen under senare år

Vissa uppgifter om byggnadstillstånden och kvotönskemålen på hälso- och sjukvårdens område har sammanställts i tab. 5.13. Även om hänsyn togs till penningvärdets fall, har byggnadsinvesteringarna på detta område uppenbarligen ökat under senare år. Men de är avsevärt lägre än de

Tabell 5.13. Medicinalkvot 1950—57 samt de statliga och kommunala huvudmännens kvotönskemål 1958. Mkr

År	Undervisningsjukhus	Andra lasarett, kronikerhem, sköterskeskolor m.m.	Ordinarie kvot			Reserv	Summa	Faktisk tillståndsgivning
			Sinnessjukhus och sinnesslövärd o. d.	Psykiatriska lasarettskliniker	Öppen vård och apotek			
<i>Medicinalkvot</i>								
1950	6,9	19,6	10,0	—	5,6	0,9	43,0	41,6
51	5,5	21,3	13,0	—	5,8	0,4	46,0	49,2
52	10,8	33,2	20,8	—	4,0	1,2	70,0	88,2
53	12,7	39,7	30,0	—	4,5	3,1	90,0	110,9
54	13,1	41,0	30,0	—	3,5	2,4	90,0	87,2
55	10,4	30,9	29,5	—	3,3	1,8	75,9	87,7
56	17,5	52,2	30,8	11,5	6,1	1,9	120,0	173,1
57	29,1	46,9	28,3	6,1	4,0	5,6	120,0	172,3 (prel.)
<i>Kvotönskemål</i>								
1958	50,9 ¹	161,0	80,0	4,5	10,0	—	306,4	—

Anm. Att tillståndsgivningens värden starkt understiger de investeringstal, som återgivits i tabell 5.12, beror framför allt på att de senare representerar en efterhandsredovisning, vilken inbegriper kostnadsstegringar, på grund av inflation eller eljest, som höjt värdena i förhållande till vad man räknade med i byggnadskvoteringen. Dessutom inbegriper siffrorna i tab. 5.12 även utrustning, medan redovisningen här ovan endast avser byggnadsarbeten. Även kostnadernas periodisering är avvikande; ett byggnadstillstånd givet visst år kan ofta till större delen belasta följande år.

Skillnaden mellan »ordinarie» kvot och faktisk tillståndsgivning beror på att den allmänna ekonomiska utvecklingen vissa år föranlett begränsningar i byggnadsprogrammen utöver vad som tidigare planerats, medan det andra år givits kompensation för sådana ytterligare begränsningar, vartill kommer att »ordinarie kvot» icke inbegriper s. k. diversekvot. Det vanligaste är emellertid att det framträtt behov av sådan angelägenhetsgrad att man med en eller annan motivering ansett sig böra delvis tillmötesgå dem. De största överskridandena framträdde som synes 1953, 1956 och 1957. År 1953 beviljades sålunda 12 mkr., som betecknades såsom »förskott på 1954 års kvot», varjämte 6 mkr. bokfördes på länsarbetsnämndernas s. k. diversekvot och 3 mkr. beviljades av sysselsättningskäl utom kvot. År 1956 bokfördes 32 mkr. på 1955 och 1957 års kvoter, varjämte 7 mkr. fördes på länsarbetsnämndernas diversekvot och 9 mkr. avsåg tillstånd utom kvot beviljade av sysselsättningskäl o. d.

¹ Varav 14,6 mkr på undervisningskvoten (ecklesiastikdepartementet).

redovisade kvotbehoven. Det framträder också, att tillståndsgivningen varit »ryckig», vilket måste ha försvårat planeringen. Efter en snabb uppgång från 1950 till 1953 inträdde en minskning i tillståndsgivningen, som dels berodde på att en del under sistnämnda år beviljade tillstånd tagits ut i förskott på 1954 års kvot och dels på att tillspetsningen i högkonjunkturen under 1955 föranledde en strävan från myndigheternas sida att hålla tillbaka investeringarna på detta relativt lättreglerade investeringsområde. Under 1956 inträdde i gengäld en desto starkare ny ökning i den faktiska tillståndsgivningen, och den högre nivå, som då nåddes, bibehölls under 1957. Från början av 1958 har byggnadsregleringen i hög grad lättats (jfr nedan).

Vad som i hög grad bidragit till att förvärra trängseln på sjukvårdens investeringsområde är att den ökade intagningen av studenter vid medicinska läroanstalter medfört avsevärda behov av utbyggnad av undervisningssjukhusen. Det har därmed blivit svårare att bereda plats för utbyggnad av sådan kroppssjukvård som icke utnyttjas i den akademiska medicinska undervisningen, d. v. s. väsentligen av landstingens lasarett och hem för långvarigt kroppssjuka.

Dessutom har konkurrensen ytterligare skärpts på grund av huvudmännens alltmer bestämda önskan att råda bot på den svåra eftersläpningen inom mentalsjukvården. Den del av mentalsjukvårdens utbyggnad, som ankommer på staten, verkställes nu i enlighet med den s. k. reviderade generalplanen, som enligt programmet skulle vara förverkligad omkring 1968. I huvudsak går denna plan ut på en nödvändig kvalitetshöjning, som emellertid kan behöva bli ännu större än vad som hittills planerats. Platsantalet å de statliga sinnessjukhusen skulle i slutet av 1960-talet (knappt 21 000) inte fullt komma att nå upp till den faktiska medelbeläggning å sådana sjukhus som uppnåddes redan 1955 (21 600); med hänsyn till köerna av s. k. expektanter, som enligt en ofullständig registrering skulle ha utgjort nära 2 000 vid utgången av 1955, måste platsbehovet då ha varit ännu större. För att utbyggnaden i enlighet med generalplanen för den statliga sinnessjukvården skall bli kvantitativt tillräcklig, erfordras tydligen en sådan kvalitetshöjning och intensifiering av behandlingen, att patientomsättningen kan väsentligt öka. Nu sker otvivelaktigt en viss ökning i patientomsättningen å sinnessjukhusen (jfr nedan) — och detta även på annat sätt än genom att en del patienter skrivs ut i förtid för att ge plats åt andra. Men det utesluter inte ett behov av ytterligare åtgärder utöver vad som hittills planerats för förbättring av behandlingsresultaten i mentalsjukvården.

Det är att märka, att det redan inträffat vissa förseningar i generalplanens förverkligande, dels på grund av justeringar och kompletteringar i planer för enskilda projekt och dels på grund av att trängseln på investeringsbudgeten gjort det svårt att helt tillgodose ens prioriterade behov.

Därtill kommer de utbyggnadsbehov, som ankommer på andra huvudmän än staten. I det övervägande flertalet landsting planeras eller bygges psykiatriska lasarettskliniker. Ytterligare tillkommer utbyggnadsbehov avseende egentliga sinnessjukhus i städer utanför landsting, vidare vårdhem för lättskötta sinnessjuka och slutligen byggnadsbehov avseende den huvuddel av vården av psykiskt efterblivna, som ankommer på landsting och städer utanför landsting.

Som tidigare antytts, har emellertid byggnadsregleringen från ingången av 1958 i avsevärd mån lättats. I fråga om undervisningssjukhus och statlig mentalsjukvård och allmänt vad gäller Norrbottens, Västerbottens, Jämtlands, Västernorrlands, Blekinge och Gotlands län samt Öland är denna lättnad mycket långtgående, men även i andra fall har restriktionerna luckrats upp.¹ Särskilt för staten och en del större städer gör sig i stället starka finansiella begränsningar gällande, medan åtskilliga landsting tills vidare lär ha större finansiella möjligheter att utnyttja det nya läget. Med hänsyn till att denna, liksom flera tidigare, ändringar i byggnadsregleringen kommit relativt plötsligt, kan man emellertid dessutom i många fall vara planeringsmässigt oförmögen att omedelbart fullt ut använda det friare utrymmet på byggnadsmarknaden. Det synes därför vara svårt att beräkna hur stor ökning av hälso- och sjukvårdens byggnadsinvesteringar som kan förväntas under den närmaste tiden.

Det är emellertid ingalunda givet, att denna lättnad i byggnadsregleringen representerar inledningen till en period utan bekymmer för investeringarna på hälso- och sjukvårdens område. Det må erinras om att de investeringsbehov, som ackumulerats under en lång period av eftersläpande sjukvårdsinvesteringar, nått avsevärd storlek. Och om liberaliseringen blir bestående och en betydande ökning i sjukvårdsinvesteringarna inträder, kan just det föranleda att finansiella begränsningar efterhand gör sig mera allmänt gällande. Behov av en investeringsbesparande sjukvårdsorganisation kommer säkert allttjämt att föreligga.

Beräkning av framtida investeringsbehov

Efter samråd med oss har medicinalstyrelsen i skrivelse av den 24 februari 1956 inför 1955 års långtidsutredning framlagt ett program för en successivt ökad byggnadstillståndsgivning. I skrivelsen redovisades först en på grundval av uppgifter från huvudmän och andra ansvariga instanser för olika delområden verkställd sammanräkning av byggnads- och andra investeringsbehov avseende 10-årsperioden 1956—65. Denna sammanräkning, som får betraktas såsom ofullständig, gav till resultat ett belopp för hela perioden å sammanlagt 2 775 miljoner kronor, fördelade på olika områden enligt följande (i miljoner kronor):

¹ Jfr Från departement och nämnder 1957, nr 24.

Centraladministrationen	3
De statliga laboratorierna och rättsläkarstationerna	30
Vanförestalter, kustsanatorier, Eugeniahemmet m. m.	30
Av Karolinska sjukhuset, landsting och städer utanför landsting omhändertagd vård	2 098
därav: lasarettsvård	1 375
epidemivård	51
lungtuberkulosvård	38
vård av långvarigt kroppssjuka	179
kommunal mentalsjukvård	290
folktandvård	22
öppen vård	28
ospecificerat	115
Statlig mentalsjukvård	482
Epileptikervård	15
Statlig öppen vård	60
Apoteksväsendet	57
	<u>Summa 2 775</u>

Beloppets fördelning på de olika åren under perioden framgår av följande siffror (miljoner kronor):

1956.....	266	1961.....	284
1957.....	348	1962.....	267
1958.....	337	1963.....	262
1959.....	296	1964.....	211
1960.....	294	1965.....	210
	<u>Summa för 5 år 1 541</u>		<u>Summa för 5 år 1 234</u>

I allmänhet vilar beräkningarna endast för de första åren på närmare utarbetade planer, medan uppgifterna för senare år vilar på mera lösa uppskattningar, som ofta torde undervärdera de investeringsbehov, som ligger mera avlägset i tiden. Därför kan endast genomsnittstalet för den första 5-årsperioden (drygt 300 miljoner kronor per år) anses representera en någorlunda fullständig beräkning av investeringsbehoven.

Med hänsyn till brist på läkare och annan medicinalpersonal prutade emellertid medicinalstyrelsen i sitt slutliga förslag ned denna öknings-siffra med omkring två tredjedelar för perioden 1956—60 och med närmare hälften för perioden 1961—65. Årsmedeltalen för de två 5-årsperioderna skulle sålunda komma att ligga ca 60 respektive 100 miljoner kronor över nivån för 1955. Härvid räknades med en successiv stegring, som för den första 5-årsperioden skulle utveckla sig enligt följande serie:

Investeringar mkr i:	1956	1957	1958	1959	1960	Genomsnitt 1956—60
byggnader m. m.....	120	140	150	160	170	148
inventarier m. m.....	32	32	32	34	34	33
Summa	152	172	182	194	204	181

I sina alternativa s. k. investeringsavvägningar (SOU 1956: 53, s. 208) räknade emellertid långtidsutredningen med att investeringsutrymme för hälso- och sjukvården under 1956—60 skulle komma att ligga endast 20—30 miljoner kronor högre än 1955. Eftersom den ordinarie byggnadskvoten för hälso- och sjukvård redan 1956 höjts till 120 miljoner kronor eller med 30 miljoner kronor¹ och samma kvot även faststälts för 1957, skulle det innebära, att hälso- och sjukvården under 1958—60 i bästa fall skulle få behålla det investeringsutrymme som redan erhållits i den ordinarie kvoteringen; med hänsyn till att långtidsutredningens ökningssiffra inbegrep inventarier och apparatur skulle det till och med i detta högre alternativ kunna bli en obetydlig jämkning nedåt. Och enligt det lägre alternativet skulle det bli fråga om en tydlig minskning under 1958—60. I jämförelse med den faktiska tillståndsgivningen 1956 (173 miljoner kronor), som legat 85 miljoner kronor högre än 1955, skulle minskningen i båda fallen komma att bli avsevärd. Först under perioden 1961—65 skulle hälso- och sjukvården enligt långtidsutredningens avvägning få sig tillerkänd ungefär den ökning i investeringsutrymme, som medicinalstyrelsen begärt för denna period (i genomsnitt ca 100 miljoner kronor per år utöver 1955 års nivå). Men om långtidsutredningens avvägning under den första 5-årsperioden följdes, skulle vid ingången av denna senare period komma att föreligga en större ackumulation av otillfredsställda behov, än vad medicinalstyrelsen räknat med i sin utredning.

I vårt den 22 mars 1957 avgivna remissutlåtande över långtidsutredningens betänkande uttalade vi vår förståelse för långtidsutredningens önskemål att åt investeringar i bland annat bostäder, skolor och näringsliv söka reservera ett ökat investeringsutrymme. Vi förklarade oss också förstå, att det — så långt man kunde döma av hittills kända förhållanden — såg ut att föreligga risk för att i och för sig motiverade utfästelser i fråga om arbetstidsförkortning och höjda pensionsförmåner kunde komma att inkräkta på utrymme för övriga ändamål inom samhällsekonomin och därmed på investeringsmöjligheterna. Men vi ansåg oss icke kunna godtaga den investeringsavvägning, som långtidsutredningen räknat med för hälso- och sjukvårdens del — och vi rekommenderade dessutom en översyn av dess investeringsprogram för vatten och avlopp, på vilket område ingen ytterligare ökning hade förutsatts komma i fråga under 1956—60. Vi hänvisade till hur sjukvårdsinvesteringarna under en lång följd av år släpat efter och anförde bland annat dessa allmänna slutsatser:

»(Det) krävs en sådan inriktning av den ekonomiska politiken, att eftersatta investeringsbehov, däribland sjukvårdens, får ett väsentligt bredare utrymme. Vi har ingen anledning att diskutera statsmakternas önskemål att tillgodose mycket starkt motiverade krav på bland annat arbetstidsbegränsning och höjd standard åt pensionärer. Vi understryker emellertid angelägenheten av att avvägningen i den samhälleliga reformpolitiken i fortsättningen blir sådan, att eftersläpande in-

¹ Ovan i tab. 5.13 har den ordinarie byggnadskvoten för 1955 angivits till ca 76 mkr. Detta belopp ansågs emellertid representera resultatet av en tillfällig nedprutning från den kvot å 90 mkr., som varit fastställd för 1953 och 1954 och som även för 1955 betraktades som den egentliga »ordinarie» kvoten. Den faktiska tillståndsgivningen 1955 uppgick, som redan framgått, till nära 88 mkr.

vesteringsbehov inom sjukvård och vissa andra områden, som direkt och indirekt är av avgörande betydelse för människornas levnadsförhållanden och trivsel, inte får komma i efterhand. I en fortsatt planering av reformpolitiken måste nämligen just dessa behov tvärtom tillerkännas högsta prioritetssklass.

Det tillkommer icke oss att närmare diskutera utformningen och tekniken i en ekonomisk politik, som krävs för att tillgodose sådana syften. Vi åtnöjer oss med att i första hand hänvisa till det enkla faktum, att en sträng återhållsamhet i fråga om andra standardkrav måste accepteras såsom en konsekvens av ett beslut att ta ut en standardstegring i form av arbetstidsförkortning och förbättrad försörjning åt pensionärer. Går det inte att få till stånd denna återhållsamhet på annat sätt, kan det bland annat bli nödvändigt att överväga en konsumtions- eller utgiftsbeskattning. Under alla förhållanden krävs energiska åtgärder ägnade att främja kapitalbildningen, särskilt ungdomssparandet. Ett stabilt penningvärde är en grundläggande förutsättning för bättre balans mellan sparande och investeringsbehov.»

I vårt slutyrkande uttalade vi bland annat följande:

»Det vill synas som om det borde ligga inom möjligheterna för en ekonomisk politik, som syftar till både balans och utrymme för angelägna investeringar, att för 1958 åstadkomma en utrymmesökning för hälso- och sjukvårdens byggnadsbehov av den storlek som begärts (av medicinalstyrelsen). Det borde likaledes vara möjligt att under följande år skapa underlag för ytterligare successiv breddning av detta byggnadsutrymme, så att medicinalstyrelsens ytterst måttfulla förslag skulle kunna förverkligas...

Vid tillgodoseende av detta önskemål ... behöver förvisso icke befaras, att tvånget att eftersträva en investeringsbesparande hälso- och sjukvårdsorganisation skulle komma att försvagas. Vad som kan befaras är i stället att det, även under denna förutsättning, blir omöjligt att undgå uppskov i fråga om åtskilliga angelägna byggnadsföretag, bland annat avseende den starkt eftersatta mentalsjukvården. Men sådana uppskov blir åtminstone något mindre ödesdigra, än om byggnadsutrymme för hälso- och sjukvården skulle komma att låsas fast vid långtidsutredningens avvägning...

... Stora grupper (lever alltjämt) under ytterst svåra förhållanden. Det gäller t. ex. många psykiskt sjuka, som för en halvt bortglömd tillvaro i överfyllda asyler, som ofta dessutom är ohygieniska, mörka och förfallna. Det gäller också åtskilliga vårdbehövande långvarigt sjuka, som är hänvisade till en tillsyn av släktingar, vilken i många fall inte kan bli tillfredsställande. Det gäller likaledes talrika nervösa och plågade människor, som trots allvarliga sjukdomar nödgas vänta i veckor eller månader på sjukhusplatser. I brist på adekvata rehabiliteringsresurser uppkommer i onödan fall av social invaliditet, som kan döma den partiellt arbetsoförmögne till livslång överksamhet och fattigdom. Det bör också påpekas, att i våra dagar är majoriteten av de fattiga och medellösa långvarigt sjuka personer, som utöver sina ofta svåra lidanden också drabbats av ekonomisk misär. Det är de sjuka, som företrädesvis befolkar de sämsta lägenheterna, den kvarvarande bostadsslummen. I den fortsatta planeringen av reformpolitiken måste därför dessa eftersatta grupper behov tillerkännas prioritet. Om resurser frigöres genom att den allmänna konsumtionsökningen begränsas kan mycket onödigt lidande undanröjas.»

Vid uppvaktnings hos statsministern den 10 december 1957 hemställde medicinalstyrelsen och dess huvudmannaråd om en höjning av byggnadskvoten för hälso- och sjukvård till 200 miljoner kronor för 1958. Den ökning i anspråken jämfört med tidigare uttalade önskemål (jfr ovan), vari hem-

ställt om en kvot å 150 miljoner kronor för 1958, motiverades bland annat med hänvisning till sinnessjukvårdens ökade behov (10 miljoner kronor) och byggnadskostnadsstegringen (14 miljoner kronor). Genom den ovan berörda lättningen i byggnadsregleringen torde möjligheter ha beretts att få de nya önskemålen tillgodosedda.

I de följande avsnitten kommer ytterligare belysning att ges åt verkningarna av att investeringsutrymmet för hälso- och sjukvården under lång tid varit alltför knappt.

Utvecklingen inom slutna vård

I det föregående har konstaterats dels att efterfrågan på hälso- och sjukvård företer en utomordentligt snabb tillväxt och dels att investeringarna sedan slutet av 30-talet och ända till och med 1956 släpat efter såväl i förhållande till den starka ökningen i konsumtionen av hälso- och sjukvårdsorganisationens tjänster, som i förhållande till investeringsutvecklingen på övriga områden. Båda dessa förhållanden återspeglas också i de uppgifter om utvecklingen inom slutna vård, som sammanställts i tab. 5.14 och 5.15. (Se även bilderna 5 d—f.) De är av stort intresse i sammanhanget, inte minst med hänsyn till det förhållandet, att det är de slutna vårdheterna, som svarar för den helt övervägande delen av investeringsbehovet inom egentlig hälso- och sjukvård.

Nu ger uppgifterna om förändringarna i platsantal inte en rättvisande bild av hur investeringsvolymen i slutna vård utvecklats. Dels torde uppgifterna om fastställt platsantal vara grundade på normer, som undergått jämkningar under jämförelseperioden, och dels ökas anspråken på utrustning och bekvämlighet, så att investeringsvolymen per »nyproducerad» plats säkerligen blivit avsevärt större än förut. Därtill kommer att dessa siffror endast mäter nettotillskotten av platser och inte bruttotillskotten och likaledes icke de förbättringsarbeten, som utförts å befintliga byggnader. Men mot bakgrunden av de uppgifter, som anförts i det föregående, finns det dock anledning att acceptera detta ytterligare vittnesbörd om att investeringsutvecklingen icke hållit takt med den allmänna expansionen inom hälso- och sjukvård. Det ger icke något preciserat mått på denna relativa investeringseftersläpning, men det är likväl på många sätt av intresse.

Vad gäller *kroppssjukvården* bekräftas intrycket av att en avgörande förbättring inträdde från 1956. Dessförinnan hade emellertid nettotillskottet av platser minskat märkbart sedan 30-talet, som i sin tur visade lägre ökningstal än 20-talet. Trots detta har den slutna kroppssjukvårdens »produktion», om den mätes i antalet intagningar per år, ända fram till mitten på århundradet visat en allt starkare ökning, och detta även om man ser på de procentuella talen. Under 20-talet ökade intagningarna icke mycket snabbare än platsantalet, under 30-talet däremot mer än dubbelt så snabbt som platsantalet och under 40-talet med så mycket som 56 procent, vilket är fyra gånger snabbare än platsantalet (14 procent). Dessa hastigt växande intag-

Tabell 5.14. Platsantal, vård dagar, intagningar och medelvårdtid i den slutna vården 1920—56

	1920	1930	1940	1950	1955	1956 (prel.)
Antal platser						
Lasarettsvård.....	14 110	20 833	25 672	30 443	33 307	34 162
Förlossningsvård.....	599	1 228	2 674	4 003	3 685	3 687
Epidemivård.....	6 327	6 753	6 779	5 131	3 888	3 731
Lungtuberkulosvård.....	5 162	7 414	9 286	8 546	7 368	7 090
Summa	26 198	36 228	44 411	48 123	48 248	48 670
Vård av långvarigt kropps-						
sjuka.....	..	3 902	5 332	9 175	12 926	13 794
Enskilda sjukhem.....	..	1 974	1 737	1 336	1 216	1 239
Hela kroppssjukvården..	..	42 104	51 480	58 634	62 390	63 703
Mentalsjukvård.....	..	..	..	40 598	42 718	..
därav statens o. storstä-						
dernas sinnessjukhus....	11 933	14 067	20 252	22 733	23 692	..
Antal vård dagar (1 000-tal)						
Lasarettsvård.....	4 602	6 631	8 082	9 461	10 315	10 573
Förlossningsvård.....	218	387	807	1 086	958	912
Epidemivård.....	811	1 010	1 135	781	597	609
Lungtuberkulosvård.....	1 715	2 546	3 054	2 420	1 904	1 718
Summa	7 346	10 574	13 078	13 748	13 774	13 812
Vård av långvarigt kropps-						
sjuka.....	..	1 219	1 747	3 054	4 378	4 678
Enskilda sjukhem.....	..	618	600	396	375	381
Hela kroppssjukvården..	..	12 412	15 425	17 197	18 527	18 871
Statens o. storstädernas sin-						
nnessjukhus	4 466	6 009	8 686	9 494	9 838	..
Intagningar						
Lasarettsvård.....	168 876	267 169	383 195	603 757	694 634	714 307
Förlossningsvård.....	23 100	31 954	78 035	129 849	117 483	114 327
Epidemivård.....	33 203	21 765	32 393	56 204	33 959	35 154
Lungtuberkulosvård.....	11 649	15 322	19 257	15 626	15 208	15 253
Summa	236 828	336 210	512 880	805 436	861 284	879 041
Vård av långvarigt kropps-						
sjuka.....	..	12 355	14 519	13 295	18 231	19 044
Enskilda sjukhem.....	..	6 487	5 688	13 589	13 123	13 105
Hela kroppssjukvården..	..	355 052	533 087	832 320	892 638	911 190
Medelvårdtid, dagar						
Lasarettsvård.....	27,2	24,8	21,1	15,7	14,9	14,8
Förlossningsvård.....	9,4	12,1	10,3	8,4	8,2	8,0
Epidemivård.....	24,4	46,4	35,0	13,9	17,6	17,3
Lungtuberkulosvård.....	147,2	166,2	158,6	154,8	125,2	112,6
Samtliga	31,0	31,5	25,5	17,1	16,0	15,7
Vård av långvarigt kropps-						
sjuka.....	..	98,7	120,3	229,7	240,1	245,6
Enskilda sjukhem.....	..	95,2	105,5	29,1	28,6	29,1
Hela kroppssjukvården..	..	35,0	28,9	20,7	20,8	20,7

Tabell 5.15. Förändringar i den slutna vården 1920—56

	1921—30	1931—40	1941—50	1951—55 ¹	1956 (prel.)
Ökning el. minskning (—) i antal per år					
Lasarett- och förlossningsvård					
platser.....	735	629	610	509	857
vård dagar, 1 000-tal.....	220	187	166	145	212
intagningar.....	10 715	16 211	27 238	15 702	16 517
Epidemi- och lungtuberkulosvård					
platser.....	268	190	—239	—484	—435
vård dagar, 1 000-tal.....	103	63	—99	—140	—174
intagningar.....	—777	1 456	2 018	—4 533	1 240
Vård av långvarigt kroppssjuka					
platser.....	..	143	384	750	868
vård dagar, 1 000-tal.....	..	53	131	265	300
intagningar.....	..	216	—122	987	813
Hela kroppssjukvården, inkl. enskilda sjukhem					
platser.....	..	938	715	751	1 313
vård dagar, 1 000-tal.....	..	301	177	266	344
intagningar.....	..	17 804	29 923	12 064	18 552
Statens o. storstädernas sinnessjukhus					
platser.....	213	619	248	192	..
vård dagar, 1 000-tal.....	154	268	81	69	..
Ökning el. minskning (—) i procent per årtionde					
Lasarett- och förlossningsvård					
platser.....	50	29	22	15	..
vård dagar.....	46	27	19	14	..
intagningar.....	56	54	59	18	..
Epidemi- och lungtuberkulosvård					
platser.....	23	13	—15	—39	..
vård dagar.....	41	18	—24	—49	..
intagningar.....	—17	39	39	—73	..
Vård av långvarigt kroppssjuka					
platser.....	..	37	72	99	..
vård dagar.....	..	43	75	106	..
intagningar.....	..	18	—8	88	..
Hela kroppssjukvården, inkl. enskilda sjukhem					
platser.....	..	22	14	13	..
vård dagar.....	..	24	12	16	..
intagningar.....	..	51	56	15	..
Statens o. storstädernas sinnessjukhus					
platser.....	18	44	12	9	..
vård dagar.....	35	45	9	7	..

¹ För vinnande av jämförbarhet är procenttalen även i detta fall beräknade per 10-årsperiod.

Bild 5d. Medelvårdtid (dagar) i kroppssjukvård 1930—56

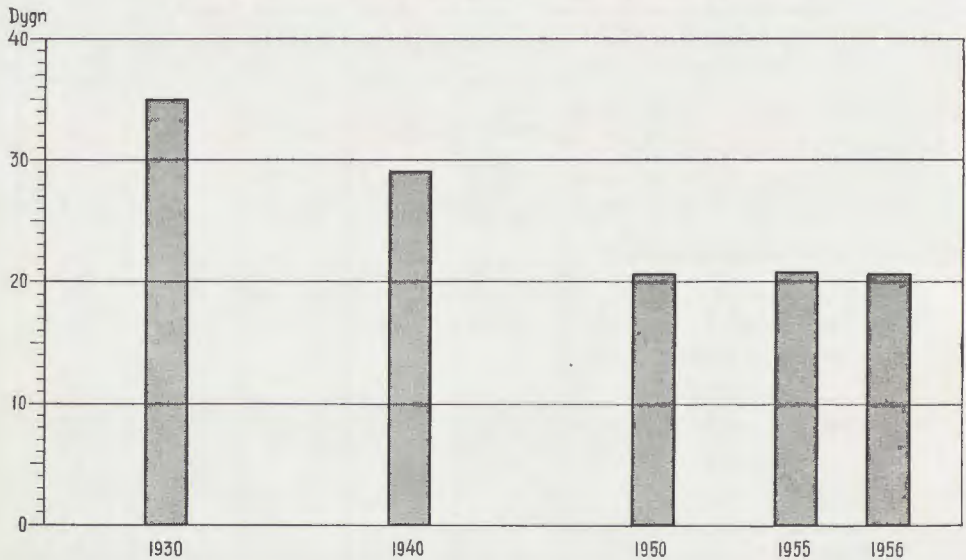


Bild 5e. Ökning eller minskning per år i platsantal i slutenvård

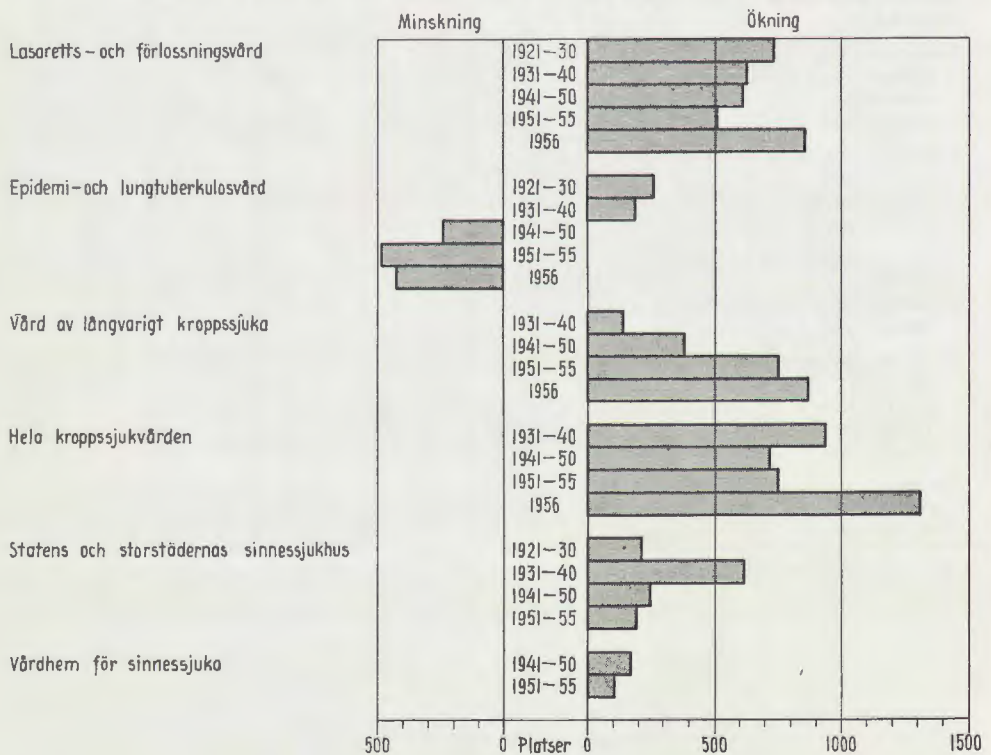
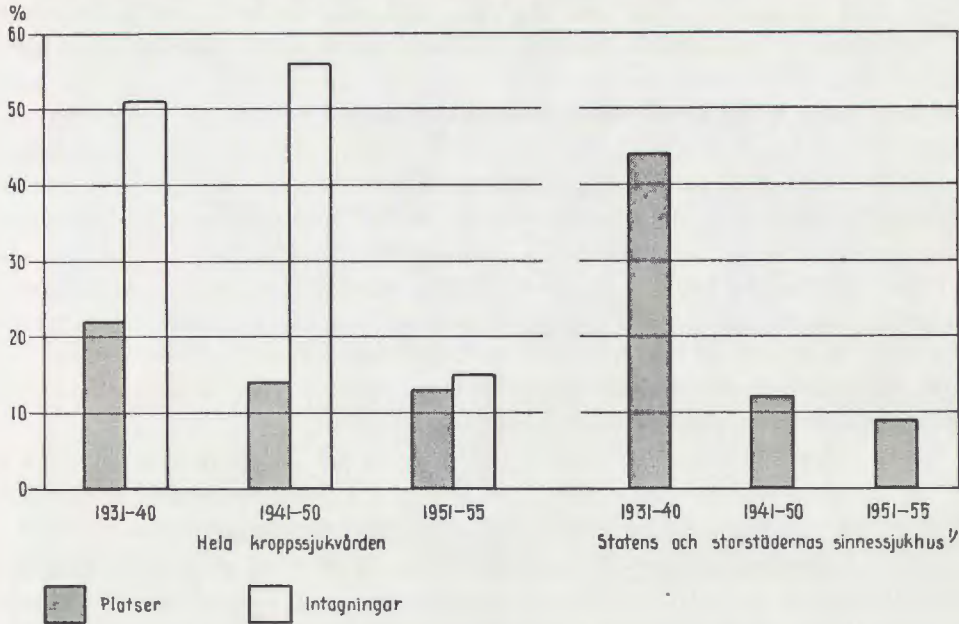


Bild 5 f. Procentuell ökning per årtionde i platsantal och i antalet årliga intagningar



ningssiffror ger ett ytterligare belägg för efterfrågans starka stegringsbenägenhet.

Den väsentliga förklaringen till olikheten i utveckling av intagningsfrekvens och platsantal ligger i den starka nedgång i vårdtiderna, som karakteriserade utvecklingen under 30- och 40-talen. Denna möjliggjordes genom nya behandlingsformer och behandlingsmedel, t. ex. tidig uppstigning och antibiotica. Under 40-talet tillkom dessutom det tvång till korta vårdtider, som gjorde sig gällande, när utrymmet på byggnadsmarknaden blev avsevärt mera trångt, samtidigt som efterfrågan fortsatte att hastigt öka. Detta tvång innebar givetvis en stimulans till ännu mer systematiskt utnyttjande av de nya behandlingsmetoder, som gjorde korta vårdtider möjliga. Emellertid har vårdtiderna i åtskilliga fall nedpressats under den gräns, som är medicinskt lämplig, så att patienter får utskrivas för tidigt, vilket ibland medför behov av återintagning. De möjligheter till ytterligare sänkning i medelvårdtiden, som fortfarande kan föreligga, torde vara svårare att förverkliga och torde alltmer motvägas av andra faktorer, t. ex. de bättre möjligheterna att behandla fall, som förut varit terapeutiskt opåverkbara men som kräver långa vårdtider; vidare förändringar i sjuklighetsstrukturen, t. ex. de degenerativa sjukdomarnas ökade frekvens i den totala sjukdomsbilden; de högre åldersgruppernas ökade betydelse inom befolkningen; den stigande frekvensen av åldringar, som bor för sig själva och sålunda inte har någon

¹⁾ Jämförbara uppgifter om förändringar i antalet årliga intagningar saknas.

som sköter om dem i hemmet; den fulla sysselsättningen och det ökade kvinnliga förvärvsarbetet, som likaledes begränsar hemvårdsmöjligheterna.

Om man ser på kroppssjukvården i dess helhet har medelvårdtiden faktiskt varit oförändrad mellan 1950 och 1956 (ca 21 dagar). Därmed har utvecklingen kommit in i ett helt nytt läge. Möjligheterna att tillgodose en ökad efterfrågan på sluten vård har med en gång blivit i stort sett begränsade till vad den fysiska utbyggnaden av vårdresurserna medger, och denna utbyggnad har i sin tur varit inskränkt av det trånga utrymmet på byggnads- och investeringsmarknaden och av det förhållandet att hälso- och sjukvårdens andel i investeringsmarknaden icke ökat i takt med sjukvårdskonsumtionens starkt växande relativa betydelse i den allmänna konsumtionen. I och med att vårdtiderna i stort sett icke kunnat ytterligare sänkas, har dessa investeringshinder sålunda fått en väsentligt mera allvarlig innebörd än förut för kroppssjukhusvårdens utveckling.

Från 1950 till 1955 har antalet intagningar på kroppssjukhusen ökat i ett tempo motsvarande 15 procent per årtionde. I detta avseende har utvecklingshastigheten sålunda nedgått med tre fjärdedelar sedan 40-talet.

Detta måste betecknas som en mycket tvär vändning i utvecklingsgången. Det är att märka, att den tidigare expansionen varit mångdubbelt starkare än den ökning i behovet, som skulle bero enbart på befolkningsutvecklingen. Från 1950 däremot har den fortsatta ökningen i patientintaget på kroppssjukhusen endast obetydligt överskridit den utvecklingstakt, som skulle vara betingad av den av folkökningen och förskjutningen i befolkningens ålderssammansättning vållade behovstegringen. Förhållandet belyses i tab. 5.16. Med utgångspunkt från uppgifter om åldersfördelningen för patienter i lasarettsvård o. d., som inhämtats i samband med en av oss verkställd undersökning avseende slutet av 1954, har här beräknats hur platsantalet skulle ha förändrats, därest antalet platser per 1 000 invånare inom respektive åldersgrupper av befolkningen skulle ha varit oförändrat. Härmed erhålles sålunda ett mått på den av demografiska faktorer beroende ökningen i platsbehov i lasarettsvård. Den utgjorde 7 procent under 30-talet, 13 procent under 40-talet och 8 procent per årtionde under 1951—55. Emellertid kan dessa siffror inte vara representativa för hela kroppssjukvården. Medräknas även kronikeravdelningar och kronikerhem måste, i varje fall för senare perioder, en större »demografisk» behovstillväxt framträda, eftersom dessa avdelningar och hem för långvarigt sjuka måste uppvisa en väsentligt starkare koncentration till högre åldersgrupper än den egentliga lasarettsvården. Inom parentes återges i tab. 5.16 resultatet av en beräkning, som är avsedd att vara mer representativ för hela kroppssjukvården exklusive tuberkulos-, epidemi- och barnbördsfall. Dessa siffror blir också något högre än de förra för perioderna 1941—50 (14 procent) och 1951—55 (10 procent per årtionde). Med hänsyn till osäkerheten i denna kompletterande beräkning (jfr noten till tabellen) får man emellertid utgå

Tabell 5.16. Ökning i folkmängd, »behov» och patientintag i kroppssjukhusvården.
Procent per årtionde

	1931—40	1941—50	1951—55
Folkmängd.....	4	11	7
Av folkökning och åldersförskjutningar betingat behov ¹			
inom lasarettsvård o. d.....	7	13	8
inom lasarettsvård och vård av långvarigt sjuka	(7)	(14)	(10)
Patientintag per år			
inom lasarettsvård o. d. (inklusive ensk. sjukhem)	42	59	31
inom epidemil- och lungtuberkulosvård.....	39	39	—73
inom vård av långvarigt sjuka.....	18	—8	88
inom hela kroppssjukvården, inklusive förlossningsvård.....	51	56	15

¹ Dessa siffror är beräknade på grundval av en undersökning av åldersfördelningen bland inneliggande patienter i lasarett- och sjukstugevård o. d. (exklusive kroniker, barnbördsfall, epidemil, psykiatri, med. tbc och personalsjukvård) avseende den 8/12 1954. Syftet med denna undersökning och dess huvudresultat i övrigt redovisas nedan å sid. 191 o. f. samt i tabell 5.19 och 5.20. I följande tabell jämföres den erhållna åldersfördelningen (i promille) bland patienterna med motsvarande åldersfördelning för hela folkmängden vid utgången av 1954.

Åldersgrupper	Hela folkmängden 31/12 1954	Inneliggande patienter 8/12 1954			
		»Klara sjukhusfall»	Långvarigt kroppssjuka	Övriga	Samtliga
0—9.....	161	110	50	110	106
10—19.....	137	74	17	53	68
20—29.....	126	112	26	81	103
30—39.....	149	130	43	117	123
40—49.....	148	146	76	143	141
50—59.....	122	163	155	181	165
60—69.....	89	152	266	177	162
70—79.....	52	96	269	114	109
80 o. däröver.....	16	17	98	24	23
Summa	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000

Som man kunnat vänta, uppvisar de inneliggande patienterna en avsevärt starkare koncentration till högre åldrar, än vad som gäller för folkmängden i dess helhet. I synnerhet gäller detta om de långvarigt sjuka; betydelsen av det förhållandet, att på grund av platsbristen i avdelningar och hem för långvarigt sjuka, sådana patienter får vårdas även å egentliga lasarettspatser skall beröras i senare sammanhang.

Uppgifterna i den sista kolumnen i tabell 5.16 ovan har använts vid beräkningen av den andra siffraden i tabell 5.16. Dessa uppgifter har sammanställts med folkmängden i respektive åldersgrupper olika år; på så sätt har erhållits svar på frågan hur det totala platsantalet skulle ha utvecklats sig, därest antalet platser per 1 000 invånare inom de olika åldersgrupperna varit oförändrat; eller m. a. o. hur mycket det av folkökning och förändringar i ålderssammansättningen betingade behovet har ökat.

Givetvis är denna beräkning endast representativ för lasarettsvård (exklusive barnbördsfall, epidemifall, tbc, etc.). Eftersom hem och avdelningar för kroniskt sjuka svarar för så mycket som en femtedel av de inneliggande patienterna på kroppssjukhusen, är det emellertid uppenbart, att verkningarna av åldersförskjutningarna på behovsutvecklingen måste vara något starkare för kroppssjukvården i dess helhet, än vad uppgifterna i den andra siffraden i tabell 5.16 anger. Den tredje siffraden återger resultatet av ett försök att med ledning av uppgifterna om åldersfördelningen bland i lasarettsvård intagna långvarigt sjuka beräkna effekten av detta förhållande. Även om justeringen går i rätt riktning, är det emellertid uppenbart att dessa siffror är mycket grova; åldersfördelningen å hem och avdelningar för långvarigt sjuka kan ju avvika från den som observerats för dessa sjuka i lasarettsvård. Därför har dessa siffror satts inom parentes.

från att den verkliga behovsökningen mycket väl kan avvika från den beräknade med en eller annan procentenhet. I så fall är det mest sannolikt, att avvikelserna skulle innebära, att den av folkökning och åldersförskjutningen betingade behovsökningen för kroppssjukhusvården i dess helhet är något större, än vad som här kommit fram.¹ Men även om den demografiska behovsökningen under förra hälften av 50-talet icke skulle vara större än 10 procent per årtionde, är det dock tydligt att den i intagningsciffrorna mätta kapacitetsökningen under samma period (15 procent per årtionde) endast varit obetydligt starkare, och att det sålunda i detta hänseende inträtt en avsevärd förändring i den utvecklingsgång som karakteriserat tidigare perioder.²

Den av demografiska faktorer (folkökning och förändringar i ålderssammansättningen) betingade behovsökningen kan beräknas stiga i ungefär samma men efterhand obetydligt avtagande takt under de närmaste 10—15 åren. Enligt en av statistiska centralbyrån för långtidsutredningen verkställd prognos — vari bland annat förutsatts en nettoimmigration av 10 000 personer per år — skulle folkökningen visserligen något avtaga. Men med hänsyn till fortsatta åldersförskjutningar kan detta icke mycket ändra ökningstakten i det totala sjukvårdsbehov, som är betingat av rent demografiska faktorer. I följande tablå har de tidigare anförda siffrorna sammanställts med motsvarande beräkningar för tiden fram till 1970:

	1931—40	1941—50	1951—55	1951—60	1961—70
Proc. ökning per årtionde i folkmängd.	4	11	7	6	4
av folkökning och åldersförskjutning betingat platsbehov i lasarettsvård o. d.	7	13	8	8	7

För kroppssjukvården i dess helhet (exklusive epidemi-, tuberkulos- och barnbördsfall) måste den demografiska behovsökningen av förut anförda skäl även fortsättningsvis bli starkare än för lasarettsvården. Särskilt skulle det gälla om vården av långvarigt sjuka i en prognos tilldelades en »vikt», som framkommit efter korrigering för den starka eftersläpning, som utmärker denna vårdform och som strax skall närmare beröras.

Hittills har i denna kommentar övervägande talats om den slutna kroppssjukvården i dess helhet. Bilden av utvecklingsgång och orsakssammanhang blir emellertid i väsentliga avseenden kompletterad, om man ser på förändringarna inom olika huvudgrenar av kroppssjukvården. Till de mest påfallande av dessa förändringar hör tillbakagången inom epidemi- och

¹ Om den starkt eftersatta vården av långvarigt kroppssjuka varit bättre tillgodosedd, skulle denna vårdform erhållit ökad vikt i kalkylen och då hade åldersförskjutningarnas effekt på det demografiska sjukvårdsbehovet tett sig starkare.

² Vissa uppgifter om åldersfördelningen av patienter i sjukkaskefinansierad öppen vård återges nedan vid 250.

tuberkulosvården och på sistone även inom förlossningsvården. I dessa tre vårdgrenar har behovet sjunkit, i de båda förra fallen på grund av förebyggande åtgärder och bättre miljöförhållanden och i det sistnämnda fallet beroende på minskat antal barnsborder. Dessutom har nya behandlingsmetoder medverkat. Dessa förskjutningar är så välkända, att det här må räcka med att hänvisa till siffrorna i de anförda tabellerna.

En följd av nedgången på dessa områden, som 1930 och 1940 svarade för en dryg tredjedel (36—37 procent) av platsantalet i kroppssjukvården mot knappt en fjärdedel (24 procent) 1955, har varit att det tillgängliga expansionsutrymmet för slutna kroppssjukvård kunnat reserveras för egentlig lasarettsvård samt för vård av långvarigt sjuka, och att även en del byggnader kunnat överföras till sistnämnda användningsområde. Vad gäller lasarettsvård (exklusive förlossningsvård men inklusive enskilda sjukhem) kan utvecklingen sammanfattas i följande huvudsiffror:

	1931—40	1941—50	1951—55	1956
Ökning per år i antal platser.....	460	437	495	878
intagningar.....	11 523	22 846	9 041	19 655
Proc. ökning per årtionde i platsantal.....	20	16	16	..
antal intagna.....	42	59	31	..

Det absoluta antalet lasarettplatser har — även när hänsyn tagits till nedgången för enskilda sjukhem — under 1951—55 fortsatt att stiga i en till och med något högre grad än under 30- och 40-talen. Under 1956 inträdde en avsevärd ny förbättring. Den procentuella stegringen försvagades något på 40-talet men föredede ingen ytterligare avmattning under 1951—55. Stegringen i antalet intagningar gick däremot starkt tillbaka under 1951—55 och återuppnådde inte ens 1956 samma nivå som under 40-talet. Den har hela tiden hållit sig på en högre relativ nivå än platstillgångens ökning. Det beror på att medelvårdtiden på detta område fortsatt att något sjunka (jfr tab. 5.14), ehuru i starkt försvagad takt.

Vad gäller vården av långvarigt kroppssjuka, framgår av tab. 5.15, att platsantalet stigit i starkt accelererad takt sedan 30-talet. Om utvecklingen under resten av 50-talet fortsätter i samma tempo som under den första 5-årsperioden, blir det en fördubbling på 10 år. Även intagningarna ökar numera mycket starkt (88 procent per 10-årsperiod). Detta är en ny utveckling. Under 30-talet ökade intagningsfrekvensen endast långsamt och under 40-talet gick den till och med tillbaka. Det förklaras av att medelvårdtiden på detta område visat mycket stark stegring, som för övrigt fortsatt under 50-talet, ehuru i väsentligt svagare grad. Denna utveckling i sin tur har säkerligen berott på att intagningarna å hem och avdelningar för långvarigt

sjuka i väsentligt mindre grad kommit att avse personer med hög omedelbar dödsrisk. De starkt höjda vårdtiderna i denna vårdform har emellertid gjort det avsevärt svårare att genom ökning i platsantalet å hem och avdelningar för långvarigt sjuka vinna tillräcklig avlastning för A-sjukavdelningarna — ett problem som skall beröras i det följande.

För att sammanfatta: Investeringsbegränsningarna under 40-talet hindrade inte att det årliga patientintaget i slutna kroppssjukvård fortsatte att öka i en takt som till och med var något högre än på 30-talet och som var mångdubbelt högre än vad som svarar mot utvecklingen av de behov, som beror enbart på folkökning och förändringar i befolkningens ålderssammansättning. Men när vårdtiderna från omkring 1950 upphörde att sjunka, blev investeringsbegränsningarna nästan helt avgörande för den fortsatta kapacitetsökningen, som därmed drastiskt försvagades. Till följd av minskade behov av epidemi-, tuberkulos- och förlossningsvård har det dock under 50-talet blivit utrymme för en snabbare utbyggnad än förut av vården av långvarigt kroppssjuka, som numera uppvisar avsevärt starkare ökning i intagningen än under tidigare perioder. Inom lasarettsvården försvagades intagningsfrekvensens stegring starkt under 1951—55 för att sedan på nytt accelerera. Under hela 50-talet har det dock varit möjligt att tillgodose en märkbart större efterfrågestegring på slutna lasarettsvård (exklusive förlossningsvård) än vad som skulle vara betingat enbart av folkökning och åldersförskjutningar inom befolkningen.

Det dominerande intrycket av denna analys av det statistiska materialet för kroppssjukhusen är dock den synnerligen snabba och ihållande efterfrågestegringen och de svårigheter som denna vållar att, särskilt vid stark investeringsbegränsning, tillgodose alla angelägna behov. Detta intryck kommer att ytterligare bestyrkas av i följande avsnitt anförda uppgifter om eftersläpande behov i vården av långvarigt sjuka, om köbildningar inom kroppssjukvården och om föreliggande uppskattningar av kvarstående utbyggnadsbehov i den slutna kroppssjukvården.

Om *mentalsjukvården* skall vi här fatta oss kort, eftersom den kommer att mera ingående behandlas i ett kommande betänkande, som utarbetas inom mentalsjukvårdsdelegationen. Av tab. 5.15 framgår, att de egentliga sinnessjukhusen tillhörande staten och storstäderna under 30-talet visade en förhållandevis stark ökning i fråga om fastställt platsantal (619 per år eller 44 procent per årtionde), men att denna ökning därefter försvagats på ett ännu mer utpräglat och ihållande sätt än för kroppssjukhusvården. På 40-talet uppgick platsökningen per år till 248 och den procentuella stegringen per årtionde till 12 procent och under första hälften av 50-talet till respektive 192 platser per år och 9 procent per årtionde. De båda sist angivna procenttalen är lägre än motsvarande tal för kroppssjukvården (tab. 5.15). I detta sammanhang bör visserligen beaktas, att vårdhem för lättskötta sin-

nessjuka och ytterligare andra slag av mentalsjukvårdsbyggnader efterhand kommit att svara för en ökad andel av byggnadsverksamheten på detta område. Men för mentalsjukvården i dess helhet var ändå platstillskottet per år under 1951—55 (424) fortfarande lägre än enbart för de egentliga sinnessjukhusen under 30-talet (619).

I vårt remissutlåtande över långtidsutredningens betänkande (SOU 1956: 53) anförde vi på tal om dessa förhållanden:

Och dock är att märka, att mentalsjukvården företer en ännu mycket allvarligare kvalitativ och kvantitativ bristsituation än kroppssjukhusvården. I själva verket rör det sig här om ett av de områden i samhället, där förhållandena är mest otillfredsställande, och dessa otillfredsställande förhållanden är av betydelse för avsevärda befolkningsgrupper. Sålunda har medicinalstyrelsen beräknat att 9 av 100 personer, som nu föds och uppnår medellivslängden 70 år, minst en gång i livet kommer att bli intagna på egentliga sinnessjukhus — detta förutsatt att frekvensen av förstagångsintagna per åldersgrupp av befolkningen förblir densamma som under 1955. Härtill får så adderas det obekanta antal personer, som kan förväntas komma i behov av psykiatrisk vård i andra former (öppen vård, intagning å psykiatrisk lasaretsklinik, vårdhem etc.) men icke behöver komma in på egentliga sinnessjukhus.

Som redan antytts har det emellertid trots allt även inom mentalsjukvården varit möjligt att genom förbättrade behandlingsmetoder och bättre utrustning uppnå bättre resultat per sjukhusplats. Dock är denna utveckling svår att statistiskt belysa beroende på vissa svagheter i uppgifterna om patientomsättning och medelvårdtid. En ganska tydlig fingervisning ger emellertid de relativt hållfasta uppgifterna om antalet *förstagångsintagna* patienter å egentliga sinnessjukhus tillhörande staten och de tre storstäderna. Under 30-talet ökade detta antal i en takt (50 procent eller något mer), som icke var mycket högre än stegringen i platsantalet (44 procent). Ökningen i antalet förstagångsintagna fortsatte emellertid under 40-talet (63 procent) och 50-talet (51 procent per årtionde), trots att ökningen i platsantalet (respektive 12 och 9 procent per årtionde) då var avsevärt lägre.

Sannolikt får det emellertid fattas som ett varningstecken att den relativt minskade ökningen i platsantal under början av 50-talet åtföljts av en likaledes minskad relativ ökning i antalet förstagångsintagna. Och till stor del har höjningen i omsättningen under hela tiden efter 30-talet säkerligen varit betingad av att patienttrycket på sinnessjukhusen icke upphört att öka. De kortare vårdtiderna måste sålunda delvis vara på ett irrationellt sätt framtvungna av investeringsbegränsningarna. Liksom inom kroppssjukhusvården förekommer det nämligen vid sinnessjukhusen att patienter får utskrivs i förtid för att lämna plats åt andra patienter med större vårdbehov.

Och det är att märka, att antalet vård dagar per plats år 1955 uppgick till icke mindre än 415 vid de egentliga sinnessjukhusen, medan motsvarande tal vid lasaretten stannade vid 310. Dessa tal har för övrigt förändrat sig i

förvånansvärt ringa utsträckning såsom följande på tab. 5.14 grundade jämförelse visar:

	1930	1940	1950	1955
Vård dagar per år och sjukhusplats inom lasarettsvård (exkl. förlossn.-vård o. ensk. sjukh.) . . .	318	315	311	310
egentliga sinnessjukhus	427	429	418	415

Det »ideala» talet måste med nödvändighet märkbart understiga 365. Det föreligger behov av platsreserv och av periodisk vädring, rengöring och reparation och dessutom är det på grund av ofrånkomlig spilltid vid patientutbyten omöjligt att utnyttja varje plats under årets alla dagar; på grund av kortare vårdtider har sistnämnda faktor ökat i betydelse. På grund av personalbrist, särskilt under sommarmånaderna, har emellertid kroppsjukhusen därutöver åsamkats ett något sämre platsutnyttjande än som eljest varit nödvändigt, samtidigt som på flera håll trängsel förekommer även där. Men sinnessjukhusen är ännu sämre ställda i fråga om tillgången på personal och trots detta överstiger platsernas utnyttjandegrad där väsentligt talet 365.

Glädjande nog föreligger dock inom mentalsjukvården utsikter till en fortsatt omsättningsökning och förbättring av vårdresultaten. En sådan ökad effektivitet är på detta område också särskilt nödvändig, eftersom, av allt att döma, avståndet mellan de resultat som det borde vara medicinskt möjligt att åstadkomma och de resultat som i praktiken kan vinnas med tillgängliga resurser i fråga om personal och utrustning förefaller vara särskilt stort på detta område. Möjligheterna till en dylik utveckling är emellertid som sagt i stort sett redan beaktade i de investeringsplaner, som nu håller på att genomföras, och de kan sålunda icke tas till intäkt för någon nedprutning av mentalsjukvårdens investeringsbehov. Tvärtom förutsätter den nödvändiga kvalitativa förbättringen fortsatta investeringar av stor omfattning. Det måste bland annat förutsättas, att investeringsutrymmet blir tillräckligt för att undanröja överbeläggning, åstadkomma platsreserv, möjliggöra en rationell differentiering mellan olika patientgrupper och i byggnaderna inrymma all erforderlig behandlingsutrustning, lokaler för samtalsterapi, arbetsterapi, kuratorsverksamhet och andra uppgifter, som hör till en högvärdig psykiatrisk vård och behandling. Det måste dessutom förutsättas att utbyggnaden av psykiatriska lasarettskliniker, vårdhem, lokaler för öppen vård m. m. icke hämmas genom alltför stark begränsning i investeringsutrymmet. Och enligt all erfarenhet brukar nya latenta behov uppenbara sig i den mån som ökade och bättre resurser ställs till förfogande.

Dessa slutsatser motsäges icke av det faktum, att mentalsjukvården — såsom skall beröras i senare sammanhang — hör till de områden, som är särskilt illa utsatta för en annan avgörande begränsningsfaktor, nämligen

knappheten på läkare och kvalificerad medhjälpande personal, och att det, i den mån denna andra begränsningsfaktor kan övervinnas, borde vara möjligt att genom bättre resultat i sluten vård och utveckling av öppen vård begränsa en framtida ytterligare stegring i investeringsbehovet. Ty i icke ringa grad föreligger här ett cirkelsammanhang: en av svårigheterna för personalrekryteringen i mentalsjukvården ligger just i de nu aktuella kvantitativa och kvalitativa bristerna i de materiella resurserna. Dessa aktuella brister måste övervinnas redan för att mentalsjukvården skall bli bättre i stånd att dra till sig kvalificerad personal.

De data och synpunkter som här anförts har tjänat till att än mer understryka det positiva värdet i statens, landstingens och storstädernas allt mer bestämda strävan under senare år att genom intensifierad upprustning och utbyggnad råda bot på föreliggande eftersläpningar i mentalsjukvården. De ger samtidigt också ytterligare belägg för hur angeläget det är att skapa det investeringsutrymme som erfordras för att dessa strävanden på planligt sätt skall kunna fullföljas.

Behovet av ytterligare platser inom slutna kroppssjukvård

Det är inte förvånande att den snabba efterfrågeexpansionen, och dessutom brytningen mellan denna expansion och begränsningarna i investeringsutrymme på flera håll vållat trängsel-, köbildnings- och bristfenomen samt en ackumulation av stora otillfredsställda investeringsbehov. Dessa företeelser skall här, vad gäller slutna kroppssjukvård, något närmare belysas bland annat på grundval av uppgifter, som vi genom en särskild enkät inhämtat avseende köbildning och väntetider. Dessutom meddelas en beräkning av det ytterligare nettotillskott av platser som erfordras för att tillgodose vissa inom medicinalväsendet accepterade »tumregler» för erforderligt platsantal. Slutligen framlägges en summering av beräkningar av det platstillskott under närmaste 10-årsperiod (1956—66), som på grund av föreliggande planer eller särskilt gjorda prognoser på vår begäran utfördes 1956 av vederbörande landstingsdirektörer och andra ansvariga huvudmannarepresentanter.

Den förstnämnda enkäten grundades på en i augusti 1956 utsänd förfrågan med anhållan om närmare uppgifter ägnade att belysa efterfrågan på öppen och slutna vård vid sjukhus och polikliniker samt möjligheterna att tillgodose denna. I detta syfte begärdes uppgifter om väntelistor — därest sådana fördes — eller andra upplysningar om köbildningar.

Redan före utsändandet av vår förfrågan var vi medvetna om att mycket varierande metoder tillämpades för regleringen av patienttillströmningen och att det material, som kunde erhållas, skulle ge utrymme för skilda tolkningar. Någon enhetlig redovisning, lämpad för statistisk bearbetning till grund för generella överväganden i dimensioneringsfrågorna räknade vi således icke med att på denna väg erhålla. Trots detta ansåg vi det angeläget att taga del

såväl av berörda metoder som av de direkta sifferuppgifter om antalet väntande, eventuellt med angivande av säsongvariationer, vilka i samband härmed stod att erhålla. I cirkulärskrivelsen begärdes — utom en kortfattad beskrivning av förhållandena i hithörande hänseenden vid sjukvårdsanstalterna — bland annat att styresmännen skulle angiva, vilka vårdgrenar de med hänsyn till patienttillströmningen bedömde vara i störst behov av ökade resurser.

För den slutna vårdens del vittnar de erhållna svaren — som man kunde vänta sig — om mycket varierande förhållanden vid olika sjukhus och i fråga om olika specialiteter. Det bör också understrykas, att köbildningar och väntetider inte bara är uttryck för brister i fråga om utrymme och personellkapacitet utan även sammanhänger med fördelnings- och organisationsproblem. Tillika må den reservationen göras att de anförda uppgifterna om antalet väntande samt om väntetidernas längd icke torde vara inbördes jämförbara med hänsyn till att de stundom avser olika tidpunkter samt till att olika registreringssystem och bedömningsgrunder tillämpas på skilda håll. Dessa uppgifter kan sålunda icke ge någon preciserad bild av bristens omfattning men de kan däremot stödja ett kvalitativt omdöme om att brist i stor omfattning föreligger.

Invärtes medicin: Vid undervisnings- och storstadssjukhusen synes — med undantag för Uppsala akademiska sjukhus — generellt ehuru mer eller mindre accentuerat föreligga ett underskott i fråga om vårdplatser, vilket tar sig uttryck i relativt långa väntelistor och väntetider samt på sina håll även i överbeläggning. Särskilda bekymmer anmäles från lasarettet i Lund. Vid sjukhusen i Stockholm förelåg den 1 september 1956 väntelistor med 388 namn. Från Gävle anmäldes väntetider på 2—3 månader för icke akuta fall. Även vid många landstingslasarett gör sig knappheten på vårdplatser starkt gällande. Sålunda upptog väntelistan på ett centrallasarett mer än 600 personer (Östersund) medan man vid andra lasarett rör sig med tal som 350, motsvarande 2—3 månaders väntetid (Umeå), 286 (Vänersborg), ca 200 (Kristianstad, Ängelholm), 130—150 (Linköping, Växjö och Örebro).

Kirurgi: Inom den kirurgiska specialiteten synes platsbristen vara ännu mera uttalad; i många svar anges även att situationen är på väg att bli allt svårare att bemästra på grund av stegrad efterfrågan på vård.

Vid storstads- och undervisningssjukhusen rör det sig här om väntelistor, upptagande 1 791 personer (Stockholm), 585 (Malmö), 300 (Gävle), 200 (Uppsala), 150 (Karolinska sjukhuset). För Göteborg uppges en medelbeläggning av 105,7 procent. Om svårigheterna vittnar införandet av termer för angelägenhetsgradering av fallen såsom — för Karolinska sjukhusets del — »omedelbar intagning», »dubbel förtur», »förtur» respektive »vanlig tur».

Vid andra lasarett förhåller det sig på likartat sätt. Så t. ex. anges för

Örebro antalet väntande till 606, medan lasarettet i Borås har att kämpa med en »kronisk köbildning» av 300—400 väntande och tal mellan 200 och 300 anges för andra lasarett (Kristianstad, Vänersborg och Östersund). I Hässleholm, med väntelista på 100—200, uppges medelbeläggningen vara 123,4 procent och i Karlstad 119 procent. I Falköping uppmanar man patienter i behov av sluten vård att »då och då» efterhöra möjligheterna för intagning och anmäler bekymmer för att inte ens akuta bukfall kan beredas plats i erforderlig utsträckning.

Beträffande vården av *ögonsjukdomar, öron-, näs- och halssjukdomar, barnsjukdomar och gynekologisk-obstetriska fall* förefaller situationen gynnsammare ur vårdplatssynpunkt. Dock föreligger på vissa håll även här en efterfrågan, som tvingar fram väntelistor och väntetider av sådan omfattning att det väcker betänkligheter.

Om man bortser från den betydande platsbristen å *psykiatriska lasarettavdelningar* är det i övrigt främst i fråga om den *ortopediska vården* som en uttalad bristsituation föreligger. Denna brist omvittnas nästan enstämmigt från samtliga anstalter, som har avdelningar för sådan vård. Det icke tillgodosedda behovet måste uppenbarligen vara ännu större inom de sjukvårdsområden, som ännu helt saknar vårdplatser för ifrågavarande specialiteter. Detta framgår också av en del svar medan man på de flesta håll endast berört förhållandena inom de specialiteter, vilka är representerade vid sjukvårdsområdets anstalter.

I fråga om platser för ortopedisk vård upptar väntelistorna vid storstads- och undervisningssjukhusen 189 personer (stockholmsjukhusen), 179 (Uppsala akademiska sjukhus), 159 (Norrköping), 70 (Malmö allmänna sjukhus) medan väntetiderna anges till en vecka—ett år (Norrköping) och 4—6 veckor (Lund).

Beträffande riket i övrigt anges väntelistan i Linköping uppta 164 personer och i Örebro 66 (väntetid upp till ett år); i Kristianstad anges väntetiden såsom lång (6—7 veckor) bland annat på grund av den ortopediska verkstadens otillräckliga resurser.

För bedömning av utbyggnadsbehovets kvantitativa omfattning är det av intresse att jämföra den faktiska platstillgången med vissa av centrala sjukvårdsberedningen för de i det föregående berörda specialiteterna uppställda normer. Härvid är att märka att dessa endast är avsedda att utgöra mera allmänna »tumregler», framräknade med ledning av hittills inom olika sjukvårdsområden gjorda erfarenheter och sålunda ej baserade på mera teoretiska beräkningsgrunder.

Nedanstående tabell upptar å ena sidan platsbehovet per 1 000 invånare för de specialiteter, som anges i kolumn 1, enligt uppgifter av byråchefen i

centrala sjukvårdsberedningen M. E. Molander i en artikel »Synpunkter vid beräkning av vårdplatsbehovet inom ett sjukvårdsområde» (Sveriges landstings tidskrift 1956: 1), å andra sidan tillgången på platser för sådan specialistvård vid våra lasarettssjukhus vid utgången av år 1955, likaledes beräknat per 1 000 invånare, varvid uppgifterna om det faktiska platsantalet hämtats ur Allmän hälso- och sjukvård 1955, tab. L.

Tabell 5.17. Erforderligt platsantal per 1 000 invånare enligt centrala sjukvårdsberedningens normer samt faktiskt platsantal 1955

Specialitet	Platsantal per 1 000 invånare	
	Behov enligt CSB:s normer	Faktisk tillgång 31/12 1955
Medicin + kirurgi.....	3,4 —3,5	2,28
Öron-, näs-, hals.....	0,2 —0,3	0,19
Ögon.....	0,13	0,11
Obstetrik.....	0,45—0,5	0,51 (därav 0,3 med spec.-utbildad läkare)
Gynekologi.....	0,3 —0,4	0,22
Pediatrik.....	0,5	0,29
Ortopedi.....	0,3	0,15
Psykiatrisk lasarettsvård.....	0,3	0,11
Summa för angivna specialiteter	5,58—5,93	3,86

De angivna promilletalen motsvarar följande totala platsantal inom ifrågavarande specialiteter:

CSB:s lägre norm (5,58 ‰)	40 679
CSB:s högre norm (5,93 ‰)	43 230
Faktisk tillgång 1955 (3,86 ‰)	28 114

Ett icke tillgodosett platsbehov inom ifrågavarande specialiteter skulle sålunda föreligga, omfattande

enligt CSB:s lägre norm	12 565
enligt CSB:s högre norm	15 116

Dessa alternativa behovstal, ca 12 500 respektive 15 000, motsvarar respektive 45 och 54 procent av platsantalet 1955 inom här avsedda specialiteter. Därtill kommer vissa ytterligare specialiteter, särskilt sådana »mindre» specialiteter, för vilka i regel krävs regionsjukhus. Vidare tillkommer ett betydande behov av platser för långvarigt kroppssjuka. År 1955 motsvarade tillgången i detta fall 1,77 platser per 1 000 invånare¹. Utgår man från

¹ Det får beaktas, att förskjutningarna i befolkningens åldersfördelning successivt ökar det relativa behovet. Det är bland annat med hänsyn härtill som kravet numera ställs på ett platsantal för långvarigt kroppssjuka motsvarande 3 per 1 000 invånare. I debatten har höjts röster som ifrågasatt huruvida ens detta tal kommer att te sig tillräckligt när de högre åldersgruppernas betydelse ytterligare ökat. Jämför t. ex. uttalande av sjukhemsläkare G. Kullendorff, Sveriges Landstings T. 1957: 8: 209.

medicinalstyrelsens norm 3,0 platser per 1 000 invånare, skulle erfordras en ökning i antalet platser från ca 12 900 år 1955 till ungefär 22 000 eller med 9 000. Summeras dessa poster erhålles ett ofullständigt beräknat icke tillgodosett platsbehov inom kroppssjukhusvården av 21 500 à 24 000. Det motsvarar 34 à 38 procent av platstillgången inom *hela* kroppssjukhusvården.

Det är uppenbart, att en så betydande ökning av platstillgången måste kräva lång tid; det årliga nettotillskottet av platser inom kroppssjukhusvården utgjorde, som vi minns, 750 under 1951—55 och 1 300 under 1956. Under loppet av denna långa tid får man räkna med att folkökning och åldersförskjutningar inom befolkningen höjer behovet i en takt, som enligt här framlagda grova kalkyler (tab. 5.16) skulle ligga i närheten av 10 procent per årtionde. Utgår man härifrån och förutsätter man vidare, att det nyss angivna programmet skulle förverkligas under loppet av ett årtionde, skulle det innebära, att det för att uppfylla de angivna normerna i fråga om specialistvård och vård av långvarigt kroppssjuka skulle erfordras en ökning i platsantalet motsvarande omkring 50 procent (47 à 52 procent) av 1955 års platstillgång inom kroppssjukhusvården.

Emellertid måste starkt understrykas, att de platser, som krävs för att de nämnda normerna skall kunna uppfyllas, till stor del *icke* behöver vara nya platser. När det gäller att åstadkomma platser för långvarigt kroppssjuka kan man säkerligen ofta även i fortsättningen ta i anspråk omändrade befintliga platser för t. ex. epidemivård och tuberkulosvård. Erforderliga nya specialistplatser kan i många fall åstadkommas genom omvandling av platser å allmänna sjukavdelningar. Men sådana förändringar förutsätter i regel kostnadskrävande ombyggnads-, upprustnings- och inredningsarbeten. Härtill kommer, att den starka begränsningen i byggnadsutrymmet under 40-talet och förra hälften av 50-talet haft till följd, att en stor del av sjukhusbeståndet är så gammal, att betydande om- och ersättningsbyggnader redan av det skälet är nödvändiga.

Som en komplettering till dessa kalkyler anföres nu de uppskattningar, som erhållits från huvudmannarepresentanter. I 22 landsting¹ skulle enligt dessa uppskattningar, som utförts av vederbörande landstingsdirektörer, erfordras en ökning av det totala platsantalet i slutna kroppssjukvård från 37 582 år 1956 till 50 903 år 1966 eller med 35 procent². Endast för två städer utanför landsting (Göteborg och Hälsingborg) har motsvarande beräkningar erhållits; för dessa tillsammans kalkyleras med en ökning under 1956—66 med 39 procent.

¹ För Uppsala, Älvsborgs och Hallands läns landsting saknas användbar uppgift.

² Härvid är att märka, att beräkningen för ett landsting avsåg 1962; denna siffra har medtagits i beräkningen utan justering. För ett annat landsting avsåg beräkningen 1970 och meddelades dessutom i tvenne alternativ, av vilka det högre avsåg det beräknade behovet och det lägre vad man trodde sig om att kunna genomföra. I den här anförda beräkningen har den lägre siffran använts, dock först sedan ökningstalet minskats med 4/14 för att kunna appliceras på 1966; för detta landsting har den ökning varmed här räknats kommit att bli förhållandevis låg.

I dessa kalkyler har hänsyn tagits till en förväntad befolkningsutveckling. Dessutom är beräkningarna avsedda att mäta nettotillskottsbehovet, medan däremot den nyss anförda uppskattningen (omkring 50 procent) åtminstone delvis har karaktär av bruttouppskattning, eftersom avdrag icke kunnat göras för den del av behovet, som skulle kunna tillgodoses genom omvandling av befintliga platser. Ser man på de olika kalkylernas innebörd, vill det därför förefalla, som om det knappast skulle råda någon mera påtaglig brist i överensstämmelse dem emellan. Till saken hör, att landstingsdirektörerna i större eller mindre grad tagit hänsyn till de normer, som vi valt till utgångspunkt för vår egen kalkyl.

Det förefaller emellertid föga sannolikt att det skulle lyckas att på tio år öka platstillgången å kroppssjukhusen med så mycket som 35 procent, vilket skulle betyda drygt 22 000 platser. Detta gäller även om det årliga platstillskottet ytterligare ökas icke oväsentligt över den nivå som uppnåddes 1956 (1 300). Men det hindrar inte, att angivna ökning mycket väl kan vara erforderlig för att tillgodose efterfrågan. Vi erinrar om att antalet å kroppssjukhusen årligen intagna under 30-talet ökade med 50 procent och under 40-talet med 56 procent, men att detta till större delen möjliggjordes genom sänkta vårdtider och att vårdtidernas stabilisering från omkring 1950 gjort att motsvarande ökning i intagningen sedan blivit i stort sett bunden till möjligheterna att höja platsantalet. I denna nya situation ter sig en platsökning med 35 procent per årtionde ingalunda såsom orimligt stor ur behovs- eller efterfrågesynpunkt. Den efterfrågestegring, som kan tillgodoses genom en sådan ökning, blir sannolikt relativt mindre än den som tillgodosågs under 30- och 40-talen.

Även om de här anförda uppgifterna och uppskattningarna är grova, har de dock bekräftat, att även den somatiska delen av sjukvården har behov av ett väsentligt större investeringsutrymme, än den fått sig tillmätt under efterkrigstiden. Det är inte ens säkert, att det friare utrymme, som framdeles kan komma att stå till förfogande — därest liberaliseringen av byggnadsregleringen vidmakthålles — kommer att visa sig tillräckligt för alla angelägna behov; ty, när regleringsbegränsningarna ger vika kan, såsom delvis redan visat sig, finansiella begränsningar komma att göra sig desto starkare gällande. Vi finner här stöd för den slutsatsen, att det inte endast behöver byggas väsentligt mer för sjukvården, än som skett hittills under efterkrigstiden, utan att det dessutom är *trängande nödvändigt att vidta åtgärder ägnade att stimulera till en sådan utveckling av efterfrågan och organisationen, att framtida ytterligare öknningar i investeringsbehovet begränsas.*

Vissa möjligheter till investeringsbesparing

Eftersom även ett vidare investeringsutrymme än det nuvarande måste ha sin begränsning, är det sålunda angeläget att i görligaste mån söka

hämna den fortsatta framtida ökningen i investeringsanspråk. Även detta är en förutsättning för att ofrånkomliga och viktiga investeringsbehov skall kunna tillgodoses i rimlig omfattning.

Investeringsbesparande åtgärder är desto mer angelägna, eftersom det finns åtskilliga faktorer, som verkar i den riktningen att investeringsbehoven ständigt stiger i snabb takt. Hit hör den fortgående allmänna ökning i efterfrågan på sjukvård, som beror på befolkningsutveckling, urbanisering, förändringar i levnadsvanor och andra förhållanden som tidigare berörts. Hit hör likaledes de tendenser till höjning i den andel av vårdbehovet, som avser slutna vård, och till ökning av vårdtiderna inom densamma, som sammanhänger med åldersförskjutningar inom befolkningen och med förut nämnda sociologiska förändringar av olika slag, t. ex. att allt fler åldringar bor för sig själva och sålunda inte har hos sig några yngre familjemedlemmar, som hjälper till i hemmen. Härtill kommer att många av framstegen inom medicin och vårdteknik medfört ökade anspråk på byggnader och utrustning. Så kan t. ex. ske, när det öppnas möjligheter att framgångsrikt behandla sjukdomstillstånd, som tidigare varit terapeutiskt opåverkbara, eller att uppnå bättre resultat än förut genom användning av bättre och rikligare utrustning.

Men i andra avseenden har också sedan länge pågått en utveckling i investeringsbesparande riktning. Bland annat har de medicinska framstegen starkt medverkat även i detta avseende. Så har t. ex. skett genom att behovet av tuberkulos- och epidemivård starkt minskats och genom den starka sänkning av vårdtiderna, som kom till stånd under 30- och 40-talen och som — låt vara i försvagad takt — fortsätter inom vissa vårdgrenar. En höjning i personaltätheten, en förbättring av utrustningens kvalitet eller borttagandet av en flaskhals, t. ex. inom röntgenavdelningar, kan dra med sig ökade investeringar men ger samtidigt ofta större resultat per vårdplats. Av grundläggande betydelse är förebyggande insatser av olika slag såsom omgivningshygien, personlig förebyggande vård och hälsoupplysning. Sådana insatser kan förutsätta betydande investeringar, t. ex. för avlopp och vattenrening, men bör samtidigt reducera investeringsbehov i kurativ vård. En ytterligare utväg, som längre fram skall utförligt behandlas, ligger i utvecklingen av den öppna vården. Likaså framträder som sagt ett behov av stärkta resurser inom hemsjukvården; ökningen i efterfrågan på slutna vård beror ju till icke ringa del just på att hemsjukvården av förut antydda skäl minskat i betydelse. Så långt detta ur medicinska, ekonomiska och andra synpunkter är rimligt bör det vara angeläget att åtminstone söka hämma denna utveckling. Och slutligen är det av ekonomiska och andra skäl erforderligt, att de befintliga resurserna i slutna vård blir så fullständigt och effektivt använda som möjligt för de ändamål, som de är avsedda att tjäna.

Redan detta sista problem har flera sidor. Såsom nyss antyddes, förekom-

mer t. ex. att sjukhusavdelningar tidsals får stå oanvända på grund av brist på sjuksköterskor och annan personal. Hur stor del av det ofullständiga utnyttjandet av lasarettspatser, som beror på sådana förhållanden, vet vi icke. Vi erinrar om att vissa platsreserver är nödvändiga, samt att den faktiska platstillgången reduceras genom stängningar för vädring och reparation, och att de starkt avkortade vårdtiderna medfört tendens till ökad »spiltid» när en säng byter innehavare. I övrigt åtnöjer vi oss med att hänvisa till tab. 5.18, som

Tabell 5.18. Lasarettssavdelningar och lasarett fördelade efter »beläggningsprocent» år 1956 enligt sjukhusens förvaltningsekonomiska statistik (medicinalstyrelsen)

	Antal lasarettssavdelningar och lasarett med en beläggning per år av procent								Antal avdelningar och lasarett med uppgift om beläggningsprocent
	—49	50—59	60—69	70—79	80—89	90—99	100—109	110—	
Avdelningar									
Medicinska	—	—	1	4	27	28	5	—	65
Kirurgiska	—	—	—	10	28	24	5	1	68
Obstetriska	1	5	14	19	6	7	4	—	56
Gynekologiska	1	1	1	1	9	4	4	6	27
Pediatrika	—	—	2	10	12	6	5	—	35
Ögon-	—	—	5	15	11	4	—	—	35
Öron-, näs- och hals-	1	3	7	12	13	1	1	—	38
Radiologiska	—	2	3	2	3	4	—	—	14
Övriga special-	—	1	—	5	7	9	2	—	24
Övriga	1	2	3	2	2	7	3	—	20
Lasarett									
Delade	—	—	—	7	47	15	—	—	69
Odelade	—	1	—	7	19	7	1	—	35

visar, att flera lasarett och avdelningar saknar tillräcklig platsreserv och att en del till och med har en beläggning överstigande 100 procent — varvid är att märka att redan 95—100 procent betyder mycket stark överbeläggning under de tider då reparation och vädring icke förekommer — men att beläggningsprocenten på åtskilliga andra håll är påfallande låg. I vissa av dessa senare fall beror det säkert på t. ex. reparationer och ombyggnader. I åtskilliga fall är det fråga om små avdelningar med så få platser att det blir svårt att undgå ojämnheter i utnyttjandet. Men i många andra fall torde platsutnyttjandet kunna förbättras under förutsättning att personaltillgången blir tillräcklig. Skulle det vara möjligt att genom förbättrad personaltillgång höja lasarettspatsernas årliga användningstid från ett genomsnitt av 310 dagar till 320 dagar, skulle enbart därmed vinnas en besparing av ca 1 000 platser, ungefär motsvarande nettotillskottet av lasarettspatser under hela år 1956. Kan användningstiden utan olägenhet, d. v. s. genom verklig rationalisering, ökas ända till 330 dagar, skulle det motsvara omkring två års nettotillskott av samma storlek som 1956. Ehuru vi icke i detta be-

tänkande ingått på något försök till bestämning av hur omfattande besparingar av sådana slag som i praktiken skulle kunna vinnas, har vi med de anförda sifferexemplen åtminstone velat understryka att frågeställningen kan ha verklig betydelse ur investeringsbesparingssynpunkt.

Personalbristproblemen skall emellertid behandlas i ett senare sammanhang. Här skall uppmärksamheten främst riktas på en annan sida av ämnet, nämligen det förhållandet att — på grund av otillräckliga resurser inom hemsjukvård, vård av långvarigt kroppssjuka och konvalescentvård — en icke ringa del av det mera kvalificerade utrymmet på kroppssjukhusen tages i anspråk för andra ändamål än som är avsett.

Om detta förhållande har vi verkställt en särskild undersökning avseende den 8 december 1954, som vi — såsom för övrigt redan tidigare berörts — redovisat i en den 3 november 1955 avgiven *VPM rörande vissa byggnadsbehov inom sjukvårdsområdet, särskilt kronikervården* (stencilrad). Vissa huvudresultat återges i tab. 5.19. Härav framgår att 82 procent av de inneliggande patienterna å lasarett, sjukstugor o. d. vårdanstalter (exklusive avdelningar för långvarigt sjuka, barnbördsfall, egentlig epidemi, psykiatri, medicinsk tbc m. m.) av vederbörande läkare betecknades såsom »klara sjukhusfall». Återstående 18 procent betecknades såsom kroniker (6 procent), konvalescenter (5 procent), utredningsfall, andra s. k. transportfall etc. (sammanlagt 7 procent). Av de 11 procenten kroniker och konvalescenter hänfördes en dryg tredjedel till kategorin »hemvårdsfall», medan de återstående ansågs böra vårdas å särskilda hem för långvarigt sjuka respektive konvalescenter.

Ehuru bedömningen utfördes av ansvariga avdelningsläkare, är det emellertid tydligt att förekomsten av gränsfall och svårbedömbara fall liksom av helt nyintagna fall, som ännu icke hunnit närmare studeras, måste föra med sig, att uppgifterna ändå i viss mån fått omdömeskaraktär. Vid verkställda provundersökningar befanns också, att olika läkare mycket ofta hänförde samma patient till olika kategorier.¹ Vad gäller den totala frekvensen av de skilda kategorierna kom däremot de olika bedömarna till föga avvikande resultat. Det är dessutom att märka, att om det förelegat tillräckliga resurser för att hänföra »icke klara sjukhusfall» till hemsjukvård, hem för långvarigt sjuka och konvalescenter etc., så skulle sådana av ansvarig avdelningsläkare formulerade omdömen kommit att i stor utsträckning leda till praktisk åtgärd. I den meningen får undersökningsresultaten i vart fall betraktas såsom relativt verklighetsbetonade.

Det förtjänar också framhållas, att vissa tidigare undersökningar gett liknande resultat. Beträffande Stockholms län har tre tidigare undersökningar, liksom det här berörda nyare materialet, visat att mellan en femtedel och en fjärdedel av patienterna skulle vara »icke klara sjukhusfall». En av professor S. G. Wahlund utförd undersökning av belägningsförhållandena å Stockholms stads sjukhus under en dag i oktober 1938 (Betänkande angående dispositionen av platser för

¹ Av 104 patienter å Falu lasarett, som undersökts av tre läkare, blev endast 56 av samtliga tre bedömare hänfödda till samma kategori; för 56 patienter, som undersöktes av två läkare, blev bedömningsresultaten enstämmiga i 39 fall.

Tabell 5.19. Patienter i sluten vård å lasarett, sjukstugor o. d. den 8 december 1954 fördelade enligt vederbörande läkares omdöme om karaktären av deras vårdbehov¹

	Delade lasarett	Odelade lasarett	Sjukstugor	Barnsjukhus	Garnisons-sjukhus	Pens.-styr. anst.	Vanförest. anst.	Samtliga
Antal platser 31/12 1953 enligt »Allmän hälso- och sjukvård»	23 555	3 339	1 518	559	298	607	490	30 366
Antal redovisade platser 8/12 1954	23 936	3 307	1 526	547	338	603	513	30 770
Antal ineliggande	22 669	3 041	1 513	448	255	550	469	28 945
Därav bedömda såsom »klara sjukhusfall» ...	18 624	2 410	1 106	342	228	484	412	23 606
Långvarigt kroppssjuka anstaltsfall	947	130	176	11	9	14	17	1 304
hemvårdsfall	340	71	65	1	4	5	4	490
Transportfall								
behandlingsfall	818	127	55	18	10	—	15	1 043
utredningsfall	734	131	37	8	2	2	4	918
Konvalescentfall								
konvalescenthemsfall .	537	70	40	36	1	11	8	703
hemvårdsfall	514	83	23	15	—	23	7	665
Övriga »icke sjukhusfall»	155	19	11	17	1	11	2	216
Procentuell fördelning av ineliggande patienter »klara sjukhusfall» ...	82,1	79,3	73,1	76,3	89,4	88,0	87,8	81,6
Långvarigt kroppssjuka anstaltsfall	4,2	4,3	11,6	2,5	3,5	2,5	3,6	4,5
hemvårdsfall	1,5	2,3	4,4	0,2	1,6	0,9	0,9	1,7
Transportfall								
behandlingsfall	3,6	4,2	3,6	4,1	4,0	—	3,2	3,6
utredningsfall	3,2	4,3	2,5	1,8	0,7	0,4	0,9	3,2
Konvalescentfall								
konvalescenthemsfall	2,4	2,3	2,6	8,0	0,4	2,0	1,7	2,4
hemvårdsfall	2,3	2,7	1,5	3,3	—	4,2	1,5	2,3
Övriga »icke sjukhusfall»	0,7	0,6	0,7	3,8	0,4	2,0	0,4	0,7
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Uppgifter saknas för lasarettet i Haparanda samt för kirurgiska avdelningen å lasarettet i Piteå. Vidare ingår icke vårdplatser, respektive patienter å vårdplatser avsedda för kroniker, barnbördsfall, egentligt epidemi, psykiatri, med. tbc och personalsjukvård.

sjukhusvård m. m.) visade, att av 3 063 å lasarettssjukhusen intagna patienter 2 492 eller 81 procent utgjordes av »rena sjukhusfall», medan 571 eller 19 procent utgjordes av fall, som vårdades enbart för undersökning eller på grund av »sociala» eller »psykologiska» skäl. En av statens sjukhusutredning av år 1943 på en enkät till landets lasarettsläkare grundad undersökning beträffande lasarettens beläggning med s. k. B-fall (redovisad i SOU 1947: 61) avseende den 6 juni 1945 gav till resultat att 17 procent av lasarettens vårdplatser var belagda med patienter, som skulle kunna vårdas å kronikeranstalt eller å annexsjukhus och konvalescenthem.

Om alla A-sjukhusplatser å kroppssjukhus (exklusive avdelningar för obstetrik, tbc, epidemi etc.) kunde strängt reserveras för de ändamål, för vilka de är avsedda, skulle det enligt tab. 5.14 innebära en »teoretisk» vinst av mer än 5 000 platser för dessa ändamål. På grund av den stora förekomsten av gränsfall, svårbedömbara fall och fall, som ännu icke hunnit undersökas, måste man emellertid, även om resurserna i kronikervård, konvalescentvård och hemvård etc. förstärkes, i praktiken räkna med en avsevärt lägre vinst. Hur stor denna praktiskt möjliga vinst kan vara vågar vi icke säga. Men den har säkert kvantitativ betydelse. Uppgår den till hälften av nyssnämnda platsantal, skulle det motsvara två eller tre gånger så mycket som det nettotillskott av egentliga lasarettplatser som åstadkoms under 1956.

Även i detta fall gäller emellertid, att den investeringsbesparing som kan åstadkommas, inte erhålles gratis. Som redan framgått, krävs bland annat stärkta resurser i hemsjukvård och öppen vård. En del av huvudmännen har också under senare år alltmer intresserat sig för möjligheterna att ge vård i hemmen åt långvarigt sjuka och åt eftervårdsfall och därvid uppnått lovande resultat. Ofta är en sådan vårdform också synnerligen lämplig både ur medicinsk synpunkt och med hänsyn till människornas önskemål; åtskilliga sjuka vill helst stanna kvar i sin invanda miljö eller återvända dit så snart som möjligt. Men den ställer krav bland annat på bättre tillgång »ute på fältet» på läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, samariter och hemvårdarinnor — och dessutom på ett intimt samarbete mellan läkare vid och utanför sjukhus.

På flera håll i andra länder gör sig också gällande en alltmer konsekvent strävan att bygga ut hemsjukvården. Kravet på en starkare utvecklad hemsjukvård har i själva verket blivit ett ledmotiv i den internationella sjukvårdsdiskussionen. Särskilt bekant är avdelningen för hemsjukvård vid Stengårds sjukhus i Helsingfors samt Montefiorisjukhuset i New York, ävensom Ullevåls sjukhus i Oslo¹.

Men även om hemsjukvården och den öppna vården kraftigt förstärks, föreligger ändå behov av fler platser på hem för konvalescenter och långvarigt sjuka. Dessutom kan det i vissa fall visa sig lämpligt att söka ordna med inackorderingsmöjligheter i närheten av A-sjukhus för sådana utredningsfall, som icke nödvändigtvis behöver tas in i slutna vård. Och i den mån A-sjukhusen mera fullständigt utnyttjas för de ändamål, som de är avsedda för, torde det medföra behov av ökad personaltäthet på dessa sjukhus.

Vad gäller hem för långvarigt kroppssjuka har förut konstaterats att in-tagnings-siffrorna först efter omkring 1950 kunnat öka, beroende på att det

¹ Jämför artikel av M. Nordström, Hemsjukvård i Helsingfors, Sveriges Landstings Tidskrift 1958: 1: 16 samt av M. Rabo, Framtidens sjukhusvård — i hemmen, Tidskrift för Sveriges Sjuk-sköterskor 1957: 18: 595.

platstillskott som tidigare erhöles, sögs upp av en kraftig förlängning av vårdtiderna. Även efter 1950 har vårdtiderna ökat, ehuru i långsammare tempo än förut. Och trots att platstillskottet å hem och avdelningar för långvarigt sjuka var nästan dubbelt så stort 1951—54 (702 per år) som under 1941—50 (384) ger den nyss refererade undersökningen avseende slutet av 1954 ytterligare belägg för en betydande kvarstående brist.

Ytligt sett kunde det visserligen förefalla, som om åtminstone den del av bristen på vårdplatser för långvarigt kroppssjuka, som registrerats i tab. 5.19, borde kunna hävas på kort tid. Enbart under 1955 utgjorde nettotillskottet av platser å hem och avdelningar för kroniskt sjuka nära 950, medan antalet å lasarett vårdade långvarigt sjuka, vilka enligt vederbörande bedömares uppfattning borde ha överförts till sådana hem, skulle ha uppgått till omkring 1 300. Men problemet är med säkerhet avsevärt större än vad denna jämförelse utvisar. Förändringarna i befolkningens åldersstruktur vållar en kontinuerlig ökning i behovet av vårdmöjligheterna för långvarigt sjuka, liksom av geriatrisk vård överhuvud. Och slutligen är — såsom för övrigt framgått av uppgifter anförda i närmast föregående avsnitt i detta kapitel — de totala eftersatta behoven inom vården av långvarigt kroppssjuka redan nu mångdubbelt större än den del därav, som nyss redovisades i tab. 5.19.

Tabell 5.20. Huvudresultaten av tre inventeringar av sjukligheten bland vårdtagarna på ålderdomshem

	Socialstyrelsen	ÖHS	ÄVU
Inventeringsdatum	15/5 —50	8/12 —54	1/3 —55
Totalantal redovisade vårdtagare	32 652	33 489	35 560
Samtliga kroppssjuka . . . . .	..	..	16 877
Samtliga långvarigt kroppssjuka	11 849	10 432	..
Svårskötta kroppssjuka . . . . .	..	..	5 847
Lättskötta men varaktigt sängliggande kroppssjuka . . . . .	..	..	1 834
Svårskötta långvarigt kroppssjuka . . . . .	..	4 219	..
Kroppssjuka å godkänd avd. för långvarigt kroppssjuka	3 537	..	..
Kroppssjuka, ej å sådan avd. men i behov av vård å hem för långvarigt sjuka	3 692	..	..
Samtliga psykiskt sjuka	6 758	4 816	4 882
Svårskötta psykiskt sjuka . . . . .	..	1 126	1 296
Lättskötta men varaktigt sängliggande psykiskt sjuka . . . . .	..	..	180
Psykiskt sjuka å godk. avd. för sinnessjuka	1 152	..	..
Psykiskt sjuka, ej å sådan avd. men i behov av vård å sinnessjukhus eller sinnesslöanstalt	1 618	..	..
vårdhem för lättskötta sinnessjuka	1 814	..	..

Anm. Uppgifterna från åldringsvårdsutredningen har erhållits från denna kommittés sekreterare, som även medverkat vid tabellens utarbetande.

En del av de övriga eftersatta behoven på detta område återspeglas i tab. 5.20, som återger dels huvudresultaten av en av oss (ÖHS) för den 8 december 1954 företagen inventering av vårdtagare å ålderdomshem (omfattande 36 577 vårdplatser med 33 489 redovisade vårdtagare) och dels resultaten av liknande undersökningar som utförts av socialstyrelsen (15 maj 1950) och av åldringsvårdsutredningen (ÅVU) den 1 mars 1955. Begreppsbestämningarna i de olika undersökningarna är, som synes, i flera fall olikartade. Dessutom gäller även i detta fall, att bedömningen i viss mån är av omdömeskaraktär. Det är emellertid tydligt, att å ålderdomshemmen vårdas ett betydande antal svårskötta kroppssjuka. Enligt åldringsvårdsutredningen uppgick detta antal till 5 847. Enligt vår undersökning utgjorde antalet svårskötta *långvarigt* kroppssjuka 4 219. I sistnämnda fall användes sålunda en ytterligare inskränkande bestämning, som — tillsammans med att materialet i vår undersökning var något ofullständigt — helt eller delvis förklarar varför vår siffra blev lägre. I betraktande härav får överensstämmelsen anses vara rätt god. Anmärkningsvärt är, att — så långt man vågar döma av en jämförelse med socialstyrelsens undersökning — frekvensen av långvarigt kroppssjuka å ålderdomshem icke synes ha undergått någon mera avsevärd minskning sedan 1950. Det förtjänar tilläggas att enligt den årliga statistiken för ålderdomshem fanns vid slutet av 1954 nära 2 000 vårdtagare å för kroniskt sjuka godkända avdelningar å ålderdomshem. Sålunda måste å ålderdomshemmen ha funnits åtminstone ett par tusen svårt kroppssjuka vårdtagare, som icke var intagna å sådana avdelningar.

Dessutom redovisades både i ÖHS- och ÅVU-undersökningarna 4 800—4 900 psykiskt sjuka vårdtagare, varav 1 100—1 300 svårskötta. I detta fall var överensstämmelsen sålunda mycket god, särskilt när hänsyn toges till att de något lägre siffrorna enligt vår undersökning får ses mot bakgrunden av att redovisningen till densamma icke var helt fullständig. Enligt den löpande ålderdomshemsstatistiken var vid slutet av 1954 antalet å särskilda sinnessjukavdelningar intagna vårdtagare 664. Det är sålunda tydligt, att även många svårskötta sinnessjuka å ålderdomshem vårdades på annat sätt.

Det råder i viss mån delade meningar om i vilken utsträckning sjukvård bör bedrivas på ålderdomshem. Vi har i ett remissyttrande av den 18 maj 1956 över åldringsvårdsutredningens betänkande (SOU 1956:1) uttryckt den uppfattningen, att åldringar i görligaste mån bör beredas möjlighet att bo kvar i sin invanda miljö och att ålderdomshemmen — så snart resurserna inom egentlig sjukvård gör detta möjligt — bör reserveras för de åldringar, som icke lider av svåra långvariga sjukdomstillstånd men som på grund av nedsatta krafter icke förmår hushålla för sig själva ens när de får assistans av en utbyggd hemhjälsorganisation, eller som på grund av avståndsförhållanden eller av andra skäl icke på tillfredsställande sätt kan nås av en sådan organisation eller som — trots åtgärder för att förbättra bostadsför-

sörjningen för åldringar — icke på annat lämpligt sätt kan få sin bostadsfråga ordnad; dessutom bör även andra åldringar, som själva önskar det, få tillfälle att mot betalning inackordera sig på ålderdomshem — detta enligt principen att åldringarna bör erhålla fritt konsumtionsval, vare sig de föredrar att bo kvar i sin invanda miljö eller icke. Även vid en sådan avgränsning av vårdtagarna å ålderdomshemmen kommer det att visa sig, att många lider av lättare besvär av mera varaktig natur; och givetvis kan alla vårdtagare utsättas för tillfälliga sjukdomsfall, som förutsätter att de på platsen kan erhålla tillfredsställande elementär sjukvård. *Men det är angeläget, att det icke knåsättes en planering av ålderdomshemsorganisationen av sådan art, att densamma utvecklas till någon sorts sekundär sjukvårdsorganisation i socialvårdens regi.*¹ En sådan sekundär sjukvårdsorganisation kan knappast ens i längden nå den effektivitet som är erforderlig. Dessutom skulle den konservera den osäkerhet i fråga om gränsen mellan primär- och sekundärkommunernas ansvar som redan nu gör sig gällande. Och det kan i sin tur försvåra möjligheterna att på ett riktigt sätt dimensionera de olika delarna i den egentliga sjukvården.

En annan sak är att det av antydda skäl kommer att ta tid innan en sådan avgränsning av vårdtagarna å ålderdomshem i praktiken blir möjlig att förverkliga. Vad som är särskilt angeläget är att de åldringar som är svårskötta eller kan verka deprimerande på miljön i ett ålderdomshem beredes vårdmöjligheter inom den egentliga sjukvården. Om denna viktiga uppgift torde i stort sett råda enighet. Det har emellertid här framgått, att det ännu återstår mycket innan ens detta hunnit förverkligas.

Den fortsatta och intensifierade utbyggnad av resurserna för vård av långvarigt sjuka som sålunda är trängande nödvändig, framstår som så mycket mer krävande, eftersom även denna vård bör inbegripa all sådan aktiv behandling och rehabilitering, som i de särskilda fallen finnes lämplig och erforderlig. Likaså behövs ett fortsatt stöd åt den geriatriska forskningen.

Det är att märka, att behovet av platser för långvarigt sjuka icke kan tillgodoses genom att annan byggnadsverksamhet för somatisk vård till en tid helt skjutes undan och det sålunda erhållna utrymmet reserveras för nämnda ändamål. Ty som förut visats har de övriga behoven — delvis på grund av tidigare eftersläpning — en sådan aktuell omfattning och intensitet, att de icke låter sig på detta sätt skjutas på framtiden. Så t. ex. måste byggandet av undervisningssjukhus fullföljas. Det uppstår ständigt specialbehov, som måste tillgodoses. Den allmänna ökningen i efterfrågan på slutenvård är, som vi funnit, utomordentligt stark och stagnationen respektive retardationen i vårdtidernas nedgång gör det ännu mer än förr angeläget att söka tillgodose dessa stegrade krav genom byggande. Härtill kommer, att

¹ Ledamöterna Eva Karlsson och Inga Thorsson anser att detta omdöme icke är tillämpligt på städer utanför landsting, eftersom dessa samtidigt är sekundärkommuner.

behovet av platser för långvarigt sjuka i många fall bör tillgodoses på det ur ekonomiska synpunkter lämpliga sättet, att äldre byggnader och avdelningar inrättas för detta ändamål, samtidigt som det byggs nytt för den egentliga lasarettsvårdens behov.

Vad vi här ser är sålunda ett exempel på *hurusom en rationalisering, som på något längre sikt bör kunna bidra till att hämma ökningen i investeringsbehov och som därför ur ekonomiska och andra synpunkter ter sig utomordentligt angelägen, icke kan realiseras utan att detta bland annat medför ökade investeringskrav i nuet.* Det är lätt att peka på andra sådana exempel.

Knappheten på medicinalpersonal

En god del av uppmärksamheten i det föregående har riktats på en av de fundamentala faktorer, som hämmat hälso- och sjukvårdens utveckling, nämligen det otillräckliga investeringsutrymmet. Men studiet av den synnerligen snabba expansionen i efterfrågan på hälso- och sjukvård och den därav följande likaledes mycket snabba stegringen i investeringsbehov har dessutom gett den lärdomen, att det måste vara utomordentligt angeläget att stärka sådana resurser i förebyggande och kurativ vård, som inte är alltför investeringskrävande. Efterfrågeexpansionen har en sådan styrka, att det oundgängligen måste skapas förutsättningar som kan förebygga att den leder till en oproportionerlig fortsatt ökning i anspråken på dyrbara sjukhusbyggnader.

Här, liksom även i den slutna vården, möter emellertid en annan avgörande begränsningsfaktor, nämligen den otillräckliga tillgången på såväl läkare som annan kvalificerad medicinalpersonal. Denna begränsningsfaktor har sålunda ännu mera allmän betydelse än knappheten på investeringsutrymme. Innan de uppgifter om utvecklingen av slutna vård som lämnats i det föregående, kompletteras med en redogörelse för bland annat den öppna vården, synes det därför vara skäl att något studera den grundbetingelse för utvecklingen som representeras av personaltillgången och dess förändringar.

Den löpande driften av hälso- och sjukvården gav i slutet av 1955 direkt hel- och deltidssysselsättning åt omkring 100 000 personer. Bortses från ekonomi- och förvaltningspersonal, som, vad gäller kropps- och mentalsjukhus, utgjorde ca 16 000 personer, återstår omkring 81 000 tillhörande de grupper, som i den svenska sjukvårdsstatistiken plägar hänföras till medicinalpersonalen. Dessa grupper redovisas i tab. 5.21, som innehåller tillgängliga uppgifter för hela perioden från slutet av 1947 till slutet av 1955.

Det finns skäl att anföra ett par reservationer till dessa uppgifter. Särskilt för den tidigare delen av perioden tycks siffrorna för några av grupperna, såsom tandtekniker, tandsköterskor, teknisk och annan apotekspersonal vara mycket ungefärliga. Det är inte helt uteslutet att redovisningen

Tabell 5.21. Medicinalpersonal 1947—55

	1947	1950	1953	1954	1955	Ökning eller minskning (—) i %	
						1948—55	1951—55
Läkare, yrkesv., inkl. utländska.....	4 202	4 894	5 284	5 477	5 731	36	17
därav: å lasarett.....	1 390	1 760	2 003	2 114	2 236	61	27
å sinnessjukhus ¹ .	174	216	211	216	229	32	6
Sjuksköterskor, aktiva, inkl. utländska men exkl. sjuksköterskebarnmorskor.....	11 061	12 604	14 841	15 445	16 374	48	30
därav: å lasarett.....	..	5 125	5 878	6 271	6 583	..	28
Sjuksköterskebarnmorskor.....	110	211	354	415	490	345	132
Andra barnmorskor, yrkesv.....	1 440	1 349	1 356	1 325	1 290	—10	—4
Sjukvårdsbiträden m. fl. vid kroppssjukhus.....	17 400 ²	21 530	23 830	24 690	25 740	48	20
Skötare o. sköterskor (ej sjuksköterskor) å anst. f. sinnessjukvård.....	7 350	7 700	8 340	8 610	8 930	21	16
Sjuktymnaster, yrkesv... ..	981	1 085	1 204	1 300	1 363	39	26
Tandläkare.....	2 920	3 430	3 980	4 140	4 360	49	27
Tandtekniker ³	1 200	1 500	1 500	1 500	1 600	33	7
Tandsköterskor ³	3 000	3 400	4 250	4 300	4 400	47	29
Apotekare o. farmaceuter	1 520	1 860	1 960	2 010	2 010	32	8
Teknisk o. annan apotekspersonal.....	3 460	4 200	4 840	5 050	5 010	45	19
Veterinärer ³	662	713	745	750	769	16	8
Summa för ovanstående grupper.....	55 306	64 476	72 484	75 012	78 067	41	21
Lärare och vårdpers. vid anst. f. psyk. efterblivna	..	2 150	2 520	2 620	2 670	..	24
Sysselsättnings- o. arbetsterapeuter vid kroppssjukhus.....	..	..	120	122	150	..	..
Kuratorer vid kroppssjukhus.....	..	105	134	144	151	..	44
Totalsumma	..	66 830 ⁴	75 258	77 898	81 038	..	21

¹ Avser *bejattningar* (medan övriga uppgifter avser personer) å statens sinnessjukhus och anstalter för sinnesslöa samt å kommunala sinnessjukhus i Stockholm, Göteborg och Malmö. Angående vakanser jämför texten.

² Ungefärliga siffror.

³ Inklusive ej yrkesverksamma (ca 7—9 %).

⁴ Inklusive ett beräknat tal (99) för sysselsättnings- och arbetsterapeuter.

för en eller annan av grupperna för senare år blivit något mer fullständig, vilket betyder att ökningen kan ha blivit obetydligt överskattad. De som inte är heltidssysselsatta under hela året torde vara särskilt talrika bland sjuksköterskorna, av vilka åtskilliga endast periodiskt torde ägna sig åt yrkesverksamhet. Antalet under hela året fullt sysselsatta sjuksköterskor är okänt men det understiger säkerligen väsentligt de i tabellen registrerade siffrorna.

Den totala ökningen under 8-årsperioden för de grupper, för vilka uppgifter föreligger för alla åren, torde i verkligheten ha varit något lägre än som här anges (41 procent), men i stort sett finns det dock anledning att sätta tro till detta nya vittnesbörd om en mycket kraftig expansion. Under 5-årsperioden 1951—55 utgjorde stegringen 21 procent. Räknat per årtionde utgjorde dessa allmänna stegringstal respektive 54 och 46 procent.

Att döma av erfarenheter från senare år ökas sålunda den totala medicinalpersonalen i en takt motsvarande åtminstone 45 procent per årtionde eller 4 procent per år. Ännu mer anmärkningsvärt är, att det trots denna mycket höga ökningstakt fortfarande råder knapphet i fråga om praktiskt taget alla personalkategorier. I några fall synes denna knapphet visserligen ha minskat sedan 1947, som var ett år med utpräglat »överfull» sysselsättning och med betydande svårigheter att rekrytera bland annat sjukvårdsbiträden och ekonomipersonal. För sådana grupper har tillgångssituationen förbättrats.

Detsamma gäller i viss mån om sjuksköterskekåren, som dock icke kan anses tillräcklig. Den har emellertid ökat särskilt snabbt under senare år, vilket bland annat möjliggjort en förhållandevis stark ökning i antalet sjuksköterskebefattningar å lasarett. Bruttotillskottet av nyutbildade sjuksköterskor har tack vare utbyggda utbildningsresurser stigit från 609 år 1940 och 927 år 1947 till 1 367 år 1955. På grund av den mycket starka avgången, särskilt i samband med giftermål, har nettotillskotten hållit sig på en lägre nivå, men de har dock — att döma av den registrering som tillämpas — stigit relativt sett ännu mer eller från 236 år 1940 till omkring 300 år 1947, 800—900 under 1952—54, över 1 000 år 1955 och 1 190 år 1956¹.

Då man emellertid inte närmare känner till hur proportionen av sporadiskt, partiellt och ständigt sysselsatta utvecklats inom den registrerade s. k. aktiva sjuksköterskekåren, är det i varje fall osäkert i vad mån det reella tillskottet av verksam sjuksköterskearbetskraft förändrats på samma sätt. Säkert är att det trots förbättringar fortfarande på flera håll kvarstår en knapphet, som är besvärande och som bland annat medverkar till brister i fråga om den personliga omvårdnaden av patienten.

Av 1 705 distriktsskötersketjänster vid årsskiftet 1955/56 var inte mindre än 182 (11 procent) helt vakanta, och ytterligare 49 (3 procent) saknade kompetent vikarie. Vid årsskiftet 1956/57 var antalet tjänster 1 731, varav 182 helt vakanta; ytterligare 47 uppehölls av icke kompetent vikarie. (Jfr efterföljande tab. 5.22, särskilt not 4.) Ändå har en förbättring i detta avseende ägt rum sedan 1950, och antalet i distriktsskötersketjänst verksamma personer har faktiskt stigit i en takt motsvarande drygt 40 procent per årtionde under 1951—55, medan antalet tjänster stigit i en vida svagare takt. Men även detta är en väsentligt svagare utveckling än för sjuksköterskor i den slutna vården, för vilka motsvarande stegring per 10-årsperiod (ut-

¹ Härvid har sjuksköterskebarnmorskor medräknats men ej utländska sjuksköterskor.

räknat på grundval av tab. 5.19) utgjorde 65 procent. — Den öppna vårdens sjuksköterskebehov kommer att behandlas dels i ett avslutande avsnitt till detta kapitel och dels i kap. 7.

Efter den stora utbyggnad av sjuksköterskeutbildningen, som lett till att antalet årligen vid sjuksköterskeskolorna intagna elever ökat från ca 1 000 år 1940 till omkring 1 500 år 1951 och 1 600 år 1955, ansågs det ännu för ett par år sedan ganska allmänt, att sjuksköterskebristen skulle komma att allmänt hävas inom en någorlunda nära framtid. I arbetskraftsutredningens betänkande (SOU 1955:34) framlades en inom medicinalstyrelsen utarbetad uppskattning, enligt vilken behovet 1965 skulle komma att utgöra 20 800 sjuksköterskor, exklusive sjuksköterskebarnmorskor. Under förutsättning av en konstant årlig intagning av nya elever vid sjuksköterskeskolorna av 1 630 från 1954 (ett antal som i det närmaste men icke fullständigt uppnåddes under åren 1953—55) och en avgångsfrekvens beräknad på grundval av erfarenheterna dels under 1946—50 och dels under 1949—53 skulle tillgången 1965 komma att uppgå till 20 900 och alternativt till 23 100. I mera fullständig form återges dessa uppskattningar av behov och tillgång i följande tablå:

	Behov 1965	Tillgång 1965	
		lägre upp- skattning	högre upp- skattning
Sjuksköterskor, exklusive sjuksköterskebarnmorskor	20 800	20 900	23 100
» inklusive » 	21 955	21 910	24 110
» sjuksköterskebarnmorskor och andra barn- morskor	22 430	22 650	24 850

Enligt den lägre tillgångsuppskattningen skulle efterfrågan och tillgång ungefär komma i jämvikt 1965 och enligt det högre tillgångsalternativet skulle vid angivna tid till och med komma att föreligga ett överskott av ett par tusen sjuksköterskor.

Vi tror emellertid att den nyss återgivna behovsuppskattningen för sjuksköterskor ligger för lågt, även om vi icke är i tillfälle att i detta betänkande närmare ange graden av underskattning. I första hand vill vi peka på att brist på sjuksköterskor fortfarande på flera håll föreligger, trots att den registrerade tillgången av svenska sjuksköterskor under de första tre åren av den period, som omfattas av arbetskraftsutredningens prognos, nämligen 1954—56 ökat med sammanlagt 3 069, vilket är mer än enligt den mera gynnsamma av de två tillgångsprognoserna i arbetskraftsutredningens betänkande (2 584). Det förtjänar vidare anföras, att tillgången på svenska sjuksköterskor under 1947—56 stigit med 68 procent, utan att bristen hävts, medan arbetskraftsutredningens tillgångskalkyler innebär att kåren framdeles skulle öka i en takt motsvarande 35—46 procent per årtionde.

Och när man, som arbetskraftsutredningen gör, förutsätter en konstant intagning av elever vid sjuksköterskeskolorna, får man till resultat att de *absoluta* nettotillskotten efterhand kommer att avta och blir mindre än för närvarande.

En god tillgång på sjuksköterskor är en av förutsättningarna för att dyrbara och knappa materiella vårdresurser skall kunna bli effektivt utnyttjade och för att den likaledes dyrbara och knappa läkararbetskraften skall kunna i önskvärd utsträckning befrias från sådana göromål, som inte nödvändigtvis behöver utföras av läkare. Visserligen förekommer redan nu, att många arbetsuppgifter, som utanför Sverige utföres av läkare, t. ex. å röntgenavdelningar och laboratorier, skötes av specialutbildade sjuksköterskor. Även andra funktioner, som tidigare ansetts böra ankomma på läkare, överlåtes i ökad omfattning på sjuksköterskor. Men det har bidragit till att dessa fått otillräcklig tid för sina huvudsakliga uppgifter inom patientvården och för arbetsledningen å avdelningarna. Skall sjuksköterskor i än högre utsträckning kunna avlasta läkare utan att arbetsuppgifter av sistnämnda slag blir eftersatta, synes sålunda en bättre tillgång på sjuksköterskor vara erforderlig. Härtill kommer att arbetstidsförkortningen kommer att beröra även sjuksköterskorna. Ehuru prognoserna i detta fall är särskilt vanskliga, bland annat beroende på den stora och starkt varierande avgången på grund av giftermål, synes det ändå enligt nu aktuella erfarenheter och framtidsperspektiv vara ganska tydligt att det under sådana förhållanden erfordras än mer verksamma åtgärder, än vad man ansåg sig behöva räkna med vid den tid, då arbetskraftsutredningen utförde sina kalkyler. Dels erfordras en utbyggnad av utbildningsresurserna utöver vad arbetskraftsutredningen förutsatte — något som flera huvudmän också börjat räkna med. Därjämte krävs fortsatt rationalisering av sjuksköterskearbetet. Och slutligen behövs anordningar, som kan göra det lättare för sjuksköterskorna att fortsätta med yrkesarbetet även om de gifter sig. I sistnämnda avseende bör bland annat prövas i vad mån ökade möjligheter till deltidarbete för sjuksköterskor kan väsentligt minska avgångsfrekvensen. När antalet på grund av giftermål avgångna sjuksköterskor ofta motsvarar en tredjedel eller mer av det antal nyutbildade som träder in i yrket, framstår denna fråga såsom synnerligen aktuell. Dessa synpunkter skall ytterligare understrykas i kap. 7.

För en del andra grupper av medicinalpersonal synes knappheten snarast ha skärpts under loppet av efterkrigstiden. Detta gäller, som senare skall visas, för läkare. Det gäller bland annat också för nyutbildad farmaceutisk personal, till stor del beroende på att läkemedelsindustrin i ökad utsträckning drar till sig sådan arbetskraft. Det gäller om sjukgymnasterna, vilkas insatser med rätta vunnit en alltmer ökad uppskattning inom sjukvård och rehabilitering och som därför efterfrågas i en starkt stegrad utsträckning. Denna utveckling har emellertid lett till en mycket kännbar brist, som bland

annat tar sig uttryck i att många behov som numera framstår såsom angelägna icke kan tillgodoses och att det föreligger ett stort antal vakanser vid sjukhus o. d.; till sistnämnda rekryteringssvårigheter har även bidragit att sjukassereformen givit bättre förtjänstmöjligheter åt sjukgymnaster, som icke uppehåller särskilda befattningar. Om det stora otillfredsställda behovet av sjukgymnaster, som samarbetar med tjänsteläkare, skall närmare talas i kap. 7. Där understrykes också den allvarliga bristen på kuratorer och arbetsterapeuter. Trots den starka ökningen i antalet tandläkare, vidmakthålles bristen på detta område till följd av expansionen inom folk-tandvården, den därigenom spridda upplysningen om behovet av tandläkarvård och dessutom den allmänna standardstegringen, som ständigt ökar möjligheterna för många att med egna medel unna sig ordentlig tandläkarvård; en grundläggande orsak ligger givetvis i den allmänna utbredningen av karies och andra tandsjukdomar.

När personalresurserna ökat i sådan utsträckning och det därav icke följt någon allmän minskning i bristen utan i flera fall tvärtom inträtt en skärpt knapphet, är det tydligt att vi här möter ett nytt uttryck för efterfrågans utomordentligt starka tillväxtbenägenhet.

Dock är det naturligtvis inte så, att utvecklingen av personaltillgången direkt mäter förändringarna i efterfrågan, som i flera fall säkert ökat i starkare, i andra däremot i svagare takt än resurserna. Otvivelaktigt föreligger skillnader i intensiteten av olika eftersatta behov, som inte på något sätt återspeglas i dessa siffror. Vi finner t. ex., att antalet skötare och sköterskor å anstalter för sinnessjukvård ökat i mindre grad än flertalet andra grupper, nämligen med 21 procent under 1948—55 och med 16 procent under 1951—55, medan motsvarande tal för sjukvårdsbiträden m. fl. å kroppssjukhus utgjorde respektive 48 och 20 procent; för sjuksköterskor å lasarett var stegringstalet 28 procent under 1951—55. Denna olikhet i fråga om personalutvecklingen vid lasarett och sinnessjukhus är enbart ett uttryck för att personalresurserna i sistnämnda fall släpat ännu mycket mer efter i förhållande till behovet. Detsamma gäller om den betydande skillnad som kan iakttagas i fråga om ökningen i antalet läkare respektive läkarbefattningar vid lasarett och sinnessjukhus.

Detta har endast sagts för att återigen sätta mentalsjukvårdens bristproblem in i den allmänna bilden. Av förut angivna skäl skall dock här icke försökas någon närmare analys därav. Däremot skall nu först läkarbristen ytterligare beröras från andra synpunkter. Den representerar nämligen på grund av läkarnas långa utbildningstid ett särskilt svårövervinneligt problem. Därefter skall uppmärksamheten koncentreras på vissa av de läkar- och sjuksköterskegrupper, som är av speciell betydelse i öppen kurativ vård utanför sjukhus och i förebyggande vård.

Närmare om läkarbristen

Vad gäller bland annat läkarna återfinns viktiga kompletterande uppgifter i tab. 5.22 (jfr även bild 5 g). Det befinns att läkarkåren mer än tredubbplats under 35-årsperioden 1920—55. Den har fördubblats från slutet av 30-talet (drygt 3 000) till slutet av 1957 (6 203). Vi finner här ett nytt belägg för att den snabba expansionen inom sjukvården pågått mycket länge. Räknat per årtionde har den procentuella stegringen från 1920 till 1955 uppgått till 35—37 procent utom under 40-talet då den utgjorde drygt 50 procent, detta till stor del tack vare immigration av läkare. Paradoxalt nog var det just under 40-talet som förekomsten av läkarbrist började mera allmänt erkännas. Under 1951—56 har den procentuella stegringen återgått till nyssnämnda »normalvärde» (35 procent per årtionde), medan den absoluta årliga ökningen — återigen delvis tack vare immigration — hållit sig på ungefär samma nivå som under 40-talet och dubbelt så högt som under 30-talet. Om hänsyn även tages till den — att döma av preliminära uppgifter — ovanligt stora ökningen i läkarantalet under 1957 (338), befinnes att den relativa stegringen hittills under 50-talet (7-årsperioden 1951—57) motsvarat 40 procent per 10-årsperiod.

Trots dessa höga absoluta nettotillskott av läkare har emellertid läkarbristen inte lättat under senare år. Nyss framhölls hur otillfredsställande rekryteringen är till mentalsjukvårdsläkartjänsterna. I fråga om provinsialläkartjänsterna kan konstateras, att rekryteringssvårigheterna blivit väsentligt större under loppet av 50-talet. Under 40-talet ökades antalet provinsialläkartjänster med drygt 50 procent och trots ett betydande vakansproblem, som närmare skall behandlas i senare sammanhang, kunde antalet ordinarie innehavare av provinsialläkartjänster öka i nästan samma grad. Därefter har en tvär förändring i utvecklingsgången inträtt. Från 1950 till slutet av 1957 har det nämligen icke lyckats att alls öka provinsialläkarkåren. Visserligen har antalet tjänster fortsatt att stiga — ehuru i svagare takt än förut, vilket till stor del varit betingat just av rekryteringssvårigheterna — men samtidigt har antalet vakanser ökat i sådan utsträckning, att antalet tjänsteinnehavare icke kunnat öka utan tvärtom undergått obetydlig sänkning.

En stor del av den ökade efterfrågan på läkare utgår från kroppssjukhusen. Enbart lasaretten har under 1951—55 ökat sitt läkarantal i en takt motsvarande 95 läkare per år eller med 61 procent per årtionde. Det är avsevärt mer än som svarar mot den samtidiga ökningen i intagningen i sluten lasarettsvård, som enligt ovan (s. 177) anförd uppgift motsvarar 31 procent per årtionde, och förklaras till stor del av expansionen inom lasarettens öppna vård, som senare skall beröras, och av en ständigt pågående kvalitetshöjning, som bland annat tar sig uttryck i inrättande av fler specialavdelningar och i utbyggnad av sådana avdelningar. Ökningen i

Tabell 5.22. Specifikation av antal läkare och sjuksköterskor 1920—55

	Läkare, yrkesverksamma			Därav				Sjuksköterskor, aktiva, inkl. sjuksköterskebarnm. och utländska sjuksköterskor ³	Därav i distriktsvård	
	äldre sifferserie	ny sifferserie utländska läkare utan allmän behörighet		provinsialläkare ¹		kommunal-läkare			tjänster	personer ⁴
		exklusive militärläkare m. fl.	ej medräknade	medräknade	tjänster	tjänster minus vakanser ²	tjänster				tjänster minus vakanser
Bestånd vid slutet av år:										
1920.....	1 634	..	..	312	275 ⁵	188	..	..	..	..
1930.....	2 239	2 400	2 400 ⁵	345	325 ⁵	193	..	7 077	440	..
1940.....	3 024	3 242	3 250 ⁵	364	350 ⁵	204	..	8 847	807	..
1950.....	..	4 631	4 894	560	515	219	199	12 815	1 622	1 283
1955.....	..	5 508	5 731	597	519	250	220	16 864	1 705	1 523
1956 (prel.).....	..	5 698	5 865	599	501	257	..	18 062	1 731	1 549
Ökning i antal per år:										
1921—30.....	61	..	..	3	5	1	..	..	..	..
1931—40.....	79	84	85	2	3	1	..	177	37	..
1941—50.....	..	139	164	20	17	2	..	397	82	..
1951—55.....	..	175	167	7	1	6	4	810	17	48
1956 (prel.).....	..	190	134	2	—18	7	..	1 198	26	26
Ökning i procent per årtionde:										
1921—30.....	37	..	..	11	18	3	..	..	..	..
1931—40.....	35	35	35	6	8	6	..	25	83	..
1941—50.....	..	43	51	54	47	7	..	45	101	..
1951—55 ⁷.....	..	41	37	14	2	30	22	73	10	41
1951—56 ⁷.....	..	41	35	12	—5	31	..	77	11	37

¹ Exklusive förste och biträdande förste provinsialläkare men inklusive extra provinsialläkare.

² Uppgifterna om vakanser avser endast ordinarie provinsialläkartjänster, varför siffrorna för »tjänster minus vakanser» är något för höga. Å andra sidan är även rutinvakanser frändragna och vidare sådana tjänster, som uppehölls av in- och utländska vikarier. Av vakanserna vid slutet av 1956 uppehölls drygt en tredjedel av svensk vikarie, en tredjedel av utländsk vikarie, medan dubbelförordnanden förekom i den återstående tredjedelen.

³ Några utländska sjuksköterskor är icke redovisade för åren 1930 och 1940, men de torde då ha varit mycket fåtaliga.

⁴ Frändrages första distriktsköterskor, som knappast alls torde ha förekommit 1940 eller tidigare, blir talen för 1950 och 1955 resp. 1 264 och 1 502 (jfr tab. 4.1). Att märka är, att i detta fall även medräknats vikarier, vilka 1955 utgjorde 72, därav 23 kompetenta och 49 icke kompetenta. Hela antalet vakanser var sålunda 254 (15 %) och antalet vakanta tjänster utan vikarie av något slag 182 (11 %). Antalet tjänster besatta med ordinarie innehavare eller kompetent vikarie var 1 474 år 1955.

⁵ Ungefärlig siffra. Utländska läkare förordnade av medicinalstyrelsen men utan allmän behörighet torde icke alls ha förekommit 1930 och 1940 endast i några få fall.

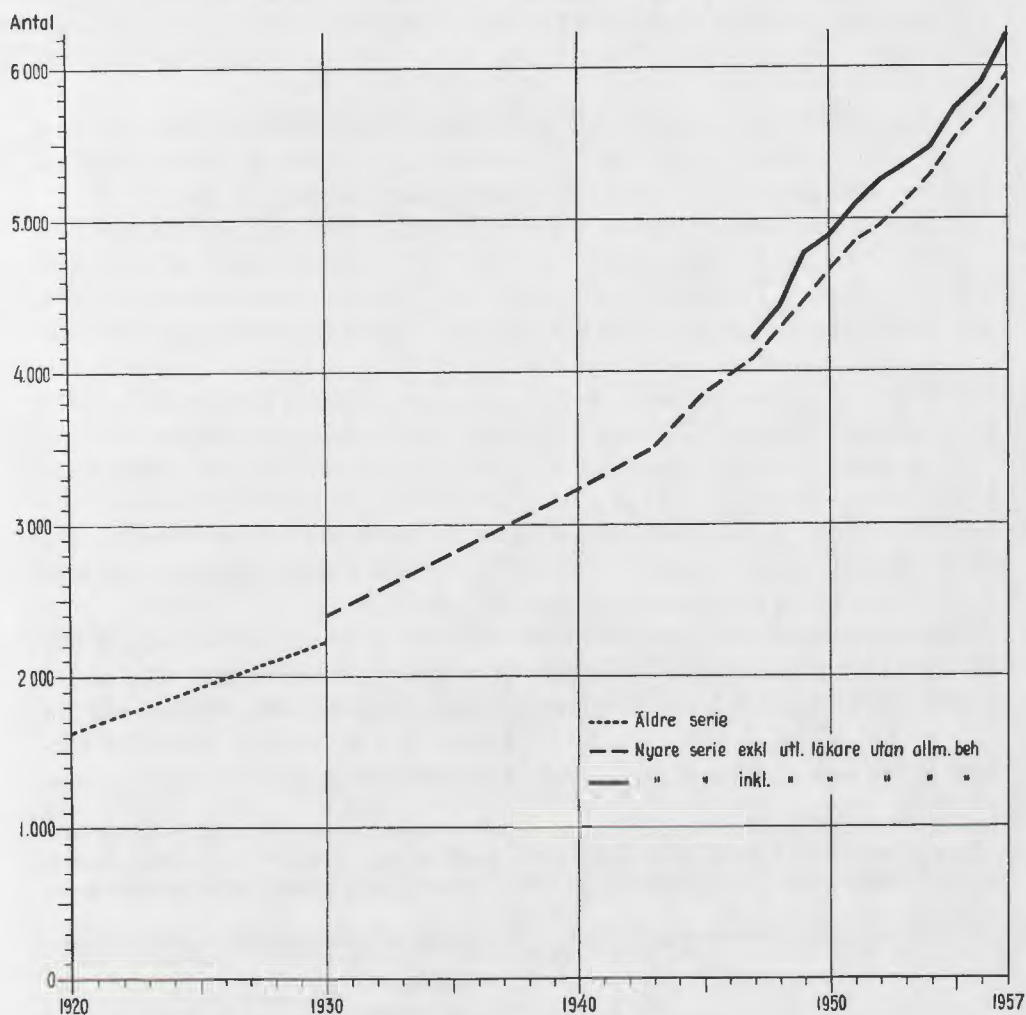
⁶ Ungefärlig siffra.

⁷ För vinnande av jämförbarhet i fråga om expansionstakten är även dessa siffror beräknade per årtionde.

antalet läkare vid lasarett — som emellertid var betydande även på 40-talet — har under 1951—55 tagit i anspråk hela 57 procent av det totala nettotillskottet av läkare under perioden (jfr tab. 5.21).

På tal om dessa förhållanden anförde vi i vår promemoria av november 1957 bland annat följande:

Bild 5g. Antal yrkesverksamma läkare 1920—57



Medicinalstyrelsen har nyligen i en promemoria, som bifogats ett cirkulär (av den 2 oktober 1957) till universitetskanslern, de medicinska undervisningsanstalterna samt landsting och städer utanför landsting, återgivit vissa uppgifter, enligt vilka antalet läkartjänster vid lasarett inom landsting och landstingsfria städer (sålunda exklusive vissa av undervisningssjukhusen) under 4-årsperioden 1953—1956 ökat med 494 motsvarande 124 per år. Denna expansion har ställt krav på ungefär två tredjedelar av nettoökningen inom hela läkarkåren under samma period, och om redovisningen inbegripit samtliga undervisningssjukhus, skulle detta relationstal till och med ha blivit ännu något högre...

Bakom expansionen i lasarettens läkarvård ligger... i huvudsak mycket angelägna behov, avseende bland annat undervisningssjukhusen, som måste expandera just för att läkartillgången efterhand skall kunna bli bättre, samt specialistvården vid lasarett, som i större delen av Norrland och vissa mera landsbygdsbetonade

delar av Svea- och Götaland nått väsentligt mindre omfattning i förhållande till befolkningstalet än på andra håll, vartill kommer att hela landet utanför universitets- och storstäder är eftersatt i fråga om tillgången till specialisthjälp utanför sjukhus. Även i de bäst försörjda sjukvårdsområdena, t. ex. Stockholm, ställs stora krav på ytterligare utbyggnad som där anses angelägna...

Det problem, som ligger i att tjänsteläkarverksamheten har svårt att hävda sig i konkurrensen med lasaretten om de knappa läkarkrafterna, kommer att beröras även i senare sammanhang, särskilt i kap. 7.

Under 50-talet har ökningen i läkartillgången i stort sett accelererat. Den utgjorde 187 per år under hela perioden 1951—57 men 230 per år under 1954—57. Som vi funnit har trots detta läkarbristen skärpts under 50-talet, och denna tendens har även gjort sig gällande på senaste tid. I april 1957 var inom provinsialläkarverksamhet, vid undervisningssjukhus, lasarett, epidemisjukhus, sanatorier samt statens och storstädernas sinnessjukhus 410 läkartjänster lediga (12 procent). Härvid medräknas alla sådana vakanta eller på grund av sjukdom och tjänstledighet (dock ej semester) lediga tjänster, som antingen icke fått någon vikarie eller som uppehölls genom dubbelförordnande (provinsialläkarbefattningar) eller av vikarie utan allmän behörighet att utöva läkaryrket. Som framgår av redovisningen i tab. 5.23 hade denna siffra i oktober 1957 ökat till 480.

Vid utgången av 1956 skulle enligt medicinalstyrelsens redovisningar 590 av 5 865 läkare, sålunda drygt en tiondel av samtliga, ha kommit från andra länder. I verkligheten torde andelen immigrantläkare (häri inräknat sådana läkare från andra länder, som under kortare tid uppehåller tillfälliga förordnanden och därefter lämnar landet) ha varit något större — kanske om-

Tabell 5.23. Lediga läkartjänster 1 oktober 1957. Avser tjänster som var vakanta eller lediga på grund av sjukdom eller tjänstledighet (dock ej semester) och som saknade vikarie eller uppehölls genom dubbelförordnande eller av vikarie utan allmän behörighet att utöva läkaryrket

	Ordinarie provinsialläkare	Läkare vid undervisningssjukhus, lasarett, epidemisjukhus och sanatorier	Läkare vid statens och storstädernas sinnessjukhus	Summa
Vakanta tjänster:				
utan vikarie	51 ¹	81	27	159
uppehållna av svensk med. kand.	9	79	7	95
uppehållna av utländsk läkare				
utan allmän behörighet	19	169	38	226
Summa	79	329	72	480

¹ Uppehålles av provinsialläkare i annat distrikt.

Anm. Antalet vakanta tjänster utan vikarie å kroppssjukhus anges i statistiken till 97, men här har fråndragits sammanlagt 16 vakanta tjänster, nämligen tjänster å icke öppnade avdelningar (5), tjänster som ansetts ej erforderliga (3) och nyinrättade tjänster, som var under tillättning (8).

Tabell 5.24. Antal yrkesverksamma läkare 1954—1990 enligt olika källor och prognoser

	Enl. medicinalstatistiken		Enligt prognos framlagd av				
			arbetskraftsutr.		läk.-utr.-utr.		läkarförbundet
	Läkare utan allm. behörighet förordnade av med.-styr.		läkare under 65 år	läkare under 70 år	läkare under 65 år	läkare under 70 år	
	ej medräknade	medräknade					
Slutet av år:							
1954.....	5 296	5 477	5 176	5 391	5 305	5 510	5 214
1957.....	5 966	6 203	5 638	5 906	..	..	5 769
1965.....	..	..	7 405	7 859	7 370	7 780	7 913
1970.....	..	..	8 425	8 958	8 390	8 875	9 059
1980.....	..	..	..	..	10 230	10 785	11 092
1990.....	..	..	..	..	11 685	12 355	12 771
Ökning i antal per år:							
1955—57.....	223	242	154	172	..	..	185
1958—65.....	..	..	221	244	..	..	268
1966—70.....	..	..	204	220	204	219	229
1971—80.....	..	..	..	..	184	191	203
1981—90.....	..	..	..	..	146	157	169
Ökning i % per årtionde:							
1955—57.....	49	51	33	36	..	..	40
1958—65.....	..	..	41	43	..	..	48
1966—70.....	..	..	29	30	30	30	31
1971—80.....	..	..	..	..	22	22	22
1981—90.....	..	..	..	..	14	15	15

Källor: De första två kolumnerna enligt Allmän hälso- och sjukvård 1955 samt *preliminära* uppgifter från medicinalstyrelsen; dessa siffror påverkas av läkarimmigrationen, vilket däremot i stort sett ej gäller om de övriga. Tredje och fjärde kolumnerna på grundval av SOU 1955:34, femte och sjätte på grundval av SOU 1956:34 och sjunde kolumnen på grundval av Svenska Läk. T. 1956:53:1084. Där annat ej anges torde avses samtliga läkare under 70 år.

kring 12 procent. Då så gott som samtliga immigrantläkare kommit hit under 40- och 50-talen, har en femtedel eller mer av ökningen i läkarkåren sedan slutet av 30-talet berott på immigration.

När läkarbristen skärpts trots denna betydande immigration, är det tydligt att läkarutbildningskapaciteten varit otillräcklig i förhållande till efterfrågeutvecklingen. Under 1940—46 intogs något mindre än 200 studenter per år vid de medicinska läroanstalterna, men sedan dess har en successiv ökning skett till 410 från och med 1956. Nu föreliggande planer för utbyggnad av läkarutbildningskapaciteten syftar icke till någon ytterligare ökning över denna nivå, som sålunda tills vidare är avsedd att hållas stabil. De tillgångsprognoser, som utförts inom medicinalstyrelsen och framlagts i arbetskraftsutredningens betänkande (SOU 1955:34), utgår därför från ett årligt »nyintag» av studenter av angivna storlek (närmare bestämt 408). De vilar vidare på den förutsättningen, att någon ytterligare

immigration av läkare icke kommer till stånd.¹ På samma huvudförutsättningar är även den tillgångsprognos grundad, som sedermera framlades av 1955 års läkarutbildningsutredning och som likaledes utfördes i samarbete med medicinalstyrelsen (SOU 1956: 34) ävensom den prognos, som utarbetades av läkarförbundet (Svenska Läk.T. 1956: 53: 1084); dock skiljer sig dessa beräkningar och särskilt den senare i detaljer från den förstnämnda. Enligt alla tre beräkningarna (tab. 5.24 och bild 5 h) skulle den vidgade läkarutbildningskapaciteten få till resultat att antalet läkare under 70 år 1965 stiger till 7 800 å 7 900 och år 1970 till omkring 9 000; enligt läkarförbundets beräkningar skulle dock stegringen bli något snabbare än enligt de båda andra kalkylerna. Enligt alla tre kalkylerna blir ökningen särskilt stark under första hälften av 60-talet, vilket väsentligen beror på att den med ett år (från normalt åtta till sju år) avkortade läkarutbildningstiden beräknas medföra att en dubbel årskull läkare blir färdig omkring 1962. Därefter försvagas ökningen ånyo och denna utveckling kommer under angivna förutsättningar att fortsätta även efter 60-talet. Detta förklaras av att åldersfördelningen inom kåren först blir mera gynnsam när stora nya årskullar tillföres densamma, men att en utveckling i motsatt riktning sedan efter hand tar vid allteftersom dessa stora årskullar blir äldre.²

Som synes har ökningen under de första två åren av prognosperioden i verkligheten varit märkbart större än den skulle ha blivit enligt prognoserna. Det beror sannolikt i stort sett på verkningarna av läkarimmigrationen, som i princip icke beaktats i prognossiffrorna,³ eftersom dessa är avsedda att ge ett underlag för bedömningen av möjligheterna att utan fortsatt immigration och enbart med hjälp av den utbyggda läkarutbildningskapaciteten uppnå tillräckligt läkarantal.

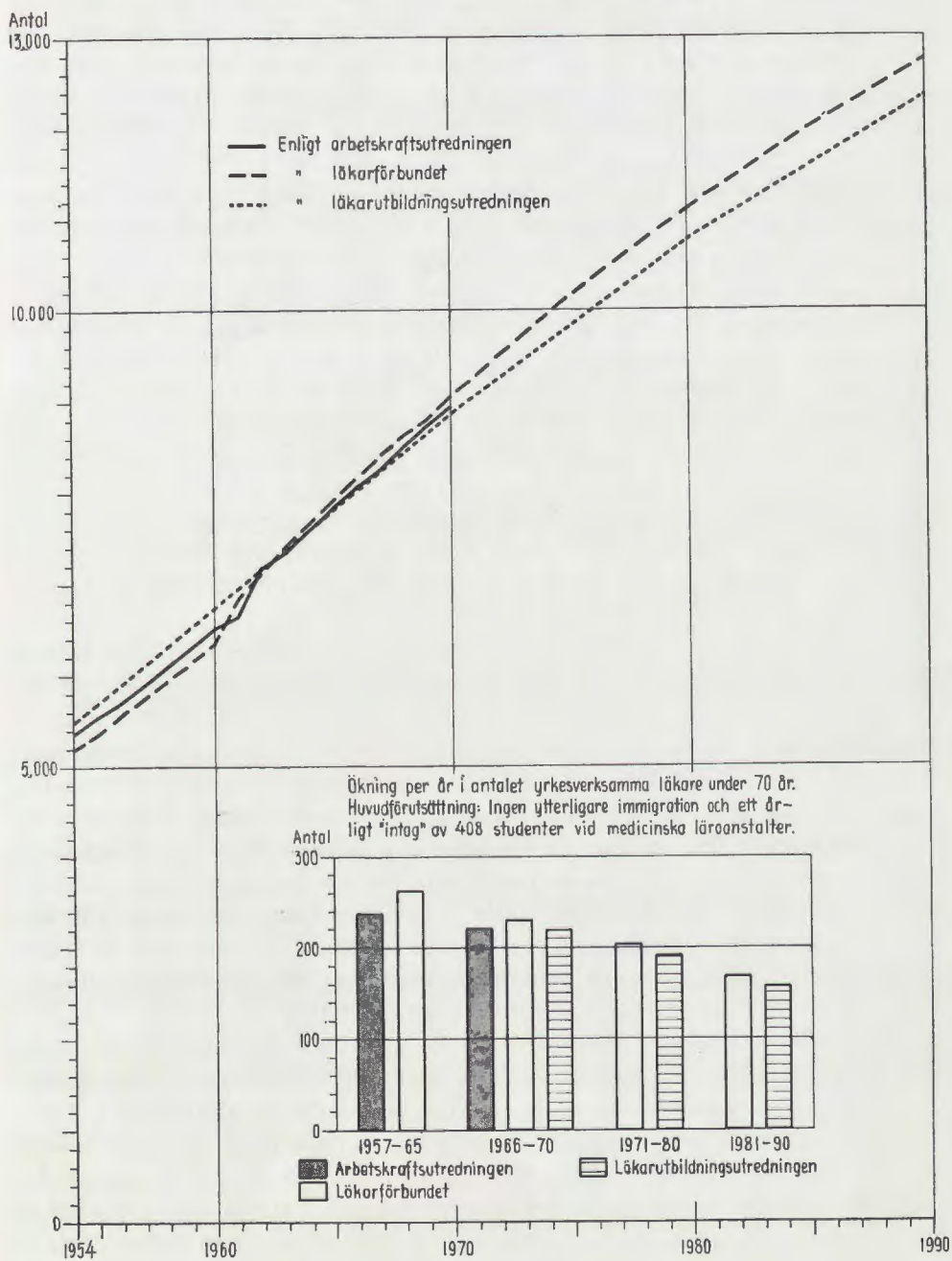
Denna ökning skulle, för hela perioden 1958—70, uppgå till i genomsnitt ca 235 per år, om man följer den beräkning, som framlagts av Arbetskrafts-

¹ Dock förutsattes, att 145 i Sverige befintliga utländska läkare under loppet av 1955—59 skulle erhålla allmän behörighet eller legitimation.

² Under angivna förutsättningar (ingen ytterligare immigration av läkare och ett oförändrat »intag» av 408 nya studenter per år vid de medicinska läroanstalterna) nås enligt läkarförbundets kalkyler i början av 2000-talet en stabilisering av läkarkåren vid en siffra något överstigande 14 000 innebärande en ökning med 161 procent på 45 år. Det bör ihågkommas att läkarkåren mer än tredubblats, d.v.s. ökat med minst 220 procent under 35-årsperioden 1921—55. Tills vidare saknas dock både möjlighet och anledning att söka bedöma, i vad mån ett läkarantal av 14 000 omkring år 2000 skulle vara för stort, tillräckligt eller för litet.

³ Under 1956 erhöles 29 utländska läkare allmän behörighet, vartill kom 27 nylegitimerade läkare, som var födda i utlandet. Enligt Arbetskraftsutredningens kalkyler förutsattes däremot att av befintliga utländska läkare ett antal av sammanlagt 30 skulle erhålla legitimation eller annan allmän behörighet under 1956. — Under 1948—1956 legitimerades sammanlagt 1837 nya läkare, och under flera av dessa år översteg antalet legitimationer det antal studenter, som åtta år tidigare tagits in vid de medicinska läroanstalterna. Sammanlagt för åren 1940—48 utgjorde detta senare antal 1794. Eftersom en del (10 % eller något mindre) av de nyintagna studenterna icke når legitimation, är det möjligt att antalet legitimationer av immigrantläkare under 1948—56 kan ha uppgått ända till omkring 200; något direkt belägg för denna siffra finns dock ej. Vid slutet av 1956 kom härtill 358 utländska läkare med annan allmän behörighet samt 167 utländska läkare förordnade av medicinalstyrelsen men utan allmän behörighet.

Bild 5h. Läkarkårens ökning 1957—90 enligt olika prognoser



utredningen och medräknar samtliga läkare under 70 år. Det är sålunda icke väsentligt mer än den faktiska ökning, som redan — delvis tack vare immigration — uppnåtts under de fyra åren 1954—57 (230) och som visat sig vara otillräcklig för att hindra en fortsatt skärpning av bristen. Redan från slutet av 60-talet blir emellertid den fortsatta ökningen (exklusive immigration) mindre än den nuvarande (inklusive immigration). Vid en framtida efterfrågestegring av den absoluta storlek som motsvarar erfarenheten under senare år, skulle den nuvarande utökade utbildningskapaciteten sålunda även på längre sikt vara otillräcklig för att anspråken på läkare skall kunna tillgodoses utan ytterligare immigration.

Vill man döma efter den praktiska erfarenheten hittills, skulle man emellertid snarast räkna med att efterfrågeutvecklingen följer en procentuell skala. För hela 13-årsperioden 1958—70 motsvarar den nyss angivna ökningen en stegringstakt av 38 procent per årtionde. Den relativa ökningen (utan immigration) skulle sålunda bli ungefär densamma (jfr tab. 5.22) som den faktiska ökningen (inklusive immigration) under perioderna 1921—40 och 1951—55 men däremot lägre än under 40-talet (ca 50 procent). Det är dessutom att märka, att den procentuella ökningen av förut angivna skäl blir högre i början på 60-talet och att den sedan minskas under senare hälften av 60-talet (ca 30 procent per årtionde) för att därefter ytterligare nedgå till ca 22 procent under 70-talet.

A andra sidan kan den omständigheten, att efterfrågeexpansionen hittills följt en procentuell skala och sålunda inneburit krav på en *accelererad* ökning i den absoluta mängden av resurser, ingalunda fattas såsom något bindande bevis för att denna acceleration kommer att fortsätta i oförminskad takt i all framtid. Mänskligt att döma måste den i varje fall någon gång upphöra eller åtminstone starkt försvagas, ty eljest kommer efterhand en oproportionerlig del av hela verksamheten i folkhushållet att få ägnas åt hälso- och sjukvård. Men vi kan inte veta *när* en sådan ändring i utvecklingstakten inträffar. Att den skulle vara omedelbart eller nära förestående synes i varje fall svårt att hävda, så länge man icke kan peka på något som visar att hittillsvarande praktiska erfarenhet om efterfrågans utvecklingsbenägenhet nu icke längre skulle vara tillämplig.

Längre än så kommer man inte med detta sätt att resonera. Det blir nödvändigt, om man vill komma vidare, att konkret studera aktuella och framtida behov på olika områden. Och det är i detta fall så mycket svårare eftersom efterfrågestegringen — så långt man kan döma av erfarenheten hittills — endast till en mindre del kan återföras på sådana demografiska faktorer, om vilkas verkningar det är möjligt att göra åtminstone någorlunda goda prognoser, och till alldeles övervägande del bestämts av andra omständigheter, vilkas kvantitativa betydelse i framtiden måste vara mycket vanskelig att uppskatta.

En sådan prognos för läkarbehovet fram till 1965 har emellertid gjorts

inom medicinalstyrelsen och framlagts av arbetskraftsutredningen. Beträffande metodiken i denna prognos hänvisas till arbetskraftsutredningens betänkande (SOU 1955:34, s. 151 o. f.). Här må blott erinras om dess huvudresultat, nämligen att det år 1965 skulle föreligga behov av 8 500 yrkesverksamma läkare. I förhållande till detta uppskattade behov skulle då föreligga ett underskott på 600—1 100 läkare, beroende på om man bland yrkesverksamma medräknar alla läkare under 65 respektive under 70 år. Först 1968 skulle man få ett läkarantal av ungefär 8 500, om alla läkare under 70 år medräknas, och först 1970, om endast läkare under 65 år inbegripes.

Vid dessa senare tidpunkter (1968—70) får man emellertid räkna med att efterfrågan ytterligare ökat (enligt nu aktuell erfarenhet med mer än 200 läkare per år) utöver den nivå som skulle ha nåtts 1965. Tolkar man innebörden i dessa kalkyler rätt, skulle sålunda under angivna förutsättningar (ingen ytterligare läkarimmigration och 408 nyintagna studenter per år) inte ens 1968—70 nås full täckning av läkarbehovet, utan det skulle även då kvarstå ett underskott. Fortsätter sedan efterfrågan att växa och blir samtidigt tillgångsökningen, i enlighet med här anförda prognoser, allt svagare, skulle ett sådant underskott lätt kunna komma att bestå ännu längre.

Som medicinalstyrelsen framhållit, är det angeläget att prognoser av detta slag utföres med någorlunda täta mellanrum. Erfordras i framtiden en ökning eller minskning i tillskotten av nya läkare i jämförelse med vad man tills vidare räknat med, är det med hänsyn till läkarutbildningens och vidareutbildningens längd angeläget att så väl som möjligt känna till en sådan förändring i behovet tio år eller åtminstone närmare tio år i förväg. Det är vår förhoppning, att när vi kommit längre med vårt arbete — inklusive det arbete, som utföres inom mentalsjukvårdsdelegationen — kunna utarbeta en ny prognos eller i varje fall framlägga ett någorlunda fullständigt material för en ny prognos. I detta betänkande får vi nöja oss med att anföra några få data och synpunkter, som kan ge en *partiell* och *preliminär* belysning av problemet.

Nyss återgavs en beräkning, grundad på uppskattningar verkställda av landstingsdirektörer och andra huvudmannarepresentanter, enligt vilken år 1966 skulle erfordras drygt 1 100 fler läkare vid kroppssjukhus än som fanns 1956. I det avseendet fann vi att överensstämmelsen med medicinalstyrelsens prognos är mycket god. Vi har emellertid också funnit, att ökningen i antalet kroppssjukhusläkartjänster under senare år varit ännu större (s. 205) än vad dessa kalkyler tyder på.

I fråga om tjänsteläkare (provinsial- och kommunalläkare) har på grundval av prognoser, verkställda av samma uppgiftslämnare i 21 landsting¹ beräknats att en ökning från 651 tjänsteläkare 1956 till 911 år 1966 eller med

¹ Alla utom Uppsala, Malmöhus, Älvsborgs och Västmanlands läns landsting.

40 procent på tio år skulle vara erforderlig. Hela antalet tjänsteläkarbefattningar, exklusive städer utanför landsting, utgjorde 1956 ca 780. Den nyssnämnda procentsiffran innebär, att antalet tjänster skulle behöva öka med drygt 300 på tio år. Även i detta avseende föreligger mycket god överensstämmelse med medicinalstyrelsens behovsuppskattning (se även kap. 7, s. 314).

I fråga om antalet erforderliga läkare inom mentalsjukvården har mentalsjukvårdsdelegationen ännu icke kunnat slutföra de undersökningar, som vi hoppas skall leda till en mera fullständig behovsuppskattning täckande hela fältet. Vi får därför här nöja oss med att hänvisa till de uppskattningar som presenterats av Sveriges läkarförbund och svenska psykiatriska föreningen i en den 4 juli 1955 avgiven PM angående mentalsjukvårdens organisation och utrustning, och som gick ut på att år 1965 skulle erfordras omkring 1 000 läkare inom en utbyggd mentalsjukvård, häri bland annat inräknat läkare å psykiatriska lasarettskliniker, i öppen vård m. m. Själva har vi i ett den 21 maj 1955 dagtecknat remissutlåtande angående den s. k. reviderade generalplanen för sinnessjukvårdens utbyggande anfört en egen uppskattning av ungefär samma innebörd. Då antalet läkare i psykiatriskt arbete vid den tiden uppgick till omkring 400, skulle enligt dessa mycket preliminära överslagsberäkningar, som delvis är grundade på ofullständigt material, sålunda ha erfordrats ett ytterligare tillskott av omkring 600 läkare. Å andra sidan ingår i denna ökning även det ytterligare läkartillskott, som avses för psykiatriska lasarettskliniker och som medräknats i den nyss anförda beräkningen av behovet av kroppssjukhusläkare. Denna dubbelräkningspost torde röra sig om ca 300. Även om hänsyn tages härtill, synes den anförda uppskattningen ligga något högre än medicinalstyrelsens beräkning.

Det nyare material, som föreligger för dessa tre huvudområden, ger sålunda inte vid handen, att medicinalstyrelsen skulle ha överskattat behovet; i något fall kan tvärtom en viss underskattning föreligga. Vidare får hänsyn tagas till den redan ackumulerade betydande brist, som tar sig uttryck i att bortåt 500 läkartjänster saknar tjänstgörande innehavare eller vikarier, som har allmän behörighet att utöva läkaryrket (tab. 5.23 ovan). Storleken av denna aktuella brist motsvarar hela 8 procent av läkarkårens totala numerär.

Det finns ett par faktorer, som kan komma att öka svårigheterna att få tillräckligt antal läkare. Sålunda torde det inte vara alldeles utan betydelse i sammanhanget, att inslaget av kvinnliga läkare i läkarkåren snabbt ökas; en del av de kvinnliga läkarna kan på grund av mödrapliker — och måhända även på grund av sambeskattningen, som i dagens läge är kännbar i här ifrågavarande inkomstgrupper — komma att under en del av sitt normala arbetsliv begränsa sin yrkesverksamhet. Vidare föreligger den möjligheten att även läkare, av vilka många har ytterst tunga arbetsbördor, förr eller senare kan komma att framställa önskemål om viss arbetstidsbe-

Tabell 5.25. Antal läkare per miljon invånare i olika länder

Land	År	Läkare per milj. inv.	Land	År	Läkare per milj. inv.
Österrike.....	1953	1 549	Japan.....	1952	991
Tjeckoslovakien.....	1954	1 357	Irland.....	1951	987
Nya Zeeland.....	1954	1 333	Australiska förb.....	1952	983
Väst-Tyskland.....	1953	1 332	Uruguay.....	1952	948
(exkl. Väst-Berlin)			Frankrike.....	1953	885
Sovjetunionen.....	1954	1 322	England o. Wales ...	1953	864
U.S.A.....	1953	1 311	Sverige.....	1955	786
Island.....	1953	1 300	Chile.....	1953	568
Italien.....	1951	1 236	Venezuela.....	1953	540
Ungern.....	1953	1 188	Finland.....	1955	560
Danmark.....	1953	1 114	Polen.....	1954	535
Grekland.....	1955	1 092	Mexico.....	1953	411
Skottland.....	1954	1 088	Jugoslavien.....	1952	391
Norge.....	1955	1 060	Colombia.....	1952	358
Canada.....	1954	1 055	Brasilien.....	1950	333
Nederländerna.....	1955	1 036	Bulgarien.....	1951	246
Schweiz.....	1954	1 020	Peru.....	1952	222
Belgien.....	1953	1 018	Indien.....	1954	170
Spanien.....	1953	1 014	Pakistan.....	1954	74

gränsning. Ingendera av dessa möjligheter har beaktats vare sig i arbetskraftsutredningens kalkyler eller i de nya partiella beräkningar, som här anförts.

I varje fall har ingenting framkommit, som ger anledning för oss att frångå den slutsats som kan dragas på grundval av de inom medicinalstyrelsen utarbetade tillgångs- och behovsprognoserna, nämligen att den nuvarande läkarutbildningskapaciteten icke synes förslå för att det utan fortsatt immigration skall bli tillräcklig läkartillgång inom den framtid som nu kan överblickas. Denna slutsats kommer att ytterligare inskräpas i kap. 7, där också vissa ytterligare praktiska konklusioner kommer att läggas fram.

Det är vanligt att i dessa sammanhang hänvisa till det förhållandet, att läkartätheten i Sverige internationellt sett är osedvanligt låg. Nu finns det skäl att anföra reservationer till de statistiska uppgifter, som brukar meddelas härom och som, på grundval av data sammanställda av världshälsoorganisationen eller hämtade ur Allmän hälso- och sjukvård och vissa andra källor, redovisats i tab. 5.25. Avgränsningen av läkarkåren (t. ex. i fråga om icke yrkesverksamma eller vad gäller det stadium i utbildningen, som föranleder läkarlegitimation eller läkarregistrering) har utan tvivel verkställts på olika sätt i olika länder. I en del fall är antingen läkarregistreringen eller också befolkningsciffrorna eller båda dessa grundmaterial osäkra. Framför allt måste understrykas, att det icke endast är kvantiteten som är relevant, utan naturligtvis även kvaliteten och vidare den »social-ekonomiska effektiviteten» i användningen av läkarkrafterna samt tillgången på kvalificerade medhjälpare till läkarna. Den långa svenska läkarutbild-

ningen och inte minst det sätt på vilket den kliniska undervisningen bedrivs har gett Sverige en internationellt sett kvalitativt högtstående läkarkår. Tack vare en socialt inriktad organisation fördelas dess tjänster jämnare mellan olika socialgrupper än vad fallet är i en del andra länder, där sjukvårdskonsumtionens omfattning är mycket olika i skilda samhällsskikt. Överhuvud taget framträder vid internationella jämförelser, att den svenska sjukvårdsorganisationen, trots alla de brister, som det är anledning att uppmärksamma i detta betänkande, också har många förtjänster, som bland annat medverkat till att vi har en jämförelsevis låg allmän dödlighet och den lägsta spädbarnsdödligheten i världen.

Allt detta hindrar emellertid inte, att läkarbristen i Sverige representerar ett allvarligt hinder för den fortsatta utvecklingen. Och den omständigheten att den jämförelsevis höga standarden i Sverige och den utbyggda socialpolitiken gör det möjligt även för mindre bemedlade att efterfråga sjukvård i större relativ omfattning än i vissa andra länder måste ju närmast ha till följd, att den totala efterfrågan på läkare borde vara särskilt stor just i vårt land. Likaså kan en hög kvalitativ standard bidra till att efterfrågan blir större än eljest. Har man de nyss anförda reservationerna om olikformigheten i läkarregistreringen i minnet, förtjänar det därför uppmärksammas, att Sverige har en lägre läkartäthet än som registrerats i alla de länder, som vi brukar jämföra oss med, utom Finland. Även i Sovjetunionen, Tjeckoslovakien och Ungern är den registrerade läkartätheten högre än i Sverige, medan andra kommunistländer, liksom naturligtvis alla underutvecklade länder, visar lägre tal. Och även när den svenska läkartätheten höjts från 786 per miljon invånare 1955 till 1 162¹ år 1970, kommer vi fortfarande att i detta avseende ligga på en lägre nivå än den som redan 1951—54 registrerades i vissa andra länder, däribland Västtyskland och USA.²

Det kan t. ex. vara av intresse att något närmare jämföra våra förhållanden med dem i Norge (tab. 5.26). Vi finner att läkartätheten (antalet läkare per 10 000 invånare) i Norge är ungefär 34 procent högre än i Sverige. Det hindrar inte, att i den arbetskraftsutredning, varur de norska uppgifterna är hämtade, talas om »en fölbar mangel på leger — särskil i visse landsdeler, og på visse grupper spesialister». Vad gäller olika landsdelar fram-

¹ 9 958 läkare under 70 år på en folkmängd av 7 711 000. Den förra siffran enligt den av arbetskraftsutredningen framlagda prognosen och den senare enligt en av statistiska centralbyrån utarbetad prognos, vari bland annat förutsatts en nettoimmigration av 10 000 per år.

² Vid en kongress i USA i början av 1958, vari deltog medicinska och andra företrädare för medicinska fakulteter och myndigheter, diskuterades frågan om att öka läkarutbildningskapaciteten för att hindra att den snabba amerikanska folkökningen leder till sänkt läkartäthet. Majoriteten inom ett arbetsutskott (18 av 20) uttalade sig närmast (tentatively) för att den nuvarande läkartätheten borde bibehållas. Häremot gjordes invändningar av en representant för amerikanska läkarförbundet, som bland annat hänvisade till den ökade medicinska effektiviteten och till möjligheterna att genom en ringa förändring av läkarkårens geografiska fördelning uppnå hög läkartäthet även i glesbygder, medan däremot en särskilt tillkallad befolkningsexpert hävdade att man borde förbereda för en »enorm» ökning i den potentiella efterfrågan på läkarvård. (New York Times 3/3 1958.)

Tabell 5.26. Totalantal läkare och läkarantal per 10 000 invånare i Sverige och Norge vid årsskiftet 1955/56

Sverige	Total- antal läkare	Antal läkare per 10 000 invånare	Norge	Total- antal läkare	Antal läkare per 10 000 invånare
Stockholm.....	1 619	20,6	Oslo.....	1 154	25,8
Göteborg.....	499	13,1	Bergen.....	204	18,1
Malmö.....	235	11,2	Övriga landet utom de 5 nordligaste fyl- kena.....	1 699	8,1
Övriga Svea- o. Göta- land.....	2 903	6,2	De 5 nordligaste fyl- kena.....	567	7,7
Norrland.....	533	4,4	därav Finnmark ..	43	6,3
därav Norrbottens län.....	95	3,8	Hela riket	3 624	10,6
Hela riket	5 789	7,9			

Förklaring: I Norge är medräknat samtliga läkare under 70 år. I Sverige är även läkare över 70 år medräknade till ett antal av 257. Å andra sidan är i Sverige icke medräknade utländska läkare utan allmän behörighet (223). — De 5 nordligaste fylkena i Norge är: Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag, Nordland, Troms, Finnmark; härtil kommer Svalbard.

Uppgifterna för Norge är hämtade ur utredningen *Om tilgangen på og behovet for akademisk arbeidskraft*. Første rapport fra forskningsrådenes og fellesutvalgets undersøkelser. Oslo 1957.

träder emellertid det förhållandet, att läkartätheten i de 5 nordligaste fylkena är 75 procent högre än i Norrland. Och i Finnmark (6,3 läkare per 10 000 invånare) är läkartätheten två tredjedelar högre än i Norrbottens län (3,8); den är där till och med högre än i alla svenska län, som icke inbegriper städer utom landsting eller universitetsstäder (jfr tab. 5.28 nedan). Detta synes ange, att den allmänna balansen mellan tillgång och efterfrågan på läkare är av betydelse för möjligheterna att övervinna de utpräglade rekryteringsvårigheterna i avlägsna landsdelar. Trots att man även i Norge anser läkarbrist föreligga, synes denna balans där vara jämnare än i Sverige. Det framgår bland annat av att inom distriktsläkarorganisationen, som motsvarar den svenska provinsialläkarorganisationen, i oktober 1957 endast förekom 7 tjänster (knappt 2 procent) som var obesatta på grund av brist på sökande; tidigare under efterkrigstiden har det ofta hänt, att sökande anmält sig till alla tjänster inom organisationen.¹

Att läkartätheten i Finland är nära 30 procent lägre än i Sverige (tab. 5.27) får till stor del ses mot bakgrunden av det förhållandet, att Finland är väsentligt mindre stadsbetonat än Sverige; endast 28 procent av befolkningen bor i städer mot i Sverige 50 procent. År 1954 hade de finska städerna ungefär samma läkartäthet (13,3 per 10 000 invånare)² som de svenska (13,7); att detta förhållande inte framträder så tydligt i uppgifterna för 1955 (tab. 5.27), beror på att den finska redovisningen för nämnda år inbegriper köpingar. I Helsingfors och Åbo är läkartätheten till och med något högre än i Stockholm respektive Göteborg. Den finska och svenska landsbygden visar ungefär samma läkartäthet. Det är särskilt när man slår ihop

¹ Uppgifter i korrespondens från Helsedirektoratet, Oslo.

² Medicinalstyrelsens berättelse för åren 1953—54. Helsinki 1956.

Tabell 5.27. Totalantal läkare och antal läkare per 10 000 invånare i Sverige och Finland vid utgången av 1955

Sverige	Total- antal läkare	Antal läkare per 10 000 invånare	Finland	Total- antal läkare	Antal läkare per 10 000 invånare
Städer.....	5 066	14,1	Städer och köpingar .	1 790	11,9
därav: Stockholm..	1 619	20,6	därav: Helsingfors...	945	22,9
Göteborg...	499	13,1	Åbo.....	150	13,3
Malmö.....	235	11,2	Tammerfors ..	64	5,6
Landsbygd, inklusive			Landskommuner....	591	2,1
köpingar.....	723	2,0			
Hela landet.....	5 789	7,9	Hela landet.....	2 381	5,6
därav:			därav:		
Västerbottens län .	97	4,1	Uleåborgs län.....	102	2,6
Norrbottens län...	95	3,8	Lapplands län....	54	2,9

Anm. Uppgifterna för Finland har hämtats ur finska medicinalstyrelsens publikation Allmän hälso- och sjukvård 1955. Helsinki 1957.

land och stad, som de finska siffrorna i flertalet fall kommer att framstå såsom låga. Av de 10 finska länen företer 6 (d. v. s. alla utom de tre län, som inbegriper större städer, samt landskapet Åland) en läkartäthet understigande 4 per 10 000 invånare, vilket i Sverige endast gäller om Norrbottens län. De två nordligaste finska länen uppvisar ännu lägre tal än de två nordligaste svenska.

Regionala skillnader i fråga om läkartätheten m. m.

Ett närmare studium av läkartätheten inom olika län och större städer i Sverige (tab. 5.28) är av betydande intresse i detta sammanhang. Även

Tabell 5.28. Antal läkare per 10 000 invånare i olika län och vissa större städer 1940—55

Län etc.	1940	1950	1955	Län etc.	1940	1950	1955
Stockholms stad.....	15,9	19,5	20,6	Hallands l.....	3,6	4,4	5,1
Stockholms l.....	4,7	6,1	7,4	Göteborgs stad.....	5,7	10,1	13,1
Uppsala l.....	6,9	14,8	15,8	Göteb. o. Bohus l. i övr.	3,9	4,0	4,7
Södermanlands l.....	4,0	5,0	5,5	Älvsborgs l.....	3,5	4,1	5,2
Norrköpings stad.....	4,9	6,4	7,4	Skaraborgs l.....	3,2	3,5	4,8
Östergötlands l. i övr..	3,7	4,4	5,4	Värmlands l.....	2,9	4,4	5,1
Jönköpings l.....	3,8	4,7	5,1	Örebro l.....	3,4	4,6	5,5
Kronobergs l.....	3,4	3,7	4,3	Västmanlands l.....	3,6	4,6	5,6
Kalmar l. norra.....	3,0	3,8	4,2	Kopparbergs l.....	3,6	4,1	4,3
Kalmar l. södra.....		3,6	4,2	Gävleborgs l.....	2,8	3,8	4,3
Gotlands l.....	3,1	4,4	4,6	Västernorrlands l.....	3,2	4,6	5,0
Blekinge l.....	3,4	4,5	4,8	Jämtlands l.....	4,1	4,6	4,7
Kristianstads l.....	3,3	4,4	5,4	Västerbottens l.....	3,1	3,5	4,1
Malmö stad.....	5,7	9,6	11,2	Norrbottens l.....	3,1	3,3	3,8
Malmöhus l. i övr.....	6,2	10,1	11,5				
				Totalt	5,0	7,0	8,0

Anm. I detta fall är utländska läkare utan allmän behörighet icke medräknade men däremot läkare som ej varit yrkesverksamma (överåriga o. d.). Uppgifterna för 1940 är något, ca 7 %, för låga i jämförelse med de för 1950 och 1955, beroende på att bland annat militärläkare inte medräknades 1940. Medräknas dessa, uppgick antalet läkare per 10 000 invånare 1940 till 5,4 i stället för till 5,0 som ovan angivits.

Tabell 5.29. Antal specialister år 1956

Specialitetsgrupp	Stock- holm	Göte- borg	Malmö	Lund	Upp- sala	Övriga Skåne	Övriga Göta- land	Övriga Svea- land	Nedre Norr- land	Övre Norr- land ¹	Hela riket
Läkare, som av Sveriges läkarförbund erhållit rätt att annonsera specialitet (per den 1/10 1956).											
Invärtes medicin.....	300	96	41	15	20	35	148	115	50	22	842
Kirurgi.....	213	104	47	28	24	36	128	91	34	25	730
Mentalmedicin.....	49	13	2	4	3	5	10	8	5	—	99
Övriga specialiteter ...	51	10	4	5	3	6	14	16	3	4	116
Blandade specialiteter .	45	12	3	4	2	4	13	7	2	1	93
Summa	658	235	97	56	52	86	313	237	94	52	1 880
Överläkare eller därmed jämställda läkare, vilka icke av Sveriges läkarförbund uttagit rätt att annonsera specialitet men som på grund av sin ställning anses äga motsvarande kompetens.											
Invärtes medicin.....	15	3	4	9	2	6	24	21	7	7	98
Kirurgi.....	9	4	5	6	2	9	27	22	14	7	105
Mentalmedicin.....	11	8	2	13	10	4	28	20	6	7	109
Övriga specialiteter....	25	13	5	6	1	3	23	25	10	8	119
Odelade lasarett.....	—	1	—	—	—	1	7	10	—	—	19
Summa	60	29	16	34	15	23	109	98	37	29	450
Totalsumma	718	264	113	90	67	109	422	335	131	81	2 330
Per 10 000 inv.....	9,14	6,94	5,39	24,38	9,54	1,77	1,90	1,91	1,80	1,66	3,20

¹ Västerbottens och Norrbottens län.

om hänsyn tages till att läkare i städer ger service också åt människor från landsbygden och att storstädernas och universitetsstädernas läkare ger viss specialistvård åt patienter från alla områden i landet, är det uppenbart att de stora skillnader i läkartäthet, som här framträder, även är ett uttryck för att befolkningen i mera landsbygdsbetonade län — särskilt sådana som är avlägset belägna från storstäder och universitetsstäder — är eftersatt. Och det är att märka, att utvecklingen i de län, som 1955 hade högst 5,0 läkare per 10 000 invånare (hela Norrland, Kronobergs, Kalmar, Gotlands, Blekinge, Skaraborgs, Kopparbergs samt Göteborgs och Bohus län exklusive Göteborg) i stort sett icke synes ha inneburit, att läkartätheten där stigit mera än i landet i övrigt.

Tillgången på *specialistkompetenta* läkare visar likaledes starka regionala variationer. Dessa belyses i tab. 5.29, som utarbetats på grundval av dels en särskild räkning som läkarförbundet verkställt med utgångspunkt från sina register och dels kompletterande uppgifter för sådana specialistkompetenta läkare, vilka icke av läkarförbundet begärt erkännande av sin kompetens. Enligt denna sammanställning, som meddelas med reservation för svårigheten att åstadkomma en fullständig och entydig avgränsning av specialistbegreppet, skulle ungefär 40 procent av läkarkåren bestå av specialistkompetenta läkare. Det framgår t. ex., att de båda nordligaste länen har en specialisttäthet, som inte motsvarar mer än en femtedel eller en sjättedel av den i Stockholm. Att även Skåne, exklusive Malmö och Lund, uppvisar

ett av de lägsta talen, är väl med hänsyn till närheten till nämnda båda medicinska centra mindre anmärkningsvärt. Mera besvärande torde knappheten på specialister vara i vissa andra delar av Götaland liksom i mera avlägsna delar av Svealand. Även om hänsyn tages till att specialister i universitets- och storstäder behandlar patienter även från andra delar av landet, ter sig överhuvud taget dessa skillnader ganska betydande.

Vid läkarförbundets enkät 1954 uppgav 655 av 1 105 provinsialläkare, kommunalläkare och privatpraktiker utan specialitet, att de hade goda möjligheter att remittera patienter till specialist. Däremot meddelade 434 av dessa öppnavårdsläkare, att möjligheten att remittera till specialist var mindre goda (405), dåliga (21) eller »ej goda» (8), medan 16 lämnade frågan obesvarad. Den relativa frekvensen av dessa mindre gynnsamma omdomen var i stort sett högst i mera landsbygdsbetonade län.

Har landsbygdsbefolkningen lägre sjukvårdsbehov än stadsbefolkningen?

Att de mera landsbygdsbetonade delarna av landet är sämre försörjda i fråga om läkarvård, kommer för övrigt att bekräftas av vissa uppgifter, som skall återges i senare sammanhang (tab. 5.45 och 5.46). Med hänsyn till denna skillnad mellan land och stad skulle det ha varit av stort intresse att utröna i vad mån landsbygdsbefolkningen i betraktande av sitt hälsotillstånd skulle ha mindre behov av sjukvård än stadsbefolkningen — och omvänt huruvida den sämre tillgången till läkarvård på landsbygden där tar sig uttryck i en högre frekvens av sjuklighet i allmänhet, eller i en hög frekvens av sådana sjukdomsfall, som icke blir föremål för läkarbehandling. På grund av en beklaglig brist på sjuklighetsstatistik får emellertid dessa frågor i stort sett lämnas obesvarade. Vi får åtnöja oss med beskedet, att det *icke* finns någon dokumentation för föreställningen, att landsbygdsbefolkningen skulle ha ett mindre sjukvårdsbehov än stadsbefolkningen. Man synes därför rimligen böra utgå från den uppfattningen, som också på allmänna grunder förefaller naturligast, att någon skillnad av betydelse härvidlag ej föreligger.

Emellertid kan det vara av visst värde i sammanhanget att studera tillgängliga uppgifter om dödsrisker i enskilda åldersgrupper samt om återstående medellivslängd för landsbygds- och stadsbefolkning (tab. 5.30 och 5.31). Dessa uppgifter ger visserligen — och bland annat av skäl som strax skall antydast — icke något egentligt svar på de frågor som nyss ställdes. Delvis ställer de nya problem, som ytterligare understryker kravet på forskning och statistik avseende dessa spørsmål, men de är ändå av stort intresse.

I spädbarns- och småbarnsåldern är dödligheten något högre på landsbygden än i städerna (tab. 5.30). För kvinnor framträder i stort sett en motsvarande skillnad mellan land och stad ända upp till 30-årsåldern. Dessa företeelser torde helt eller delvis bero på att landsbygden har sämre tillgång till närbelägna sjukvårdsresurser. Anmärkningsvärt nog framträder

Tabell 5.30. Observerade dödsrisker per 1 000 på landsbygden och i städerna 1941—50

Ålder	Män		Kvinnor		Ålder	Män		Kvinnor	
	Landsbygden	Städerna	Landsbygden	Städerna		Landsbygden	Städerna	Landsbygden	Städerna
0	32,25	27,98	25,06	21,09	30	2,35	2,13	2,14	1,66
1	3,34	2,52	2,72	1,98	35	2,35	2,56	2,07	2,09
2	1,97	1,76	1,64	1,48	40	2,98	3,37	2,74	2,54
3	1,63	1,48	1,34	1,06	45	4,04	5,00	3,82	3,75
4	1,24	1,37	1,06	0,91	50	6,05	7,93	5,69	5,56
5	1,13	1,20	0,83	0,80	55	8,73	12,26	7,97	7,83
10	0,66	0,78	0,65	0,42	60	13,96	19,12	12,64	13,07
15	1,19	0,94	0,93	0,67	65	22,62	29,75	20,98	21,79
20	2,59	2,18	1,66	1,31	70	37,58	46,61	35,46	36,42
25	2,54	2,00	1,92	1,46	75	64,19	72,27	62,97	59,57

Källa: Statistiska centralbyrån: Dödlighets- och livslängdstabeller för årtiondet 1941—50, SOS, Sthlm 1954.

emellertid för män i åldern 35 år och däröver en skillnad i motsatt riktning; dödligheten är högre i städerna än på landet. Den är likaledes högre i Stockholm än i städerna i gemen (tab. 5.31). Det gör också att återstående medellivslängden för män är lägre i städerna än på landet. Den är dessutom lägre i Stockholm än i städerna i allmänhet. Dessa företeelser brukar ofta tillskrivas den starkare stressen i städerna och den livsföring, som utmärker vissa grupper av manlig stadsbefolkning, i synnerhet i storstäderna. Av intresse i det sammanhanget är att bland annat cirkulations-

Tabell 5.31. Dödligheten för män i skilda åldersklasser i städerna och på landsbygden i procent av dödligheten för män i hela riket samt återstående medellivslängd i städerna och på landet enligt dödlighets- och livslängdstabeller 1941—50

Städernas etc. och landsbyggdets dödlighet för män i procent av motsvarande dödlighet för hela riket					Återstående medellivslängd (antal år) för män				
Ålder	Stockholm	Göteborg	Samtliga städer	Landsbygden	Ålder	Stockholm	Göteborg	Samtliga städer	Landsbygden
20—24	98	99	96	103	0	66,0	67,2	67,2	68,6
25—29	101	98	93	106	15	53,7	54,9	55,1	57,0
30—34	99	102	97	103	50	22,6	23,5	23,8	25,8
35—39	114	120	104	97	65	12,2	12,5	12,9	14,0
40—44	130	102	110	93	Återstående medellivslängd (antal år) för kvinnor.				
45—49	142	105	117	88	Ålder	Stockholm	Göteborg	Samtliga städer	Landsbygden
50—54	140	120	121	86					
55—59	143	121	122	86	0	71,2	71,2	71,1	70,3
60—64	138	117	120	87	15	58,4	58,3	58,3	58,0
65—69	132	123	117	91	50	26,4	26,2	26,2	26,3
70—74	126	118	113	93	65	14,4	14,2	14,3	14,3
75—79	120	115	109	96					
80—84	112	112	108	97					
85—89	109	104	102	99					

Källa: Se tab. 5.30. Dessutom uppsats av professor C.-E. Quensel: Svenska Läk. T. 1955:52:57.

Tabell 5.32. Antal döda män 1951—55 inom vissa åldersgrupper med fördelning (i %) på viktigare dödsorsaker

lb = landsbygd; st = städer

	Samtliga	Åldersgrupp							
		35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—69	70—74
Antal män avlidna									
1951—55.....	lb 101 699	1 298	1 773	2 698	3 698	5 437	7 474	10 631	14 113
	st 74 758	1 323	2 009	2 835	4 086	5 792	7 540	9 521	10 615
Därav (i %) på grund av									
tuberkulos.....	lb 1,7	6,9	7,1	5,0	4,3	3,0	2,4	1,7	1,3
	st 2,2	10,4	7,3	5,4	5,1	3,2	2,3	1,5	1,2
tumörer.....	lb 15,6	13,8	18,8	19,8	23,1	23,8	23,8	22,0	19,3
	st 18,4	15,4	17,4	21,4	22,9	24,4	24,3	23,0	21,3
sockersjuka.....	lb 0,8	1,2	0,9	1,0	0,9	0,8	0,7	0,9	1,0
	st 0,9	1,2	1,2	0,7	0,6	1,1	0,8	1,1	1,1
blodbild.organens och blodets sjukdo- mar.....	lb 0,5	0,5	0,6	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,4
	st 0,3	0,4	0,3	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4
centrala nervsyste- mets kärlsjukdomar	lb 13,0	3,0	4,2	6,8	7,5	9,6	12,3	14,5	16,3
	st 11,2	3,7	5,4	5,5	7,7	8,5	10,6	12,8	14,6
cirkulationsorganens sjukdomar.....	lb 33,1	9,9	15,2	22,0	28,1	32,5	34,1	38,0	39,0
	st 37,8	12,0	18,6	28,1	32,1	37,8	39,8	42,6	43,5
respiratororganens sjukdomar.....	lb 5,7	2,7	3,2	2,3	2,7	3,0	3,5	3,8	5,3
	st 4,5	1,8	2,4	2,8	2,4	2,8	3,2	3,4	4,3
matsmältningsorga- nens sjukdomar...	lb 3,8	6,2	5,6	7,3	6,3	5,6	4,6	4,5	3,7
	st 4,9	8,1	8,4	8,3	7,3	6,3	5,6	5,2	4,2
urogenitalorganens sjukdomar.....	lb 3,6	5,6	5,0	4,1	3,3	3,1	3,3	3,1	3,9
	st 3,2	4,8	4,2	3,9	3,2	2,5	2,9	2,6	2,9
senilitet.....	lb 6,3	—	—	—	—	0,1	0,1	0,3	1,4
	st 1,0	—	—	—	—	—	0,0	0,1	0,4
motorfordons- olyckor.....	lb 2,1	9,5	7,2	3,7	3,5	2,0	2,1	1,2	0,9
	st 1,8	6,2	4,5	2,7	2,1	1,5	1,3	0,7	0,7
självmord.....	lb 2,4	14,3	11,6	10,0	7,0	5,0	3,3	2,0	1,2
	st 3,1	16,4	13,2	10,0	7,0	4,1	2,8	1,7	1,3
andra skador ge- nom yttre våld och förgiftning.....	lb 3,7	14,9	11,6	8,9	5,4	3,6	2,7	1,7	1,4
	st 3,9	11,6	10,9	6,4	4,6	3,4	2,1	1,6	1,4
övriga dödsorsaker	lb 7,7	11,5	9,0	8,7	7,5	7,4	6,5	5,7	4,9
	st 6,8	8,0	6,2	4,6	4,8	4,1	4,0	3,3	2,7
Summa	lb 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	st 100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
därav									
utan dödsbevis....	lb 26,2	17,3	16,9	16,3	16,2	17,7	19,4	22,0	24,3
	st 0,6	1,1	1,0	0,6	0,9	0,5	0,3	0,3	0,4

organens sjukdomar i städerna svarar för en större del av dödligheten för män i åldersgrupper över 30 år, än vad fallet är på landsbygden (tab. 5.32). Det förtjänar vidare anföras, att läkare och tandläkare, som till stor del är utsatta för en tung arbetsbelastning, visar en »överdödlighet» (jämfört med den allmänna dödligheten) av samma storleksordning som den manliga stadsbefolkningen¹. Emellertid kan åtminstone en annan faktor tänkas inverka såsom i varje fall bidragande orsak: att det delvis skulle ingå en ur hälsosynpunkt negativ selektion i den manliga inflyttningen till städerna, vilka har större tillgång på arbetsuppgifter, som är fysiskt mindre betungande än t. ex. lant- och skogsarbete, bättre tillgång till bekvämligheter, rikligare sjukvårdsresurser och mera utvecklad socialvård — eller att det skulle förekomma en positiv selektion i återvandringen från städer till landsbygd. Några data som helt kan klarlägga dessa problem synes icke föreligga. Vilken förklaringen än kan vara, är det emellertid tydligt, att även städerna har mycket angelägna hälso- och sjukvårdsproblem.

Det nu sagda kan tjäna som en varning mot överdrivna slutsatser beträffande betydelsen av den sämre läkartillgången på landsbygden. Men trots den reservation, som delvis kan ligga i dessa uppgifter, anser vi ändå, att den eftersläpning i fråga om tillgången till lättillgängliga sjukvårdsresurser, som utmärker landsbygden och mera avlägsna regioner utgör ett allvarligt missförhållande. Det får för övrigt en sidobelysning i tab. 5.32, som visar, att frekvensen av dödsfall, för vilka icke av läkare utfärdats dödsbevis, fortfarande är ganska hög på landsbygden (26 procent av de avlidna männen under 1951—55) och likaså att dödsorsaken där icke sällan anges vara »senilitet» — något som bestyrker intrycket av att det icke alltid är tillfälle att utforma mera differentierade diagnoser. I senare sammanhang skall den relativt låga sjukvårdskonsumtionen på landsbygden ytterligare belysas.

Tjänsteläkarorganisationens utveckling och struktur

Eftersom de i detta betänkande framlagda förslagen främst tar sikte på tjänsteläkarorganisationen, synes det lämpligt att här anknyta en något fördjupad analys av denna organisations utveckling och problem.

Tjänsteläkarorganisationens tidigare utveckling har beskrivits i medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning (SOU 1948:14), varur följande citat må anföras:

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

¹ Uppsats av professor C.-E. Quensel »Dödligheten bland läkare och tandläkare»; Svenska Läk. T. 1955:52:57.

av det allmänna erhöill 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 provinsialmedici 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 bådads verksamhet. Vare sig »provincialdoctorerna» njöt »någon viss och ständig lön» av Kronan eller på städerna 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 tjänsteläkare 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 provinsialläkar-distrikten. 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 erhöill 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 så kallade 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

Tabell 5.33. Antal tjänsteläkarbefattningar 1700—1956

År	Miljoner invånare			Förste o. bitr. förste prov.- läk. ¹	Prov.- läk.	Extra prov.- läk.	Kom- munal- läk.	Summa
	i städer	på lands- bygd	Summa					
1700	..	..	..	—	7	—	6	13
1773	..	..	2,0	—	32	—	11	43
1840	0,3	2,8	3,1	—	47	24	53	124
1890	0,9	3,9	4,8	37	138	73	134	382
1905	1,2	4,1	5,3	46	139	169	155	509
1920	1,7	4,2	5,9	48	200	112	188	548
1930	2,0	4,1	6,1	48	305	42	199	594
1940	2,4	4,0	6,4	48	337	27	204	616
1950 ^a	3,3	3,7	7,0	48	512	48	219	827
1955 ^a	3,6	3,7	7,3	48	574	23	250	895
1956 ^a	3,6	3,7	7,3	48	583	16	257	904

¹ De biträdande förste provinsialläkarna är oftast provinsialläkare, varför summa-kolumnen innehåller viss dubbelräkning.

² Siffrorna avser början av 1951 resp. 1956 och 1957 men torde i stort sammanfalla med dem avseende slutet av 1950 resp. 1955 och 1956.

extra provinsialläkartjänsterna, i regel under huvudmannaskap av landstingen och skilda från provinsialläkartjänsterna bland annat därigenom, att en huvudsaklig del av läkarnas avlöning erlades av det lokala distriktet...

... 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.

I tab. 5.33 återges antalet tjänsteläkarbefattningar sedan år 1700¹.

Det framgår att utvecklingen under vissa perioder gått mycket långsamt och under andra perioder väsentligt snabbare. Under 30-talet rådde närmast stagnation i fråga om antalet tjänster. Mellan 1940 och 1950 däremot var utvecklingen ovanligt snabb vad gäller provinsialläkarkåren men fortfarande långsam i fråga om kommunalläkarna. Från 1950 till 1955 har antalet tjänster beträffande provinsialläkarkåren ökat i vida svagare takt, medan antalet kommunalläkartjänster å andra sidan stigit starkt. Att utvecklingen under senare årtionden, i varje fall fram till 1950, i stort sett givit även landsbygdsbefolkningen en förbättrad försörjning med läkarvårdsresurser är emellertid uppenbart, särskilt om hänsyn togs till att folkmängden på landsbygden minskat och att kommunikationerna förbättrats genom motoriseringen.

¹ Uppgifterna i tab. 5.33 har till övervägande del hämtats ur en av dåvarande byrådirektören i medicinalstyrelsen Ivar Flygare för SOU 1948:14 upprättad sammanställning samt för senare år ur den årliga medicinalstatistiken och ur en av byrådirektören Flygare utarbetad redogörelse för provinsialläkarinstitutionen 1858—1957. Sistnämnda redogörelse har jämväl utnyttjats på vissa ställen i den fortsatta framställningen.

Provinsiälläkarvakanserna

De nyss anförda uppgifterna ger dock icke ett fullt troget uttryck för ökningen i tjänsteläkarkåren. Hänsyn måste nämligen också tagas till variationerna i antalet vakanser. Vad gäller ordinarie provinsiälläkartjänster hänvisas till tab. 5.34.

Tabell 5.34. Procentuellt antal vakanta ordinarie provinsiälläkardistrikt

I början av följande år:		Å följande datum:	
1860.....	1,4	1/9 1954.....	10
1880.....	11	1/9 1955.....	13
1900.....	3,6	1/12 1955.....	13
1910.....	1,4	1/3 1956.....	15
1920.....	12	1/6 1956.....	14
1930.....	6	1/9 1956.....	16
1940.....	3,5	1/12 1956.....	16
1950.....	9	1/4 1957.....	15
1951.....	8	1/7 1957.....	16
1952.....	7	1/10 1957.....	17
1953.....	8	1/1 1958.....	18
1954.....	11		

Det är sålunda inte bara under senare år utan även vid vissa tidigare tillfällen, t. ex. 1880 och 1920, som det tycks ha förelegat betydande svårigheter att rekrytera provinsiälläkartjänsterna. Under 50-talet synes emellertid dessa svårigheter ha varit särdeles envisa och förhållandena tycks ha fortgående försämrats. Som tidigare framgått, förhåller det sig så, att om hänsyn togs till vakanserna har, trots en fortsatt men försvagad ökning i antalet tjänster, ingen ökning alls inträtt i provinsiälläkarkårens storlek under loppet av 50-talet. Denna stagnation kontrasterar bjärt mot den närmare 50-procentiga ökning i provinsiälläkarkåren, som inträdde under 40-talet; och likaså mot den tillväxt i kommunalläkarkåren, som ägt rum under 50-talet (tab. 5.33). Även inom denna finns dock ett vakansproblem (12 procent i slutet av 1955).

Medan redovisningen i tab. 5.34 endast inbegriper i vanlig mening vakanta tjänster (med eller utan vikarier), omfattar uppgifterna i tab. 5.35 därjämte tjänster, vilkas ordinarie innehavare är frånvarande på grund av sjukdom, tjänstledighet etc. (dock ej semester). De ligger därför något högre och motsvarar 20 procent av samtliga ordinarie provinsiälläkartjänster (mot 17 procent enligt tab. 5.34). Vi finner här, att drygt 40 procent av de i oktober 1957 lediga tjänsterna saknade särskild vikarie. I stället användes systemet med dubbelförordnande. Frekvensen av sådana fall hade givetvis tett sig ännu högre, om redovisningen även inbegripit uppgift om hur arbetet är ordnat vid semestrar. För att kunna uttaga semester måste provinsialläkarna ofta genom »byte» sinsemellan åta sig dubbla arbetsbördor före eller efter — ibland både före och efter — den egna semestertiden. Nyttan

Tabell 5.35 Antal vakanta eller på grund av sjukdom etc. (dock ej semester) lediga provinsialläkartjänster den 1 oktober 1957

Län	Hela antalet ord. o. ex. tjänster	Hela antalet		Antal vakanta etc. ord. tjänster					
		ord. tjänster	besatta ord. tjänster	Vikarie år					
				med. lic.	utl. läk. med allm. beh.	sv. med. kand.	utl. läk. utan allm. beh.	prov-läk. i annat distr. (dubbel-förordn.)	S:a
Stockholms.....	29	29	26	1	1	—	—	1	3
Uppsala.....	13	13	10	2	—	1	—	—	3
Södermanlands...	18	18	16	—	—	—	1	1	2
Östergötlands....	26	25	18	3	1	—	—	3	7
Jönköpings.....	23	22	20	1	—	—	—	1	2
Kronobergs.....	21	21	16	2	—	—	—	3	5
Kalmar.....	26	26	16	—	1	2	2	5	10
Gotlands.....	7	7	6	—	—	1	—	—	1
Blekinge.....	14	14	8	1	—	—	3	2	6
Kristianstads....	28	27	26	—	—	—	—	1	1
Malmöhus.....	25	25	23	—	—	1	—	1	2
Hallands.....	14	14	14	—	—	—	—	—	—
Göteborgs o. Bohus	23	21	18	1	—	—	1	1	3
Älvsborgs.....	36	35	31	2	—	—	1	1	4
Skaraborgs.....	25	25	24	—	—	—	—	1	1
Värmlands.....	31	30	23	—	2	1	1	3	7
Örebro.....	21	21	16	1	1	—	—	3	5
Västmanlands...	20	19	16	1	—	—	—	2	3
Kopparbergs....	33	33	30	1	—	—	1	1	3
Gävleborgs.....	30	29	23	2	1	—	1	2	6
Västernorrlands..	38	38	26	2	1	1	1	7	12
Jämtlands.....	24	24	19	2	—	—	—	3	5
Västerbottens....	38	38	29	4	1	1	1	2	9
Norrbottnens....	37	37	19	2	2	1	6	7	18
Hela riket	600	591	473	28	11	9	19	51	118

Anm. Av dessa 118 lediga tjänster var 98 eller 17 procent av de ordinarie distrikten vakanta i vanlig mening (jfr tab. 5.34) och 20 lediga på grund av sjukdom, tjänstledighet o. d.

av semestervilan kan härigenom allvarligt äventyras. Eftersom arbetsbördan även eljest i många fall är tung, blir den ytterligare belastning, som vållas genom dubbel- eller tredubbel- eller fyrdubbla förordnanden — ytterligt kännbar. Många sviktar under arbetsbördan. Och trots långa arbetsdagar kan det icke undvikas, att det blir otillräckligt med tid för en del av arbetsuppgifterna, vilket är till skada såväl för den vårdsökande allmänheten som för tillsynen inom omgivningshygien och annan allmän hälsovård.

I 67 av de 118 lediga distrikten tjänstgjorde visserligen den 1 oktober 1957 särskilda för respektive distrikt förordnade vikarier. Men 28 av dessa särskilda vikarier saknade allmän behörighet att utöva läkaryrket. I sammanlagt 79 av de 118 lediga distrikten förekom sålunda antingen dubbel- eller fyrdubbel- eller vikarie, som saknade allmän behörighet.

I Norrland var ledighetsprocenten särskilt hög (30 procent mot 20 procent för landet i dess helhet). Andelen vakanta norrländska distrikt, där det förekom antingen dubbelförordnande eller vikarie utan allmän behörighet, uppgick till två tredjedelar (33 av 50 lediga distrikt) och var sålunda även den högre än inom övriga landsdelar. Allra sämst var förhållandena i Norrbottens län, där 18 av 37 tjänster var lediga och 15 av dessa 18 tjänster uppehölls antingen genom dubbelförordnande eller av vikarie utan allmän behörighet. I Norrland verkar dessutom de långa avstånden ytterligare försvårande. Att märka är att Norrland, i likhet med Götaland exklusive Göteborg och Skåne, har en öppen lasarettsvård, som är svagare utvecklad i förhållande till invånarantalet än på andra håll. Dessutom är antalet vakanser vid lasaretten särskilt högt i Norrland. Liksom vissa andra delar av landet, särskilt Kronobergs, Kalmar, Gotlands och Kopparbergs län, har Norrland slutligen en mycket ringa tillgång på privatpraktiserande läkare (jfr bl. a. tab. 5.47).

När vakansproblemet är så omfattande som de nyss framlagda uppgifterna visar, är det föga förvånande, att de nytillträdande ordinarie provinsialläkarnas *tjänstårsmeriter* i stort sett visat sjunkande tendens under senare år (tab. 5.36). Dock har det övervägande antalet nytillträdande ordinarie provinsialläkare fortfarande goda tjänstårsmeriter. I fråga om sjukhusutbildningen inger dock utvecklingen vissa farhågor, då ju denna numera allmänt anses för provinsialläkare böra omfatta en tid av minst 3 år. Av de 38 år 1957 nyutnämnda provinsialläkarna hade sålunda ej mindre än 11 kortare sjukhusutbildning, inklusive utbildning i psykiatri och tuberkulosvård. Det är även ett starkt önskemål att nytillträdande provinsialläkare allmänt har psykiatrisk erfarenhet.

Tabell 5.36. Nyutnämnda (icke transportsökande) ordinarie provinsialläkares tjänstårsmeriter 1942—57. (Antal år-månader-dagar)

	1942	1947	1952	1957
Hela riket				
Antal utnämnda (ej transportsökande).....	16	32	16	38
Total tjänstetid (tj.år)				
Median.....	12—1—9	10—7—3	8—9—7	8—10—2
Nedre kvartil.....	11—3—29	8—7—19	5—0—19	6—1—20
Lägst.....	10—11—12	5—8—9	2—10—29	1—6—8
Sjukhusår ¹				
Median.....	5—7—8	4—7—29	4—8—11	3—4—25
Nedre kvartil.....	2—1—2	0—11—21	2—7—19	1—7—0
Lägst.....	0—4—0	0—4—0	0—7—24	0—4—0
Psykiatri				
Median.....	0—2—25	—	0—0—20	0—0—25
Tuberkulos				
Median.....	0—11—12	0—4—10	0—2—3	—

¹ Exklusive psykiatri och tuberkulos.

Tjänsteläkarnas arbetsbelastning

Enligt uppgifter som vi erhållit genom svaren å en av oss under läkarförbundets medverkan i augusti—september 1957 företagen enkät vill det förefalla som om provinsialläkarna i högre grad än kommunalläkarna och dessa i sin tur i högre grad än de privatpraktiserande läkarna fått mottaga en ökad patienttillströmning efter sjukvårdsförsäkringslagens genomförande (tab. 5.37).

Tabell 5.37. Har patienttillströmningen visat tendens att öka efter den allmänna sjukförsäkringens genomförande?

Svar på vår och läkarförbundets enkät hösten 1957

Verksamhetsgrupp	Antal läkare	Ja	Nej	Ej svar
Provinsialläkare.....	520	320	125	75
Kommunalläkare.....	195	96	70	29
Privatpraktiserande läkare.....	524	234	226	64
Summa	1 239	650	421	168

Anm.: Den relativt stora andelen »Ej svar» beror på att vederbörande uppgiftslämnare saknar möjligheter till en jämförelse på grund av ändrad läkarverksamhet, nyetablering etc.

Att flertalet provinsialläkare är synnerligen arbetstygda, framgår av uppgifter, som erhållits ur samma enkät och som i summarisk form återges i tab. 5.38. Därav framgår, att endast 7 procent av provinsialläkarna har mindre än 270 praktikdagar per år. Då är att märka, att en tjänsteman, som är ledig varje sön- och helgdag, åtnjuter semester under 26 vardagar och är sjuk 7 vardagar under året men icke har några fria lördagar utan i övrigt helt ägnar sig åt sitt arbete, får just omkring 270 arbetsdagar per år.

Tabell 5.38. Provinsialläkare, kommunalläkare och privatpraktiserande läkare fördelade efter antalet praktikdagar per år enligt uppgifter lämnade i augusti—september 1957

	Antal läkare som svarat	därav (i %) läkare med ... praktikdagar per år					
		mindre än 270	270—279	280—289	290—299	300—309	310 o. däröver
Provinsialläkare.....	511	7	5	12	20	34	22
Kommunalläkare.....	194	19	16	17	18	22	8
Privatpraktiserande läkare.....	467	51	20	11	2	12	4

Förklaring: Redovisningen omfattar icke Stockholm, där — att döma av en enkät som företogs av läkarförbundet 1954 — drygt en femtedel av öppnavårdsläkarna inom de kategorier, som denna redovisning avser, har sin verksamhet. För provinsialläkare är svarsprocenten 85, för kommunalläkare, exklusive Stockholm, 92 och för privatpraktiserande läkare exkl. Stockholm anges den av läkarförbundet till 84. Vad gäller provinsialläkarna är emellertid att märka, att antalet erhållna svar (511) ungefär motsvarar eller till och med obetydligt överstiger antalet distrikt med ordinarie innehavare (ca 500). Bland privatpraktikerna har här icke medräknats några läkare i åldern 66 år och däröver och ej heller läkare, som ägnar minst halva sin arbetsdag åt sjukhusarbete, åt industriläkarvård eller administrativt arbete. (Avgränsningen har härvidlag förts väsentligt längre än i läkarenkäten 1954, då exklusive Stockholm 689 privatpraktiker redovisades).

Mer än hälften av provinsialläkarna (56 procent) redovisar emellertid 300 praktikdagar per år eller däröver. Nära 9 procent har minst 330 praktikdagar per år. I åtskilliga fall uppgavs av provinsialläkarna vid denna enkät, att semester icke kunnat erhållas. I övrigt förklaras det höga antalet praktikdagar delvis av jourtjänsten, som i hög grad begränsar söndagsledigheten.

Kommunalläkare (exklusive förste stadsläkare m. fl.) har i genomsnitt märkbart lägre antal praktikdagar per år, men det var dock knappt en femtedel av dem, som redovisade mindre än 270 dagar, medan 30 procent redovisade minst 300 dagar. Av privatpraktikerna var det — om man bortser från läkare över 65 år — drygt hälften, som angav antalet praktikdagar till mindre än 270, och omkring en sjättedel, som rapporterade minst 300 praktikdagar under året. Det är emellertid att märka, att åtskilliga privatpraktiker har tjänster eller andra arbetsuppgifter vid sidan om sin privatpraktik.

Trots angivna förhållanden uppgav 77 av 518 provinsialläkare (15 procent), att de både kunde och ville åtaga sig ytterligare konsultationer. Den sammanlagda summan av denna uppgivna s. k. »konsultationsreserv» har av dessa läkare uppgivits till drygt 86 000 konsultationer, vilka skulle motsvara arbetsinsatsen av 17 i öppen vård fullt sysselsatta läkare med vardera ca 5 000 konsultationer per år. Värdet av denna »konsultationsreserv» begränsas emellertid av att den i juli är två tredjedelar lägre än medeltalet för årets övriga månader. Det är dessutom att märka, att 12 av de 77 läkarna med »konsultationsreserv» är verkamma i Norrland, därav 5 inom Norrbottens och Västerbottens län, där belastningen är särskilt hög. Även behovet av ytterligare arbetsinsatser inom omgivningshygien och annan allmän hälsovård kan föranleda viss tveksamhet beträffande en del av dessa uppgifter om »konsultationsreserv». Det är för övrigt inte utslutet, att en del av de läkare, som uppgivit sig ha konsultationsreserv, i verkligheten kan ha ganska stora arbetsbördor.

Över huvud taget måste det vara svårt att ge något exakt mått på storleksordningen av »konsultationsreserven». Men det förefaller dock som om distriktsindelningen icke alltid är den mest lämpliga, utan att det i vissa fall borde vara möjligt att genom ändrad distriktsindelning åstadkomma en jämnare fördelning av arbetsbördor och ett något större sjukvårdsresultat utan att öka provinsialläkarkåren. Detta bör gälla även om det beaktas att, med hänsyn till kommunikationer och till olikformigheter i befolkningens geografiska spridning, sjukvårdsvolymen i en avgränsad bygd, som behöver en tjänsteläkare, inte alltid kan helt räcka till för att ge läkaren full sysselsättning.

Av kommunalläkarna var det 14 procent och av privatpraktikerna icke mindre än 34 procent, som uppgav sig både kunna och vilja åtaga sig ytterligare konsultationer. Den sammanlagda redovisade »konsultationsreserven» för provinsialläkare, kommunalläkare och privatpraktiker utgör, exklusive Stockholm, nära 262 000 konsultationer, vilka skulle vara någorlunda jämnt fördelade över årets månader — dock med det väsentliga undantaget att juli-siffran angivits till bara en femtedel av medeltalet för resten av året. Härtill kommer en motsvarande reserv av 80 000 konsultationer avseende privatpraktiker i Stockholm enligt en av läkarförbundet 1956 utförd enkät. Om man med hänsyn till vissa ofullständigheter i dess redovisningar höjer summan av nyssnämnda båda tal (342 000) till 400 000, kommer man till att hela »konsultationsreserven» i öppen vård för

privatpraktiker, provinsial- och kommunalläkare skulle motsvara 80 i öppen vård heltidssysselsatta läkare med ett konsultationsantal av 5 000 per läkare.

Den övervägande delen av denna beräknade »konsultationsreserv» hänför sig till läkare i stora och medelstora städer, som i flertalet fall svårligen torde kunna förmås att övergå till läkarverksamhet i mera landsbygdsbetonade distrikt. Härtill kommer de reservationer, som förut antytts. Det är angeläget att vidta alla rimliga åtgärder för att utnyttja »konsultationsreserven» men den effekt, som i bästa fall kan uppnås, kan i praktiken icke motsvara mer än insatserna av högst några tiotal heltidsarbetande öppnavårdsläkare.

Provinsialläkarkarriärens otillräckliga konkurrenskraft

Den allmänna läkarbristen är en grundorsak till provinsialläkarkrisen, men de nyss anförda uppgifterna om arbetsbelastningen i provinsialläkarverksamheten har ådagalagt, att det dessutom finns andra faktorer — av vilka vissa har samband med läkarbristen och andra inte — som starkt medverkar till att begränsa tillströmningen till provinsialläkarbanan. Det kan vara skäl att ytterligare beröra dessa andra faktorer.

För många unga läkare måste en jämförelse mellan provinsial- och sjukhusläkarkarriärerna utfalla till den senare karriärens förmån. Den praktiska utbildningen både före och efter legitimationen är uteslutande sjukhusinriktad utom i de fall där vederbörande läkare tagit något eller några vikariat utanför sjukhusen. Den unge läkaren kommer sålunda i regel icke i kontakt med den öppna vården utanför sjukhusen och de positiva värden, detta arbete innebär. Härtill kommer att sjukhusarbetet på ett särskilt sätt tillfredsställer läkarens medicinska ambitioner bland annat genom de möjligheter till vetenskapligt arbete, som framför allt de större sjukhusen erbjuder. Sjukhusarbetet ger vidare så småningom möjligheter att erhålla specialkompetens. En efterhand uppkommen specialinriktning kan också befordra en minskad tilltro hos läkaren till den egna förmågan att, lämnad på egen hand möta den mångfald skiftande problem, som tjänsteläkaren får ta itu med. Vidare är att märka att läkaren i sjukhusarbetet har resurser av alla slag att förfoga över, utan att han själv behöver göra något för att anskaffa dem, tillgång till råd och ledning från äldre kolleger, som representerar olika specialiteter, sköterskehjälp och utrustning av alla slag etc.

Slutligen får man inte bortse från den materiella faktor som ligger i att även yngre underläkare för sin medverkan i den öppna vården får uppbära ersättning enligt lasarettsläkartaxan som ligger väsentligt högre än provinsialläkartaxan; för sitt utnyttjande av sjukhusets alla materiella och personella resurser behöver han dessutom endast erlagga återbäring till huvudmannen med en krona per besök.

Med hänsyn till den snabba ökningen i antalet sjukhusläkartjänster och det stora antalet vakanta sjukhusläkarbefattningar, är läkarens möjligheter att hålla sig kvar i sjukhusläkarkarriären också ovanligt goda. Men även

i de fall, där det icke omedelbart står några tjänster till buds, händer det ofta att unga läkare föredrar att söka hålla sig kvar i sjukhusarbetet hellre än att övergå till öppen vård utanför sjukhus.

Flertalet underläkare vid lasarett har tidigare icke åtnjutit rätt till *ålderspension*. Nu har sådan rätt tillförsäkrats dem. Därmed försvinner ytterligare ett av de få ekonomiska incitament för övergång till provinsialläkarbanan, som hittills förelegat.

I provinsialläkartjänst är läkaren ofta medicinskt isolerad. Denna isolering blir än mer utpräglad genom den bundenhet, som vållas av jourtjänsten och den ofta tunga arbetsbelastningen. Jourtjänsttvånget och arbetsbördorna hör överhuvud taget till de mest avskräckande företeelserna inom provinsialläkarverksamheten. Härtill kommer att provinsialläkaren själv till stor del får svara för att han får lämpliga arbetsbetingelser i sin praktik. Han får i allmänhet själv betala mottagningshjälp i den mån han har någon; i många fall får hans hustru biträda honom. Icke sällan kan han få kommunal hjälp till anskaffande av viss tyngre utrustning, men ofta får han betala den själv. I ett betydande antal fall är mottagningslokalerna för små eller olämpligt anordnade för att bereda plats för sådan arbetshjälp och utrustning, som han skulle kunna behöva och vilja ha. Om också flertalet provinsialläkare icke i första hand klagat över inkomsten, så kan de ändå känna sig irriterade av att till och med sådana yngre läkare vid lasarett, som ännu icke är fullt kompetenta att erhålla ordinarie tjänst såsom provinsialläkare, i sitt arbete i öppen lasarettsvård erhåller ersättning efter en taxa, som i genomsnitt ligger omkring 46 procent högre än provinsialläkartaxan¹. Likaledes inverkar en rad andra omständigheter, som är gemensamma för alla, som har sin verksamhet förlagd till landsbygd och småsamhällen — icke minst att högre utbildning för barn ofta ej kan erhållas på hemorten.

Nu tillkommer dessutom att själva bristsituationen inom provinsialläkarväsendet skärpt åtskilliga av olägenheterna. Arbetsbelastningen, bundenheten och isoleringen har därmed blivit än svårare. I all synnerhet gäller detta vid dubbel- och trippelförordnanden. Här föreligger sålunda ett *cirkelsammanhang*; provinsialläkarkrisen har med andra ord »låst sig» i och med att den förvärrat arbetsförhållandena och därigenom ytterligare minskat banans attraktivitet, så att rekryteringsmöjligheterna än mer begränsats, vilket i sin tur ökat svårigheterna att råda bot på denna kris.

Med hänsyn till de förhållanden, som här beskrivits, är det föga förvånande, att unga läkare i väsentligt mindre utsträckning än tidigare överväger att bli tjänsteläkare. En viss bekräftelse på en sådan ändring i de unga läkarnas inställning har vunnits genom den av läkarförbundet år 1954 företagna enkäten. Det befanns härvid, att 1 198 av 2 081 yngre läkare bestämt

¹ Enligt en av riksförsäkringsanstalten företagen samplingsundersökning omfattande 1,28 procent av sjukkassekvittona för perioden 1/7 1955—30/6 1956.

sig för viss bana. Dessa läkares val av bana framgår av följande tablå, som innehåller jämförelsesiffror från en motsvarande undersökning 1943¹.

	1943	1954
Antal yngre läkare, som bestämt sig för viss bana	701	1 198
därav (i %), som valt: lasarettsläkarbanan	55,2	81,3
tjänsteläkarbanan	31,7	6,6
privatpraktikerbanan	13,1	13,1

Av 731 yngre läkare, som icke definitivt bestämt sig men som ändå »lutade åt» viss bana, var det emellertid 15 procent, som i första hand tänkte på tjänsteläkarbanan, samt ytterligare 8 procent som övervägde denna bana jämte någon annan.

Denna förändrade inställning hos yngre läkare får emellertid även ses mot bakgrunden av den exceptionella högkonjunkturen inom läkaryrket. Det är självklart, att skillnader i attraktionskraft mellan olika läkarkarriärer under dylika förhållanden gör sig ännu mycket starkare gällande än eljest och att det framför allt blir svårt att övervinna de särskilda rekryteringshindren i avlägsna landsdelar.

Åldersfördelningen bland tjänsteläkarna

Härtill kommer ytterligare en faktor av betydelse nämligen provinsialläkarkårens ålderssammansättning. Medan *netto*ökningen av provinsialläkarkåren, från att ha varit betydande under 40-talet, helt upphört under 50-talet, har *bruttotillskottet* av läkare, som trätt in i denna karriär, visat en mycket mer begränsad nedgång. Under 1941—50 utgjorde detta bruttotillskott i genomsnitt 30 per år och under 1951—56 i medeltal 22; härvid medräknas utnämnda ordinarie och extra provinsialläkare med avdrag för transportsökande och för extra provinsialläkare som blivit ordinarie. Men samtidigt har avgången ökat. Uppgifterna härom föreligger i jämförbar form endast för ordinarie provinsialläkare och utgjorde inom denna grupp i genomsnitt 13 per år under 1941—50 och 24 under 1951—56. Och det är att märka, att avgången alltjämt till alldeles övervägande del (i respektive 12 och 20 fall per år under de båda nämnda perioderna) beror på pensionering, död eller övergång till förste provinsialläkartjänst och sålunda endast i begränsad utsträckning orsakas av övergång till andra läkarkarriärer².

Den ökade avgången är till en del en följd av det förhållandet att beståndet av tjänster blivit mycket större sedan 1940. Men av största betydelse är dessutom, att provinsialläkarna visar en stark koncentration till högre åldersgrupper. Detta belyses närmare i tab. 5.39. Det visar sig, att ålders-

¹ Svenska Läk. T. 1956:53:3254. Siffrorna i andra kolumnen har underkastats viss omräkning för vinnande av jämförbarhet med uppgifterna för 1943. Summan av procentalen utgör 101.

² Under 1956 var det dock 6 ordinarie provinsialläkare som blev stadsläkare.

Tabell 5.39. Åldersfördelningen inom tjänste- och sjukhusläkarkårerna samt inom läkarkåren i dess helhet år 1955

Åldersgrupp	Hela läkarkåren	Provinsialläk. och extra prov.-läk. ¹	Stadsläkare m. fl.	Läkare vid mental-sjukhus	Läkare vid kropps-sjukhus
A. Samtliga läkare					
<i>Antal</i>					
—29 år	333	—	—	1	126
30—34	855	10	4	22	470
35—39	956	32	23	38	542
40—44	813	74	38	35	369
45—49	757	91	47	47	262
50—54	661	99	46	36	203
55—59	540	114	38	37	112
60—64	400	78	21	14	88
65—69	226	2	3	1	10
70—74	104	—	—	—	—
75—79	75	—	—	—	—
80—	78	—	—	—	—
Summa	5 798	500	220	231	2 182
B. Läkare i åldern					
40—64 år					
<i>Antal</i>	3 171	456	190	169	1 034
<i>Procent</i>					
40—44 år	25,6	16,2	20,0	20,7	35,7
45—49	23,9	20,0	24,7	27,8	25,4
50—54	20,9	21,7	24,2	21,3	19,6
55—59	17,0	25,0	20,0	21,9	10,8
60—64	12,6	17,1	11,1	8,3	8,5
Summa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Exklusive förste provinsialläkare.

gruppen 55—59 år uppvisar den högsta frekvensen bland provinsialläkarna, medan det för läkarkåren i dess helhet i stället är åldersgruppen 35—39 år, som företer den största anhopningen. Emellertid är det naturligt att tjänsteläkarkåren är nästan helt koncentrerad till åldersgrupperna 40—64 år eftersom flertalet icke blir tjänsteläkare förrän i närheten av 40-årsåldern och sedan avgår vid pensionsåldern. Även om jämförelsen, såsom i tabellens nedre avdelning, inskränkes till dessa åldersgrupper, visar det sig dock att provinsialläkarkåren i vida högre grad än läkarkåren i dess helhet är koncentrerad till de högre åldersklasserna, vilket delvis står i samband med att den hållit sig stationär under flera år. Stadsläkarkåren däremot, som expanderat mera under senare år, företer en märkbart mindre avvikelse från den totala läkarkårens åldersfördelning.

En del av förklaringen till svårigheten att öka provinsialläkarkåren måste i varje fall ligga i denna kårs ogynnsamma åldersfördelning, som ökar rekryteringsbehovet. Denna svårighet kommer inom de närmaste 5—10 åren att ytterligare öka i betydelse, när den förhållandevis stora grupp, som nu befinner sig i åldern 55—59 år, kommer upp i pensionsåldern. Dessa för-

Tabell 5.40. Hur provinsial- och kommunalläkares arbetstid normalt användes

Verksamhetsgrenar	År 1954 enligt läkarenkäten Procentuell fördelning		Verksamhetsgrenar	År 1955 enligt vår enkät Stadsläkare m. fl.	
	Pro- vinsial- läkare	Stads- läkare m. fl.		Proc. för- delning	Timmar per vecka
Hälso- och socialvård	14,1	12,6	Omgivningshygien o. före- byggande vård	11,7	6,9
			Därav: omgivn.-hyg.	6,4	3,8
			föreb. vård	5,3	3,1
Öppen vård	82,2	84,5	Öppen vård	77,7	45,9
Därav: tjänsteläkar- (och sjukhus-) mottag- ning	79,1	35,5	Därav: socialvårdsfall . . .	(3,0)	..
privatpraktik	3,1 ^a	49,0	högst sjukkasse- taxa	(29,0)	..
			Summa	(32,0)	..
			övriga fall	(45,7)	..
Sluten sjukvård	3,0	2,1	Sluten sjukvård	4,8	2,8
Övrig läkarverksamhet . . .	0,7	0,8	Övriga uppgifter	5,8	3,4
Summa	100,0	100,0	Summa	100,0	59,0

¹ Fördelningen har i detta fall beräknats på grundval av uppgift om antalet konsultationer under veckan 8—14 december 1955. Hela antalet redovisade konsultationer under veckan utgjorde 16 086, varav 1 926 hembesök. Av totalantalet kom 626 på socialvårdsfall, 5 998 på andra patienter, för vilka högst sjukkassetaxa tillämpades, medan 9 462 avsåg patienter, som icke var socialvårdsfall och för vilka icke bunden taxa tillämpades.

² Torde väsentligen avse privatpraktik, som utövats av vederbörande läkare då provinsialläkartjänsten icke uppehölls av honom.

hållanden gör det än med angeläget att vidta åtgärder ägnade att förbättra tillgången på unga läkare som söker sig till tjänsteläkarbanan.

Tjänsteläkararbetets struktur

I läkarförbundets enkät 1954 återfinns vissa uppgifter om hur provinsial- och stadsläkare normalt använde sin arbetstid. Vid en av oss företagen enkät avseende förhållandena under 1955 lämnades för stadsläkare vissa liknande uppgifter, som emellertid icke inbegriper släder utanför landsting. Dessa två serier har sammanställts i tab. 5.40.

De två uppgiftsserierna för kommunalläkare är av flera skäl icke fullt jämförbara. I vår enkät har endast 133 kommunalläkare motsvarande omkring 9/10 av alla kommunalläkare i landstingsområdena besvarat frågan.¹ I läkarenkäten ingick 198 kommunalläkare eller ca 9/10 av samtliga, inräknat de i städer utanför landsting. Den största skiljaktigheten avser »övrig läkarverksamhet» enligt läkarenkäten respektive »övriga uppgifter» enligt vår enkät. Det är möjligt att denna skillnad beror på att under sistnämnda rubrik redovisats arbetstid, som icke avser läkarverksamhet i egentlig mening.

¹ De inom parentes ställda siffrorna är grundade på 124 svar.

Tabell 5.41. Kommunalläkare fördelade efter det antal timmar per vecka de normalt ägnar åt omgivningshygien och förebyggande vård samt öppen vård, ävensom efter den totala normala arbetstiden per vecka enligt uppgifter inhämtade av oss år 1955

Läkare fördelade efter timmar per vecka	Städer (och tätorter) med följande antal invånare				Summa
	40 000 o. däröver	40 000—20 000	20 000—10 000	under 10 000	
a) ägnade åt omgivningshygien:					
0 timmar	18	5	4	—	27
1—4 »	5	18	26	25	74
5—9 »	—	7	3	4	14
10—19 »	3	4	6	—	13
20—29 »	2	2	—	—	4
30—39 »	1	—	—	—	1
40—49 »	—	—	—	—	—
50 » och däröver.....	—	—	—	—	—
b) ägnade åt förebyggande vård:					
0 timmar	16	8	4	3	31
1—4 »	10	15	24	19	68
5—9 »	3	10	9	7	29
10—19 »	—	3	2	—	5
20—29 »	—	—	—	—	—
30—39 »	—	—	—	—	—
40—49 »	—	—	—	—	—
50 » och däröver.....	—	—	—	—	—
c) ägnade åt omgivningshygien och/eller förebyggande vård:					
0 timmar	11	2	1	—	14
1—4 »	6	10	14	10	40
5—9 »	3	11	13	17	44
10—19 »	5	11	9	2	27
20—29 »	3	2	2	—	7
30—39 »	—	—	—	—	—
40—49 »	1	—	—	—	1
50 » och däröver.....	—	—	—	—	—
d) ägnade åt öppen vård:					
0 timmar	2	—	—	—	2
1—9 »	2	—	1	—	3
10—19 »	—	—	—	—	—
20—29 »	1	1	2	1	5
30—39 »	—	4	6	7	17
40—49 »	13	18	16	9	56
50—59 »	7	8	8	4	27
60—69 »	4	3	4	6	17
70 » och däröver.....	—	2	2	2	6
e) i total arbetstid:					
—29 timmar	—	—	2	—	2
30—39 »	2	1	1	—	4
40—49 »	4	3	5	4	16
50—59 »	16	9	11	9	45
60—69 »	5	15	8	9	37
70 » och däröver.....	2	8	12	7	29
Summa kommunalläkare, som lämnat uppgift	29	36	39	29	133

Sannolikt är båda uppgiftsserierna något osäkra. Med hänsyn till de mycket stora individuella olikheter i arbetsbelastningen i öppen vård, som avslöjas såväl i tab. 5.40 som i det material, som presenteras i senare sammanhang, är det möjligt att vår enkät, som icke inbegriper stadsläkare i städer utanför landsting, kan ge värden som ej är representativa för hela kommunalläkarkåren. Samma omdöme gäller bland annat den totala medelarbetstid per vecka (59 timmar), som återfinns i tab. 5.40.

I två avseenden visar de båda enkäterna dock god överensstämmelse. Enligt vår enkät skulle 12 procent av stadsläkarnas arbetstid åtgå för omgivningshygien (inklusive sammanträdestid) och förebyggande vård, och enligt läkarförbundets enkät skulle 13 procent avse hälso- och socialvård. Dessa beteckningar torde någorlunda sammanfalla. Vidare befinner, att 58—59 procent av stadsläkarnas arbete i öppen vård avser privatpraktik, d. v. s. andra fall än socialvårdsfall eller fall, för vilka bunden taxa tillämpas. Av hela arbetet är det enligt båda enkäterna närmare hälften (46—49 procent) som avser privatpraktik.

Gruppen stadsläkare inbegriper flera tjänsteläkare, för vilka omgivningshygien och liknande hälsovårdsarbete måste vara en huvuduppgift. Gruppen provinsialläkare inbegriper icke förste provinsialläkare. Med hänsyn härtill hade man väntat att den andel av arbetstiden som ägnas åt hälsovårds-

Tabell 5.42. Arbetsbelastningen i olika verksamheter för förste stadsläkare m. fl.

	Orter med ett invånarantal av:				Samtliga orter med uppgift
	100 000— 40 000	40 000— 20 000	20 000— 10 000	under 10 000	
Antal förste stadsläkare eller motsvarande som lämnat uppgift.....	7	22	27	27	83
Därav med en normal arbetstid (tim. per vecka)					
i omgivningshygien					
under 5.....	1	9	17	24	51
» 10.....	1	14	21	27	63
» 20.....	4	20	27	27	78
» 30.....	6	22	27	27	82
» 40.....	7	22	27	27	83
i förebyggande vård					
under 5.....	6	16	18	22	62
» 10.....	7	21	25	27	80
» 20.....	7	22	27	27	83
i öppen sjukvård					
under 5.....	3	—	—	—	3
» 10.....	3	—	1	—	4
» 20.....	3	—	1	—	4
» 40.....	5	7	8	8	28
» 60.....	7	18	25	20	70
» 80.....	7	22	27	27	83

Tabell 5.43. Antal kommunalläkare fördelade efter antalet konsultationer (mottagningar + hembesök) under veckan 8—14 december 1955 enligt av oss inhämtade uppgifter

Läkare fördelade efter totalantalet konsultationer under veckan	Läkare, för vilka följande andel av konsultationerna avsåg socialvårdsfall eller patienter för vilka arvode må utgå med högst sjukkassetaxa							Samtliga läkare ¹
	0	1—9%	10—24%	25—49%	50—74%	75—99%	100%	
0	—	—	—	—	—	—	—	2
1—49	3	—	—	—	1	—	1	5
50—99	7	6	2	5	—	4	4	28
100—149	5	16	10	4	2	7	5	50
150—199	1	9	3	4	—	2	3	23
200—249	2	2	—	2	1	2	1	10
250—299	—	1	—	—	1	—	—	2
300—	—	—	—	—	—	1	2	3
Samtliga kommunalläkare, som lämnat uppgift	18	34	15	15	5	16	16	123

¹ Därav 4 läkare som icke ingår i specialredovisningen, i 2 fall emedan de ej haft någon öppen vård och i 2 fall emedan de ej uppgivit hur deras öppna vård förhållit sig efter de i tabellhuvudet angivna specifikationerna.

arbete o. d. skulle vara högre för stadsläkare än för provinsialläkare. I stället framträder en obetydlig skillnad i motsatt riktning.

Dessa förhållanden kan på grundval av uppgifter i vår kommunalläkar-enkät närmare studeras i tab. 5.41. Den visar t. ex. att det i 7 städer med 40 000 invånare och däröver (exklusive städer utanför landsting) fanns endast 3 kommunalläkare som ägnade 20 timmar i veckan eller mer åt omgivningshygien; 6 kommunalläkare ägnade 10 timmar eller mer åt denna uppgift. I 22 stadssamhällen med 20—40 000 invånare var motsvarande tal respektive 2 och 6. Vad gäller förebyggande vård förekom aldrig veckotider över 20 timmar och endast i enstaka fall tider över 10 timmar. I tab. 5.42, som icke inbegriper städer utanför landsting, lämnas liknande uppgifter enbart för förste stadsläkare eller motsvarande, d. v. s. andra kommunalläkare, som är ensamma på vederbörande ort.

Vad gäller mindre orter bör emellertid understrykas, att kommunalläkare icke sällan engageras bland annat just för det syftet, att platsen skall få en läkare för den öppna vårdens behov. Trots detta finns det anledning att understryka det huvudintryck, som dessa uppgifter ger, nämligen att den tid som av kommunalläkare ägnas åt bland annat omgivningshygien i många fall är helt otillräcklig i förhållande till behovet. Detta behov måste på ett stort antal platser tillgodoses vida bättre — dock i allmänhet på annat sätt än genom ökning i kommunalläkarnas totala arbetsbörda, som, efter vad som här framgått, i flertalet fall är mycket pressande. Att även provinsialläkare, som likaledes vanligen är hårt belastade, vanligen får för lite tid över för omgivningshygien, har här redan förut framgått.

Den öppna vård, som kommunalläkare medverkar i, utgöres dels av ren privatpraktik utan taxebundenhet och dels av socialvårdsfall och dels slutligen av annan praktik med taxebundenhet. Härvidlag förekommer betydande variationer, som för 123 kommunalläkare återspeglas i tab. 5.43. Härav framgår bland annat att drygt hälften av 123 kommunalläkare hade mindre än 25 procent socialvårdsfall eller fall för vilka högst sjukkassetaxa tillämpades i sin öppna vård. Häri ingick 18 kommunalläkare, som endast hade privatpraktik. Flertalet av dessa redovisade dock lågt konsultationsantal och torde ha varit till god del upptagna med uppgifter i omgivningshygien och förebyggande vård. Å andra sidan fanns 16, som uteslutande arbetade med socialvårdsfall eller med fall, för vilka taxebundenhet tillämpades.

Den öppna läkarvårdens omfattning och struktur

Medan det finns jämförbara data år från år om den slutna vården, är det ytterst sparsamt med säkra och ens tillnärmelsevis fullständiga upplysningar om den öppna vården, som av naturliga skäl är väsentligt svårare att registrera och som dessutom till stor del bedrivs av privatpraktiker. Den enda totalberäkning, som utförts för tidigare år, är den som gjordes av medicinalstyrelsen i dess öppnavårdsutredning (SOU 1948:14). Den är grundad på föreliggande statistiskt material om den öppna vården vid sjukhus och polikliniker samt för övriga områden på särskilt företagna enkäter och undersökningar och i en del fall — särskilt vad gäller privatpraktikernas verksamhet — på uppskattningar. Den hänför sig till förhållandena 1943 och 1944, i en mottagningsform 1941. För senare år föreligger dels den förut berörda stora enkät avseende 1954, som företogs av läkarförbundet¹ och som sammanställts med den årliga statistiken om den öppna vården vid sjukhus och polikliniker, och dels en av riksförsäkringsanstalten företagen samplingsundersökning (omfattande 138 000 sjukkassekvitton eller 1,28 procent av samtliga) för perioden 1 juli 1955—30 juni 1956.

Emellertid synes ingendera av dessa tre undersökningar ge någon exakt kunskap. De två senare visar visserligen sinsemellan god överensstämmelse beträffande det totala antalet konsultationer (patientbesök på mottagningen + läkarbesök i hemmen). Enligt läkarförbundets enkät, kompletterad med uppgifter om öppen vård vid sjukhusmottagningar och polikliniker, skulle detta antal ha uppgått till nära 14 miljoner under kalenderåret 1954, sålunda ej fullt två konsultationer per invånare. Enligt riksförsäkringsanstaltens samplingsundersökning skulle antalet under budgetåret 1955/56 ha uppgått till 14,4 miljoner; 1,3 miljoner receptförnyelser utan samband med besök

¹ Läkarförbundets enkät 1954 är i övrigt publicerad i Svenska Läk. T. 1956:53:3 237 o. f. I framställningen här lägges huvudvikten vid vissa av de utredningsresultat, som icke i mera utförlig form återgivits i nämnda tidskrift.

och rådfrågningar per telefon eller ombud, som debiterats å sjukkassekvitton, är här icke inräknade. Att skillnaden icke är större, trots att den förra undersökningen gjordes strax före sjukförsäkringsreformens ikraftträdande, kan delvis förklaras av att den senare icke omfattar sådan öppen sjukvård, som icke alls finansierats med hjälp av sjukkassor, och som fortfarande torde förete en icke betydelselös frekvens.¹ Men fastän totalsiffrorna sålunda vid ett första betraktande kan förefalla vara till sin innebörd någorlunda väl förenliga med varandra, hindrar det inte, att det vid en närmare granskning ändå i en del fall framträder en viss brist på jämförbarhet och att båda beräkningarna, särskilt den förstnämnda, företer svagheter av sådan art, att de endast kan ge en grov föreställning om förhållandena.

Det är till en början att märka, att den direkta redovisningen i läkarförbundets eget enkätmaterial, som är avsedd att omfatta annan öppen vård än sådan som redovisas i den löpande statistiken för sjukhus och polikliniker, ger ett konsultationsantal av 8,4 miljoner; det är icke bekant i vilken utsträckning primäruppgifterna är grundade på uppgiftslämnarens efterhandsuppskattningar respektive på omsorgsfulla anteckningar. För att korrigera resultatet av en redovisningsbrist, som uppskattats till 13—14 procent, har siffran sedan »uppräknats» till 9,7 miljoner. Även om en sådan uppräkning, totalt sett, kan ge ett acceptabelt närmevärde och även kan medföra en partiell korrektion av eventuella olikformigheter i olika delgruppers representation i materialet, får dock resultatet av densamma tagas med viss reservation. Till siffran 9,7 miljoner har så adderats antalet konsultationer i lasarettens öppna vård och å polikliniker (4,2 miljoner) enligt den löpande årsstatistiken. Denna är emellertid mycket ungefärlig; den inbegriper numera icke besök enbart å röntgen- och radiologiska kliniker, vilka däremot ingår i riks-försäkringsanstaltens undersökning (1,1 av 14,4 miljoner konsultationer). Särskilt må understrykas, att det alltid är något vanskligt att på detta sätt addera siffror hämtade från två olika material. Definitionerna kan vara olika; det kan finnas ett mellanutrymme, som icke täcks av någotdera materialet; och det kan tvärtom finnas ett delområde, som i större eller mindre grad täcks av båda, så att viss dubbelräkning uppstår. I detta fall synes det i första hand vara sistnämnda möjlighet, som bör beaktas. I läkarförbundets eget enkätmaterial ingår (efter uppräkning) omkring 0,8 miljoner konsultationer givna av »över- och underläkare», varav 98 procent betecknats såsom »privatpraktik», vilket enligt läkarförbundets i sammanhanget använda definition betyder »prestationsersatt, icke taxebunden, öppen sjukvård» och inbegriper även sådan vård som »är förlagd till sjukhus». Visserligen förekommer vård given av över- och underläkare, som ersätts enligt andra grunder än fastställd taxa. Enligt riks-försäkringsanstaltens material (se efterföljande tab. 5.52) överstiger läkararvodet i fråga om 12 procent av överläkarnas och 5 procent av underläkarnas konsultationer det belopp, som skulle utgå enligt sjukkassetaxan. Men det betyder tillsammans mindre än 0,5 miljoner konsultationer av detta slag givna av över- och

¹ Det är tänkbart, att en del telefonkonsultationer o. d. kan ingå i läkarförbundets siffra, ty frågeformuläret uteslöt icke uttryckligen en dylik redovisning; och överensstämmelsen med riks-försäkringsanstaltens material skulle i vissa fall bli bättre, om man kunde förutsätta att så i någon mån skett. Det var emellertid icke meningen att dylikt arbete skulle ingå, och på läkarförbundet anser man sig vid granskning av materialet icke ha funnit något som tyder på att uppgiftslämnarna i nämnvärd utsträckning förfarit på angivet sätt.

underläkare, medan dessa läkares »privatpraktik» enligt läkarförbundets enkät skulle ha uppgått till 0,7 miljoner konsultationer. Man finner vidare, att i sistnämnda siffra ingår uppgifter från 87 överläkare och 20 underläkare (jfr efterföljande tab. 5.49) som redovisat minst 2 000 konsultationer per år i dylik privatpraktik. Den möjligheten får icke uteslutas, att en del över- och underläkare under denna rubrik redovisat hela eller nästan hela sin medverkan i öppen lasarettsvård, eftersom denna ur legal synpunkt icke erkännes såsom »samhällelig» sjukvård. Och i varje fall torde en del av nyssnämnda konsultationsantal (0,8 miljoner) även ingå i den löpande årsstatistiken, varigenom viss dubbelräkning skulle uppstå.

Riksförsäkringsanstaltens undersökning är grundad på en sampling av läkarvårdskvitton, dragen från ett enhetligt och inom sin ram (endast sjukkassefinansierad öppen vård) fullständigt material; något redovisningsbristproblem föreligger sålunda icke, och det är inte heller fråga om någon efterhandsuppskattning. Dock kan primärmaterialiet innehålla detaljfel; särskilt gäller detta för Stockholm. Urvalet har tillgått så, att undersökningen omfattar läkarvårdsverifikationer, för vilka utbetalning av ersättningen bokförts under 4 för varje kassa särskilt angivna dagar. För att urvalet skulle återspegla förhållandena under hela året, har olika dagar utvalts för olika kassor och samtliga vardagar under perioden 1/7 1955—30/6 1956 har blivit representerade i undersökningen. Med hänsyn till antalet utvalda dagar kunde förväntas, att å dessa kvitton skulle ha redovisats 1,33 procent av den totala läkarvårdsersättning, som utbetalts under perioden. I verkligheten motsvarade det redovisade läkarvårdsersättningsbeloppet (1 586 300 kronor) 1,28 procent av det totala. Överensstämmelsen torde få anses tillfredsställande. Emellertid är samplingen mycket liten, och en viss osäkerhet föreligger givetvis, när »uppräkningsfaktorn» är så stor som (100:1,28) 78,125. Någon bestämning av osäkerhetsmarginalen genom systematisk s. k. medelfelsberäkning har icke företagits. Vissa överslagsberäkningar, ävensom nyssnämnda jämförelse med det totala faktiska läkarvårdsersättningsbeloppet, synes dock ge vid handen, att man på grundval av denna samplingsundersökning kan beräkna den ungefärliga storleksordningen av den sjukkassefinansierade öppna vården.

Att de båda beräkningarna icke är alldeles jämförbara illustreras närmare i tab. 5.44. Enligt läkarförbundets enkät och de därtill adderade siffrorna för sjukhusmottagningar och polikliniker skulle det totala antalet konsultationer å sjukhusmottagningar och polikliniker samt i övrigt meddelade av överläkare och underläkare ha uppgått till 5,0 miljoner år 1954. Enligt riksförsäkringsanstaltens samplingsundersökning skulle motsvarande konsultationsantal ha uppgått till 6,9 miljoner 1955/56. Om i sistnämnda fall avdrag göres för besök å röntgen- och radiologiska kliniker, återstår 5,8 miljoner konsultationer. En del av skillnaden gentemot förstnämnda siffra (5,0 miljoner) förklaras av den ökning som ägt rum sedan 1954, till stor del till följd av sjukkasereformen. Emellertid torde en viss brist på överensstämmelse kvarstå, så mycket mer som den lägre siffran, som sagt, kan innehålla viss dubbelräkning. Vidare framgår, att sådan vård som meddelas av privatpraktiker, provinsialläkare och kommunalläkare skulle ha mindre omfattning enligt riksförsäkringsanstaltens undersökning för 1955/56 (7,4 miljoner konsultationer, exklusive telefonkonsultationer o. d.) än enligt den beräkning, som gjorts på grundval av läkarenkäten 1954 (8,6 miljoner konsultationer). Vad gäller privatpraktikerna och kommunalläkarna kan dock denna olikhet helt eller delvis bero på att riksförsäkringsanstaltens undersökning endast inbegriper sjukkassefinansierad öppen vård; beträffande provinsialläkare (2,9 miljoner konsultationer enligt läkarförbundets och 2,6 miljoner enligt riks-

försäkringsanstaltens material) är det möjligt att olikheten åtminstone partiellt förklaras av att bland annat viss industri- och verksläkarvård kan ha blivit mer fullständig inbegripet i läkarenkäten.

Tabell 5.44. Konsultationsantalets fördelning på olika kategorier av läkare o. d. enligt läkarförbundets enkät 1954 (uppräknade tal) kompletterad med uppgifter för sjukhusmottagningar och polikliniker samt enligt riks-försäkringsanstaltens samplingsundersökning 1955/56

	Enligt Läkarförb. 1954		Enligt Rfa 1955/56	
	Miljoner konsultationer	Procent	Miljoner konsultationer	Procent
Privatpraktiker	4,4	32	3,8	26
Provinsiälläkare	2,9	21	2,6	18
Kommunalläkare	1,3	9	1,0	7
Överläkare	0,6	4	3,0	21
Underläkare	0,2	2	2,3	16
Polikliniker och lasarettmott. respektive enbart polikliniker ¹	4,2	30	1,6	11
Övrigt	0,3	2	0,1	1
Summa	13,9	100	14,4	100

¹ I den av riks-försäkringsanstalten gjorda undersökningen inbegripes här endast poliklinikvård medan vård å sjukhusmottagningar redovisas under rubrikerna »överläkare» och »underläkare». Detta är den viktigaste anledningen till de stora skillnader, som siffrorna under de angivna rubrikerna uppvisar. Dock framträder en skillnad mellan Rfa-undersökningen och läkarförbundets undersökning, även om man slår ihop de tre angivna rubrikerna (6,9 respektive 5,0 miljoner konsultationer). Den torde till väsentlig del bero på att Rfa-undersökningen inbegriper verksamhet å lasarettens röntgen- och radioterapiavdelningar, som däremot icke ingår i de siffror från den löpande årsstatistiken, som adderats till läkarförbundets enkätsiffror. I riks-försäkringsanstaltens material har icke medräknats 1,3 miljoner receptförnyelser (utan samband med besök) och konsultationer per telefon eller genom ombud, som debiterats å sjukkassekvitton. Av dessa kommer 460 000 på provinsiälläkare, 160 000 på kommunalläkare, 120 000 på över- och underläkare och 550 000 på privatpraktiserande läkare; för polikliniker föreligger ingen redovisning härom.

Tages hänsyn till de förhållanden, som sålunda beskrivits, kan huvudresultaten av de båda undersökningarna preciseras ungefär så:

Att döma av läkarenkäten och den därtill anknutna statistiken avseende öppen vård vid sjukhus och polikliniker skulle det totala antalet konsultationer i öppen vård under 1954 ha uppgått till 13 å 14 miljoner. Häri ingår även vård som icke är sjukkassefinansierad (och som 1954 hade en större relativ omfattning än efter sjukförsäkringsreformens genomförande) men besök å röntgen- och radiologiska kliniker är till stor del icke inbegripna.

Att döma av riks-försäkringsanstaltens samplingsundersökning skulle antalet konsultationer i öppen vård under perioden 1/7 1955—30/6 1956 ha utgjort 14 å 15 miljoner, vartill kommer 1 å 1,5 miljoner receptförnyelser (utan samband med besök), telefonkonsultationer m. m., som debiterats å sjukkassekvitton. I detta fall ingår ej vård, som icke är sjukkassefinansierad, men däremot omkring 1 miljon besök å röntgen- och radiologiska kliniker o. d.

Om båda beräkningarna sålunda endast är ungefärliga, är det dock av betydande värde att vi tack vare dessa undersökningar, som ändå ger visst stöd åt varandra, kunnat erhålla en föreställning om den öppna vårdens allmänna storleksordning. Utan dessa båda material hade vår kunskap om den öppna vården varit ännu mycket mera ofullständig och osäker.

Enligt den i den tidigare öppnavårdsutredningen framlagda beräkningen skulle konsultationsantalet ungefär vid tiden 1943/44 ha utgjort 11,9 miljoner. Efter avdrag för konsultationer i förebyggande mödra- och barnavård, som icke torde ha inräknats i de båda senare undersökningarna, skulle ha återstått drygt 11 miljoner konsultationer i kurativ vård, motsvarande 1,7 per invånare. Emellertid har totalantalet läkare ökat i vida högre grad från slutet av 1943 till mitten av 1954 (med 53 procent), än vad som svarar mot skillnaden (27 procent) mellan sistnämnda konsultationsantal och det som enligt den ena av de förutnämnda båda undersökningarna skulle ha uppnåtts 1954 (13 à 14 miljoner). I detta fall synes sålunda redan i totalsiffrorna en rätt märkbar brist på jämförbarhet framträda. Om vi redan under förra hälften av 40-talet nått upp till 1,7 konsultationer i kurativ vård per invånare borde vi nu — med den ökning i läkarantalet som därefter inträtt — ha nått icke oväsentligt längre än till 2 konsultationer per invånare. Men två undersökningar från senare år har visat, att vi fortfarande skulle befinna oss alldeles i närheten av denna siffra. Och med hänsyn till de något bättre utredningsmöjligheter, som nu föreligger, vill det förefalla som om dessa senare undersökningar borde ha kommit sanningen närmare.

En konsultationsfrekvens i öppen läkarvård av ungefär två per år och invånare synes internationellt sett framstå såsom låg. Detta framhölls också i medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning från 40-talet. Vi vill här endast tillfoga, att motsvarande relationstal i USA, där läkarvården dock i vida mindre utsträckning än i Sverige är skatte- och sjukförsäkringsfinansierad, måste ligga väsentligt högre — kanske till och med vid det dubbla eller ännu högre.¹

Det är emellertid alldeles tydligt att efterfrågan på öppen läkarvård i Sverige visar stark benägenhet att stiga utöver denna siffra av 2 konsulta-

¹ Detta omdöme är grundat på vissa uppgifter i den s. k. Truman-rapporten (Building America's Health. A Report to the President by the President's Commission on the health needs of the Nation, Volume 3, s. 140 o. f.). Läkarantalet 1949 anges där till 201 000, varav 150 000 aktiva privatpraktiserande. Medelarbetstiden uppges till 57 timmar per vecka per aktiv läkare och för aktiva och inaktiva tillhoppa till knappt 51 timmar; samt för privatpraktiserande till 55 timmar. Antalet konsultationer per dag («patients seen daily») anges till 30 för allmänpraktiserande läkare och 23 för specialister. Räknar man med 250 arbetsdagar per år och 25 konsultationer per dag, erhålles (6 250 × 150 000 privatpraktiserande läkare) 900 miljoner konsultationer eller (150 miljoner invånare 1950) 6 per invånare och år. En rad mindre samplingsundersökningar (Baltimore, Maryland i övrigt, District of Columbia, Georgia) ger veckosiffror, som i regel överstiger 100, varav dock 5—10 procent avseende sjukhusstjänster. Nöjer man sig med att använda siffran 90, erhålles (150 000 × 90) 13,5 miljoner av privatpraktiserande läkare givna konsultationer per vecka. Vid 46 arbetsveckor per år skulle det motsvara 621 miljoner konsultationer per år eller drygt 4 per invånare och år.

tioner per år och invånare. För att belysa detta förhållande — och även för att i någon mån sätta in de data för 1954 och 1955/56, som här efterhand skall framläggas, i deras tidssammanhang — skall här först anföras några *partiella* uppgifter om utvecklingen inom öppen vård samt dessutom vissa data om köbildnings- och trängselföreteelser, vilka återspeglar det faktum, att den aktuella efterfrågan överstiger resurserna.

Expansionen inom den sjukkaskefinansierade öppna vården, vilken före 1955 hade mindre allmän betydelse än nu, kan på grundval av vissa av riksförsäkringsanstalten vid olika tillfällen företagna specialundersökningar¹ sammanfattas i följande tablå:

	1942	1944	1949	1952	1955/56
1000-tal sjukvårdsförsäkrade sjukkaske-medlemmar ¹	1 686	2 224	2 747	3 230	5 405
1000-tal konsultationer (besök å mottagning + sjukbesök i hemmen) ²	2 281	3 308	5 548	7 397	14 400
Därav givna av provinsialläkare.....	352	536	871	1 357	2 656
%	15	16	16	18	18
Antal konsultationer per 100 sjukvårdsförsäkrade medlemmar.....	135	149	202	229	266
Därav sjukbesök i hemmen.....	10	14	15	16	14

¹ För 1942—52 anges antalet medlemmar vid slutet av respektive år i kassor för vilka uppgifter erhållits. Dessa kassor svarade 1942 för 97 procent av totala medlemsbeståndet, 1944 för 98 procent, 1949 för 94 procent och 1952 för 99 procent. Dessa redovisningsbrister påverkar något de absoluta talen men torde vara utan betydelse för uppgifterna om konsultationsantal per 100 medlemmar. Uppgiften för 1955/56 anger medlemsantalet i slutet av 1955. Årsmedeltalet för 1956, som ger ett närmevärde för medlemsantalet vid slutet av undersökningsperioden, utgjorde 5 429 000, och motsvarande konsultationsantal per 100 medlemmar blir 265.

² Exklusive receptförnyelser och konsultationer per telefon eller genom ombud.

Undersökningarna för 1942, 1944 och 1949 är grundade på vart tionde läkarvårdskvitto utom för centralsjukkaskeorna i Stockholm, Göteborg och Malmö, för vilka vart femtionde kvitto uttogs. Undersökningen för 1952 är grundad på vart hundra kvitto, och i detta fall är osäkerheten sålunda större. Även om beräkningarna inte är exakta, torde man dock kunna utgå från att uppgifterna ger en rimlig föreställning om utvecklingens storleksordning. Det totala sjukkaskefinansierade konsultationsantalet skulle enligt dessa uppgifter ha mer än sexdubblats från 1942 till 1955/56. Detta får emellertid ses mot bakgrunden av att medlemsantalet i kassorna mer än tredubblats under samma tid. Större intresse har uppgifterna om antalet konsultationer per 100 sjukkaske medlemmar. Detta har stigit med icke mindre än 97 procent från 1942 till 1955/56 — sålunda under en period av 13½ år. Det motsvarar 66 procent per årtionde eller 5,1 procent per år.

¹ Se Erkända Sjukkaske år 1943, s. 76 o. f. samt Erkända Sjukkaske år 1949, s. 80 o. f., ävensom av riksförsäkringsanstalten utförd (stencilerad) utredningsredogörelse för 1952 samt ovan anförd stencilerad redogörelse för riksförsäkringsanstaltens undersökning 1955/56.

Och ser man enbart på tiden från 1942 till 1952 — sålunda den del av den undersökta perioden, som icke berördes av sjukförsäkringsreformen — var stegringen 70 procent. Denna ökning i konsultationsantalet per 100 sjukkassememstrar ter sig anmärkningsvärt stark i betraktande av att läkarantalets ökning under samma tid var svagare (ca 50 procent) och att antalet sjukkassememstrar nästan fördubblades. Minst lika anmärkningsvärt är att ökningen i konsultationsantal per 100 medlemmar fortsatte mellan 1952 och 1955/56, trots att sjukkasseeffekten genomfördes under loppet av denna tid och medlemsantalet på 3½ år steg med så mycket som två tredjedelar. Även om den snabba medlemsökningen delvis betydde, att vård, som under tidigare förhållanden helt skulle ha belastat patienterna själva, numera kom att till större delen finansieras via sjukförsäkringen, måste den nämligen dessutom ha medverkat till att det totala konsultationsantalet ökade och därmed till att det blev en överbelastning av resurserna, som kunde ha förväntats hindra en fortsatt stegring i vårdvolymen per 100 medlemmar. Emellertid förmärkes vissa förändringar i utvecklingstakten, vilka noterats i följande siffror:

Ökning i konsultations- antalet per 100 medlemmar	Ökning i		
	antal per år	% per år	% per år- tionde
från 1942 till 1944.....	7,0	5,1	64
» 1944 » 1949.....	10,6	6,3	84
» 1949 » 1952.....	9,0	4,3	52
» 1952 » 1955/56.....	10,6	4,3	53

Den absoluta ökningen i antalet konsultationer per 100 medlemmar har i genomsnitt under perioden 1942—1955/56 utgjort ungefär 10 per år. Utgår man från att denna ökning skulle fortsätta och räknar man vidare — med utgångspunkt från föreliggande befolkningsprognoser — från att antalet medlemmar stiger med omkring 45 000 per år till 1970, skulle den fortsatta ökningen i totalt konsultationsantal inom den av sjukförsäkringen understödda öppna vården komma att uppgå till omkring 700 000 per år. Enbart för att tillgodose en sådan efterfrågestegring inom den sjukkassee-finansierade öppna vården skulle erfordras ett årligt nettotillskott av 140 inom dylik vård heltidssysselsatta läkare med 5 000 konsultationer per år — eller av 175 läkare med 4 000 sådana konsultationer.

För provinsialläkare har ökningen i den sjukkasseunderstödda öppna vården till och med 1952 varit ännu något starkare än för övriga läkare. Mellan 1952 och 1955/56 förblev emellertid den andel av denna vård som omhändertogs av provinsialläkare oförändrad (18 procent). Av intresse är vidare att antalet sjukbesök i hemmen endast ökade obetydligt mer mellan 1944 och 1952 än antalet sjukkassememstrar. Efter sjukförsäkringsreformen steg det till och med i något svagare tempo än antalet sjukkassememstrar.

I följande tablå återges tillgängliga data om utvecklingen i lasarettens öppna vård:

	Antal besök i lasarettens öppna vård (1 000-tal)	Ökning (i %) sedan före- gående år
<i>Inklusive röntgen och radiologiska kliniker</i>		
1947.....	3 430	..
1948.....	3 810	11
1949.....	4 310	13
1950.....	4 730	10
1951.....	4 883	3
1952.....	4 994	2
<i>Exklusive röntgen och radiologiska kliniker</i>		
1953.....	3 988	..
1954.....	4 061	2
1955.....	4 271	5
1956.....	4 321	1

Att döma av dessa uppgifter, som emellertid säkerligen icke är exakta, var expansionen synnerligen stark under åren fram till 1950, men sedermera har den avskattat. I och med att sjukförsäkringsreformen trädde i kraft 1955, återupplivades dock expansionstakten tillfälligt — utan att dock nå samma nivå som under 1948—50, men under 1956 blev ökningen mycket liten.

Denna påtagliga försvagning i expansionen beror säkerligen, åtminstone till stor del, på *trängsel- och köbildningsföreteelser*. Dessa företeelser har som sagt också självständigt intresse, eftersom de ger uttryck för efterfrågans starka expansionsbenägenhet. I ett tidigare avsnitt återgavs i summarisk form vissa upplysningar om köbildningar och väntetider i sluten vård, som vi genom en särskild enkät 1956 inhämtade från huvudmän och sjukvårdsanstalter. Samma uppgiftslämnare belyste motsvarande fenomen även inom öppen sjukhusvård. I samarbete med läkarförbundet har vi därjämte 1957 insamlat ett enkätmaterial från tjänsteläkare och privatpraktiker avseende öppen vård utanför sjukhus.

I fråga om den *öppna vården vid kroppssjukhusen* vittnar de svar, som med anledning av vår enkät 1956 om köbildningen (jfr ovan s. 183 o. f.) inkommit från olika huvudmän och sjukvårdsanstalter, om mycket varierande förhållanden beträffande såväl trycket på vårdresurserna som metoderna att registrera efterfrågan. Det framgår även av svaren att man på många, för att inte säga de flesta, håll endast kan lämna ofullständiga uppgifter rörande omfattningen av ett eventuellt otillfredsställt vårdbehov. Ofta registreras nämligen ej sökande, som man saknar möjlighet att ta emot. Detta kommer till uttryck exempelvis i följande uttalande beträffande Stockholms stads polikliniker: »Tillströmningen till poliklinikerna har under senare år varit av sådan omfattning, att tidsbeställning och där-

med en begränsning av antalet mottagna införts successivt vid de flesta poliklinikerna. Väntande antecknas i regel ej annat än om de kunna mottagas inom en månad.» Trots denna begränsning uppgavs antalet väntande vid berörda polikliniker den 1 september 1956 uppgå till nära 5 000.

Som väntetid i öppen vård anges dels väntetiden vid förutbeställning av tid, dels väntetid på mottagningslokalen. De inkomna svaren avser huvudsakligen antalet dagar (respektive veckor eller månader) från det önskemål om mottagningstid anmälts tills sådan tid kan beredas. Endast sällan lämnas uppgifter om väntetiden på själva mottagningen.

I det kortfattade referat, som lämnas i det följande, har — liksom i motsvarande avsnitt om köbildningen i slutna vård — särskilt uppmärksammats de svar, som vittnar om svårigheter att möta efterfrågan. Detta har fallit sig naturligt dels emedan vår avsikt är att belysa eventuellt föreliggande brister, dels emedan man från anstalternas sida i allmänhet torde ha lämnat mindre utförliga uppgifter om förhållandena i de fall då resurserna ansetts någorlunda svara mot behovet. För att den fortsatta framställningen icke skall ge ett obalanserat intryck är det angeläget att hålla denna reservation i minnet. Det bör också understrykas, att läkare och andra ansvariga systematiskt söker låta allvarliga och akuta fall erhålla »förtur»; de väntetider som anges i det följande kan sålunda icke vara representativa för dylika fall. Emellertid framgår det av svaren, att man vid förutbeställning av tid icke alltid med säkerhet kan avgöra graden av vårdbehov, och att detta problem icke sällan vållar bekymmer.

Invärtes medicin: Beträffande undervisnings- och storstadssjukhusen gäller i fråga om den öppna lika väl som den slutna vården att efterfrågetrycket på många håll är betydande. Vid medicinska polikliniken på Karolinska sjukhuset anges sålunda väntetiden under hela året vara i genomsnitt ca 2 månader. Vid Stockholms stads sjukhus var antalet väntande i september 1956 inom denna specialitet 1 600. I Göteborg angavs väntetiden för vuxna patienter (icke akuta fall) till 6 à 8 veckor och i Gävle (för nybesök) till 2—3 månader.

Även vid många landstingslasarett registrerades väntetider på en månad eller mera för »vanliga utredningsfall». Så var exempelvis fallet i Södertälje, Växjö, Mölndal, Vänersborg, Karlstad, Kristinehamn, Örnköldsvik, Boden m. fl. Även 2—3 veckor är en ofta angiven väntetid. Väntetiderna var inom denna liksom inom andra specialiteter i allmänhet längst för dem, vilkas tidsbeställning avsåg lasarettsläkarens mottagning, och något kortare när den gällde mottagning hos biträdande lasarettsläkare eller underläkare.

Kirurgi: Inom den kirurgiska specialiteten tillämpas icke tidsbeställning i samma utsträckning som inom den medicinska. En på vissa håll, bland annat vid lasarettet i Kristianstad, gjord iakttagelse är, att i den mån tidsbeställning införes inom andra specialiteter antalet direktsökande till den kirurgiska mottagningen ökar i omfattning.

Av undervisnings- och storstadssjukhusen är det framför allt Karolinska sjukhuset, som redovisar hårdare belastning. Så anges antalet årliga besök på kirurgipolikliniken vid detta sjukhus uppgå till ca 50 000, som skall medhinnas av 4 läkare jämte en jourhavande läkare, vilka även har andra arbetsuppgifter bland annat inom forskning och undervisning.

Många av landstingslasarettens anger endast i allmänna ordalag att verksamheten vid de öppna sjukhusmottagningarna är alltför omfattande och tidskrävande (Stocksund, Linköping, Hässleholm, Vänersborg m. fl.). Från lasarettet i Mölndal påpekas, att systemet med tidsbeställning är farligt för vissa fall, som ej »tränger på». I Falköping och Västerås anges mottagningslokalerna vara för små. Från Luleå lasarett anföres, att antalet besök i öppen vård motsvarar 292 per vårdplats, medan motsvarande tal för landet i dess helhet är 136 per vårdplats.

Röntgen: På många håll torde köbildningen såväl i öppen som slutna vård inom flera specialiteter till en del förklaras av att röntgenavdelningen utgör en »flaskhals», som fördröjer undersökning och vård. I mindre grad synes detta gälla vid undervisningssjukhusen och sjukhusen i städerna utanför landsting; endast Gävle anger relativt långa väntetider såväl för röntgendiagnostik som röntgenterapi.

Vid landstingssjukhusen anges röntgenavdelningen vara en »flaskhals», »för trång», »underdimensionerad», e. d. i ett stort antal svar; detta gäller sålunda Stocksund, Jönköping, Nässjö, Uddevalla, Vänersborg, Kristinehamn, Örebro, Karlskoga, Örnsköldsvik, Umeå, Luleå, Gällivare och Kiruna. Även av andra svar framgår att väntetiderna för mera omfattande röntgenundersökningar ofta uppgår till 2—3 veckor.

I ett fall anges direkt att väntetiderna icke blott ur administrativ och vårdteknisk utan även ur rent medicinsk synpunkt kan bli för långa, t. ex. vid fall av växande cancer.

En liknande »flaskhals» anges på sina håll de begränsade laboratorieresurserna utgöra.

Vården av ögonsjukdomar: I flera fall anföres, att resurserna för vård av ögonsjukdomar är alltför knappa i förhållande till den ökade efterfrågan, som bland annat sjukförsäkringsreformen fört med sig. Vid Karolinska sjukhuset angavs antalet »övertaliga sökande», som ej hunnit mottagas under år 1955, till 2 618 män och 4 149 kvinnor; den genomsnittliga väntetiden angavs för män till 124 dagar och för kvinnor till 209 dagar. Vid Stockholms stads ögonpolikliniker fanns den 1 september 1956 1 250 antecknade på väntelista, i Norrköping var den genomsnittliga väntetiden 3 veckor, i Malmö fanns i allmänhet 500—600 antecknade på väntelista till överläkarens mottagning, medan antalet väntande »poliklinikpatienter» vid svarets avgivande var 234. I Lund angavs väntetiden hålla sig inom någon vecka medan den i Göteborg uppgick till 3 å 4 veckor. I Gävle fanns på lasarettsläkarens väntelista 1 200 och på biträdande lasarettsläkarens väntelista 800 patienter antecknade.

Även många av landstingssjukhusen uppgav höga siffror för antalet väntande respektive långa väntetider för ögonsjukvård. Månadslånga väntetider uppgavs sålunda för Norrtälje, Uddevalla, Falköping, Sundsvall och Örnsköldsvik; väntetider på 2—4 veckor var enligt svaren vanliga och i Hudiksvall angavs antalet väntande, antecknade på lasarettsläkarens väntelista, vara 700 och på väntelista till underläkarmottagningen 500. Även uttalanden som »mottagningen växer lavinartat», »ökade resurser behövs» etc. förekommer i svaren.

I jämförelse med uppgifterna beträffande de förut nämnda specialiteterna får man det intrycket att behovet av *öronsjukvård* i stort sett är tillgodosett även om efterfrågan på sådan vård periodvis kan medföra toppbelastning av vårdresurserna. Den öppna sjukhusvården av *barnsjukdomar* beröres föga i svaren. Inom *gynekologins* område anges väntetiden vid Karolinska sjukhuset till ca 3 veckor och i Gävle till 2—3 veckor; vid stockholmssjukhusen var antalet väntande inom denna specialitet den 1 september 1956 675. Endast vid ett av lands-

tingssjukhusen (Karlstad) anges väntetiden till lasarettsläkarens mottagning uppgå till 6 veckor; i övrigt förefaller det som om 1—2 veckor — någon gång 3 — skulle vara de längsta inom specialiteten förekommande väntetiderna. Från de sjukhus, som har resurser för *ortopedisk* vård, har flera anmälningar inkommit om väntetider, som ofta överstiger 1 månad.

Från Stockholm, Göteborg och Norrköping har meddelande erhållits om att i fråga om *psykiatrisk öppen vård* förekommer stora köer och månadslånga väntetider. Från lasaretten i Norrtälje, Linköping, Kalmar, Kristianstad, Landskrona, Varberg, Vänersborg, Årjäng och Skellefteå har även anmälts svårigheter att ta hand om patienter i behov av sådan vård.

Av de svar, som erhållits från *odelade lasarett och sjukstugor*, förefaller det som om någon köbildning där mera sällan vållade bekymmer. Från åtskilliga håll anges visserligen att lokalerna är för trånga eller att mottagningarna kan dra mycket långt ut på kvällarna, särskilt under vissa perioder av året. Å andra sidan framhålles stundom, att man vid orimligt hård belastning kan anlita utvägen att remittera en del fall till närmaste centrallasarett, som sålunda i sista hand får ansvaret för att tillgodose vårdbehovet, när någon ytterligare ökning av arbetets omfattning icke anses möjlig vid det lokala sjukhuset.

Huvudresultatet av den 1957 företagna enkäten om *väntetider i öppen vård utanför sjukhus* sammanfattade vi i vår novemberpromemoria på följande sätt:

Liksom det inom den öppna och slutna lasarettsvården förekommer köbildningar och väntetider, finns det sådana företeelser även inom öppen vård utanför sjukhus. Att patienten får sitta och vänta på själva mottagningarna är särskilt vanligt i fråga om provinsialläkare. Sålunda uppgav 425 av 515 provinsialläkare (83 procent), att väntetider på mottagningarna utöver en halvtimme är vanliga. Frekvensen av sådana fall är något lägre för kommunalläkare (70 procent) och väsentligt lägre för privatpraktiserande läkare (36 procent). Längden av dessa väntetider är starkt varierande — olika för olika läkare och olika också på samma läkarmottagning. I flertalet fall är det fråga om *högst* 2—3 timmar, men en tredjedel av provinsialläkarna rapporterade dock, att väntetiderna kan uppgå ända till 4—5 timmar eller mer; i Norrland var det 46 procent av provinsialläkarna, som uppgav, att så långa väntetider kan förekomma. Väntetider å upp till 7 timmar eller mer har uppgetts förekomma å 22 provinsialläkarmottagningar (4 procent), därav i Norrland 11 (8 procent). Däremot har endast ett litet antal kommunalläkare uppgett, att väntetiden stundom kan överstiga 3 timmar, och för privatpraktiker är sådana väntetider än mer ovanliga.

Nu hör det till saken, att medan 60 av 195 kommunalläkare (31 procent)¹ och 113 av 521 privatpraktiker (22 procent) uppgett, att de stundom avvisar patienter, så är provinsialläkare alltid skyldiga att mottaga alla patienter som söker. Det hindrar inte att det borde vara möjligt även för provinsialläkare att — i större utsträckning än som sker — reglera patienttillströmningen genom organisatoriska åtgärder, så att väntetiderna på mottagningarna kan förkortas. Medan fyra av fem privatpraktiker och kommunalläkare vidtar sådana anordningar (oftast genom tidsbeställning), är det icke mycket mer än varannan provinsialläkare, som utnyttjar sådana möjligheter. Även de använder i förekommande fall oftast tidsbeställning, ehuru i mindre utsträckning än de båda övriga grupperna av öppnavårdsläkare; nära en femtedel av provinsialläkarna utnyttjar nummerbrickssystem, vilket däremot är mera ovanligt på privatläkarmottag-

¹ Det må erinras om att flertalet kommunalläkare har privatpatienter.

Tabell 5.45. Konsultationer i öppen vård länsvis enligt läkarenkäten (uppräknade tal) och statistiken för sjukhusmottagningar och polikliniker 1954

Län	Antal			Per 100 invånare		
	Enligt läkar- enkäten	Sjukhus- och polikli- nikmott.	Summa	Enligt läkar- enkäten	Sjukhus- och polikli- nikmott.	Summa
Stockholms stad.....	1 683 100	790 900	2 474 000	217	102	319
Stockholms län.....	450 300	313 100	763 400	116	81	197
Uppsala län.....	227 600	155 600	383 200	142	97	239
Södermanlands län.....	237 000	122 800	359 800	108	56	164
Östergötlands län.....	494 600	222 800	717 400	139	63	202
Jönköpings län.....	387 300	105 000	492 300	140	38	178
Kronobergs län.....	140 500	52 100	192 600	88	33	121
Kalmar län.....	260 400	69 900	330 300	109	29	138
Gotlands län.....	53 000	30 700	83 700	92	53	145
Blekinge län.....	174 500	49 200	223 700	120	34	154
Kristianstads län.....	280 800	101 500	382 300	108	39	147
Malmöhus län.....	896 000	495 200	1 391 200	150	83	233
Hallands län.....	204 300	60 100	264 400	123	36	159
Göteborgs och Bohus län...	901 200	500 500	1 401 700	156	86	242
Älvsborgs län.....	431 300	147 700	579 000	118	40	158
Skaraborgs län.....	286 400	86 900	373 300	115	35	150
Värmlands län.....	358 800	129 700	488 500	125	45	170
Örebro län.....	357 700	140 800	498 500	141	55	196
Västmanlands län.....	268 500	97 900	366 400	126	46	172
Kopparbergs län.....	323 100	103 700	426 800	117	38	155
Gävleborgs län.....	339 500	113 400	452 900	117	39	156
Västernorrlands län.....	237 200	111 800	349 000	82	39	121
Jämtlands län.....	170 100	52 800	222 900	117	36	153
Västerbottens län.....	252 900	65 600	318 500	106	28	134
Norrbottnens län.....	262 200	121 000	383 200	104	48	152
Flera län.....	39 000	—	39 000	..	..	..
Summa	9 717 300	4 240 700	13 958 000	134	59	193

Förklaring: Den första sifferkolumnen och de därpå beräknade relativtalen är grundade på läkarförbundets enkät 1954. I denna sammanställning har siffrorna i denna enkät »uppräknats» med hänsyn till den redovisningsbrist, som vållats av bortfall i enkäten. Uppgifterna om institutionell sjukvård har av läkarförbundet införts i tabellen. De avser ej blott de öppna specialistmottagningar, som redovisas också i andra sammanställningar, utan även fristående polikliniker.

ningar. I några fall (5 procent) för de väntelistor — dock i mindre utsträckning än kommunalläkare (11 procent) och privatpraktiker (7 procent). Väntetider till mottagningen har dock i stort sett icke redovisats av provinsialläkare men däremot av varannan privatpraktiker och drygt varannan kommunalläkare; sådana väntetider rör sig i flertalet fall om någon dag eller högst en vecka, men även längre väntetider kan stundom förekomma.

Väntetiderna på mottagningarna kan i åtskilliga fall bero även på andra förhållanden än brist och dålig organisation. Även om det införts tidsbeställning kan det hända, att patienter ändå infinner sig långt i förväg i tro att de därmed kan tillförsäkra sig förtur. Inte sällan inverkar också kommunikationsförhållandena. Ett antal patienter kommer till mottagningen samtidigt med en buss och måste återvända med en annan buss, som avgår flera timmar senare. De kan icke behandlas på en gång och — förutsatt att de får tillfälle att utträtta eventuella andra ärenden på platsen och att de hinner bli behandlade före bussens av-

Tabell 5.46. Besök på läkarens mottagning samt sjukbesök i patientens hem, med fördelning på vissa områden, enligt riksförsäkringsanstaltens samplingsundersökning 1955/56¹

Område	Antal besök		Antal besök per 100 medlemmar			
	i milj.	per 100 invånare	enligt grupp-taxa	i samband med röntgen-diagnostik och radio-terapi	sjukbesök i hemmet	Summa
Stockholm.....	2,4	299	336	37	18	391
Göteborg.....	1,1	297	352	29	14	395
Malmö.....	0,6	269	322	25	15	362
Övriga städer med centralsjukkasor ²	0,6	201	234	20	15	269
Skåne exklusive Malmö, Hälsingborg, Landskrona och Trelleborg	0,9	162	187	14	16	216
Götaland exklusive Skåne samt Göteborg och Norrköping.....	3,7	175	201	18	15	234
Svealand exklusive Stockholm och Eskilstuna.....	3,3	185	217	21	14	252
Nedre Norrland exklusive Gävle...	1,1	165	198	15	10	224
Övre Norrland ³	0,7	151	192	17	8	217
Hela riket	14,4	197	231	21	14	266

¹ Besök avseende industri- och verksläkarvård enligt s. k. samlingsräkningar ingår ej.

² Norrköping, Hälsingborg, Eskilstuna, Gävle, Landskrona och Trelleborg.

³ Västerbottens och Norrbottens län.

gångstid — gör det dem inte alltid så mycket om de får vänta. På grund av bilismens alltmer ökade utbredning minskar emellertid detta sista problem i betydelse.

Även om det i många fall låter sig göra att förkorta väntetiderna på provinsialläkarmottagningarna genom bättre organisation och genom att vänja allmänheten vid denna bättre organisation, fordras dock dessutom en ökning i antalet tjänsteläkare och rikligare personella och andra resurser till deras hjälp om det skall bli möjligt att undanröja de svårigheter av olika slag som allmänheten nu utsättes för.

En av anledningarna till att man kan vänta en fortsatt stegring i efterfrågan på läkarvård ligger i de tidigare berörda stora *skillnaderna mellan land och stad* i fråga om vårdvolym per invånare. Det förefaller nämligen rimligt att räkna med att den utjämning mellan land och stad beträffande levnadsvanor och beteendemönster som ägt rum, kommer att fortsätta och att den i alla händelser kommer att ta sig uttryck i starkt ökade anspråk på läkarvård från landsbygdsbefolkningens sida.

En viss belysning av dessa förhållanden erhålles i tab. 5.45, som är grundad på läkarenkäten 1954. Enligt denna skulle konsultationsantalet per 100 invånare i vissa mera landsbygdsbetonade län ha utgjort mindre än hälften och ibland föga mer än en tredjedel av motsvarande antal i Stockholm.

Emellertid är att märka, att dessa siffror inte kan ge ett riktigt mått på olikheter i fråga om volymen av den öppna vården per invånare, eftersom läkarvårdsresurserna i städerna utnyttjas även av patienter från landsbygden. Detta förhållande inverkar däremot icke på uppgifterna i tab. 5.46, där det sjukkasefinansierade konsultationsantalets fördelning på län o. d. bestämts efter den utbetalande sjukkassans lokalisering. Enligt denna redovisning är konsultationsantalet per 100 invånare nästan exakt detsamma (197) som enligt det nyss anförda materialet (193). I övre Norrland (Västerbottens och Norrbottens län) är relationstalet emellertid endast 151 mot 299 i Stockholm. Eftersom övre Norrland, med hänsyn till det höga barnantalet i familjerna har ett relativt lågt antal sjukkasemedlemmar i förhållande till folkmängden, blir motsvarande skillnad något mindre, när man räknar antalet konsultationer per 100 medlemmar (respektive 217 och 391); ur denna synpunkt företer även de mera landsbygdsbetonade delarna av Skåne en särskilt låg siffra (216).

Att även befolkningens ökade koncentration till högre åldersgrupper medverkar till efterfrågestegringen i öppen vård, framstår tydligt när man ser på följande uppgifter om frekvensen av läkarkonsultationer (exklusive sådana avseende barn under 16 år samt industri- och verksläkarvård enligt s. k. samlingsräkningar) enligt riksförsäkringsanstaltens samplingsundersökning 1955—56:

Antal konsultationer per 100 medlemmar	Ålder (år)						Samtliga
	16—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—	
Män.....	120	155	191	223	248	259	210
Kvinnor.....	115	203	231	267	299	300	253
Män + kvinnor.....	117	179	211	245	274	281	232

Nästan genomgående befinnes frekvensen vara högre för kvinnor än för män.

I följande tablå har även konsultationer avseende barn under 16 år inbegripits (1,9 miljoner). I jämförelsesyfte har vidare införts motsvarande uppgifter för slutna lasarettsvård o. d. enligt vår tidigare refererade patienträkning av den 8 december 1954.

Åldersfördelningen inom	Ålder (år)						Samtliga
	—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—	
öppen vård enligt riksförsäkringsanstalten 1955/56 ¹	160	109	156	181	169	225	1 000
sluten vård enligt vår räkning 8/12—54 ²	174	103	123	141	165	294	1 000
hela folkmängden 31/12—54.....	298	126	149	148	122	157	1 000

¹ Konsultationer fördelade efter patienternas ålder. — ² Patienter fördelade efter ålder.

Tabell 5.47. Antal läkare, som medverkar i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (samt över- och underläkare som redovisat privatpraktik o. d.) enligt läkarförbundets enkät 1954

Redovisade tal, som i genomsnitt torde ligga 5—10 procent för lågt.

Läkarkategori	Stock- holm	Göte- borg	Malmö	Övr. Skåne	Övr. Göta- land	Övr. Svea- land	Nedre Norr- land	Övre Norr- land ¹	Hela riket
Antal									
Provinsialläkare.....	—	—	—	44	171	141	70	52	478
Kommunalläkare.....	31	15	5	12	56	57	15	7	198
Privatpraktiker.....	353	133	64	96	191	162	28	11	1 042
Överläkare.....	83	35	11	33	71	67	24	9	333
Underläkare.....	102	23	13	23	21	49	10	10	251
Övr. läkare.....	37	15	4	9	21	37	9	11	148
Samtliga	606	221	97	217	531	513	156	100	2 450²
Fördelning (%)									
Provinsialläkare.....	—	—	—	92	358	295	146	109	1 000
Kommunalläkare.....	156	76	25	61	283	288	76	35	1 000
Privatpraktiker.....	340	128	62	92	184	156	27	11	1 000
Överläkare.....	250	105	33	99	213	201	72	27	1 000
Underläkare.....	406	92	52	91	84	195	40	40	1 000
Övr. läkare.....	258	105	28	63	147	259	63	77	1 000
Folkmängd (%)	107	52	28	90	307	249	100	67	1 000

¹ Västerbottens och Norrbottens län.

² Inklusivt 9 läkare, som icke kunnat hänföras till viss region.

Trots att materialet för den slutna vården icke inbegriper hem för långvarigt sjuka, visar det en starkare anhopning till åldersgruppen 60 år och däröver än sjukkassematerialet för öppen vård. Detta är också vad man kunde vänta, eftersom det förefaller rimligt att räkna med att frekvensen av sådana allvarliga sjukdomsfall, som påkallar slutna vård, skulle visa särskilt stark stegring i högre åldrar. Även i den lägsta åldersgruppen (under 20 år) visar materialet för slutna vård en något starkare anhopning, men i detta avseende är skillnaden mindre uttalad. Den får för övrigt ses mot bakgrunden av att konsultationer givna i förebyggande barnvård och i skolhälsovård ej ingår i sjukkassematerialet.

Antalet läkare, som medverkade i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker, uppgick enligt läkarenkäten 1954 till mindre än 1 900, om de i redovisningen ingående över- och underläkarna utmönstras (tab. 5.47). Med hänsyn till redovisningsbristen bör siffran höjas till omkring 2 000. Av dessa var mer än hälften privatpraktiker, men även åtskilliga av dessa var samtidigt tjänsteläkare av något slag och medverkade ofta även i denna egenskap i öppen vård. Dessutom inbegriper siffran sådana pensionerade sjukhus- och tjänsteläkare, som i större eller mindre grad utövade privatpraktik. Mer än hälften av privatpraktikerna arbetade i Stockholm, Göteborg och Malmö, endast en tredjedel i den del av Götaland och Svealand,

Tabell 5.48. Konsultationer i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (samt privatpraktik m. m. redovisad av över- och underläkare) regionvis enligt läkarenkäten 1954

På grundval av redovisade tal, som i genomsnitt torde ligga 10—15 % för lågt. De fel som kan vidlåda medeltalen och procenttalen kan gå i olika riktningar.

	Stock- holm	Göte- borg	Malmö	Övriga Skåne	Övriga Göta- land	Övriga Svea- land	Nedre Norr- land	Övre Norr- land ¹	Hela riket
1. 1 000-tal konsultationer . . .	1 380,1	599,8	296,8	715,7	2 333,9	1 953,8	654,7	452,3	8 387,1
Därav (i %) hos									
provinsialläkare	—	—	—	25,8	38,9	37,6	59,8	60,3	29,7
kommunalläkare	13,2	17,7	6,8	10,1	14,6	16,4	10,6	12,1	13,8
privatpraktik	6,9	4,2	3,9	8,0	8,4	10,7	7,5	7,1	8,0
tjänsteläkarmottagn.	6,3	13,5	2,9	2,1	6,2	5,7	3,1	5,0	5,8
privatpraktiker	70,0	73,8	78,7	52,4	38,9	33,5	17,1	17,1	44,9
privatpraktik	53,5	63,8	65,6	44,4	32,5	26,7	10,9	9,5	36,1
tjänsteläkarmottagn.	16,5	10,0	13,1	8,0	6,4	6,8	6,2	7,6	8,8
överläkare	7,6	5,6	7,2	5,8	5,1	5,0	9,0	2,7	5,8
underläkare	4,8	2,2	5,7	4,1	0,9	2,4	1,1	3,5	2,5
övriga läkare	4,4	0,7	1,6	1,8	1,6	5,1	2,4	4,3	3,3
privatpraktik ³	0,7	0,7	1,6	0,7	0,5	0,9	0,5	1,8	0,8
tjänsteläkarmottagn. ³	3,7	—	—	1,1	1,1	4,2	1,9	2,5	2,5
Tillhopa	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
2. Konsultationer per år och läkare ^{4 5}									
provinsialläkare	—	—	—	4 200	5 300	5 300	5 600	5 200	5 200
kommunalläkare	5 900	..	..	..	6 200	5 700	..	..	6 000
privatpraktiker	2 900	3 400	3 900	3 900	4 800	4 200	4 300	..	3 800
överläkare	1 400	1 100	..	1 500	1 800	1 600	2 600	..	1 600
underläkare	900	..	..	..	..	1 200	..	..	1 100
övriga läkare	2 200	..	..	..	..	3 300	..	..	2 600
Samtliga läkare	2 600	2 900	3 300	3 500	4 600	4 100	4 400	4 800	3 700
3. Sjukbesök i % av samtliga konsultationer ⁵									
provinsialläkare	—	—	—	14,4	13,1	12,0	9,8	7,0	11,7
kommunalläkare	12,9	..	..	..	13,3	12,6	..	..	12,6
privatpraktik	8,3	..	..	..	7,8	8,9	..	..	7,9
tjänsteläkarmottagn.	4,6	..	..	..	5,5	3,7	..	..	4,7
privatpraktiker	7,1	6,7	8,5	9,3	8,8	8,7	6,5	..	8,0
överläkare	1,1	0,3	..	1,7	1,3	5,8	1,5	..	2,1
underläkare	3,7	..	..	..	..	5,8	..	..	3,3
övriga läkare	6,6	..	..	..	..	6,3	..	..	7,7
Samtliga läkare	7,3	7,3	7,9	10,4	10,7	10,3	8,3	6,5	9,3

¹ Västerbottens och Norrbottens län.

² Häri ingår i obetydlig omfattning bland annat även privatpraktik redovisad av provinsialläkare.

³ Häri ingår i obetydlig omfattning bland annat även tjänsteläkarmottagning redovisad av över- och underläkare.

⁴ Avser endast läkare som lämnat uppgift om konsultationsantal.

⁵ Siffran anges ej när det läkarantal som uppgiften avser understiger 20.

som ligger utanför Skåne, Göteborg och Stockholm, och knappt 4 procent i Norrland.

Ett liknande intryck ger tab. 5.48, som återger konsultationsantalet i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (ävensom i privatpraktik o. d. redovisad av ett antal över- och underläkare) i olika landsdelar och för skilda läkarkategorier. I Norrland är enligt läkarförbundets enkät provin- sial- och kommunalläkarverksamheten starkt dominerande i den öppna vård, som redovisas i tabellen (drygt 70 procent), och detta gör att den svåra tjänsteläkarkrisen där måste vara desto mer allvarlig. I Stockholm, Göteborg och Malmö svarade däremot privatpraktikerna, även om man drar ifrån den verksamhet fler av dem utövade såsom innehavare av tjänster av olika slag, för 54 å 66 procent av den öppna vård, som återges i tabellen. Medel- antalet konsultationer per läkare var enligt läkarförbundets redovisning väsentligt högre i Norrland och de mera landsbygdsbetonade delarna av Götaland (4 400 å 4 800) än i Stockholm och Göteborg (2 600 å 2 900), men det beror väsentligen på nyssnämnda skillnader i fråga om de olika läkar- gruppernas olika relativa betydelse i skilda delar av landet. De låga talen för lasarettsläkare och underläkare förklaras av att deras huvudsakliga arbete i öppen vård icke är inbegripet i läkarenkäten utan i stället i upp- gifterna om den institutionella vården, som ej ingår i denna tabell. På lik- nande sätt beror de låga medelkonsultationstalen för privatläkare på att åtskilliga av dem ägnar sig åt annan verksamhet än privatpraktik.

Andelen sjukbesök i samtliga konsultationer i öppen vård utanför sjuk- hus var högst för provinsialläkare och kommunalläkare (ca 12 procent i genomsnitt och något lägre i Norrland, särskilt övre Norrland med dess långa avstånd). Det allmänna medeltalet för samtliga kategorier i hela lan- det uppgick till 9 procent, motsvarande ca 780 000 sjukbesök. Om andelen sjukbesök sättes i relation till samtliga konsultationer i öppen vård, häri inbegripet verksamheten å sjukhusmottagningar och polikliniker, blir siff- ran givetvis lägre (5 å 6 procent). I detta fall framträder god överensstäm- melse med motsvarande uppgift enligt riksförsäkringsanstaltens samplings- undersökning, vilken på grundval av tab. 5.46 kan beräknas till 5,3 procent motsvarande 770 000 läkarbesök i hemmen. I denna senare sammanställ- ning bekräftas också, att övre Norrland uppvisar en förhållandevis låg frekvens av hembesök.

Bakom de nyss anförda genomsnittliga konsultationsantalen döljer sig in- dividuella variationer, som är avsevärda och som återspeglas i tab. 5.49. De öppnavårdsläkare, som redovisas, inbegriper även sådana med högst en konsultation per dag. Föga mer än 1 500 hade 2 000 konsultationer per år eller därutöver; till detta tal skall dock läggas obestämda andelar av de 168, som ej lämnat uppgift om konsultationsantal. Å andra sidan förekom konsultationsantal på 10 000 per år och däröver, i halva antalet fall givna av

Tabell 5.49. Antal läkare fördelade efter konsultationsantal per år i öppen sjukvård utanför sjukhus och polikliniker (samt i privatpraktik o. d. redovisad av över- och underläkare) jämte median- och medelvärden, efter mottagningstyp och verksamhetsgrupp. Enligt läkarförbundets enkät 1954.

Redovisade siffror som i fråga om läkarantalet torde ligga 5—10 procent för lågt.

Mottagningstyp och verksamhetsgrupp	Inga kons.	Antal konsultationer (100-tal)										Totalt	Median ¹	Medeltal ¹
		Antal konsultationer (100-tal)												
		—4	5—9	10—19	20—39	40—59	60—79	80—99	100—	Ej ang.				
Privatpraktik	—	57	103	207	361	182	56	32	7	37	1 042	2 700	3 000	
Privatpraktiker .	—	11	14	25	17	1	1	—	—	5	478	1 400	1 800	
Provinsläkare .	404	1	13	21	64	52	19	5	—	3	198	3 600	3 900	
Kommunalläkare	20	78	64	73	65	18	3	—	1	26	333	1 200	1 500	
Överläkare	5	28	59	46	16	2	1	—	—	49	251	800	1 000	
Underläkare	56	40	11	12	4	3	2	—	—	20	148	400	1 000	
Övriga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Totalt	513	246	251	387	527	258	82	38	8	140	2 450	2 100	2 500	
Tjänsteläk.mott.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Privatpraktiker .	707	38	51	79	80	32	22	5	5	23	1 042	1 900	2 400	
Provinsläkare .	—	2	5	22	118	189	93	35	13	1	478	5 000	4 900	
Kommunalläkare	11	30	24	34	49	22	16	3	3	6	198	1 900	2 700	
Överläkare	308	4	—	5	2	3	1	—	1	9	333	1 900	3 200	
Underläkare	177	11	9	3	7	3	—	—	—	41	251	800	1 500	
Övriga	61	7	9	12	15	7	6	1	4	26	148	2 000	3 500	
Totalt	1 264	92	98	155	271	256	138	44	26	106	2 450	3 400	3 600	
S:a öppen vård	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Privatpraktiker .	—	61	63	174	331	199	90	50	37	37	1 042	3 200	3 700	
Provinsläkare .	—	1	5	16	109	186	105	40	15	1	478	5 200	5 200	
Kommunalläkare	—	—	2	2	32	71	51	25	12	3	198	5 700	6 000	
Överläkare	—	88	46	74	63	22	4	1	2	33	333	1 200	1 600	
Underläkare	—	73	39	53	21	5	—	—	2	58	251	800	1 100	
Övriga	—	32	16	22	19	11	7	1	4	36	148	1 300	2 500	
Totalt	—	255	171	341	575	494	257	117	72	168	2 450	3 300	3 700	

¹ Avser endast de läkare som redovisat konsultationsantal.

Tabell 5.50. Konsultationer i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (samt i privatpraktik o. d. redovisad av överläkare m. fl.) fördelade efter specialitet och regioner enligt läkarförbundets enkät 1954

Redovisade tal, som i genomsnitt torde ligga 10—15 procent för lågt.

	Konsultationer hos specialist								Konsultationer hos andra läkare	Samtliga
	Inv. medicin			Kirurgi m. m. ¹			Övriga och blandade specialiteter	Samtliga konsultationer hos specialist		
	specialistpraktik	blandad och allmän praktik	summa	specialistpraktik	blandad och allmän praktik	summa				
1 000-tal konsultationer										
Stockholm....	144	366	510	184	92	276	} 290	} 1 669	385	} 2 288
Göteborg.....	103	150	253	118	33	151				
Malmö.....	49	42	91	61	37	98				
Övr. Skåne...	20	79	99	49	48	97	} 311	} 1 993	449	} 6 099
Övr. Götaland	58	327	385	97	146	243				
Övr. Svealand	84	219	303	89	176	265				
Nedre Norrl. .	8	90	98	22	54	76	} 601	} 3 662	447	} 8 387 ^a
Övre Norrl.²..	5	66	70	7	39	46				
Hela riket	471	1 339	1 809	627	625	1 252			4 725	
Konsultationer per 100 inv.										
Stockholm....	18,6	47,0	65,6	23,7	11,8	35,5	} 21,4	} 123,0	49,6	} 168,7
Göteborg.....	27,6	40,1	67,7	31,6	8,9	40,5				
Malmö.....	23,9	20,1	44,0	29,9	17,8	47,7				
Övr. Skåne...	3,1	12,2	15,3	7,5	7,4	14,9	} 5,3	} 33,9	69,0	} 103,7
Övr. Götaland	2,6	14,7	17,3	4,3	6,6	10,9				
Övr. Svealand	4,7	12,2	16,9	4,9	9,8	14,7				
Nedre Norrl. .	1,2	12,4	13,6	3,0	7,5	10,5	} 8,3	} 50,6	61,8	} 115,9
Övre Norrl.²..	1,0	13,5	14,5	1,4	8,1	9,5				
Hela riket	6,5	18,5	25,0	8,7	8,6	17,3			65,3	

¹ Inbegriper i detta fall obstetrik, gynekologi, öron-, näs- och hals- samt ögonsjukdomar.

² Västerbottens och Norrbottens län.

^a Därtill 28 000 konsultationer som ej kunnat fördelas på landsdelar.

privatpraktiker. Nära 450 läkare, därav drygt hälften provinsial- och kommunalläkare, redovisade 6 000 konsultationer eller mer.¹

Det har tidigare framgått, att »specialisttäteten» företer avsevärda regionala skillnader. Det är därför naturligt att frekvensen av *specialistkon-*

¹ Tab. 5.49 avslöjar några egendomligheter utöver dem som tidigare berörts. De kan bero antingen på speciella förhållanden eller på missförstånd eller felaktigheter vid frågornas besvarande eller svarens bearbetning. Två provinsialläkare har redovisat mindre än 400 tjänstekonsultationer under året; det kan dock bero på att de fått sina tjänster i slutet av året. Två överläkare och två underläkare har redovisat ett konsultationstal av 10 000 eller mer; det kan avse verksamhet i annan egenskap under året, men man kan inte utesluta möjligheten att de räknat med annat än sådan privatpraktik, som redovisningen i deras fall skulle omfatta; för övrigt framgår direkt, att 49 över- och underläkare medräknat annan praktik än privatpraktik, vilket — där det icke beror på speciella uppdrag eller byte av verksamhet under året — kan bero på missförstånd.

Tabell 5.51. Besök i öppen lasarettsvård 1954 och 1956 med regional fördelning

Regioner	Avdelningar av delade lasarett							Odelade lasarett	Summa
	Medicin	Kirurgi	Obstetrik, gynekologi	Pediatrik	Öron-, näs- och hals-	Ögon	Övriga (ej röntgen)		
Antal 1954 (1 000-tal)									
Stockholms stad...	73	280	27	14	119	49	247	—	809
Göteborgs stad....	44	86	25	—	44	15	44	19	277
Malmö stad.....	16	63	12	8	32	12	58	—	201
Övriga Skåne.....	48	133	22	11	55	31	57	35	392
Götaland, exklusive Skåne och Göteborg	149	278	56	33	164	78	31	115	904
Svealand, exklusive Stockholm.....	140	335	58	33	163	82	72	132	1 015
Nedre Norrland....	47	94	14	16	36	30	2	37	276
Övre Norrland.....	31	71	13	9	22	17	6	18	187
Hela riket	548	1 340	227	124	635	314	517	356	4 061
Antal 1956 (1 000-tal)									
Stockholms stad...	71	294	32	12	106	48	258	—	821
Göteborgs stad....	51	92	24	—	47	17	18	14	263
Malmö stad.....	10	75	13	10	27	12	65	—	212
Övriga Skåne.....	61	129	28	15	53	30	58	40	414
Götaland, exklusive Skåne och Göteborg	165	344	68	37	152	85	51	123	1 025
Svealand, exklusive Stockholm.....	162	382	59	34	146	83	84	120	1 070
Nedre Norrland....	53	119	18	17	47	30	1	29	314
Övre Norrland.....	36	75	13	10	25	17	4	24	204
Hela riket	609	1 510	255	135	603	322	539	350	4 323
Per 1 000 invånare 1954									
Stockholms stad...	94,4	362,5	35,2	18,0	153,4	63,8	320,0	—	1 047,3
Göteborgs stad....	119,1	233,4	67,1	—	119,7	39,2	118,0	50,2	746,7
Malmö stad.....	77,2	308,5	60,3	41,2	158,3	59,9	284,4	—	989,8
Övriga Skåne.....	74,0	204,2	34,2	17,2	84,0	47,3	88,0	53,5	602,4
Götaland, exklusive Skåne och Göteborg	66,9	125,5	25,1	15,0	73,8	35,2	13,9	51,6	407,0
Svealand, exklusive Stockholm.....	78,3	187,3	32,7	18,6	90,9	45,7	40,1	73,8	567,4
Nedre Norrland....	65,6	130,4	19,7	21,5	49,8	41,7	3,0	51,1	382,8
Övre Norrland.....	64,9	145,8	26,2	18,5	45,1	34,5	13,0	36,5	384,5
Hela riket	76,0	185,9	31,5	17,3	87,9	43,5	71,7	49,2	563,0
Per 1 000 invånare 1956									
Stockholms stad...	90,3	372,4	40,8	15,5	134,1	60,9	327,0	—	1 041,0
Göteborgs stad....	133,2	240,0	62,6	—	121,5	44,4	46,7	37,7	686,1
Malmö stad.....	47,0	352,5	60,2	49,3	128,7	55,3	309,6	—	1 002,6
Övriga Skåne.....	93,1	198,2	42,3	22,4	80,8	45,6	88,8	60,7	631,9
Götaland, exklusive Skåne och Göteborg	74,2	154,3	30,6	16,7	68,2	38,1	22,8	55,2	460,1
Svealand, exklusive Stockholm.....	88,2	208,2	32,0	18,4	79,5	45,3	46,1	65,6	583,3
Nedre Norrland....	73,1	163,7	25,3	22,9	64,1	41,1	1,2	39,3	430,7
Övre Norrland.....	72,9	153,3	26,9	19,5	50,4	34,7	7,8	49,2	414,7
Hela riket	83,3	206,4	34,9	18,4	82,2	43,9	73,7	47,8	590,6

sultationer uppvisar utpräglade olikheter mellan storstäder å ena sidan och mera landsbygdsbetonade regioner å andra sidan. Dessa förhållanden belyses, vad gäller vård utanför sjukhus etc., (samt privatpraktik redovisad av över- och underläkare) i tab. 5.50. Med hänsyn till att specialister även kan bedriva blandad och allmän praktik, göres där, vad gäller de specialistkompetenta läkarnas verksamhet, en distinktion mellan specialistpraktik samt blandad och allmän praktik. I det förra fallet kan de regionala olikheterna i fråga om antalet konsultationer per 100 invånare gå så långt, att storstäderna uppvisar 20 — eller mer än 20 — gånger högre frekvens än Norrland. I det senare fallet är motsvarande skillnader mindre men ändå avsevärda. Vad gäller konsultationer hos icke specialistkompetenta läkare är frekvenstalen något lägre i storstäderna än i övriga områden.

Omfattningen av specialisternas verksamhet (å såväl »specialistpraktik» i trängre bemärkelse som å allmän och blandad praktik) utgjorde enligt tab. 5.50 nära 3,7 miljoner konsultationer (mot 4,7 miljoner hos »annan läkare»). Med hänsyn till bortfallsprocenten får talet höjas till omkring 4,2 (respektive 5,4 miljoner). Av ungefär samma omfattning som denna specialistverksamhet enligt tab. 5.50 är antalet konsultationer å de öppna lasarettsmottagningarna, som enligt tab. 5.51 utgjorde 4,1 miljoner år 1954 och 4,3 miljoner år 1956.¹

Den öppna lasarettsvården är väsentligt mindre ojämnt fördelad på storstad och landsort, än vad fallet är med den specialistverksamhet, som nyss studerades enligt tab. 5.50. Detta framträder åskådligt i följande summariska jämförelse, där de siffror, som hämtats ur tab. 5.50 — eller ur grundmaterialet till denna sammanställning — med hänsyn till bortfallsprocenten i läkarenkäten höjts med 15 procent; givetvis får man på det sättet bara mycket grova tal, eftersom bortfallsprocenten i verkligheten kan variera för olika delgrupper. Det må också erinras om den möjlighet till partiell dubbelredovisning, som tidigare berörts.

Inom stora delar av landet är det vad gäller flertalet discipliner, överhuvud taget väsentligen tack vare den öppna vården vid lasaretten och undervisningssjukhusen, där flertalet ledande specialister på det somatiska området har sin verksamhet, som det alls finns en någorlunda närbelägen

¹ I vissa fall kan samma konsultationer ha blivit medräknade i båda siffrorna.

Anmärkning till tabell 5.51.

Vid jämförelse med tabell 5.45 är beträffande år 1954 att märka, att här ej medräknats besök vid fristående poliklinik i Stockholm och Göteborg samt att av den öppna vården å Karolinska sjukhuset $\frac{1}{3}$ av besöken hänförs till Stockholms stad och $\frac{2}{3}$ till Stockholms län medan i tab. 5.45 samtliga hänförs till länet. I tab. 5.45 ingår vidare i siffrorna för den institutionella vården även öppen vård vid epidemisjukhus. Från medicinalstyrelsens sammanställning av sjukhusens förvaltningsekonomiska statistik år 1956 skiljer sig i ovanstående tab. för år 1954 redovisade siffror därigenom att för 2 lasarett preliminärt beräknade tal korrigerats. — I tab. 5.51 angivna siffror är något ofullständiga beroende på vissa redovisningsbrister avseende framför allt Holtermanska sjukhuset i Göteborg samt Alingsås lasarett och öron-, näs- och halsmottagningen vid Kalmar lasarett.

Antal konsultationer 1954, miljoner	I öppen lasarettsvård	Hos specialist enligt läkarför- bundets enkät	Därav i	
			specialist- praktik	blandad och allmän praktik
Stockholm, Göteborg och Malmö.....	1,3	1,9	1,0	0,9
Övriga landet.....	2,8	2,3	0,9	1,4
Hela riket	4,1	4,2	1,9	2,3

tillgång på god specialistvård. Inom invärtes medicin återigen förhåller sig saken något annorlunda, vilket sammanhänger med att denna gren svarar för drygt hälften av hela specialistverksamheten utanför lasarett o. d. men endast för omkring 15 procent av den öppna vården vid undervisningssjukhus och delade lasarett, där sålunda 85 procent kommer på övriga discipliner. I följande tablå, som likaledes meddelas med reservation för grovheten i den uppräknig av läkarenkätsiffrorna, som företagits med hänsyn till bortfallsprocenten, åskådliggöres omfattningen av olika slag av öppen vård i invärtes medicin inom olika regioner:

1 000-tal konsultationer i invärtes medicin 1954	I öppen lasarettsvård (univer- sitetssjukhus och delade lasarett)	Enligt läkar- förbundets enkät	Därav i specialistpraktik
Stockholm.....	73	586	166
Göteborg.....	44	291	118
Malmö.....	16	104	56
Övriga Skåne.....	48	114	23
Övriga Götaland.....	149	443	67
Övriga Svealand.....	140	348	97
Nedre Norrland.....	47	113	9
Övre Norrland.....	31	81	6
Hela riket	548	2 080	542

Den andra sidan av bilden är givetvis att den öppna lasarettsvården är mindre ensidigt inriktad och ger mera allsidig service än specialistvården utanför sjukhus.

Det får emellertid ihågkommas, att i den öppna lasarettsvården medverkar icke endast flertalet ledande specialister utan även yngre läkare, som ännu icke förvärvat specialistkompetens. I områden med särskilda rekryteringssvårigheter, särskilt Norrland, kan sådana mindre kompetenta läkare få hand om alltför stor del av lasarettsvården. Dessutom hör understrykas, att om också den öppna lasarettsvården medverkat till en jämnare regional fördelning i tillgången till öppen specialistvård, så hindrar det inte att även den är i hög grad ojämnt fördelad. Det framgår närmare av uppgifterna om konsultationsantal per 1 000 invånare i tab. 5.51. Lägst på skalan kommer här återigen Norrland samt Götaland exklusive Skåne och Göteborg.

Det måste framstå såsom ett angeläget intresse att i all den utsträckning som är rimlig söka avhjälpa denna betydande eftersläpning, som framträder inom stora delar av landet i fråga om den totala tillgången till lättillgänglig specialisthjälp av olika slag. Vi finner här ett nytt belägg för hurusom det finns viktiga reala behov bakom önskemålen att fortsätta utbyggnaden av lasarettsvården. Vi har emellertid också funnit, att den starka benägenheten att utveckla lasarettsvården i hög grad skärper konkurrensen om ett knappt investeringsutrymme och en knapp tillgång på läkare och annan medicinalpersonal och därmed innebär ett hot mot utvecklingen bland annat inom tjänsteläkarverksamheten och mentalsjukvården. Tydligt föreligger här ett dilemma, som det är svårt att finna någon fullt tillfredsställande lösning på i ett läge, som kännetecknas av starka begränsningar i fråga om både investeringsutrymme och personella resurser.

Vissa uppgifter från riks försäkringsanstaltens undersökning om *ekonomiska förhållanden inom öppen vård* har sammanfattats i tab. 5.52. Det framgår bland annat att läkararvodet per konsultation är väsentligt lägre för provinsialläkare (ca kr. 6: 90) än för övriga läkargrupper, av vilka privatpraktiker (kr. 14: 30) och lasarett- och överläkare (kr. 13: 80) når högst på skalan. Detta beror till stor del på det förut påpekade och i tabellen ytterligare illustrerade förhållandet, att provinsialläkartaxan ligger förhållandevis lågt. Därtill kommer, att provinsialläkarnas arbete (och/eller debitering) är särskilt starkt koncentrerad till lägre taxegrupper; detta gäller även vid jämförelse med privatpraktiker utan specialitet. Delvis kan detta bero på att den stora arbetsbelastningen i provinsialläkarverksamheten och bristen på hjälpresurser ofta gör det svårt för provinsialläkarna att åtaga sig även sådana undersökningar och behandlingar, som de eljest skulle kunnat utföra. Det höga konsultationsantalet i provinsialläkarverksamheten (4 660 konsultationer¹, om man räknar med att det finns 570 provinsialläkare i tjänst, vartill kom 800 telefonkonsultationer och receptförnyelser utan samband med besök o. d. per läkare) gör dock att den genomsnittliga arvodesinkomsten för provinsialläkare (innan praktikkostnaden gäldats) nådde ett beräknat belopp av (18,4 miljoner kronor: 570) 30 000 å 35 000 kronor, vartill kommer en medellön å för närvarande 23 000 kronor samt särskilda arvoden betalda av landsting och primärkommuner för arbete i förebyggande mödra- och barnavård, skolhälsovård m. m. å bortåt 5 000 kronor. Liksom konsultationsantalet måste emellertid även arvodesinkomsten förete avsevärda individuella variationer uppåt och nedåt.

Arvoden överstigande sjukkassetaxan visade den högsta frekvensen i privatpraktikernas verksamhet; även privatpraktiker utan specialitet föredde härvidlag en högre siffra än övriga läkargrupper. Det bör emellertid understrykas, att de sifferuppgifter, som föreligger härom, är grundade på ett ofullständigt material och därför får anföras med viss reservation.

¹ Enligt läkarförbundets enkät var medeltalet 5 200 (jfr tab. 5.48).

Den procentuella återbäringen till medlemmarna blir givetvis lägre, när frekvensen av arvoden utöver sjukkassetaxan är hög och vice versa. Den är lägst för privatpraktiker (65 procent) och högst för provinsialläkare (74 procent). Å 24 procent av privatpraktikernas sjukkassekvitton understeg återbäringen 60 procent och i sammanlagt en dryg tredjedel av fallen var den lägre än 75 procent. I Stockholm, Göteborg och Malmö var återbäringsprocenten lägre än i landet i övrigt; överläkarna i Stockholm uppvisade det lägsta (59 procent) av de medeltal, som återges i tabellen. Det bör emellertid ihågkommas, att tabellen icke inbegriper poliklinikvård.

Närmare om verksamheten i distriktsvård och annan hälsovård

I kap. 4 har berörts behovet av ökade insatser i förebyggande vård och omgivningshygien. I det följande kommer vi att behandla den verksamhet, som härvidlag utövas av andra personalkategorier i öppen vård såsom sjuksköterskor med och utan speciell hälsovårdsutbildning, barnmorskor, sjukgymnaster m. fl.

En central roll i den öppna vården utanför sjukhus spelar i landstingsområdena distriktssköterskorna, som enligt den 1935 genomförda distriktsvårdsreformen har att svara för flertalet hälsovårdsgrenar samt sjukvård i sina distrikt. Vid sidan av distriktssköterskorna, beträffande vilka antalsuppgifter för åren 1930—55 meddelats i tab. 5.22, finns emellertid särskilt i de större landstingsstäderna för vissa hälsovårdsgrenar särskilda befattningshavare, vilka innehar distriktssköterskekompetens eller annan motsvarande hälsovårdsutbildning, varjämte sjuksköterskor utan sådan utbildning på många håll står till förfogande övervägande för öppen sjukvård. I städerna utanför landsting finns inga distriktssköterskor utan den öppna sjuksköterskevården sker genom stadssköterskor och andra enbart sjukvårdsutbildade sjuksköterskor, medan särskilda befattningshavare med hälsovårdsutbildning svarar för olika grenar av förebyggande vård. Öppen förlossningsvård och förebyggande mödravård omhänderhas i såväl landstingsområdena som städerna utanför landsting av distriktsbarnmorskor och vid mödravårdscentraler anställda barnmorskor.

För en aktuell orientering om tillgången på och behovet av sjuksköterskor, barnmorskor och vissa andra personalkategorier inom den öppna hälso- och sjukvården utanför sjukhusen inom landstingsområdena utsände vi under våren 1957 en skriftlig förfrågan till samtliga läns landstings för-

Not till tabell 5.52.

¹ En mindre del av arvodesbeloppet hänförs sig till receptförnyelser (utan samband med besök), förfrågningar per telefon och genom ombud; dessa har ej medräknats i konsultationsantalet.

² Eftersom kvitton upptagande kombinerade arvoden ej ingår här, omfattar dessa uppgifter endast $\frac{2}{3}$ av de redovisade besöken å läkarmottagningar.

³ Stockholm, Solna, Lidingö, Sundbyberg och Nacka.

Tabell 5.53. Antal sjuksköterske- och barnmorsketjänster i öppen vård 1/1 1957 i landstingsområdena

Tjänster	Antal	Vakanser		Antal komp. befattningshavare
		utan vik.	ej komp. vik.	
Sjukskötersketjänster som kräver hälsovårdsutbildning				
I distriktsvård				
distriktssköterskebarnmorskor..	88	34	18	36
andra distriktssköterskor.....	1 636	148	40	1 448
Förebyggande barnavård.....	145	1	2	142
Dispensär typ II.....	42	4	1	37
Skolhälsovård (heltid).....	119	—	1	118
Summa	2 030	187	62	1 781
Andra sjukskötersketjänster				
stadssköterskor.....	17	—	—	17
kommunsköterskor.....	33	—	—	33
församlingssystrar eller diakonis- sor.....	181	2	—	179
industrisköterskor.....	128	1	—	127
Summa	359	3	—	356
Barnmorsketjänster				
distriktsbarnmorskor.....	567	23	—	544
barnmorskor vid mödravårds- central.....	21	—	—	21
Summa	588	23	—	565

Anm. Medicinalstyrelsens planer för distriktsvården vid ungefär motsvarande tidpunkt upptog 1 640 distriktsskötersketjänster (inkl. första distriktssköterskor) och 91 distriktssköterskebarnmorsketjänster, d. v. s. 4 distriktsskötersketjänster och 3 distriktssköterskebarnmorsketjänster mer än vad huvudmännen uppgivit. Även i fråga om distriktsbarnmorsketjänsterna gäller, att medicinalstyrelsens planer upptog ett något högre antal sådana (på övergångsstat) än det av huvudmännen angivna. Dessa skillnader är dock icke av sådan storleksordning att de kan inverka på övervägandena i det följande. För skolhälsovårdens del har i enkätuppgifterna endast medtagits heltidsbefattningar.

valtningsutskott rörande rådande förhållanden samt synpunkter och önskemål i dessa hänseenden. Uppgifter har inkommit från samtliga landsting; i en del fall har dock meddelats, att någon enstaka fråga ej kunnat besvaras på grund av pågående utredningar e. d. De i enkätsvaren lämnade uppgifterna om antalet sjuksköterskor och barnmorskor i öppen vård inom landstingsområdena återges i tab. 5.53. Motsvarande uppgifter för städer utanför landsting har inhämtats dels från medicinalstyrelsen, dels från svensk sjuksköterskeförening och sammanfattats i tab. 5.54. I vad mån vakanser och svårighet att fylla vikariebehovet föreligger i dessa senare städer har icke undersökts av oss.

För hela riket lämnas i tab. 5.55 en sammanfattning av antalet tjänster för ifrågavarande personalkategorier i såväl absoluta som relativa tal.

Medan tillgången på personal av här ifrågavarande kategorier¹ den

¹ Den lämnade redovisningen är dock så tillvida ofullständig som exempelvis sjuksköterskor, anställda vid tjänsteläkare eller privatpraktikers mottagningar för öppen sjukvård icke omfattas av densamma liksom ej heller antalet sjuksköterskor inom den militära sjukvården.

Tabell 5.54. Antal sjuksköterske- och barnmorsketjänster i öppen vård 1/1 1957 i städer utanför landsting

Tjänster	Stock- holm	Göte- borg	Malmö	Norr- köping	Hälsing- borg	Gävle	Summa
Sjukskötersketjänster som kräver hälsovårdsutbildning							
Förebyggande barnavård.....	64	27	13	7	7	4	122
Dispensärvård.....	39	15	8	4	3	2	71
Skolhälsovård.....	79	29	16	8	6	4	142
Summa	182	71	37	19	16	10	335
Andra sjukskötersketjänster							
stadssköterskor.....	28	22	8	12	8 ¹	7	80
församlingssystrar.....	36	15	10	—	2	9	77
öppen epidemivård....	3	—	—	—	—	—	3
öppen åldringvård....	—	11	—	—	—	—	11
stadens öppna vård för psykiskt sjuka.....	3	—	—	—	—	—	3
industrisköterskor.....	..	..	..	..	..	..	ca 80 ²
Summa	70	48	18	12	10	16	254
Barnmorsketjänster							
distriktsbarnmorskor ..	3	1	1	1	1	1	8
barnmorskor vid mödravårdscentral.....	11	5	—	1	1	—	18
Summa	14	6	1	2	2	1	26

¹ Därav 5 s. k. distriktssköterskor för socialvårdens öppna klientel.

² Industrisköterskorna har ej redovisats med fördelning på de olika städerna.

Tabell 5.55. Antal sjuksköterske- och barnmorsketjänster i öppen vård och antal invånare per sådan tjänst 1/1 1957

Tjänster	Antal tjänster			Invånarantal per tjänst		
	Lands- tings- områden	Städer utanför landsting	Hela riket	Lands- tings- områden	Städer utanför landsting	Hela riket
Sjukskötersketjänster som kräver hälsovårdsutbildning.....	2 030	335	2 383 ¹	2 822	4 807	3 081
Andra sjukskötersketjänster.....	359	254	613	15 964	6 320	11 976
Summa	2 389	589	2 996	2 398	2 734	2 450
Barnmorsketjänster.....	588	26	614	9 747	61 929	11 956

¹ Därav 18 statliga skolskötersketjänster, som ej redovisats med fördelning på landsting och städer utanför landsting. Skolöverstyrelsen har för statens allmänna läroverk, seminarier och skolor för blinda och döva utöver nämnda 18 heltidsanställda skolsköterskor uppgivit ett antal av 223 timanställda sådana sjuksköterskor.

1 januari 1957 sålunda kan redovisas ganska fullständigt för hela riket har uppgifter om det aktuella behovet av ökning av antalet tjänster huvudsakligen erhållits beträffande sådana sjukskötersketjänster i landstingsområdena, för vilka särskild utbildning i hälsovård kräves.

I sina svar på vår enkät rörande distriktsvården beräknade landstingen det omedelbara behovet av ökning av antalet tjänster för distriktssköterskor och andra sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning till 59, vartill komme ett ytterligare ökningsbehov under de närmaste åren av 37 per år. Då emellertid av de befintliga tjänsterna 187 var helt obesatta och 62 uppehölls av icke kompetent vikarie skulle därutöver ett reellt nettotillskott av ytterligare ca 150 befattningshavare behövas.

Den ökning av distriktssköterske- och motsvarande personalkadrer, som angivits vara aktuell ute i landstingsområdena för de närmaste åren, tar i huvudsak sikte endast på tillgodoseendet av de arbetsuppgifter, som hittills åvilat ifrågavarande befattningshavare. Av huvudmännen har emellertid i distriktsvårdsenkäten i allmänhet angivits att man anser det önskvärt — i varje fall på landsbygden och i mindre tätorter — att hos distriktssköterskan sammanföres så många av uppgifterna inom den öppna hälso- och sjukvården som möjligt hellre än att de fördelas på flera befattningshavare av olika slag. Det merarbete detta skulle medföra för ifrågavarande sjuksköterskor torde i regel icke ha till fullo beaktats i de från landstingshåll framförda önskemålen om ökat antal distriktsskötersketjänster.

I kap. 4 har påvisats det stora behovet av en väsentligt ökad insats genom distriktssköterskor och därmed jämförliga kategorier av sjuksköterskor i en rad skilda grenar av förebyggande vård, hälsoupplýsning, åldringsvård och annan hemsjukvård.

I sammanhanget är att märka, att antalet stads- och församlingssköterskor på senare år gått mot en minskning samt att den snabba ökning av industrisköterskorna, med vilken man räknat, hittills knappast kommit till

Tabell 5.56. Antal invånare per sjuksköterska¹ med hälsovårdsutbildning i landstingsområdena 1/1 1957

Landstingsområde (län)		Landstingsområde (län)	
Stockholms.....	3 578	Göteborgs o. Bohus.....	3 443
Uppsala.....	2 760	Älvsborgs.....	3 624
Södermanlands.....	2 706	Skaraborgs.....	4 224
Östergötlands.....	3 342	Värmlands.....	3 081
Jönköpings.....	3 463	Örebro.....	3 110
Kronobergs.....	3 463	Västmanlands.....	3 053
Kalmar norra.....	2 791	Kopparbergs.....	3 090
Kalmar södra.....	3 146	Gävleborgs.....	2 603
Gotlands.....	4 037	Västernorrlands.....	2 658
Blekinge.....	3 621	Jämtlands.....	2 398
Kristianstads.....	3 449	Västerbottens.....	3 628
Malmöhus.....	3 702	Norrbottnens.....	2 878
Hallands.....	3 628	Samtliga landsting.....	3 218

¹ Antal tjänster minus helt obesatta eller av icke kompetent vikarie uppehållna vakanser.

stånd. Även om åtskilliga nya tjänster inrättats har detta delvis haft en motvikt i indragning av ett antal tjänster för brukssköterskor, vilkas tidigare uppgifter i stor utsträckning fått övertagas av distriktssköterskorna i berörda orter. Industrisköterskans uppgifter har också i verkligheten ofta mera kommit att motsvara en polikliniksköterskas, varför hennes insatser knappast lett till mera avsevärd avlastning inom distriktsvården i egentlig mening.

Slutligen är att nämna att mentalsjukvårdsdelegationen överväger att framlägga förslag, enligt vilka distriktssköterskorna i ökad utsträckning skulle komma att tagas i anspråk i den öppna psykiska vården.

Enligt tab. 5.56 uppgick antalet invånare per sjuksköterska med hälsovårdsutbildning i landstingsområdena vid ingången av 1957 till i medeltal 3 218. I den inom medicinalstyrelsen uppgjorda prognos rörande behovet av hälsovårdsutbildade sjuksköterskor, vilken framlagts av arbetskraftsutredningen, har den norm, som borde eftersträvas, angivits till en sjuksköterska på 2 000, alternativt 2 500 invånare. Det torde icke vara möjligt att på nuvarande stadium närmare ange den kvantitativa omfattningen av det merarbete, som enligt vad ovan angivits, skulle komma att åvila distriktssköterskorna. Framför allt med hänsyn till de ökade uppgifterna inom mentalsjukvården, vilka uttryckligen angivits ligga utanför huvudmännens överväganden vid deras behovsberäkningar, torde man dock — vilket vitsordats av mentalsjukvårdsdelegationen — utan risk för överskattning böra beräkna behovet av tjänster för distriktssköterskor och därmed jämställda sjuksköterskor i landstingsområden på längre sikt till 1 : 2 000 invånare.

Vi kommer att i kap. 7 vidare utveckla våra synpunkter på behovet av hälsovårdsutbildade sjuksköterskor såväl inom landstingsområdena som i städerna utanför landsting samt att föreslå åtgärder för att möjliggöra en ökad rekrytering.

AVDELNING III FÖRSLAG OM TJÄNSTELÄKARORGANISATION

KAPITEL 6

Förslag om åtgärder för förstärkning av den lokala och regionala tillsynen inom omgivningshygien m. m.

Den lokala tillsynen

Den omgivningshygieniska verksamheten i det moderna samhället fordrar, som framhållits i kap. 4, på många områden väsentligt ökade insatser av delvis ny karaktär, för vilka krävs medicinsk, teknisk och annan sakkunskap i betydligt större omfattning än vad som för närvarande står till förfogande för hithörande uppgifter.

På det lokala planet gäller, att även om omgivningshygienien är på väg att alltmera kräva tekniska experter av skilda slag, fordrar den dock ständigt beaktande av de humanmedicinska aspekter, vilka företrädes av läkarna.

I våra direktiv har departementschefen erinrat om att de hygieniska uppgifterna och den förebyggande vården till följd av tjänsteläkarkårens arbetsbörda på senare tid mångenstädes kommit att få stå tillbaka för sjukvårdsarbetet. Det funnes därför anledning att överväga, om inte en förstärkning av förste provinsialläkarinstitutionen med erforderliga hjälpkrafter skulle vara ägnad att åstadkomma en effektivisering av hälsovårdsarbetet — särskilt på det numera alltmer tekniskt betonade planet för vatten- och avloppshygien m. m. — samtidigt som därmed skulle vinnas viss avlastning för provinsialläkarna.

Beträffande den tid den öppna vårdens tjänsteläkare kan ägna åt de omgivningshygieniska uppgifterna hänvisas till vad som anförts i kap. 5 (jfr bland annat tab. 5.41 och 5.42). Av där lämnade redovisning framgår att av de primärkommunalt anställda läkarna i de städer, som ingår i landsting, endast ett mindre antal ägnar en mera väsentlig del av sin arbetstid åt omgivningshygienisk tillsyn och att tiden härför i flertalet fall icke överstiger någon timma per dag. För provinsialläkarnas del synes liknande förhållanden råda (tab. 5.40). Mera exakta uppgifter från senare år finns i detta fall ej tillgängliga, men allmänt har vitsordats att den växande arbetsbelastningen framför allt på sjukvårdens område medfört svårigheter för provinsialläkarna att medhinna även en begränsad omgivningshygienisk insats. Det har också framhållits, att för många av de om-

givningshygieniska frågorna ej sällan krävs speciella tekniska kvalifikationer, som dessa läkare i allmänhet ej kan antagas besitta. Detta betyder dock icke att det arbete tjänsteläkarna nedlägger på de omgivningshygieniska uppgifterna kan avvaras. Särskilt värdefull torde tillgången till dessa läkares sakkunskap vara i vissa av de kommunala nämndernas, företrädesvis hälsovårdsnämndens, verksamhet. Att räkna med någon ökning av deras insatser på omgivningshygienens område torde — under förutsättning av bibehållande av nuvarande organisationsformer och arbetsuppgifter — emellertid icke vara realistiskt.

Som framgår av den i kap. 2 gjorda sammanfattningen av våra förslag och på grunder, som närmare utvecklas i kap. 7 och 8, anser vi en erforderlig upprustning av den öppna vården utanför sjukhus och en rationell samdimensionering av denna vård med sjukhusvården bland annat kräva att landstingen — vilka redan är huvudmän för den slutna kroppssjukvården och en rad olika grenar inom den förebyggande vården — åläggs att sörja även för öppen sjukvård inom sina respektive sjukvårdsområden, i den mån icke annan drar försorg därom. I samband härmed skulle landstingen från staten och primärkommunerna övertaga huvudmannaskapet för de tjänsteläkare, som nu har att svara för sådan vård.

Den omgivningshygieniska tillsynen förutsättes härvid liksom hittills i huvudsak vara en statens och primärkommunernas uppgift med länsstyrelserna och hälsovårdsnämnderna samt till dessa organ knutna experter som viktigaste regionala och lokala företrädare. Det intresse landstingen visat också för de omgivningshygieniska frågorna, t. ex. genom bidrag till avlönande av hälsovårdskonsulenter, innebär icke att de skulle vara beredda att övertaga ansvaret för den omgivningshygieniska tillsynen och sålunda få sitt kompetensområde vidgat till att omfatta också denna del av hälsovården. Något sådant framstår ej heller såsom rationellt eller i övrigt önskvärt, då utan tvekan de för landstingen redan aktuella nya uppgifterna inom den individuella hälso- och sjukvården kan väntas under avsevärd tid framåt taga alla för dem tillgängliga resurser i anspråk. Landstingens övertagande av huvudmannaskapet för tjänsteläkarna i öppen vård får dock icke betyda att dessa läkare generellt befrias från sina hittillsvarande omgivningshygieniska arbetsuppgifter. En annan sak är att efter ett dylikt övertagande några ökade insatser i sådant hänseende icke kan väntas på annat sätt än genom en ökning av tjänsteläkarkåren.

Man torde därför vara nödsakad att inrikta ansträngningarna på att på annat sätt fylla det behov av medicinsk sakkunskap för omgivningshygienisk tillsyn, som icke är eller kan bli tillfredsställande tillgodosett inom ramen för vanlig tjänsteläkarverksamhet. I de största landstingsstäderna har man redan följt exemplet från städerna utanför landsting och anställt särskilda stadshygieniker med omgivningshygien som huvuduppgift. Enligt vår mening är det nödvändigt att sådana läkartjänster bibe-

hålls eller nyinrättas åtminstone i de städer, som har ett invånarantal överstigande 40 000. Dessa tjänster synes — i analogi med vad som gäller i städerna utanför landsting — i allmänhet ej böra vara förenade med rätt att driva privatpraktik. Däremot torde det i allmänhet vara möjligt för ifrågasvarande läkare att med det omgivningshygieniska arbetet förena vissa uppgifter i förebyggande vård eller annan socialhygienisk verksamhet, för vilken staden svarar.

Huruvida skyldigheten att själva anställa läkare skall begränsas till städer av här angiven storlek kan självfallet diskuteras. Även i städer med ett något mindre invånarantal liksom i vissa andra kommuner skulle i många fall föreligga behov av särskilda tjänsteläkare för primärkommunala uppgifter bland annat på det omgivningshygieniska området. Detta skulle motivera bestämmelser, enligt vilka Kungl. Maj:t, på förslag av medicinalstyrelsen och/eller länsstyrelse, skulle äga att i förekommande fall förordna om anställande genom kommunens försorg av tjänsteläkare eller annan läkare för fullgörande av ifrågasvarande uppgifter. För ställningstagande till denna fråga är det av betydelse att veta i vilken utsträckning läkare med särskild utbildning för omgivningshygieniska uppgifter kan väntas stå till förfogande inom överskådlig framtid. Som framhållits i kap. 3 har resurserna för vidareutbildning på detta område i vårt land hittills varit ganska små. Även efter tillkomsten av den planerade hälsovårdshögskolan i Göteborg torde under åtskilliga år framåt tillgången på läkare med den mera omfattande hygieniska utbildning, som är avsedd att meddelas vid denna, komma att vara mycket begränsad i förhållande till behovet. Under sådana omständigheter är det nödvändigt att iaktta stor återhållsamhet vid skapandet av nya tjänster för sådana läkare under de närmaste åren så att det tillskott, som kommer till stånd, i första hand kan utnyttjas för bemanning av de verkliga nyckelposterna i det hygieniska arbetet på länsplanet och i de största städerna. Med hänsyn härtill har vi — efter samråd med representanter för svenska stadsförbundet — på det primärkommunala planet ansett kravet på speciella hygienikertjänster böra inskränkas på det sätt som skett. Vi räknar emellertid med att framdeles, allteftersom läkartillgången förbättras, behovet av sådana befattningshavare skall kunna tillgodoses bättre även i kommuner med ett invånarantal, som understiger 40 000. Huruvida detta bör medföra en ändring av de bestämmelser vi här förordat angående skyldighet för vissa primärkommuner att inrätta särskilda hygienikertjänster är en fråga, som först i sådant läge bör upptagas till övervägande. Vi anser oss dock redan nu böra rekommendera, att städer och kommuner i storleksgruppen 20 000—40 000 invånare anställer läkare, som kan ägna en avsevärd — och i jämförelse med nuvarande förhållanden oftast väsentligt ökad — del av sin tid åt omgivningshygien samt annan allmän hälsovård och socialmedicinsk verksamhet. I övrigt förutsätter vi — som även framgår av kap. 2 och närmare

utvecklas i kap. 7 och 8 — att landstingen såsom ansvariga för den öppna vården skall vara huvudmän för tjänsteläkarorganisationen även i städerna, i den mån dessa icke föredrar att genom egna läkare helt eller delvis tillgodose behovet av sådan vård.

Men det är, som förut antytts, icke blott medicinsk expertis, som krävs för de omgivningshygieniska uppgifterna på det primärkommunala planet. En väsentlig förstärkning behövs även i fråga om byggnads- och sanitärteknisk samt annan hälsovårdspersonal. Inom städer och andra större tätorter har i växande utsträckning behovet av byggnadsteknisk expertis tillgodosetts genom anställande av särskilda byggnadschefer, i regel med viss teknisk utbildning. Där så är fallet kan och bör denna sakkunskap självfallet utnyttjas i sanitärtekniska frågor rörande exempelvis vatten och avlopp.

Beträffande hälsovårdsarbetet i övrigt har i kap. 3 berörts bestämmelserna i gällande hälsovårdsstadga, enligt vilka i stad skall finnas en eller flera tillsyningsmän för allmänna hälsovården medan beträffande landsbygden endast stadgats, att hälsovårdsnämnderna äger anställa sådana tjänstemän. Trots att bestämmelsen för städernas del är tvingande saknar en del mindre städer fortfarande tillsynsmän. Enligt en 1955 gjord undersökning hade vid tidpunkten för denna 117 av de 127 städer, som ingick i landsting, anställt hälsovårdsinspektörer. Hela antalet hälsovårdsinspektörer i dessa städer uppgick till 223, varav 209 heltids- och 14 deltidsanställda. För de övriga ca 900 kommunerna fanns endast 27 heltids- och 31 deltidsanställda hälsovårdsinspektörer. En del av inspektörerna delade sin tid mellan två eller flera kommuner. Sammanlagt var det — fränsett städer — endast 70 kommuner, som hade någon tillgång till sådan funktionär för sitt hälsovårdsarbete. De som hälsovårdsinspektörer anställda befattningshavarnas kvalifikationer är mycket växlande.

Hälsovårdsnämnderna i städerna utanför landsting förfogar över en väsentligt mera utbyggd organisation för den allmänna hälsovården. Sålunda har för oss uppgivits att antalet funktionärer (inklusive läkare och tekniker) inom dessa nämnder (bortsett från städpersonal) 1956 uppgick till i Stockholm 141, i Göteborg 56, i Malmö 35, i Norrköping 21, i Hälsingborg 14 och i Gävle 15.

Vid en jämförelse mellan storstädernas och övriga kommuners personalresurser för omgivningshygieniska uppgifter måste dock hållas i minne de förras större befolkningsunderlag samt den omständigheten att deras hälsovårdsorgan i stor utsträckning har att svara för åligganden, som eljest delas mellan lokala och statliga myndigheter. På förste stadsläkaren i dessa städer ankommer sålunda att fullgöra förste provinsialläkares åligganden.

Som framgår av vad här anförts och som även framhållits av 1948 års hälsovårdsstadgekommitté är hälsovårdsnämndernas resurser i personalhänseende mycket olika på skilda håll. I de större städernas nämnder finns

sålunda ett flertal heltidsanställda befattningshavare med medicinsk, allmänhygienisk, teknisk eller annan utbildning, under det att det stora flertalet hälsovårdsnämnder på landsbygden sällan har egna tjänstemän för motsvarande uppgifter.

I kap. 4 har återgivits de i förslaget till ny hälsovårdsstadga intagna bestämmelserna, enligt vilka endast hälsovårdsnämnderna i kommuner med över 10 000 invånare skulle ha en absolut skyldighet att anställa hälsovårdsinspektörer medan dylika befattningshavare i övrigt skulle anställas »om behov därav föreligger». Vi delar den av medicinalstyrelsen i dess yttrande uttalade meningen, att detta förslag, även om det innebär en viss förbättring, icke går långt nog för att uppnå den aktivisering av hälsovårdsnämnderna och den förbättrade tillsyn över hälsovårdsstadgans efterlevnad, som utgör viktiga motiv för en revidering av stadgan. Vi understryker yrkandet på att en allmän hälsovårdsinspektion, innefattande bland annat fortlöpande bostadsinspektion, kommer till stånd i hela riket och anser det därför nödvändigt att i hälsovårdsstadgan införes tvingande bestämmelser om anställande av hälsovårdsinspektörer i alla kommuner, varvid dock en deltidsanställd kraft bör vara till fyllest inom mindre kommuner.

Tillgång till sådana hjälpkrafter utgör en förutsättning för en godtagbar hälsovårdstillsyn på det lokala planet och ett effektivt utnyttjande av den tid tjänsteläkarna kan ägna denna uppgift. Rådande svårigheter att erhålla ett tillräckligt antal hälsovårdsinspektörer torde sammanhånga såväl med de begränsade utbildningsresurserna som med löneställning och beföringsförhållanden. Dessa frågor har under våren 1957 aktualiserats av föreningen för allmän hälsovård bland annat genom en till inrikesministern gjord framställning.

Även om åtgärder, ägnade att förbättra läget — i första hand utfärdande av ny hälsovårdsstadga, innefattande bland annat det ökade krav på kommunerna att anställa erforderlig hälsovårdspersonal, som i det föregående ställts — skulle komma till stånd under den närmaste framtiden, är behovet av personal för hälsovårdsuppgifter inom den allmänna hälsovården i såväl städer som andra kommuner så omfattande att man inte kan räkna med att det skall kunna på lång tid tillgodoses i tillnärmelsevis önskvärd utsträckning.

Den regionala tillsynen

I detta läge har vi i enlighet med våra i det föregående i denna del återgivna direktiv ansett oss böra pröva möjligheterna att åtminstone delvis lösa svårigheterna genom en förstärkning av förste provinsialläkarinstitutionen och en närmare samordning av denna institution med annan expertis på regionplanet med uppgifter inom den allmänna hälsovården. I förhållande till problemens omfattning ter sig de förslag, vi härvidlag kommer

att framlägga, dock blygsamma. Detta sammanhänger dels med svårigheten att på längre sikt bedöma vilka krav utvecklingen kommer att ställa, dels med det förhållandet att tillgången på expertis inom ifrågavarande område är otillräcklig även för en snabb expansion på länsplanet. Vi räknar emellertid med att frågan om ytterligare förstärkning upptages till övervägande före utgången av den utbyggnadsperiod, som av oss angivits såsom under rådande förhållanden rimlig. Som bakgrund till våra synpunkter och förslag lämnas i det följande en redogörelse för förste provinsialläkarinstitutionens uppkomst och utveckling och den diskussion, som på senare år förts rörande dess framtida gestaltning.

Återblick på förste provinsialläkarinstitutionen

Förslag om inrättande av förste provinsialläkartjänster framlades första gången 1844 av dåvarande Sundhetskollegium. En provinsialläkare i varje län skulle enligt detta förslag — jämte vården av eget distrikt — ha det allmänna inseedet över länets hälso- och sjukvårdsangelägenheter. Förslaget realiserades i samband med antagandet av 1890 års läkarinstruktion. Det förutsattes, att förste provinsialläkaren vid behov skulle äga anlita en av medicinalstyrelsen förordnad biträdande provinsialläkare för sjukvård, tjänsteresor och andra förrättningar inom sitt distrikt.

Redan i förarbetena till nyssnämnda läkarinstruktion anfördes, att »det vore principiellt riktigast, att en målsman för den allmänna hälsovården vore helt och hållet skild från all obligatorisk befattning med enskild sjukvård». Först 1911 ansågs emellertid tiden mogen att i alla län utom åtta förvandla förste provinsialläkartjänsterna till självständiga befattningar utan förening med provinsialläkartjänst och 1920 genomfördes samma reform i ytterligare sju län. Den tidigare organisationsformen kvarstod tills helt nyligen i Gotlands län, som dock fr. o. m. 1958 även har en självständig förste provinsialläkartjänst.

1920 beslöts vidare, att i varje län skulle inrättas en biträdande förste provinsialläkarbefattning, vars innehavare skulle ha att vid förste provinsialläkarens bortovaro från stationsorten fullgöra denne åliggande göromål mot arvode, beräknat med hänsyn till vederbörande läns storlek, invånarantal och svårskötthet. Den avlastning, som härigenom beredes förste provinsialläkarna, blir i praktiken obetydlig, då ersättningen till de biträdande förste provinsialläkarna stannar vid mycket låga belopp (budgetåret 1957/58 för hela kåren 13 900 kronor, varierande mellan 360 och 720 kronor per läkare).

Förste provinsialläkares tjänsteåligganden har — i den mån ej annat föreskrivits — överförts till förste stadsläkarna i följande städer utanför landsting: Göteborg (1891), Malmö (1901), Norrköping (1918), Stockholm (1930) och Hälsingborg (1942). I Gävle har motsvarande bestämmelser ej utfärdats.

Den organisation, som i det föregående angivits, består fortfarande i väsentligen oförändrat skick. Förste provinsialläkarnas expensanslag för anskaffande av erforderlig expeditionslokal, biträdeshjälp etc. höjdes dock från och med budgetåret 1956/57 med 50 procent och blev från och med budgetåret 1957/58 föremål för ytterligare förhöjning, varigenom anslaget för hela kåren uppgick till 96 200 kronor, innebärande en expensersättning av i medeltal drygt 4 000 kronor per läkare. (I verkligheten utgår dock ersättningen med belopp, varierande inom relativt vida gränser.)

Diskussionen om förste provinsialläkarinstitutionen under senare år

Medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning diskuterade i sitt betänkande om den öppna läkarvården i riket (SOU 1948: 14, kap. 12) två alternativa förslag till en utbyggnad av förste provinsialläkarorganisationen. I båda fallen tänkte man sig staten som huvudman för tjänsteläkarna i den öppna vården såväl i städer som på landsbygd.

Enligt det ena alternativet, som närmast anslöt till den bestående administrativa organisationen för hälso- och sjukvården och avsåg en mera provisorisk lösning, skulle vid varje länsstyrelse inrättas en särskild hälsovårdsavdelning, vari utom förste provinsialläkaren borde ingå 1—4 biträdande provinsialläkare, en administrativ cheftjänsteman, en byggnadsinspektör samt erforderlig biträdespersonal. Förste provinsialläkaren borde själv föredraga större ärenden och ärenden av principiell betydelse för landshövdingen men i övrigt besluta på föredragning av »vederbörande byråchef för hälsovården».

I sitt alternativa förslag anslöt utredningen till sitt långtidsprogram, vari förordades inrättandet av sex statskommunala hälsovårdsstyrelser för vardera en hälso- och sjukvårdsregion i riket. Till hälsovårdsstyrelserna borde överföras alla sådana medicinalstyrelseuppgifter, som lämpligen kunde decentraliseras. I dessa organ skulle såväl de lokala huvudmännen som den medicinska sakkunskapen vara representerade. Vid en sådan organisation ansågs förste provinsialläkarna böra bibehållas vid i stort sett de arbetsuppgifter, som dittills ålegat dem. Det vore emellertid önskvärt att i stad, där statskommunal hälsovårdsstyrelse funnes, expeditionslokal och skrivhjälp tillhandahölles förste provinsialläkaren av denna styrelse. Vidare borde biträdande förste provinsialläkarinstitutionen utvidgas så att den biträdande förste provinsialläkaren bleve heltidsanställd. Även i detta fall förutsattes komplettering av organisationen med ett antal biträdande provinsialläkare.

Även *decentraliseringsutredningen* berörde förste provinsialläkarinstitutionen i två särskilda den 10 maj 1949 avgivna promemorior, nr 25 och 26 (i stencil), angående decentraliseringsfrågor inom medicinalstyrelsens och veterinärstyrelsens verksamhetsområden.

Enligt utredningens mening utgjorde länsstyrelserna och förste provinsialläkarna de statliga lokala organ, till vilka decentralisering av medicinalärenden i allmänhet torde kunna tänkas ske i större omfattning. Dessa organ vore emellertid icke i allt rustade för att övertaga ett större antal ärenden från medicinalstyrelsen. En förutsättning för att decentralisering till de statliga länsorganen på hälso- och sjukvårdsområdet skulle kunna ske i större omfattning vore därför, att den i denna instans tillgängliga kompetensen i administrativt och medicinskt avseende närmare samordnades i någon form. Därvid åsyftades i första hand ökad samverkan mellan länsstyrelserna och förste provinsialläkarna. För att ytterligare förstärka länsorganen i medicinskt avseende skulle man kunna tänka sig utnyttjande i någon form, t. ex. såsom konsulterande läkarnämnder, av den medicinska expertis, som i övrigt kunde vara tillgänglig i länen.

1948 års länsstyrelseutredning gick i sitt betänkande rörande länsstyrelsernas organisation och ställning inom länsförvaltningen (SOU 1950: 28) närmare in på hälso- och sjukvårdens organisationsspörsmål.

Utredningen konstaterade (s. 371), att länsstyrelsen i fråga om den medicinska respektive veterinärmedicinska faktorn i förekommande ärenden hade att lita till förste provinsialläkarens och länsveterinärens expertis. De egentliga länsstyrelseuppgifterna på området (i detalj redovisade i betänkandet s. 358—363) var av ganska måttlig omfattning i förhållande till hela länsstyrelseverksamheten. Förste provinsialläkarens medverkan i länsstyrelsen påkallades emellertid även vid många ärenden, där hälsovårdssynpunkterna icke vore primära och som därför på grund av sin huvudsakliga art handlades på skilda håll i länsstyrelsen.

Utredningen ansåg (s. 371) tyngdpunkten i såväl förste provinsialläkarens som länsveterinärens verksamhet ligga på inspektions- och tillsynsuppgifterna samt den fackmässiga rådgivningen åt länsstyrelsen och andra myndigheter. Samtidigt erinrades dock om att dessa experter tillika vore vederbörande centrala verks regionala ombud och som sådana hade att utöva kontroll och tillsyn jämväl på områden, vilka icke låge inom länsstyrelsens verksamhetsfär. Slutligen framhölls den konsultverksamhet på sjukvårdsområdet, som vissa förste provinsialläkare utövade visavi landstingen.

Vid utredningens överväganden rörande den organisatoriska frågan om de båda experternas ställning till länsstyrelsen vore (s. 373 o. f.) huvudsyftet att söka förbättra samordningen i fråga om inspektions- och tillsynsverksamhet och att över huvud införa rationellare former för experternas medverkan i länsstyrelsearbetet. Under alla omständigheter syntes ett fastare organiserat samarbete böra åstadkommas. Samordningsproblemen avsåg bland annat fördelningen av kontrolluppgifterna mellan förste provinsialläkaren och länsveterinären med avseende på livsmedelshandel och födoämneskontroll samt fördelningen av inspektionsuppgifterna beträffande olika socialvårdsanstalter mellan förste provinsialläkaren och bland annat statens fattigvårds- och barnavårdskonsulent samt barnvårdsassistenten; även tillsynsverksamheten med avseende på vatten och vattendrag samt den hostadshygieniska tillsynen, som kunde beröra byggnadsmyndigheternas verksamhet, vållade samordningsproblem.

En möjlighet vore, att låta förste provinsialläkaren och länsveterinären ingå i länsstyrelsen som dennas tjänstemän. Båda hade emellertid uppgifter, som knappast lämpligen borde flyttas in i länsstyrelsen. Utredningen stannade därför vid att föreslå, att man instruktionsmässigt skulle fastslå ett närmare samband mellan länsstyrelsen och dessa experter. Detta borde — i viss mån i analogi med vad som gällde beträffande länsarkitekt — ske genom föreskrift att förste provinsialläkare och länsveterinär vid utförande av dem åliggande uppgifter inom området för länsstyrelsens ämbetsbefattning skulle vara skyldiga att följa länsstyrelsens anvisningar samt att länsstyrelsen inom dessa gränser skulle äga påkalla deras medverkan i länsstyrelsearbetet. Föreskriften borde även innefatta skyldighet för de båda befattningshavarna att åtaga sig föredragningsuppgifter i länsstyrelsen samt att, då länsstyrelsen så bestämde, vara närvarande vid föredragningar av annan befattningshavare. I dylika fall skulle de äga reservationsrätt.

Utredningen fann vidare självfallet, att förste provinsialläkaren och länsveterinären borde beredas expeditionslokaler och biträdes hjälp hos länsstyrelsen. Biträdeshjälpen borde avse samtliga tjänsteuppgifter, icke endast dem, som tillhörde länsstyrelsens ämbetsområde.

Det underströks starkt, att de föreslagna åtgärderna icke finge försvåra experternas möjligheter att utöva verksamhet vid sidan av de rena länsstyrelseuppgifterna. Det framstod för utredningen såsom synnerligen värdefullt att genom förste provinsialläkarnas verksamhet som experter och konsulter åt landstingen ska-

pats en kontakt mellan den statliga hälsovårdsadministrationen och landstingens hälsovårds- och sjukvårdsförvaltning. Experternas fältarbete och deras karaktär av »flygande experter» borde ej heller förändras. De skulle icke vara underkastade sedvanliga subordinationsregler inom länsstyrelsen eller eljest ställas under förmanskap av en sektionschef även om de såsom föredragande i och för sin föredragning vore skyldiga att efterkomma avdelningschefens anvisningar.

I fråga om förste stadsläkarna i samtliga städer utanför landsting med undantag av Gävle förordades av praktiska skäl att de skulle vara skyldiga att vid behov inställa sig i länsstyrelsen vid avgörande av dem berörande ärenden med rätt att därvid anmäla reservation. Ett intimare formlöst samarbete mellan dem och vederbörande förste provinsialläkare rekommenderades även.

Utredningen förutsatte (s. 374), att frågan om medicinalväsendets mellaninstansproblem inom en ganska snar framtid måste upptagas till prövning i hela sin vidd. Denna inställning låg till grund för dess förordande av ovan angivna mera provisoriska lösning på den bestående ordningens grund.

När det gällde riktlinjerna för den framtida utvecklingen av organisationen uttalade utredningen sina betänkligheter mot tillskapandet av särskilda statskommunala hälsovårdsstyrelser enligt öppnavårdsutredningens förslag. I den mån länsstyrelsens uppgifter inom hälso- och sjukvården komme att öka i sådan omfattning, att de kunde utgöra grundvalen för en självständig sektion, borde en sådan inordnas i landskansliet, varvid som chef för densamma borde kunna placeras en läkare. Hälso- och sjukvårdssektionens läkarexpertis borde då också kunna ställas till socialsektionens förfogande. Möjlighet borde även finnas att om så vore lämpligt inkalla representanter för olika specialiteter, i den mån särskild medicinsk sakkunskap vore erforderlig vid vissa ärendens behandling.

I samband med den omorganisation av länsstyrelserna, vartill länsstyrelseutredningens förslag efter viss överarbetning ledde, ålades länsarkitekt, förste provinsialläkare, länsveterinär, distriktsingenjör för vattenförsörjning och avlopp jämte ytterligare ett antal länsstyrelseexperter skyldighet att åtaga sig föredragningsuppgifter eller att eljest närvara vid handläggning i länsstyrelsen av ärenden, vari deras sakkunskap befanns erforderlig. Tillika erhöll de rätt och skyldighet att vid avvikande mening anteckna reservation. I praktiken torde förste provinsialläkarna hittills i ganska ringa omfattning ha tagits i anspråk för föredragningar i länsstyrelsen. Förhållandena härvidlag växlar dock från län till län.

I yttrande över länsstyrelseutredningens betänkande hade *medicinalstyrelsen* anfört vissa betänkligheter mot en alltför omfattande föredragningskyldighet i länsstyrelsen för förste provinsialläkaren men i övrigt ansett, att förste provinsialläkarinstitutionen skulle ha mycket att vinna genom en fastare anknytning till länsstyrelsen. Styrelsen instämde livligt i utredningens uttalande, att frågan om medicinalväsendets mellaninstansproblem i en ganska snar framtid måste upptagas till prövning i hela sin vidd.

I skrivelse den 12 december 1951 till chefen för inrikesdepartementet utvecklade *medicinalstyrelsen* vidare sina synpunkter på behovet av en omorganisation av förste provinsialläkarinstitutionen.

I skrivelsen framhölls, att utvecklingen fram till full självständighet för förste provinsialläkartjänsterna haft sin grund i att nya uppgifter tilldelats dessa läkare och att de blivit allt nödvändigare funktionärer inom den medicinska och sociala administrationen, allteftersom sjukvård och socialvård utbyggts. I själva verket hade uppgifterna på många av samhällslivets områden ökat i sådan grad att ramen för organisationen nu hotade att sprängas.

I fortsättningen av skrivelsen redogjordes ingående för förste provinsialläkarens arbetsuppgifter i förhållande till medicinalstyrelsen, länsstyrelsen, landstinget, kommunerna, arbetarskyddsstyrelsen, skolöverläkaren och folkskoleinspektörerna samt sjukvårdsområdena. Behovet av ökade insatser inom flera av dessa arbetsområden underströks.

Styrelsen framhöll, att de olika sidorna av förste provinsialläkarnas arbete på länsplanet — ehuru de ansvariga myndigheterna var olika — stod i sådant inre samband med varandra, att det var angeläget, att de icke handlades utan en samordnande kraft, som hade en god överblick över länets hälso- och sjukvård. Emellertid vore det i hög grad angeläget att förste provinsialläkaren i dessa uppgifter bereddes verksam hjälp av underordnad personal.

I dylikt hänseende erinrades först om behovet av biträdande förste provinsialläkartjänster, avseende tjänstgöring hela året, varvid närmare angavs en rad åligganden, som förslagsvis kunde anförtros sådana befattningshavare. Vidare erinrades om behovet av en väl utbildad hälsovårdskonsulent¹, vilket styrkts genom de erfarenheter som gjorts i län, där förste provinsialläkaren haft tillgång till dylikt av landsting eller hälsovårdsförbund anställd tjänsteman. Dennes uppgifter skulle främst ligga på det tekniskhygieniska området. En betydelsefull del av hans verksamhet skulle bestå i föreläsningar och demonstrationer för hälsovårdsinspektörer och medlemmar av hälsovårdsnämnderna.

Utom biträdande förste provinsialläkare och hälsovårdskonsulent borde förste provinsialläkaren även ha tillgång till biträde av tjänsteman med juridisk utbildning samt skrivhjälp.

I lokalhänseende erinrades om behovet av ett arbetsrum av tillräcklig storlek för att medge konferenser med olika experter, rum för biträdande förste provinsialläkaren samt övriga befattningshavare, tillhörande förste provinsialläkarens personal, ävensom arkivrum samt väntrum för allmänheten. Angeläget vore att anordningar träffades så att förste provinsialläkarens arkivalier — såsom diarie- och konceptböcker, utredningar avseende olika förhållanden inom länet, protokoll, kartor, planer, ritningar m. m. — kunde vårdas bättre än hittills. Under åberopande av vad sålunda anförts samt behovet av en revidering av behörighetskraven för förste provinsialläkarbefattning hemställde medicinalstyrelsen, att inrikesministern måtte föranstalta om att frågan om förste provinsialläkarinstitutionens uppgifter, ställning och organisation jämte därmed sammanhängande spörsmål skyndsamt gjordes till föremål för närmare utredning.

Den sålunda refererade skrivelsen har av departementschefen överlämnats till oss för att tagas i beaktande vid fullgörande av vårt utredningsuppdrag.

¹ Det må anmärkas att medicinalstyrelsen i den här återgivna skrivelsen ansåg hälsovårdskonsulenterna böra anställas av landsting, eventuellt med statsbidrag; deras arbete skulle dock ledas av förste provinsialläkaren, vilken de sålunda borde vara underställda. I sitt senare yttrande över förslaget till ny hälsovårdssstadga har emellertid medicinalstyrelsen — i likhet med svenska landstingsförbundet och förste provinsialläkarnas förening — förordat att hälsovårdskonsulenter anställas som statliga tjänstemän på länsplanet.

Det behov av en förstärkning av förste provinsialläkarorganisationen i dess egenskap av medicinalväsendets mellaninstans, som samtliga de i det föregående återgivna uttalandena gett uttryck åt, har även understrukits av *Sveriges läkarförbund* i en till oss, efter samråd med svenska provinsial- och förste provinsialläkarföreningarna ingiven, den 24 augusti 1954 daterad PM.

I en särskild PM i början av 1955 har *förste provinsialläkarnas förening* erinrat om de vidgade arbetsuppgifter, som under de senaste decennierna författningsmässigt ålagts eller genom överenskommelser tilldelats förste provinsialläkaren i hans egenskap av medicinalstyrelsens organ. Vidare erinrades om de möjligheter till ökad decentralisering till länsinstansen av frågor av hygienisk och socialmedicinsk natur, vilka tillkommit genom inrättande av distriktsingenjörstjänsterna, länsveterinärernas ökade inriktning på det livsmedelshygieniska arbetet samt den utbyggda och förbättrade länsstyrelseorganisationen. Behovet av ett mera intimt och effektivt samarbete mellan länens olika experter inom allmänhygien och socialmedicin, bland annat i mer eller mindre utpräglad länsrådsform, underströks även.

Förste provinsialläkarnas arbetsuppgifter, vilka fördelar sig på a) hygieniska uppgifter, b) socialmedicinska uppgifter, c) hälsovårdsupplysning samt d) administrativa och kontrollerande uppgifter, fann föreningen motivera en förstärkning av förste provinsialläkarinstitutionen genom skapandet av biträdande förste provinsialläkartjänster med sådan utformning, att effektiv hjälp bereddades förste provinsialläkarna. Även behovet av hälsovårdskonsulenter underströks. Dessa borde ingå i förste provinsialläkarinstitutionen men borde även kunna biträda länsveterinären vid utredning av frågor av livsmedelshygienisk natur. Vidare ifrågasattes i en andra etapp en ytterligare utökning av läkarkrafterna, varvid speciellt socialmedicinsk meritering vore av värde.

I utbildningshänseende framhölls, att förste provinsialläkaren utöver läkarutbildning samt tjänstgöring som tjänsteläkare vore i behov av ingående kunskaper i hygien, epidemiologi, biostatistik och socialmedicin. Dessa krav syntes kunna tillgodoses genom den internordiska kursverksamhet, som försöksvis anordnats i Göteborg.

Tjänstelokaler och kanslipersonal borde enligt föreningens mening ställas till förfogande genom länsstyrelserna, varvid besparing och effektivisering kunde ske genom gemensamt kansli för förste provinsialläkaren och länsveterinären.

Ehuru förste provinsialläkaren borde bevara sin fristående ställning som medicinalstyrelsens regionala organ syntes det från flera synpunkter angeläget, att samarbetet på länsplanet mellan honom, länsveterinären, distriktsingenjören, länsarkitekten, socialvårdskonsulenten m. fl. finge fastare for-

mer, vilket bäst kunde ske, om samtligas expeditiionslokaler förlades till länsstyrelsen.

Slutligen förordade föreningen, att tjänstebenämningen förste provinsialläkare utbyttes mot länsläkare, vilket skulle medföra terminologisk överensstämmelse med de övriga nordiska länderna.

En annan syn på förevarande organisationsproblem har ledamoten av vår kommitté, docenten G. Biörck utvecklat i sin 1955 utgivna skrift: Sjukvårdens framtidsproblem (Socialmedicinsk tidskrifts skriftserie, nr 23). Under rubriken »Länet som sjukvårdsenhet» hävdades där, att därest länet bleve den regionala basen för all sjukvård, dess sjukvårdsledning borde placeras i centrallasarettets byggnadskropp. I enlighet härmed borde lämpligen en länsöverläkare och en läns sjukvårdsdirektör svara för såväl länets som centrallasarettets medicinska respektive kamerala ledning samt vara föredragande cheftjänstemän inför länets hälso- och sjukvårdsstyrelse. Detta innebure att de nuvarande förste provinsialläkarna skulle bli »hängande i luften, ifall man vill behålla dem som till länsstyrelserna knutna tjänstemän». Många problem skulle enligt Biörck lösas

»genom att resolut flytta dem från länsstyrelserna till centrallasaretten och där låta dem — i intim kontakt med den slutna och halvöppna vården — bli förbindel-selänkar till periferiens tjänsteläkare (och andra praktiserande läkare), med särskild uppgift att intressera sig för den hälsovårdande verksamheten. Deras hittillsvarande allmänhygieniska inspektionsverksamhet borde kunna övertagas av tekniska specialister, ingenjörer och specialhygieniker, inom länsstyrelse och centrala verk (medicinalstyrelsen, statens institut för folkhälsan, statsbakteriologen, yrkesinspektionen) i samarbete med de lokalt verksamma läkarna.»

I skrivelse till oss den 21 januari 1956 har förste provinsialläkaren A. Myrgård i anledning av vad Biörck anfört diskuterat tre olika alternativ för organisationen av läkarverksamheten på länsplanet, nämligen

1) en uppdelning av verksamheten på en statlig länsläkartjänst med omgivnings- och industrihygien samt epidemibekämpande som huvudsaklig verksamhet och en landstingsläkartjänst med sjukvård och sjukdomsförebyggande verksamhet som arbetsuppgifter;

2) en fördelning av uppgifterna på sådant sätt, att omgivningshygien blev överförd till företrädarna för teknisk, biologisk och veterinärmedicinsk sakkunskap medan epidemibekämpandet överlättes på epidemiläkaren vid den centrala sjukvårdsanstalten i länet, där även länsläkaren (landstingsanställd?) skulle stationeras med uppgift att ha översyn över sjukvård och sjukdomsförebyggande verksamhet;

3) ett bibehållande av nuvarande organisation med den förstärkning, som är erforderlig för att möta de ökade kraven såväl inom den omgivningshygieniska som den socialmedicinska verksamheten.

Enligt Myrgård kunde alternativ 2 utan vidare avfärdas, då omgivningshygiens uppgift att skydda människan från utifrån härrörande inflytelser, som kan inverka

skadligt på henne, samt att i övrigt för henne skapa bästa möjliga miljöförhållanden alltid ytterst kräver en medicinsk bedömning. Humanmedicinsk utbildning vore oundgänglig för fullgörandet av förste provinsialläkarens uppgift att ge akt på det allmänna hälsotillståndet i länet och olika miljöförhållanden, som kan påverka detsamma, hans uppgift att övervaka hälsovårdsnämnderna i deras allt mer omfattande och viktiga verksamhet, att vara länsstyrelsens expert i hälsovårdsfrågor samt slutligen att vara medicinalstyrelsens representant på det regionala planet.

Beträffande valet mellan alternativ 1 och 3 erinrade Myrgård om den pågående decentraliseringen från statliga topporgan till det regionala planet, vilken på hälso- och sjukvårdens område innebure, att förste provinsialläkaren såsom medicinalstyrelsens representant i länet borde ha översyn över all sådan verksamhet, som är underställd medicinalstyrelsens tillsyn. Då hälso- och sjukvård ej bör särskiljas vore det angeläget, att förste provinsialläkarens verksamhet vore integrerad såväl i länsstyrelsens verksamhet, där han bland annat hade att övervaka hälsovårdsnämndernas arbete, som i den av landstinget drivna sjuk- och sjukdomsbyggande vården; i själva verket utgjorde han den enda förbindelseleden mellan länsstyrelsens och landstingets verksamhet på hälso- och sjukvårdens område.

Myrgård, som sålunda ansåg övervägande skäl tala för alternativ 3, utvecklade därefter närmare, huru samarbetet mellan hälsovårdsexperterna på det regionala planet i form av en särskild hälsovårdsdelegation kunde gestaltas. Berörda samarbetsorgan skulle närmast omfatta förste provinsialläkaren såsom representant för medicinalstyrelsen, länsveterinären såsom representant för veterinärstyrelsen, distriktsingenjören för vatten och avlopp såsom representant för väg- och vattenbyggnadsstyrelsen, socialvårdskonsulenten såsom representant för socialstyrelsen samt ledamot av yrkesinspektionen såsom representant för arbetarskyddsstyrelsen ävensom slutligen länsstyrelsens avdelningschef för socialvårdssektionen respektive planeringssektionen alltefter ärendenas art.

I *skrivelser den 1 och den 10 februari 1956* har *Biörck* anslutit sig till uppfattningen att på länsstyrelseplanet erfordras en länsläkare såsom företrädare för framför allt omgivningshygien men också för uppgifter som medicinalstyrelsens administrativa kontrollorgan, vissa uppgifter vid organisationen av civilförsvaret etc.

På landstingsplanet borde emellertid enligt *Biörck* finnas en särskild läkar-kraft med uppgift att planlägga, leda och i viss mån kontrollera de medicinska uppgifterna inom landstingets hälso- och sjukvård. Till denne befattningshavare borde överföras en del av förste provinsialläkare nu åvilande uppgifter, berörande den personliga hälso- och sjukvården. Vidare borde till honom knytas efterutbildningen av läkare i öppen och slutna vård och den medicinska informationsverksamheten även i vad avser den egentliga hälsovårdssupplysningen. Under honom borde även kunna sortera allmänna hälsoundersökningar, socialkuratorsverksamhet m. m. En sådan landstingsöverläkare borde vara ordförande eller verkställande ledamot i ett »läkarråd» i länet, innefattande sjukhusläkare och representanter för den öppna sjukvården, samt därjämte vara föredragande i landstingets förvaltningsutskott för sjukvårdsplanering. Dessa tjänster borde kunna rekryteras med välutbildade lasaretsläkaraspiranter.

Huvudvinsten med det skisserade systemet skulle enligt Biörck vara, att man erhöle på länsstyrelsesidan skickliga hygieniker med utbildning framför allt i bakteriologi, hygien (vatten-, närings-, bostads-, yrkes-) ävensom viss utbildning i klinisk epidemiologi och fältepidemiologi och på landstingsidan skickliga kliniska »socialmedicinare» med en klinisk utbildning, där tonvikten lagts på invärtesmedicin, pediatrik och psykiatri.

Motiv till våra förslag rörande en länsläkarinstitution

Beträffande de förslag rörande förste provinsialläkarinstitutionens ersättande med en länsläkarinstitution, som i det följande skall framläggas, har Biörck anfört att enligt hans i det föregående refererade mening framdeles väsentliga delar av den verksamhet, som där anförtrots åt den statliga länsläkarorganisationen, i stället borde tillföras landstingens hälso- och sjukvårdande verksamhet. Då i sådant fall vissa delar av den skisserade organisationen — främst biträdande länsläkare och länsköterskor — torde kunna överföras till landstingen, ville han dock icke motsätta sig de framlagda förslagen som ett provisorium.

Till grund för förslagen har — utöver vissa i det föregående återgivna synpunkter — legat följande överväganden.

Samtidigt med den oerhörda expansion inom hälso- och sjukvården, som skett under senare decennier och som närmare redovisats i kap. 4 och 5, har de lokala sjukvårdshuvudmännen — landstingen och städerna utanför landsting — kommit att svara för en allt större del av insatserna i fråga om förebyggande och kurativ vård. Som även närmare utvecklats planeras överförandet av nya betydande uppgifter till landstingen, varigenom denna utveckling kan väntas bli ytterligare accentuerad. Även efter ett förverkligande av dessa planer kommer emellertid fortfarande betydelsefulla och omfattande uppgifter inom hälso- och sjukvård att åvila staten. Sålunda torde däri alltid komma att ingå medverkan i den allmänna planeringen av olika vårdgrenar, skapandet av vissa resurser för undervisning och forskning, tillhandahållandet av central medicinsk service genom speciella organ, tillsyn å den medicinska yrkesverksamheten, sprit- och narkotikakontroll, tillhandahållandet av vissa medicinska resurser för rättsväsendet etc. För de omfattande statliga uppgifterna på omgivningshygienens område har närmare redogjorts i kap. 4.

Åtskilliga av de uppgifter som här berörts kan fullgöras direkt genom centrala organ, ofta i samverkan med de lokala sjukvårdshuvudmännen eller länsstyrelserna, vilka senare genom en rad författningar ålagts särskilda uppgifter i fråga om tillsynen å hälso- och sjukvård.

Behovet av medicinsk expertis vid handläggning av de ärenden, varom här är fråga, gör sig starkt gällande såväl i den centrala förvaltningen som på läns- och landstingsplanet. Vi har i skilda sammanhang — bland annat i vårt yttrande den 28 december 1956 över förslaget till ny sjukhuslagstift-

ning — understrukit önskvärdheten av sådan sakkunskap vid ärendenas handläggning i landstingen. På senare tid har också läkare i allt större utsträckning knutits närmare till landstingens förvaltningsorgan. Det synes oss angeläget att denna utveckling fortsättes. Den väsentliga ökning av landstingsuppgifterna, som kan uppstå, därest såsom ifrågasatts såväl den öppna läkarvården som sinnessjukhusvården och andra grenar av mental-sjukvården överföres till landstingen som huvudmän, torde komma att väsentligt öka behovet av medicinsk sakkunskap i landstingsförvaltningen. Ehuru vi icke är främmande för tanken att utvecklingen kan komma att leda till anställandet av särskilda landstingsöverläkare för vissa medicinsk-administrativa uppgifter, har vi icke ansett oss böra genom förslag härom föregripa frågans lösning, då även andra alternativ kan ifrågakomma.

Oavsett tillgången på läkare för administrativa och därmed jämförliga uppgifter på landstingsidan är emellertid enligt vår mening behovet av läkarexpertis för de statliga uppgifterna på länsplanet av sådan art och omfattning att man snarast möjligt bör tillmötesgå de växande kraven på förste provinsialläkarinstitutionens ersättande med en länsläkarinstitution, på mera tidsenligt sätt dimensionerad och utrustad med hänsyn till de krav verksamheten ställer.

Härvid är det angeläget att rådande oklarhet om vilka åligganden, som i första hand skall åvila institutionen, undanröjes. Bestämmelserna i allmänna läkarinstruktionen om förste provinsialläkarnas arbetsuppgifter har hittills kvarstått praktiskt taget oförändrade sedan 1890 och är i flera hänseenden föråldrade. Nya uppgifter har tillkommit genom bestämmelser i annan ordning eller frivilliga åtaganden. Svårigheten att medhinna dem alla ligger i öppen dag. Med hänsyn härtill och då förste provinsialläkarna — bortsett från den hjälp de vid handläggning av vissa ärenden ofta erhåller av landstingens första distriktssköterskor — hittills praktiskt taget saknat assistans av underordnad personal, i den mån de icke själva förskaffat sig sådan delvis på egen bekostnad, är det naturligt, att deras arbetsinsatser kommit att utveckla sig på det sätt, som framgår av följande uttalande i länsstyrelseutredningens betänkande s. 373.

Emellertid torde allmänt kunna sägas att omfattningen och intensiteten i förste provinsialläkarnas insatser på dessa olika områden variera betydligt, såväl inom skilda län som mellan de särskilda ämnesområdena. Till stor del beror detta otvivelaktigt på att med den relativt fria ställning dessa tjänsteläkare intaga de ofta inrikta sin verksamhet på de områden, där deras erfarenheter är rikast och för vilka deras intressen äro starkast. Härav följer väl gärna att den avvägning av prioriteten mellan olika uppgifter, som de sålunda själva göra, kanske icke alltid blir den ur allmänna synpunkter riktigaste.

Länsläkarinstitutionens uppgifter och utformning

Vi förutsätter att innan den nya länsläkarinstitutionen träder i funktion föranstaltas om utarbetande av instruktion för densamma, avsedd att

ersätta bland annat allmänna läkarinstruktionens bestämmelser om förste provinsialläkares och biträdande förste provinsialläkares tjänsteåligganden. Som allmänna riktlinjer för instruktionen må här blott anges att den bör närmare reglera de olika befattningshavarnas skyldigheter och ställning i förhållande till medicinalstyrelsen och länsstyrelsen ävensom vissa andra organ och myndigheter. Vid angivandet av arbetsuppgifterna bör tonvikten läggas på uppgiften att på länsplanet medverka i all planering på hälso- och sjukvårdens område i syfte att nå en god samordning och integration mellan skilda, av olika huvudmän drivna verksamhetsgrenar. Institutionens rådgivande funktion bör understrykas och dess ansvar för utvecklingen på det omgivningshygieniska området särskilt framhållas. Dess skyldighet att öva tillsyn å fullgörandet av de primärkommunala uppgifterna bland annat i fråga om skolhälsovård och åldringssjukvård bör också klart komma till uttryck. Sådana föråldrade detaljbestämmelser som de, vilka stipulerar skyldighet för förste provinsialläkarna att verkställa besiktning av minderåriga arbetare, bör ej få förekomma, då de icke lämpligen låter sig förena med utpräglad administrativa läkartjänster av den art, varom här är fråga. På samma sätt bör åliggandet att företa årliga mera rutinemässiga apoteksvisitationer på lämpligt sätt begränsas med hänsyn till de särskilda apoteksinspektörernas verksamhet.

Våra nedanstående förslag har till huvudmotiv att till organiserad samverkan i anknytning till länsstyrelserna samla all den medicinska och teknisk-hygieniska expertis, som är erforderlig för fullgörandet av de statliga hälso- och sjukvårdsuppgifterna på regionalplanet. En sådan samordning framstår som desto mer angelägen på grund av att dessa uppgifter på rikspanet ofta är fördelade mellan ett flertal centrala myndigheter.

Länsläkarinstitutionen bör enligt vår mening bestå av följande befattningshavare:

Länsläkare (ny benämning på förste provinsialläkare, analog med den danska, finska och norska tjänstetiteln på befattningshavare med i stort sett motsvarande ställning och arbetsuppgifter).

Länsläkaren underställd personal:

Biträdande länsläkare (med samma kompetens som länsläkare och med uppgift att bereda verklig avlastning i dennes arbete, icke att som nuvarande biträdande förste provinsialläkare tjänstgöra som tillfällig ersättare vid förste provinsialläkares frånvaro).

Hälsovårdskonsulent (huvudsakligen för arbetsuppgifter avseende det omgivningshygieniska området).

Länssköterska (huvudsakligen för arbetsuppgifter avseende förebyggande vård och likartad socialmedicinsk verksamhet).

Ett nära samarbete bör i fastare former etableras med i första hand följande experter på regionalplanet:

Länsveterinär (huvudsakligen för livsmedelshygieniska frågor).

Distriktsingenjör (huvudsakligen för frågor rörande vatten och avlopp).

Yrkes- och socialinspektör (huvudsakligen för industrihygieniska och yrkesmedicinska frågor).

Socialvårdskonsulent (huvudsakligen för ärenden rörande den sociala barnvården, olika socialvårdsanstalter etc.).

Länsläkarinstitutionens befattningshavare och de ovannämnda experterna skulle sålunda bilda en »hälsovårdsdelegation» på länsplanet.

Vissa svårigheter vållas av att de här angivna experterna inte överallt har sin verksamhet begränsad till ett enda län. Så t. ex. finns för närvarande endast 16 distriktsingenjörer samt ett antal biträdande distriktsingenjörer för vatten och avlopp. Emellertid har 1946 års vatten- och avloppssakkunniga liksom vattenvårdsutredningen uttalat sig för en förstärkning av expertisen på detta område. Antalet social- och yrkesinspektörer har nyligen höjts, dock endast från 11 till 13 för vardera kategorin av befattningshavare. Så länge samtliga expertkategorier sålunda icke fått särskilda företrädare i varje län, bör de som nu har ett verksamhetsområde, omfattande flera län, ingå i den hälsovårdsdelegation, varom ovan talats, inom varje län, som ingår i deras verksamhetsområde.

I vissa ärenden — t. ex. större planeringsärenden — bör samarbetet omfatta även andra länsstyrelseexperter, såsom *länsarkitekt, överlantmätare etc.* Särskilt distriktsingenjörerna, som nu ofta disponerar särskilda lokaler ute i samhället, ej sällan tillsammans med vägförvaltningarna, behöver ha en placering, som möjliggör en nära kontakt även med länsarkitekten och överlantmätaren.

I sammanträden inom berörda delegation eller arbetsgrupp torde även länsstyrelsen böra vara representerad, förslagsvis genom *avdelningschefen för socialvårdssektionen eller planeringssektionen* allt efter ärendenas art.

Vidare synes behov föreligga av visst årligt *anslag för anlåtande av särskilda experter*, t. ex. i fråga om mentalhygien, skolhälsovård, tandvård eller annat medicinskt specialområde, då så erfordras för att länsstyrelsen eller länsläkaren skall kunna taga ställning i ärende, som ankommer på deras prövning.

Av praktiska skäl förutsättes att en medlem av gruppen — förslagsvis länsläkaren — utfärdar kallelse till sammanträde, vilket dock bör kunna påkallas av vilken som helst av de honom sidoställda experterna respektive länsstyrelserepresentant.

Vi delar länsstyrelseutredningens uppfattning, att det är angeläget, att hälsovårdsexperterna på länsplanet beredes lokaler hos länsstyrelserna, där även juridiskt biträde och skrivhjälp bör ställas till förfogande. Detta är ägnat att främja samarbetet såväl mellan berörda experter inbördes som mellan dem samt länsstyrelsen och dennas övriga experter. Då anord-

ningen även synes ekonomiskt rationell är det angeläget, att man inriktar sig på att successivt realisera den i den takt lokalfrågan kan lösas.

De i här skisserade hälsovårdsdelegation ingående experterna synes lämpligen böra beredas en administrativ ställning motsvarande länsarkitektens. De skulle således avlönas genom anslag, som disponeras av de centrala ämbetsverk, varunder de sorterar, medan kostnaderna för lokaler, arbetsbiträde, resor m. m. i allmänhet skulle bestridas av länsstyrelserna.

Vad beträffar de uppgifter, som skulle ankomma på länsläkarinstitutionen, och deras fördelning på olika befattningshavare inom denna har vi kommit till den uppfattningen att verksamheten icke bör snävt begränsas till enbart det omgivningshygieniska fältet utan att det är av värde att denna medicinalväsendets mellaninstans så vitt möjligt täcker hela området för den statliga hälso- och sjukvårdstillsynen på länsplanet. Vi är därvid väl medvetna om att länsläkaren och hans medhjälpare inte kan besitta högsta sakkunskap inom samtliga ifrågakommande områden.

Länsläkaren bör framför allt besitta den speciella utbildning, som krävs för fullgörandet av hans civila administrativa uppgifter samt de särskilda uppgifter, som kan ankomma på honom under krig och krigsberedskap. Han skall vara den medicinskt skolade organisatören med förmåga att bedöma i vilka fall mera speciell medicinsk eller teknisk sakkunskap erfordras för att lösa en hälso- eller sjukvårdsfråga eller handlägga ett ärende. Denna speciella sakkunskap torde i betydande omfattning stå att finna bland landstingets läkare, tandläkare och övriga befattningshavare, som således bör kunna inkopplas, där så erfordras.

Av länsläkaren krävs i stället en samlad överblick över hälso- och sjukvården i dess helhet inom länet, oavsett om verksamheten bedrivs genom statens, landstingets, primärkommunernas eller annans försorg. Härigenom kan denne läkare i ett flertal sammanhang medverka till att olika vårdformer och verksamhetsgrenar utbyggs och samordnas på det mest rationella och ändamålsenliga sättet.

På det omgivningshygieniska området — eller sålunda i vad gäller epidemiologi och karantänsväsende, teknisk hygien, bostads- och livsmedelshygien, skol- och industrihygien m. m. — skulle länsläkarens verksamhet i huvudsak omfatta allmän rådgivning, medverkan vid planeringen, kontroll och inspektion. Det är på dessa områden det intensifierade samarbetet mellan länsläkarinstitutionen samt länsveterinärer och distriktsingenjörer, yrkes- och socialinspektörer samt icke sällan även länsarkitekter och överlantmätare kan väntas bli av största värde.

En annan omfattande del av länsläkarinstitutionens uppgifter avser rådgivning, planering, tillsyn och kontroll i fråga om förebyggande vård och annan socialmedicinsk verksamhet, varvid — utöver den av landstingen drivna vården — särskilt må nämnas skolhälsovård, industrihälsovård samt

vissa delar av åldringsvården, framför allt vården av sjuka åldringar, i den mån den bedrivs utanför de egentliga sjukvårdsanstalterna.

Till dessa uppgifter ansluter sig nära den tillsyn å annan sjukvårdande verksamhet samt å konvalescent- och eftervård, medicinsk rehabiliteringsverksamhet och arbetsvård, som ankommer på länsläkaren. Även här är fråga om såväl landstingsdriven som primärkommunal och enskild verksamhet.

De uppgifter, som sålunda kräver medicinsk sakkunskap, är så omfattande, att de icke rimligen i något län, möjligen med undantag för Gotlands, kan ombesörjas av en enda läkare. Då vi ansluter oss till tidigare återgivna yrkanden att hittillsvarande biträdande förste provinsialläkarbefattningar förändras till verkliga tjänster som *biträdande länsläkare*, är motivet sålunda i första hand att åstadkomma erforderlig avlastning av länsläkarna beträffande uppgifter på länsplanet, vilka kräver läkarexpertis och därför icke kan anförtros medhjälpare med annan utbildning.

I diskussionen om länsläkarinstitutionen har bland annat anförts önskemål att däri skulle ingå även en »länspsykiater» eller »länsskolläkare». Särskilt har framhållits det stora behovet av mentalhygienisk expertis vid länsstyrelsens handläggning av vissa barnavårdsärenden, ärenden rörande nykterhetsvård etc. Vi har emellertid — som förut angivits — stannat vid att förorda ökade ekonomiska möjligheter till konsultation av särskilda experter. Det har också ifrågasatts att de biträdande länsläkarna skulle tilldelas vissa bestämda uppgifter, t. ex. tillsyn å skolhälsovård, industrihälsovård, eventuellt även medicinsk rehabilitering och arbetsvård. Då emellertid dessa befattningar skulle utgöra utbildningsplatser för blivande länsläkare kan det knappast vara lämpligt att från början ge dem en viss specialinriktning. Det bör sålunda åtminstone tills vidare lämnas åt den praktiska tillämpningen att från fall till fall träffa den fördelning av arbetsuppgifterna, som med hänsyn till olika omständigheter kan befinnas lämplig. Detta utesluter ej att i större län, där måhända på ett senare stadium anställandet av mer än en biträdande länsläkare kan bli aktuellt, någon av tjänsterna bör ges en mentalhygienisk inriktning. Anmärkas må även att ett överförande av provinsial- och stadsläkares omgivningshygieniska uppgifter till länsläkarinstitutionen i större omfattning än vad som här förutsatts kan medföra behov av flera biträdande länsläkartjänster. För vår del har vi ansett oss tills vidare böra räkna med en biträdande länsläkare i samtliga län utom Gotlands.

I själva länsläkarinstitutionen skulle — utöver institutionens läkare — i alla län behövas en *hälsovårdskonsulent* (i vissa län måhända flera) att biträda vid det omgivningshygieniska arbetet.

Hälsovårdsstadgekommitténs ännu vilande förslag (SOU 1953:31), att sådana befattningshavare skulle anställas av landstingen, har avvisats av såväl medicinalstyrelsen som svenska landstingsförbundet, vilka ansett

dem böra anställas av staten. Även förste provinsialläkarnas förening har uttalat sig härför. Vi delar denna mening, då hälsovårdskonsulenterna endast härigenom kan införlivas med det team av hälsovårdsexperter, som vi anser vara en förutsättning för ett effektivt bedrivande av den omgivningshygieniska verksamheten. Med nuvarande anställningsförhållanden kan konsulenternas sakkunskap i allmänhet komma till användning ute på fältet endast då så direkt påkallas av en kommun, vilket är ägnat att försvåra ett teamarbete, som bör täcka länet i dess helhet.

Enligt vår mening bör berörda befattningshavare vara underställda länsläkaren och medicinalstyrelsen samt biträda med den sanitära rådgivningen till hälsovårdsnämnderna, verkställandet av utredningar, organiserandet av hälsovårdsupplysning i omgivningshygieniska ämnen etc. Han bör härvid även stå länsveterinären och — i den mån hans kompetens gör det lämpligt — distriktsingenjören till tjänst i deras verksamhet.

Understrykas må emellertid, att en hälsovårdskonsulent på länsplanet icke kan utgöra en ersättning för de lokala hälsovårdsinspektörer, som bör finnas ute i kommunerna och där har sina givna uppgifter i hälsovårdsnämndernas arbete. En viktig uppgift i konsulenternas verksamhet bör vara att påvisa det gagn kommunerna kan ha av sådana funktionärer och övertyga dem om angelägenheten av att i erforderlig utsträckning anställa sådana hjälpkrafter.

Medan hälsovårdskonsulenten är avsedd att biträda framför allt i arbetet på det omgivningshygieniska området anser vi en administrativt utbildad sjuksköterska inom länsläkarinstitutionen böra ha särskilda uppgifter i fråga om tillsynen å den förebyggande vården och annan socialmedicinsk verksamhet. Förslag om en sådan *länsköterska* har oss veterligt icke tidigare diskuterats. Detta torde förklaras av att förste provinsialläkaren vid tillsynen å landstingens ifrågavarande verksamhet ofta kunnat påräkna biträde av landstingsanställd första distriktssköterska enligt för denna gällande normalinstruktion. Då förste provinsialläkaren i flertalet län vid sidan av sin statliga tjänst är arvodesanställd hos landstinget och — som tidigare framhållits — ofta inte själv har någon hjälpkraft annat än möjligen för rent rutinmässiga kontorsgöromål, har ett anlitande av första distriktssköterskan även för uppgifter, som inte direkt fallit inom ramen för hennes egentliga arbete, legat nära till hands. Situationen kan dock förväntas bli en annan, om en utbyggd länsläkarinstitution — som av oss förutsättes — förlägges inom länsstyrelsens lokaler. Om så blir fallet kan landstingen med fog väntas utgå från att i varje fall de uppgifter, som icke närmare angår av dem bedriven verksamhet, skall kunna fullgöras av personal på länsplanet utan anlitande av första distriktssköterska eller annan landstingsfunktionär. I den mån fråga är om kontroll av den egentliga landstingsverksamheten och till sådan verksamhet utgående statsbidrag kan också ur statlig synpunkt ifrågasättas lämpligheten av att anlita landstingsanställd be-

fattningshavare i viss ansvarsställning. Det har slutligen framhållits, att de växande arbetsuppgifterna för första distriktssköterskan icke i längden medger någon klyvning av hennes arbetskraft på arbete i landstingets och förste provinsialläkarens tjänst.

Frågan om behovet av en länssköterska har ingående diskuterats vid sammanträde med förste provinsialläkarna å medicinalstyrelsen våren 1956, varvid den allmänna uppfattningen med något enstaka undantag var, att en sådan befattningshavare skulle vara till stort gagn i länsläkarnas verksamhet för fullgörande av vissa uppgifter, som i det följande kommer att mera ingående redovisas.

Genom en tidigare enkät till förste provinsialläkarna (våren 1955) hade vi efterhört dessa läkares synpunkter på frågan. Vid berörda tidpunkt rådde emellertid viss oklarhet om vilka uppgifter, som borde vila på länsläkarinstitutionen, dess sammansättning i övrigt, dess förhållande till länsstyrelse och landsting etc. Det framgick även av åtskilliga svar, att läkarna icke ansett sig kunna taga definitiv ställning till behovet av länssköterska utan större klarhet rörande nämnda förhållanden. Tydligt är också, att olika uppfattningar rådde, huruvida och beträffande vilka uppgifter förste provinsialläkare skulle kunna påräkna biträde i sitt arbete av landstingsanställd första distriktssköterska.

Av de 22 läkare, som besvarade enkäten (2 meddelade, att de ansett sig sakna möjlighet härtill) angav 9 läkare klart att de behövde en särskild sköterska på länsplanet. Till stöd härför åberopades bland annat ett flertal arbetsuppgifter, vilka icke berör landstingens verksamhet och sålunda icke rimligen borde bestridas genom landstingsanställd tjänsteman såsom första distriktssköterska. Beträffande den statliga kontrollen och rådgivningen i fråga om den av landsting drivna, statsunderstödda verksamheten på hälso- och sjukvårdens område konstaterades, att första distriktssköterskan i många fall icke kunde anses intaga en så obunden ställning, att uppgifter av ifrågavarande slag lämpligen borde anförtros henne. Det angavs vidare, att första distriktssköterskans arbetskraft helt togs i anspråk av landstingsarbete och att redan på flera håll behov förelåg av en biträdande första distriktssköterska för detta arbetes behöriga fullgörande.

Av de återstående 13 svaren gav 4 uttryck åt viss tveksamhet; närmast syntes man anse genom försöksverksamhet i de största länen böra utrönas, hur en länssköterskas arbete i praktiken skulle gestalta sig.

I 9 av svaren angavs intet behov av länssköterska föreligga; härvid anfördes önskemål bland annat om anställandet av en första distriktssköterska hos landsting, som nu saknar sådan (Kronobergs län, Gotlands län) samt om anställande av biträdande första distriktssköterska till första distriktssköterskans hjälp (Kristianstads län, Södermanlands län). I en del svar framhölls att, då statsbidrag utgår till första distriktssköterskans avlönande, denna befattningshavare borde kunna utnyttjas i länsläkarinstitutionen även för vissa statliga uppgifter.

Redan de vid detta tillfälle avgivna svaren ådagalade sålunda att i allmänhet behov ansågs föreligga av tillgång till administrativ sjuksköterskekraft för arbetsuppgifterna inom länsläkarinstitutionen. I vilka former detta behov lämpligen borde tillgodoses framgick inte lika entydigt då som vid den senare diskussionen där — som förut nämnts — inrättandet av länsskötersketjänster allmänt förordades.

Med de uppgifter som länsläkarinstitutionen är avsedd att erhålla skulle

på en länssköterska i första hand ankomma att biträda länsläkaren med tillsynen över *den hälso- och sjukvård, som icke bedrivs i landstingsregi*.

Länssköterskan skulle sålunda vara länsläkaren behjälplig vid tillsyn av icke landstingsanställda barnmorskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, massörer, tandtekniker etc. Även i länsläkarens kvacksalveribekämpande verksamhet skulle länssköterskan kunna fylla vissa uppgifter.

Länssköterskan skulle vidare biträda länsläkaren med tillsynen över sjukvårdsanstalter av olika slag, vilka ej drivs av landsting, såsom enskilda sjukhem för kroppssjuka, enskilda förlossningshem, konvalescenthem, stiftelser för vård av gamla och sjuka, enskilda vårdhem för lättskötta sinnessjuka, enskilda anstalter för psykiskt efterblivna, daghem för olika slag av handikappade såsom spastiker, efterblivna etc., anstalter för döva och blindas o. s. v. Berörda tillsyn avser såväl personal som vård, kost och hygieniska anordningar i allmänhet.

Också vid tillsynen av den av primärkommun drivna skolhälsovården och åldringssjukvården kan sådan sjuksköterska biträda länsläkaren.

I den mån denne läkare beredes bättre insyn och större inflytande i frågor, som rör skolhälsovården — ett önskemål som understrukits av skolöverläkaren — bör länssköterskan taga del i tillsynsverksamheten och särskilt tagas i anspråk som konsult i frågor berörande de statligt och kommunalt anställda skolsköterskorna.

Gränsdragningen mellan vård av långtidssjuka och åldringsvård, av vilka den förra är en landstingsuppgift och den senare en primärkommunal uppgift, torde stundom komma att vålla problem, till vilka länsinstansen måste taga ställning. Även om åldringsvården övervägande tillhör den sociala sektorn, vilken på länsplanet företräds av socialvårdskonsulenten, synes dess medicinska sida kräva ökat beaktande, bland annat av länsläkarinstitutionen. Framför allt gäller detta den å ålderdomshemmens sjukavdelningar lämnade vården, där behovet av ökad medicinsk tillsyn är dokumenterat och där länssköterskan skulle få en omfattande arbetsuppgift.

I fråga om industrihälsovården har tidigare berörts behovet av samverkan mellan länsläkarinstitutionen samt yrkes- och socialinspektörerna. På detta område torde det böra ankomma på länssköterskan att öva tillsyn å inom industrin anställda sjuksköterskor samt vara behjälplig vid fullgörandet av sådana hälso- och sjukvårdsadministrativa uppgifter, som i övrigt ankommer på länsläkarinstitutionen.

Om — såsom här förutsatts — länsläkarinstitutionen i stor utsträckning skall svara för organisationen av hälsoupplysningen i länet, torde länssköterskan, som bör vara särskilt utbildad för dylikt organisationsarbete, komma att fungera som närmast verkställande tjänsteman beträffande sådan informationsverksamhet på det socialmedicinska området, vari inom landstingsområdet tillgänglig medicinsk expertis liksom andra sakkunniga förutsättes medverka.

Det bör även åvila länssköterskan att såsom sakkunnig biträda civilförsvarsstyrelsens länsorganisation i fråga om åtgärder för sjukvård, evakuering och utbildning av personal i den omfattning och inom de områden, vari medverkan och tillsyn åligger länsläkaren, samt att på länsplanet vara medicinalstyrelsens sjukvårdsberedskapsnämnd behjälplig med registrering och krigsplacering av viss frivillig personal inom beredskapssjukvården.

Vad slutligen angår *den av landsting bedrivna verksamheten* inom förebyggande mödra- och barnavård, distriktsvård, öppen förlossningsvård samt dispensärvård ävensom andra vårdgrenar, över vilka tillsyn utövas av länsläkaren eller länsstyrelsen, kan länssköterskan ofta vara till hjälp, då fråga är om granskning av planer, förslag till ändringar av dessa, granskning av statsbidragsrekvisitioner etc.

Uppgifterna för en länssköterska inom länsläkarinstitutionen har här behandlats ganska ingående, då någon motsvarande befattning icke för närvarande finns. Även om de olika arbetsuppgifternas omfattning icke på förhand kan säkert bedömas förefaller det uppenbart, att en dylik befattningshavare skulle kunna bereda läns- och biträdande länsläkaren en väsentlig avlastning i deras arbete och tillföra institutionen ytterligare en form av sakkunskap till gagn för dess verksamhet. Vi har ansett oss böra räkna med att under den tid, som nu kan överblickas, behov föreligger av en sådan befattning i samtliga län utom de minsta och upptar med hänsyn härtill 20 tjänster av detta slag i våra kostnadsberäkningar för den fullt utbyggda organisationen.

Det må framhållas, att någon ändring i de arbetsuppgifter, som bör tillkomma landstingsanställd första distriktssköterska, icke skulle ske genom tillkomsten av länsskötersketjänsterna. Första distriktssköterskan skulle sålunda liksom hittills enligt gällande normalinstruktion ha att biträda med tillsynen över distriktsvården samt att fullgöra de åligganden, som tilldelats henne av de flesta landsting beträffande tillsynen av barnmorskeväsendet och olika slag av förebyggande vård.

Även om den för henne gällande normalinstruktionen i vissa avseenden anses föråldrad och i behov av omarbetning skulle således landstingets första distriktssköterska fortfarande handha de personaladministrativa uppgifterna beträffande anställande av distriktssköterskor, distriktsbarnmorskor och viss annan landstingets sjukvårdspersonal inom den öppna vården liksom ordnandet av deras tjänstgörings- och arbetsförhållanden samt anskaffande av och tillsyn å utrustning, inventarier och förbrukningsartiklar för dessa befattningshavares verksamhet. De växande uppgifterna på dessa områden torde ge henne och i fråga om de största länen även en biträdande första distriktssköterska full sysselsättning.

En förstärkning av länsläkarinstitutionen på det sätt här angivits måste

— som förut framhållits — bland annat med hänsyn till rekryterings- och lokalfrågan ske successivt. Härvid är det naturligt att börja med utbyggnaden i de större länen, där uppgifterna är mest omfattande. I en del mindre län torde i vissa fall deltidsefattningar till en början kunna komma i fråga.

I övrigt må här än en gång understrykas att vi själva anser vårt förslag ägnat att tillgodose endast det mest överhängande behovet av ökade insatser på hithörande områden samt att vi förutsätter att en fortsatt successiv utbyggnad kommer till stånd sedan några års erfarenhet vunnits av den här föreslagna organisationen.

Utbildningsfrågor, som berör länsläkarinstitutionen

De insatser en länsläkarinstitution enligt här angivna förslag kan göra när det gäller att tillvarata hälso- och sjukvårdens intressen på länsplanet, beror uppenbarligen i hög grad på befattningshavarnas utbildning och övriga kvalifikationer för sin verksamhet.

Länsläkaren. För behörighet till förste provinsialläkartjänst har hittills — liksom till tjänst som provinsialläkare — i första hand krävts åtta månaders sjukhustjänstgöring, varav minst fyra månader vid medicinsk eller kirurgisk avdelning eller odelat lasarett. Härutöver har i § 2 kungörelsen den 17 december 1915 (nr 559) angående villkor för behörighet till vissa läkarbefattningar uppställts krav på minst tre års tjänstgöring såsom provinsialläkare, biträdande provinsialläkare, extra provinsialläkare, stadsläkare, köpingsläkare eller municipalläkare, intyg över fullgjorda speciella studier och därunder förvärvad skicklighet såväl i allmän hälsovårdslära och dennas tillämpning som ock i undersökning och kontrollering av apotek samt intyg att »sökanden äger noggrann författningskunskap å de områden, som falla under förste provinsialläkares tjänsteverksamhet». Den teoretiska utbildningen förvärvas i allmänhet genom fullgörande av en vid statens institut för folkhälsan anordnad ämbetsläkarkurs (ca 180 undervisningstimmor, fördelade på sex veckor).

Det har länge stått klart att dessa utbildningskrav varit otillräckliga såväl i fråga om praktisk utbildning genom sjukhustjänstgöring som teoretisk utbildning genom den särskilda ämbetsläkarkursen. I verkligheten har också läkarna regelmässigt kunnat åberopa längre tids sjukhustjänstgöring.

I sin tidigare berörda skrivelse den 12 december 1951 till chefen för inrikesdepartementet föreslog medicinalstyrelsen, att behörighetsvillkoren för förste provinsialläkare skulle ändras. För sådan befattning borde bland annat krävas minst tre års sjukhusutbildning. I fråga om den teoretiska vidareutbildningen framhölls, att motsvarande tjänstemän i andra kulturländer brukade ha ett års specialutbildning på det akademiska planet och att i anslutning till tillkomsten av den planerade nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg sådan vidareutbildning för förste provinsialläkare borde förläggas dit.

1948 års läkarutbildningskommitté, som i sitt betänkande (SOU 1953:7) ansåg att i vidareutbildningen för tjänsteläkare alltid borde ingå tre års sjukhusutbildning med närmare angiven fördelning på olika specialiteter, accepterade i fråga om behörighet för förste provinsialläkartjänst de av medicinalstyrelsen i dess förut berörda skrivelse framförda utbildningskraven.

I prop nr. 212 till 1954 års riksdag med sedermera av riksdagen bifallna förslag i anledning av läkarutbildningskommitténs betänkande berördes de framförda kraven på ökad utbildning för bland annat tjänsteläkare. Departementschefen förklarade sig i princip acceptera kommitténs av medicinalstyrelsen tillstyrkta förslag men ansåg en definitiv reglering av behörighetsvillkoren böra komma till stånd först sedan medicinalstyrelsen utarbetat detaljförslag i frågan. I propositionen framhölls att i detta sammanhang även ändrade behörighetskrav för förste provinsialläkartjänst torde kunna fastställas i vad gällde sjukhusutbildning och annan praktisk vidareutbildning.

Beträffande den teoretiska vidareutbildningen för förste provinsialläkare och därmed likställda läkare anfördes i folkhälsoinstitutsutredningens betänkande den 26 oktober 1956 (stencil) angående institutets arbetsuppgifter och organisation att man kunde förutse, att om en nordisk hälsovårdshögskola inrättades i Göteborg större delen av utbildningen för ämbetsläkare komme att övertagas av denna. För varje land funnes emellertid en del författningar och speciella ämbetsläkaruppgifter, som inte lämpligen kunde genomgå vid en sammordisk undervisning. För Sveriges del ansågs detta komma att gälla vissa delar av statsmedicinen, visitation av apoteksinrättningar m. m. I dessa hänseenden räknade man med att undervisningen under alla förhållanden komme att åvila folkhälsoinstitutet.

Då länsläkaren — liksom förut förste provinsialläkaren — bland annat förutsattes vara förman för den öppna vårdens tjänsteläkare i frågor, som berör deras medicinska verksamhet, bör han enligt vår mening i första hand ha förvärvat minst den vidareutbildning i form av sjukhustjänstgöring, som är avsedd att utgöra kompetenskrav för befattning som tjänsteläkare. Av samma skäl och då hans verksamhet även i övrigt fordrar en ingående kännedom om arbetsuppgifterna på fältet bör krav även uppställas på minst tre års tjänstgöring som tjänsteläkare. I teoretiskt hänseende delar vi meningen att i kompetenskraven bör ingå vidareutbildning av den art och omfattning, som — enligt vad som anförts i kap. 3 — är avsedd att lämnas vid den planerade nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Av särskilt värde för det framtida samarbetet mellan hälsovårdsexperten på länsplanet torde det vara, om — såsom föreslagits — utbildningen för läkare med allmänhygieniska och administrativa uppgifter, länsveterinärer, sanitetsingenjörer och sjuksköterskor i viss administrativ verksamhet kommer att samordnas och i vissa delar bedrivs gemensamt för de

olika kategorierna. Då skolan är avsedd för samtidig utbildning av flera personalkategorier och även skall ge utbildning åt befattningshavare från andra nordiska länder torde dess utbildningskapacitet åtminstone till en början icke komma att medge en omedelbar snabb utbyggnad av länsläkarinstitutionen utan denna måste ske successivt under en följd av år.

Utöver ovan angivna kompetensvillkor bör vid tillsättning av länsläkartjänst särskild hänsyn tagas till utbildning i omgivningshygien, förvärvad vid statens institut för folkhälsan eller hygienisk universitetsinstitution, liksom till utbildning i epidemiologi och bakteriologi. Utbildning i socialmedicin vid de blivande universitetsklinikerna liksom praktisk socialmedicinsk verksamhet i förebyggande vård såsom socialläkare etc. bör likaledes anses meriterande. Värdet av hälsovårdsutbildning vid utländsk läroanstalt torde böra bedömas från fall till fall.

Biträdande länsläkare. För tjänst som biträdande länsläkare torde utbildningskraven i princip böra vara desamma som för länsläkarbefattning. Från den speciella teoretiska vidareutbildningen torde dock till en början dispens kunna beviljas efter två månaders grundutbildning vid den nordiska hälsovårdshögskolan under förutsättning att den fortsatta teoretiska utbildningen vid skolan fullföljes så snart som möjligt under anställningstiden som biträdande länsläkare.

Stadshygieniker. Även dessa läkare bör ha erhållit den utbildning, som är avsedd att meddelas vid den nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg. Däremot behöver de inte ha samma förtrogenhet med tjänsteläkarväsendet som krävs av länsläkarna. Ett års tjänstgöring som provinsialläkare kan därför anses vara till fyllest. Vid utbildningen i omgivningshygien och epidemiologi-bakteriologi bör däremot snarast ställas högre krav än i fråga om länsläkaren. Den sammanlagda utbildningen inom dessa discipliner torde böra beräknas till två à tre år.

I fråga om socialmedicin kan lämpligen samma synpunkter läggas som i fråga om länsläkares utbildning i detta ämne.

Hälsovårdskonsulent. I fråga om hälsovårdskonsulenternas utbildning har i betänkandet med förslag till ny hälsovårdsstadga anförts att vederbörande borde ha minst den utbildning, som meddelas vid kurserna för hälsovårdsinspektörer å statens institut för folkhälsan, samt därjämte i regel åtminstone fem års praktik genom allsidig tjänstgöring vid hälsovårdsnämnd. Även lärarskicklighet borde dokumenteras.

De nuvarande hälsovårdskonsulenterna har i en del fall genomgått socialinstitut, medan andra förvärvat viss teknisk utbildning. Såvitt vi kunnat bedöma torde en mera tekniskt inriktad grundutbildning komma att utgöra ett allt mera angeläget kvalifikationskrav för sådana befattningshavare. Vi har dock icke i rådande läge ansett oss kunna förorda någon form av teknisk examen som formellt kompetenskrav för dylik tjänst. Med tanke på samarbetet på länsplanet skulle det enligt vår mening vara värdefullt,

om även hälsovårdskonsulenter kunde beredas viss utbildning vid hälsovårdshögskolan i Göteborg tillsammans med övriga kategorier av experter på hälsovårdens område, ehuru detta icke förutsatts i det föreliggande förslaget om inrättandet av denna skola.

Länssköterska. För att länssköterskan skall kunna fullgöra sina uppgifter torde krävas, att hon förvärvat distriktssköterske- eller motsvarande utbildning jämte påbyggnad, avseende administration, mentalhygien och hälsovårdsupplysning. I det i augusti 1957 av en inom medicinalstyrelsen tillstätt utredning avgivna förslaget angående högre utbildning för sjuksköterskor¹ anföres bland annat, att det enligt utredningens mening skulle vara en fördel om utbildningen av sjuksköterskor för den öppna vården förlades till det av utredningen föreslagna institutet för sådan högre utbildning samt att, om så skedde, även utbildningen av administrativa befattningshavare för den öppna vården, i den mån den icke bleve förlagd till den planerade hälsovårdshögskolan i Göteborg, borde kunna bedrivas vid institutet.

Som angivits i kap. 3 och i avsnittet om utbildningen av länsläkare har numera förslag framlagts om inrättandet av en hälsovårdshögskola i Göteborg; enligt detta skall även administrativa sjuksköterskor komma i åtnjutande av den undervisning i allmän hälsovård m. m., som är avsedd att meddelas vid utbildningsanstalten i fråga.

Om dessa förslag realiseras anser vi att för länsskötersketjänst bör uppställas krav på distriktssköterskeutbildning, väl vitsordad tjänstgöring i öppen vård, ytterligare administrativ utbildning av den omfattning, som anses erforderlig för befattning som första distriktssköterska, samt den utbildning i allmän hälsovård, hälsoupplysning m. m., som är avsedd att meddelas vid hälsovårdshögskolan i Göteborg. Skulle utbildning av sist angivet slag icke stå till förfogande anser vi det böra ankomma på medicinalstyrelsen att träffa sådana anstalter att ifrågavarande utbildningsbehov blir tillgodosett i annan ordning.

Utbyggnadstakt och kostnadsberäkningar

För att verkställa kostnadsberäkningar för länsläkarinstitutionen under de närmaste åren är det nödvändigt att ta ställning till frågan om vilken utbyggnadstakt, som kan anses tänkbar och lämplig, samt frågan om de olika befattningshavarnas placering i lönehänseende. De ställningstaganden vi redovisar i dessa hänseenden har främst till syfte att ge ett underlag för sådana beräkningar.

Innan vi går in på dessa frågor må erinras om att det, såvitt vi kunnat bedöma, är för hälsovårdsarbetet nödvändigt att successivt i samtliga län, där sådana befattningar icke redan finns (måhända med något enstaka

¹ I prop. nr 66 till 1958 års riksdag angående högre utbildning av sjuksköterskor föreslås att viss sådan utbildning i fortsättningen skall drivas i statlig regl. Jfr noten å s. 353.

undantag), särskilda tjänster inrättas för distriktsingenjörer och övriga med förste provinsialläkare sidoställda experter på hälsovårdens område. Detta skulle bland annat väsentligt underlätta det team-arbete på länsplanet i hälsovårdsfrågor, som vi anser så angeläget. Vi har emellertid ansett det falla utanför vårt uppdrag att framlägga direkta förslag i fråga om dessa tjänster, som icke skulle ingå i den egentliga länsläkarinstitutionen, och avstår sålunda även från att framlägga kostnadsberäkningar i denna del.

Beträffande det erforderliga antalet tjänster inom länsläkarinstitutionen har vi i det föregående kommit till att — vid sidan av länsläkarna, som träder i stället för nuvarande förste provinsialläkare — behov föreligger av biträdande länsläkare i samtliga län med undantag av Gotlands och av länssköterskor i åtminstone ett 20-tal av länen; hälsovårdskonsulenter torde behövas i samtliga län. Sannolikt är att man relativt snart kommer att känna behov av ytterligare förstärkning inom någon av de nämnda personalkategorierna i vissa större och mera arbetskrävande län. Härtill tages i det följande ingen hänsyn.

Även om man med hänsyn till föreliggande rekryterings- och lokalproblemen får nöja sig med ett successivt utbyggande av länsläkarinstitutionen måste dock enligt vår mening denna utbyggnad komma till stånd redan under de närmaste åren, då den föreslagna förstärkningen av den hygieniska expertisen på länsplanet är dikterad av ett mycket starkt behov av en intensifierad verksamhet. En sådan utveckling torde kunna underlättas genom att en principiell plan för utbyggnaden fastställs av statsmakterna.

I fråga om utbyggnadstakten må i övrigt framhållas, att man med nuvarande läkarbrist och den stora avgång av förste provinsialläkare, som kommer att ske inom de närmaste åren, torde vara nödsakad att stanna vid att fylla uppkommande vakanser inom förste provinsial-(läns-)läkarkåren samt att inrätta ett fåtal nya biträdande länsläkartjänster per år. Om man begränsar sig till i genomsnitt tre sådana nya tjänster årligen, skulle det erforderliga antalet befattningar föreligga inom åtta år från och med utbyggnadens början. Denna tid torde ge möjlighet för läkare, intresserade av ifrågavarande verksamhet, att förvärva erforderlig utbildning i omgivningshygien m. m. vid hälsovårdshögskolan i Göteborg (eventuellt i annan form). Även beträffande länsskötersketjänster torde ur utbildningssynpunkt en tid av åtta år böra beräknas, innan organisationen kan vara utbyggd på planerat sätt.

Då för närvarande ett antal hälsovårdskonsulenter finns, av vilka en del kan antagas söka sig över till här ifrågavarande statliga tjänster, torde utbyggnadstiden för organisationen i denna del kunna begränsas till fem år.

Den ordning, vari organisationen skall genomföras inom de olika länen, torde böra bli föremål för särskild utredning genom medicinalstyrelsen, som i sina petitaframställningar för varje år bör ange vilka tjänster, som

bör inrättas nästkommande budgetår. Principiellt bör självfallet gälla, att de största och mest arbetskrävande länen bör ha förtursrätt, i den mån godtagbara lokaler och andra anordningar kan ställas till förfogande.

Om här ifrågavarande plan vinner fastställelse vid 1959 års riksdag och de första tjänsterna kan inrättas från och med den 1 juli 1959 skulle hela utbyggnaden kunna verkställas före utgången av budgetåret 1966/67.

Beträffande frågan om *lönegradsplaceringen* må inledningsvis som underlag för jämförelser nämnas att för närvarande enligt från och med den 1 juli 1957 gällande bestämmelser de 24 länsarkitekterna är placerade i lönegrad Bp 1 och de biträdande länsarkitekterna i Ae 24, de 24 överlantmätarna i lönegrad Bo 1 och de biträdande överlantmätarna i Ao 25, de 24 länsveterinärerna i Ao 26, de 16 distriktsingenjörerna för vatten och avlopp i Ae 24, de 13 yrkesinspektörerna i Ao 26, de 13 socialinspektörerna i Ao eller Ae 19, de 13 socialvårdskonsulenterna i Ae 21 och de 24 barnavårdsassistenterna i Ae 17.

Förste provinsialläkare är för närvarande placerade i lönegrad Bo 1, vilket från och med 1958 innebär en årslön av 36 288 kronor eller samma belopp, som utgår till länsarkitekter och överlantmätare.

Häruöver äger förste provinsialläkare åtnjuta ersättning med av Kungl. Maj:t fastställt årligt belopp för bestridande av kostnader för expeditiionslokal samt skrivhjälp och andra expenser. Sådan ersättning utgår efter senast gjorda höjningar med ett årsbelopp av i medeltal 4 008 kronor. Ersättningen varierar dock i olika län.

Vid tjänsteförrättning, som sker annorstädes än å tjänsterummet, utgår särskild ersättning, varom stadgas i 6 § provinsialläkartaxan den 22 maj 1953 (nr 425) med däri genom kungörelse den 23 oktober samma år (nr 638) gjorda ändringar.

Beträffande förste provinsialläkares bisysselsättningar framgick enligt en i juni 1956 verkställd utredning att ifrågavarande läkarkår hade mer än ett 70-tal avlönade uppdrag utanför tjänsten eller i medeltal nära 3 per läkare enligt följande sammanställning:

Uppdragets art	Antal läkare
Förtroendeläkare i sjukkassa	11
Läkare vid länsarbetsnämnd	8
Läkare vid arbetsträninginstitut	3
Besiktningsläkare för hela länet	4
» » del av länet	14
Verksläkare för 2 verk	1
» » mer än 2 verk	1
Anvisningsläkare	2
Skolläkare vid 1 skola	6
» » 2 skolor	2
» » mer än 2 skolor	1
Läkare vid sjukvårdsinrättning	3
Lärare vid sjuksköterskeskola	8
» » en eller flera andra undervisningsanstalter	3

Därjämte bedrevs enskild praktik av 9 läkare.

Tjänsten som förtroendeläkare hos länsarbetsnämnd är sedan den 1 juli 1957 förenad med ett fast månadsarvode av 300 kronor — sålunda 3 600 kronor årligen — varjämte särskilda arvoden för verkställda undersökningar utgår enligt sjukkassetaxan.

I fråga om den omfattning, vari läkarpraktik bedrivs av ifrågavarande läkare, hade enligt läkarförbundets enkät år 1955 av samtliga förste provinsialläkare (frånsett Gotlands) 15 inga konsultationer såsom privatpraktiker eller tjänsteläkare. Av de övriga 8 hade 6 sammanlagt 3 310 konsultationer i privatpraktik eller i genomsnitt 550 per läkare; lägsta antalet konsultationer var 200, högsta 1 260. För 5 av de 6 läkarna översteg antalet icke 600. Tjänsteläkarpraktik hade endast 3 av läkarna med ett sammanlagt konsultationsantal av 3 490 (50, 940, 2 500). För 2 läkare hade uppgifter om konsultationstalen ej kunnat erhållas, då de endast under kortare tid tjänstgjort som förste provinsialläkare.

Utöver de uppgivna bisysselsättningarna anlitas flertalet förste provinsialläkare i viss utsträckning av landsting, varvid ersättning enligt i januari 1958 från svenska landstingsförbundet erhållna uppgifter utgår med följande belopp:

Landsting	Årsarvode, kronor	Landsting	Årsarvode, kronor
Stockholms	20 000	Skaraborgs	4 000
Uppsala	1 200	Värmlands	10 000
Södermanlands	300	Örebro	1 800
Östergötlands	6 000	Västmanlands	1 800
Jönköpings	5 000	Kopparbergs	3 000
Kalmar södra	1 200	Gävleborgs	9 000
Kristianstads	4 000	Västernorrlands	15 000
Malmöhus	2 500	Jämtlands	4 000
Göteborgs och Bohus	4 000	Västerbottens	1 000
Älvsborgs	3 400	Norrbottens	5 000

De arbetsuppgifter, som tillkom förste provinsialläkaren, angavs vara följande.
Stockholms län: uppdrag såsom sakkunnig hos förvaltningsutskottet i hälso- och sjukvårdsärenden, bland annat att vara läkare vid förmedlingscentralen för den öppna kronikervården.

Uppsala län: biträde vid vissa utredningar.

Södermanlands län: granskning av ersättningar och intagning å hemmen för kroniskt sjuka.

Östergötlands län: sekreteraruppgifter i landstingets sjukvårdskommitté.

Jönköpings län: rådgivning och utredningsverksamhet i hälso- och sjukvårdsfrågor.

Kalmar län: medverkan i utredningsverksamhet samt med råd och anvisningar åt hälso- och sjukvårdsstyrelsen i länets södra landstingsområde.

Kristianstads län: rådgivare åt landstingets hälso- och sjukvårdsberedningar, behjälplig vid vissa utredningar i sjukvårdsfrågor.

Malmöhus län: granskning av ansökningar om intagning å hemmen för kroniskt sjuka, ledning av hälsovårds- och bostadsinspektionen.

Göteborgs och Bohus län: ledning av landstingets socialhygieniska verksamhet.

Älvsborgs län: har åtagit sig

att under landstingets sammanträden på begäran stå de olika utskotten till tjänst med upplysningar och råd,

att på kallelse närvara vid förvaltningsutskottets och dess avdelningars ävensom andra styrelser och kommittéers sammanträden i den utsträckning hans ordinarie verksamhet det tillåter och därvid bistå med upplysningar och råd,

att på begäran ingå i beredningarnas verkställande utskott och i byggnadskommittéer eller andra tillfälliga kommittéer,

att deltaga i påkallade utredningar och undersökningar

samt att bistå landstingsdirektören och landstingets expedition med råd och upplysningar rörande sjukvårds-, hälsovårds- och socialvårdsfrågor och därvid förrätta granskning av ansökningshandlingar till vårdhemmen för kroniskt sjuka samt de läkarintyg beträffande befattningshavare och understödssökande, som det åligger expeditionen att pröva.

Skaraborgs län: står till förfogande för rådgivning inom landstingets hälsovårdande verksamhet, granskning av ansökningar om landstingsbidrag för vård av långvarigt sjuka i hemmet m. m.

Värmlands län: prövar ärenden rörande hemsjukvård och utövar konsulterande verksamhet beträffande sådana landstingets hälso- och sjukvårdsangelägenheter, vilka faller inom förste provinsialläkarens verksamhet i fråga om

barnhem

barnkolonier

barnmorskeväsen

distriktsvård, förebyggande mödra- och barnavård

dispensärverksamhet, central- och distriktsdispensärer

hjälpverksamhet

vård av psykiskt efterblivna

sjukvårdsinrättningar

skolhälsovård,

ovan ej nämnda grenar av socialvård, där landstingets intressen berör hälso- och sjukvård,

landstingets byggnader och byggnadsverksamhet, sanitära delar samt även erforderliga resor med landstingets organ för lokala överläggningar och besiktningar i hälso- och sjukvårdsfrågor,

yttranden över betänkanden i hälso- och sjukvård.

Örebro län: granskning av ansökningar om landstingsbidrag till vård vid bad- och brunnsanstalter, granskning av läkarintyg för landstingets centrala förvaltning, distriktsvård, dispensärvård, folktandvård etc.

Västmanlands län: rådgivning, granskning av räkningar för distriktssköterskor och barnmorskor samt tandläkare.

Kopparbergs län: inga specificerade uppgifter har lämnats.

Gävleborgs län: granskning av läkarintyg, utredningsarbeten och annan medverkan i landstingsverksamheten bland annat i hemsjukvård av kroniskt sjuka, central intagning å vissa kronikerhem m. m.

Västernorrlands län: deltar i landstingsarbetet som konsult, förestår intagning av såväl tbc-patienter som kroniskt sjuka, bedömer frågor om bidrag till hemsjukvård.

Jämtlands län: arbete inom landstingets hälso- och sjukvårdande verksamhet.

Västerbottens län: landstingets förtroendeläkare.

Norrbottens län: rådgivande verksamhet i fråga om den öppna vården.

Ehuru sådana uppgifter saknas om förste provinsialläkarnas inkomster av bisysselsättningar att deras verkliga inkomstläge klart kan bedömas, kan det dock antagas att deras samlade intäkter i allmänhet avsevärt överstiger den direkta löneinkomsten.

Samtidigt som det framstår som angeläget att förste provinsialläkarnas krafter ägnas åt de egentliga tjänsteuppgifterna och icke alltför mycket splittras på andra uppgifter kan det konstateras att åtskilliga av de i det föregående angivna bisysselsättningarna är av den art, att de i och för sig ligger väl i linje med dessa läkares allmänna verksamhet och på ett värdefullt sätt bringar dem i kontakt med det praktiska fältarbetet. Även ur rekryteringssynpunkt är det betydelsefullt att de på detta sätt beredes möjlighet till en löneutfyllnad, som kan göra banan mera attraktiv. Vid en omorganisation i syfte att rationalisera och förstärka institutionen bland annat genom anställande av biträdande läkarkrafter synes dock angeläget, att — oavsett tidigare praxis — till allsidig prövning upptages frågan rörande omfattningen och arten av de uppdrag, som lämpligen bör kunna förenas med befattning som länsläkare. Denna prövning synes oss kunna verkställas genom medicinalstyrelsens försorg. I viss utsträckning torde härvid generella bemyndiganden kunna meddelas, medan beträffande andra uppdrag en prövning från fall till fall kan vara lämplig. Fördelningen av olika arbetsuppgifter mellan länsläkare och biträdande länsläkare torde också åtminstone under de första åren påkalla direkta ställningstaganden från medicinalstyrelsens sida. Enskild praktik torde enligt vår mening i allmänhet icke böra förenas med tjänst som länsläkare eller biträdande länsläkare.

En ändrad reglering av här berörda förhållanden skulle måhända kunna föranleda ökade lönekrav från befattningshavarnas sida. Å andra sidan torde det knappa expensanslagets utbytande mot kostnadsfritt tillhandahållande av tjänstelokaler och arbetsbiträde enligt de förslag, som här framlagts, samtidigt som det innebär en förbättring av arbetsförhållandena, delvis även medföra direkta kostnadsminskningar för vederbörande läkare. Med hänsyn härtill torde länsläkarna i likhet med nuvarande förste provinsialläkare böra vara placerade i lönegrad Bo 1.

De biträdande länsläkarna, vilka förutsättes vara yngre läkare med erfarenhet från provinsialläkarbanan jämte viss påbyggnad av utbildningen särskilt inom omgivningshygien, torde i lönehänseende böra ligga något under länsläkarna men bör tillika ha möjlighet att uppnå en inkomst, motsvarande eller något överstigande den bland provinsialläkare vanliga. Sistnämnda läkare åtnjuter för närvarande — vid placering i lägsta lönegrupp — en begynnelselön av 20 676 och en slutlön av 23 940 kronor per år, jämte betydande tillskott av praktikinkomster enligt särskild taxa samt speciella arvoden för uppgifter inom förebyggande vård m. m. Ifrågavarande tjänsteläkare har emellertid även avsevärda kostnader för intäkternas förvärvande.

Med hänsyn bland annat till att inkomster av enskild praktik i allmänhet icke skulle ifrågakomma bör enligt vår mening biträdande länsläkare placeras i minst lönegrad Ao 26, innebärande i dyrortsgrupp 3, vilken skulle bli den för sådan tjänst vanligaste, en begynnelselönen av 28 296 kronor och en slutlön av 33 504 kronor per år. Därjämte bör han tillförsäkras skälig del av de särskilt ersatta uppdrag och förrättningar, som lämpligen låter sig förena med befattningen. Då fråga är om helt nya tjänster — nuvarande biträdande förste provinsialläkartjänster är ju på intet sätt jämförliga med här avsedda befattningar — synes en omprövning av löneställningen böra komma till stånd, sedan viss erfarenhet vunnits av den nya verksamhetsformen.

Beträffande befattningarna som *hälsovårdskonsulent* och *länssköterska* kan erinras om att de nuvarande kommunalt eller av hälsovårdsförbund anställda hälsovårdskonsulenterna samt första distriktssköterskor och därmed jämförliga på landstingskanslierna anställda administrativa sjuksköterskor enligt vad vi inhämtat från och med den 1 januari 1958 åtnjuta löneförmåner motsvarande, respektive är inplacerade i nedan angivna lönegrader:

Lönegrad	Antal konsulenter	Antal adm. sjuksköterskor
13	—	13
15	—	3
16	8	4
17	1	—
18	1	—
19	3	2
21	—	1

I fråga om *hälsovårdskonsulent* har framhållits betydelsen av en löneställning, som gör det möjligt att förvärva en välkvalificerad kraft för uppgiften i fråga. På längre sikt torde man för motsvarande befattning i länsläkarinstitutionen knappast kunna tänka sig lägre placering än lönegrad 19. Under utbyggnadsstadiet, innan verksamheten funnit sin slutliga form och innan befattningshavarna, vilka till en början kan antagas ha en rätt heterogen och i vissa avseenden ofullständig utbildning för uppgifterna, blivit fullt förtrogna med dessa, torde dock en något lägre lönesättning kunna övervägas. En lönenivå under lönegrad 17 synes icke ens under ifrågasvarande övergångstid tillräddig. Vi har i våra kostnadsberäkningar utgått från sistnämnda placering.

Vid övervägande av *länssköterskans* placering i lönehänseende erbjuder sig olika jämförelsepunkter. Enligt den ena skulle länsköterskan — vilken, såsom angivits tidigare i detta kapitel, förutsättes ha fullständig sjuksköterskeutbildning jämte utbildning som distriktssköterska, administrativ påbyggnadskurs av minst den omfattning, som brukar ifrågakomma för första distriktssköterska, samt den utbildning i allmän hälsovård och hälso-

upplysning m. m., som är avsedd att meddelas vid hälsovårdshögskolan i Göteborg — i lönehänseende likställas med hälsovårdskonsulent. Utbildningsförhållandena för denne tjänsteman kan för närvarande icke betraktas som definitivt reglerade men han förutsättes ha minst den utbildning, som meddelas hälsovårdsinspektörer, jämte längre tids väl vitsordad praktik hos hälsovårdsnämnd (jfr kap. 3 samt vad som tidigare i detta kapitel anförts i frågan). För en sådan placering (med lönegrad 17 som begynnelsenivå, eventuellt med senare uppflyttning till 19) talar även en jämförelse med de på länsplanet anställda barnvårdsassistenterna (lönegrad 17) och socialinspektörerna (lönegrad 19). Detta alternativ skulle närmast ansluta sig till likalönsprincipen.

Den andra jämförelsepunkten utgör landstingens första distriktssköterskor och därmed jämförliga för administrativa uppgifter anställda sjuksköterskor. Av dessa ligger fortfarande — som framgår av den förut införda lönetablån — drygt hälften kvar i den sedan gammalt för första distriktssköterska vedertagna placeringen, motsvarande nuvarande lönegrad 13, medan de övriga på senare år erhållit högre placering.

Utän att ta närmare ställning till frågan har vi i våra beräkningar av det allmännas kostnader för löner åt länsköterskor utgått från lönegrad 17.

För att ge en uppfattning om de ökade kostnader för statsverket, vilka förste provinsialläkarinstitutionens ersättande med en länsläkarinstitution skulle medföra, förutsättes i följande kalkyl att under budgetåret 1959/60 erfordras medel för 3 tjänster för vardera kategorin biträdande länsläkare, länsköterska och hälsovårdskonsulent, samtliga med placering i ortsgrupp 3, samt för 1 kontorsbiträde i vart och ett av de 24 länen. Efter en successiv utbyggnad skulle för budgetåret 1966/67 erfordras medel för 23 tjänster som biträdande länsläkare, 20 som länsköterska och 24 som hälsovårdskonsulent, varvid räknas med placering i ortsgrupp 5 för 3 och i ortsgrupp 4 för 3 av vardera kategorien befattningshavare samt i ortsgrupp 3 för 17 biträdande länsläkare och 14 länsköterskor samt 18 hälsovårdskonsulenter. För samma år skulle kontorspersonalen vid institutionen omfatta — utöver det förut angivna kontorsbiträdet i varje län — 12 kanslibiträden, varav 3 i ortsgrupp 5, 3 i ortsgrupp 4 och 6 i ortsgrupp 3. Vidare förutsättes att ingen av de befintliga befattningshavarna är berättigad till ålders tillägg under budgetåret 1959/60 samt att samtliga är berättigade till ett ålderstillägg under budgetåret 1966/67. Med den föreslagna lönegradsplaceringen skulle under angivna förutsättningar kostnaderna för ifrågakvarande personalkategorier beräknat efter nuvarande löneläge bli följande:

1959/60

biträdande länsläkare	(3 × 28 296)	84 888
länsköterskor	(3 × 17 016)	51 048
hälsovårdskonsulenter	(3 × 17 016)	51 048
	Summa	186 984

Om härjämte för varje län beräknas 1 kontorsbiträde i lönegrad 5, utan ålderstillägg, bör detta belopp ökas med

$(3 \times 9\,972 + 3 \times 9\,420 + 18 \times 8\,800)$ 218 016 kronor.

Härigenom skulle den totala ökningen av lönekostnaderna uppgå till $(186\,984 + 218\,016)$ 405 000 kronor.

Emellertid torde statsverkets nuvarande kostnader i samband med förste provinsialläkarnas verksamhet samtidigt kunna nedbringas med $\frac{3}{24}$ av expensanslaget åt förste provinsialläkare samt av anslaget för ersättning åt biträdande förste provinsialläkare, som avser de 3 län, vari länsläkarinstitutionen förutsättes helt utbyggd. Även i de övriga 21 länen, vari endast kontorsbiträde ställts till länsläkarens förfogande, synes expensmedlen kunna reduceras, förslagsvis till hälften av nu utgående belopp; ifrågavarande medel är ju avsedda att täcka även vissa utgifter, som kommer att kvarstå fastän frågan om skrivhjälp blivit löst. Kostnadsminskningen kan i enlighet med vad här anförts beräknas till följande belopp

$(12\,025 + 1\,737 + 42\,088)$ 55 850 kronor.

Nettoökningen för budgetåret i fråga skulle sålunda stanna vid

$(405\,000 - 55\,850)$ 349 150 kronor.

1966/67

biträdande länsläkare	$(3 \times 31\,068)$	93 204
	$(3 \times 30\,504)$	91 512
	$(17 \times 29\,952)$	509 184
länskköterskor	$(3 \times 19\,524)$	58 572
	$(3 \times 18\,780)$	56 340
	$(14 \times 18\,012)$	252 168
hälsovårdskonsulenter	$(3 \times 19\,524)$	58 572
	$(3 \times 18\,780)$	56 340
	$(18 \times 18\,012)$	324 216
Summa		1 500 108

Om härjämte beräknas 1 kontorsbiträde i lönegrad 5 för varje län samt 1 kanslibiträde i lönegrad 7 i 12 län, varav 3 i ortsgrupp 5, 3 i ortsgrupp 4 och 6 i ortsgrupp 3, samtliga med ett ålderstillägg, bör detta belopp ökas med

för kontorsbiträden	$(3 \times 10\,512)$	31 536
	$(3 \times 9\,924)$	29 772
	$(18 \times 9\,348)$	168 264
för kanslibiträden	$(3 \times 11\,640)$	34 920
	$(3 \times 11\,004)$	33 012
	$(6 \times 10\,356)$	62 136
Summa		359 640

För angivna personalkategorier skulle sålunda enligt dessa beräkningar den sammanlagda lönekostnaden 1966/67 uppgå till (1 500 108 + 359 640) 1 859 748 kronor.

Till här angivna lönekostnader skulle under hela utbyggnadsperioden årligen komma avlöning åt länsläkare med (24 × 36 288) 870 912 kronor. Samtidigt försvinner under utbyggnadstiden successivt anslaget för förste provinsialläkares expenser, som nu uppgår till 96 200 kronor, ävensom anslaget till biträdande förste provinsialläkare, 13 900 kronor.

Totalt skulle lönekostnaderna för institutionen vid full utbyggnad uppgå till

(1 500 108 + 359 640 + 870 912) 2 730 660 kronor mot för närvarande
(870 912 + 96 200 + 13 900) 981 012 kronor.

Kostnadsökningen skulle sålunda i detta hänseende utgöra
(2 730 660 — 981 012) 1 749 648 kronor årligen.

Även en preliminär uppskattning av rese- och traktamentskostnaderna för länsläkarinstitutionens befattningshavare vid full utbyggnad av organisationen är vanskelig att göra. I verkligheten torde omfattningen av res-tid och förrättningar komma att variera mycket i de skilda länen. Hittills gjorda erfarenheter ger föga ledning för en uppskattning, då det allmänt anses att förste provinsialläkares tid icke medgivit tjänsteresor i den utsträckning, som skulle varit önskvärd, och då någon direkt motsvarighet till de övriga befattningar, som är avsedda att ingå i institutionen, icke finns.

Efter samråd med några erfarna förste provinsialläkare m. fl. har vi i följande kostnadskalkyl räknat med att befattningshavarna i länsläkarinstitutionen i ett län av genomsnittstorlek kommer att årligen ägna i medeltal minst följande dagantal åt inspektionsverksamhet och andra förrättningar, nämligen länsläkaren och biträdande länsläkaren vardera 70 dagar samt länssköterskan och hälsovårdskonsulenten vardera 150 dagar.

Om man för länsläkare och biträdande länsläkare uppskattar rese- och traktamentskostnaden till i genomsnitt (40 + 60) 100 kronor per förrättningsdag och för länssköterska och hälsovårdskonsulent till i genomsnitt (30 + 20) 50 kronor per förrättningsdag skulle totalkostnaden härför under budgetåret 1966/67 kunna uppskattas till

för länsläkare	(24 × 70 × 100)	168 000
för biträdande länsläkare	(23 × 70 × 100)	161 000
för länssköterskor	(20 × 150 × 50)	150 000
för hälsovårdskonsulenter	(24 × 150 × 50)	180 000
för samtliga		659 000

eller i runt tal 650 000 kronor. Till jämförelse kan nämnas att motsvarande kostnader för ett 70-tal tekniker (distriktsingenjörer m. fl.) för närvarande enligt uppgift uppgår till ca 500 000 kronor per år.

Hur stort belopp, som bör anslås för anlåtande av särskilda experter, då så erfordras för att länsstyrelsen eller länsläkaren skall kunna taga ställning i vissa hälsovårdsärenden, kan icke på förhand närmare bedömas. Om man räknar med ett årligt belopp av i genomsnitt 2 000 kronor per län skulle kostnaden härför uppgå till $(24 \times 2\,000)$ 48 000 eller i runt tal 50 000 kronor.

Utöver här berörda kostnader för löner m. m. har man även att räkna med byggnadskostnader samt kostnader för möbler och annan utrustning. I dessa avseenden har här icke upprättats någon kostnadskalkyl, då det närmast torde ankomma på byggnadsstyrelsen och länsstyrelserna att verkställa härför erforderliga beräkningar i samband med bedömandet av andra uthygnadsbehov vid länsstyrelserna.

KAPITEL 7

Förslag om förstärkning av tjänsteläkarverksamheten och distriktsvården i landstingsområdena

Provinsiälläkarna behövs

Av redogörelsen i kap. 5 framgår, att läkarbristen samt det snabbt växande läkarbehovet i lasarettsvården i så hög grad försämrat möjligheterna att nyrekrytera provinsiälläkare, att hela provinsiälläkarinstitutionen skulle hotas till sin existens, i varje fall i vissa landsdelar, om denna utveckling finge fortsätta. I denna situation reser sig det spörsmålet om provinsialläkarinstitutionen över huvud taget kan och skall räddas. Detta problem har vi diskuterat i vår promemoria av den 19 november 1957, varur följande citat må hämtas:

Förhållandena inom provinsiälläkarväsendet har på många håll försämrats i sådan grad, att det rent av börjat uppstå tvivel på om det är möjligt att rädda provinsialläkarinstitutionen. Man har frågat om inte det enda som återstår är att låta den avvecklas för att i stället ersätta den med något annat.

I södra och mellersta Sverige har kommunikationernas utveckling nu nått så långt, att nästan hela befolkningen befinner sig inom ett avstånd från lasarett, som inte överstiger en timmes bilresa. Detsamma gäller om större delen av befolkningen i det norrländska kustlandet och även om en mindre, men växande, del av den norrländska inlandsbefolkningen.¹ Vid ett första betraktande kunde det då förefalla rimligt att överväga om man inte — i stället för att stärka tjänsteläkarvården och söka ge den större möjligheter att framgångsrikt konkurrera om läkarna — borde arbeta helt i linje med de utvecklingstendenser, som nu gör sig gällande och som bestämts av att lasaretten utövar en synnerligen stark attraktion på både läkare och patienter. Hela kroppssjukvården skulle då mera fullständigt byggas upp i anslutning till lasarettorganisationen.

Men börjar man tänka från sådana förutsättningar, gör sig snart också andra synpunkter gällande. Eftersom lasarettens kapacitet är helt otillräcklig även om man utgår från att det skall finnas en väl organiserad tjänsteläkarvård utanför sjukhusen, skulle denna otillräcklighet framstå såsom mycket mer utpräglad i en organisation, där tjänsteläkarvården efterhand avvecklades. Behovet av att bygga ut lasarettsvården skulle då framstå såsom ännu mycket större. Och därmed skulle den frågan resa sig, varför hela denna utbyggnad nödvändigtvis skulle behöva anknytas till de stora centrala byggnadskomplex, som de egentliga lasaretten utgör — och varför icke en del av behovet kunde tillgodoses genom att sjukvårdsresurser av något slag ställdes till förfogande också utanför lasaretten — detta bland annat för att hindra att de egentliga lasarettens mera avancerade specialistservice tages i anspråk för ändamål, för vilka den icke är avsedd. Härtill kommer — och detta är en avgörande synpunkt — hänsynen till människornas

¹ Jämför karta på s. 418.

behov av att läkarvårdsresurserna skall spridas och icke koncentreras mer än som är nödvändigt.

Har man kommit så långt, har man emellertid också funnit skäl att ompröva den ursprungliga frågeställningen. Varför skall man, då det under alla förhållanden behövs läkarvårdsresurser i offentlig regi utanför lasaretten, avveckla sådana vårdresurser, som redan finns? Skall man icke i stället bevara och stärka dem och söka få till stånd en integration eller mera intim samverkan mellan läkare vid och utanför sjukhus?

Till den frågan vill vi för vår del ge ett bestämt jakande svar. Vår svenska provinsialläkarinstitution, som har anor från 1600-talet, äger positiva värden av sådan betydelse, att den oundgängligen måste bevaras och stärkas. På landsbygden och i småsamhällena är det väsentligen den som ger garanti för att en allmänläkarvård och en familjeläkarinstitution finns tillgänglig. Och det är ju icke brist på efterfrågan som hotar dess existens. Det är ju tvärtom så att institutionen sviktar under trycket av en efterfrågan som vuxit mycket snabbt under det att resurserna upphört att öka sedan omkring 1950 och på flera håll — särskilt i övre Norrland — till och med blivit mindre under senare år.

Under sådana förhållanden kan det omöjligen te sig rationellt att låta provinsialläkarorganisationen successivt krympa för att efterhand ersätta den med något annat. Vilken institutionell form, som den i offentlig regi drivna läkarvården utanför sjukhus än får, måste dock de svårigheter avseende rekrytering och annat, som nu möter inom provinsialläkarväsendet, på något sätt övervinnas.

Att låta provinsialläkarinstitutionen leva och växa är, som vi funnit, så mycket mer nödvändigt som vi måste ge sjukvårdsorganisationen en sådan inriktning, att den fortsatta stegringen i investeringsbehov i görligaste mån begränsas. Och vi har likaledes funnit, att provinsialläkarinstitutionen har viktiga funktioner icke endast inom öppen kurativ vård utan även inom allmän hälsovård och socialmedicin, och att sådana uppgifter behöver tillgodoses bättre än som kan ske vid nuvarande arbetsbelastning för provinsialläkarna. Flera av dessa ytterligare funktioner är av sådan karaktär, att de icke lämpligen bör övertagas av en lasarettensanknuten organisation. I stora delar av Norrland är det för övrigt redan av rena avståndsskäl olämpligt att bygga en organisation enbart på lasaretten.

Däremot bör man låta lasarettsvården och provinsialläkarvården närma sig varandra organisatoriskt, systematiskt arbeta bort onödiga skiljemurar mellan sjukhus- och tjänsteläkarkårerna och efterhand åstadkomma en integration dem emellan.

För att rädda och stärka tjänsteläkarorganisationen och skapa möjligheter till en sådan integration mellan tjänsteläkarvård och sjukhusvård som nyss nämndes och till en mera rationell arbetsfördelning dem emellan krävs en hel serie av olika åtgärder. En del av dessa måste kunna verka på kort sikt. Andra är av mera långsiktig karaktär och får byggas ut successivt.

Förslag redovisade i vår promemoria av den 19 november 1957

I vår nyssnämnda promemoria om provinsialläkarkrisen av den 19 november 1957 framlade vi dels några egna förslag till omedelbara åtgärder och gav dels dessutom vårt stöd åt en rad ytterligare förslag, vartill medicinalstyrelsen och läkarorganisationerna tagit initiativet. Vissa av dessa

förslag avsåg rena krisåtgärder eller var eljest av mera kortsiktig natur. Andra var avsedda att representera en början till en mera långsiktig reformverksamhet, vars fortsatta utveckling skulle utformas i detta betänkande.

Följande förteckning upptar i kortfattad form alla de förslag, som vi förordade i denna promemoria:

1) Det är angeläget att förverkliga medicinalstyrelsens förslag om att omkring 20 svårbesatta distrikt i de fyra nordligaste länen skall kunna erhålla vikarier bland läkare, som fullgör sin värnpliktstjänst.

2) Läkarförbundet hade upptagit samarbete med sina systerorganisationer i Danmark och Norge i syfte att få till stånd en rekrytering av 50 danska och norska läkare per år under, till en början, de närmaste tre åren; härvid fick förutsättas samråd med grannlandsmyndigheterna i enlighet med den överenskommelse, som träffats härom inom nordiska rådet. Vidare planerade medicinalstyrelsen rekrytering av några tiotal utländska läkare per år tillhörande sådana specialiteter, för vilkas utövande krävs mindre omfattande kontakter med patienter och förmågan att fullständigt behärska svenska språket sålunda är mindre väsentlig än i andra fall, nämligen laboratorieläkare, röntgenläkare, narkosläkare, patologer och forskningsläkare. Dessutom räknade medicinalstyrelsen med ytterligare fortsatt immigration. Vi hälsade dessa planer med tillfredsställelse. Samtidigt erinrade vi om att å lasarett, inom provinsialläkarverksamhet och sjuksjukvård i april 1957 registrerats 410 tjänster, som var vakanta eller stod lediga på grund av sjukdom eller tjänstledighet (dock icke semester) och för vilka icke fanns särskilt förordnade vikarier med allmän behörighet att utöva läkaryrket.¹ Vi underströk att åtgärderna borde inriktas på att täcka hela denna uppenbara brist, i den mån den inte inom rimlig tid kunde undanröjas på annat sätt.

3) Medicinalstyrelsen hade vidare förordat väsentligt skärpta restriktioner i fråga om nya läkartjänster vid lasarett. Trots de stora svårigheter, som därigenom måste komma att vållas, tillstyrkte vi dessa skärpta restriktioner, som enligt vår uppfattning särskilt borde riktas mot sjukhusen i södra och mellersta Sverige. Vi hänvisade i sammanhanget till det utpräglade krisläget och vidare till att ökningen i antalet läkartjänster vid lasarett och vissa undervisningssjukhus under 1953—56 motsvarat icke mindre än två tredjedelar av läkarkårens hela ökning, vilket under rådande bristförhållanden starkt bidragit till att begränsa rekryteringsmöjligheterna inom provinsialläkarverksamheten.

4) Vi förordade ett anslag å 1 miljon kronor till 50-procentiga statsbidrag för anskaffning av 8 tvåläkarstationer. Detta förslag var avsett att vidga nuvarande försöksverksamhet, som visat att en väsentlig del av tjänsteläkarverksamheten borde successivt förläggas till två- och flerläkarstationer. Vi

¹ I oktober 1957 var antalet ca 480. Tjänster å icke öppnade lasarettssavdelningar o. d. är icke i någotdera fallet medräknade.

betonade, att härigenom bland annat vinnes, att den betungande jourtjänsten kan fördelas och att en nödvändig upprustning av läkarmottagningarna med erforderlig utrustning och medverkande personal kan åstadkommas till lägre kostnad än eljest. Vi hänvisade också till den utformning av en fortsatt utveckling av denna upprustning, som skulle komma att framläggas i detta betänkande.

5) Vi föreslog att 1,6 miljoner kronor skulle anslås för bidrag till betalning av mottagningshjälp åt provinsialläkare. Även här var det fråga om ett första led i nyssnämnda upprustning. Bidraget skulle utgå med 4 000 kronor per provinsialläkare och heltidsanställd mottagningshjälp (2 000 kronor för deltidсанställd mottagningshjälp) och som villkor skulle gälla, att mottagningshjälpen hade minst undersköterskekompetens. Beloppet var avsett att täcka bortåt halva lönekostnaden för mottagningshjälp hos 400 provinsialläkare med minst 3 500 konsultationer per år och arbetande i distrikt med minst 4 000 invånare.

6) Antalet beställningar som reservläkare föreslogs ökat från 30 till 60 med en merkostnad för staten av 150 000 kronor. För att underlätta rekryteringen, som hittills varit otillräcklig, föreslog vi i samband därmed sådan jämkning av villkoren, att även medicinare, som enligt medicinalstyrelsens uppfattning besutte s. k. extraläkarkompetens, skulle kunna komma i fråga som reservläkare. Vi förutsatte, att medicinalstyrelsen i sina årliga petita skulle beakta möjligheten till sådan ytterligare ökning av antalet reservläkarbeställningar, som med hänsyn till behov och rekryteringsmöjligheter kunde finnas rimlig. Som motivering för förslaget anförde vi bland annat, att varje reservläkare innebar möjlighet för två provinsialläkare att uttaga en månads semester.

7) Trots att de försök som hittills gjorts att åstadkomma ökad spridning av läkarnas semestrar över året lett till ringa resultat, förordade vi ytterligare försök i sådan riktning. Vi betonade att svårigheten givetvis bottnade i att den svenska sommaren är kort och att läkare med barn i skolåldern, lika väl som andra yrkesutövare i motsvarande situation, gärna vill ha en samlad »familjesemester» medan barnen är lediga från skolan. Men vi erinrade också om att det blivit allt vanligare att semestrar tillbringas i sådana sydliga länder, där klimatet är behagligare under vår och höst än under sommaren, och att det därför icke borde vara utsiktslöst att efterhand nå bättre resultat.

8) Vi understödde ett av medicinalstyrelsen i dess petita för budgetåret 1958/59 framlagt förslag om utvidgad rätt till ersättning för flyttningkostnader vad gäller svårbesatta distrikt i de fyra nordligaste länen.

9) Vi föreslog att den valfria delen av den assistenttjänstgöring, som skall föregå medicine licentiatexamen, även borde få kunna fullgöras i öppen tjänsteläkarvård.

10) Vi hälsade med tillfredsställelse, att läkarorganisationerna fattat be-

slut om att, från omkring 1960, för specialistkompetens i kliniska discipliner i allmänhet skall krävas bland annat ett halvt års tjänstgöring i öppen vård utanför sjukhus.

11) Vi framhöll angelägenheten av att — så snart så låter sig göra med hänsyn till den arbetsbelastning och bundenhet, som utmärker provinsialläkarnas arbete — ökade möjligheter beredes tjänsteläkare att genom periodisk tjänstgöring å sjukhus erhålla förnyade kontakter med det kliniska arbetet. Likaså betonade vi behovet av tätare arbetskonferenser mellan sjukhus- och tjänsteläkare.

12) Vi erinrade om att läkarorganisationerna vid preliminära diskussioner tagit ställning till förmån för en särskild »allmänläkarspecialitet» och underströk, att erkännandet av en sådan specialitet borde vara ägnat att ge ännu högre status åt en kvalificerad tjänsteläkarkår.

13) Det förslag som riksdagens revisorer framlagt om översyn av »blankettfloran» inom medicinalväsendet och som vunnit riksdagens stöd, hade föranlett medicinalstyrelsen att för ändamålet hemställa om viss förstärkning av sin personal till en årskostnad av ca 35 000 kronor. Med hänsyn till att en sådan översyn även måste ingå på de många bestämmelser och administrativa rutiner, som inverkar på »blankettfloran» och på läkarnas uppgiftslämnande, och dessutom nya sådana bestämmelser och rutiner ständigt tillkommer, förordade vi denna hemställan.

14) Vi fann det helt uteslutet, att en *isolerad* förändring av taxegrunderna för provinsialläkarverksamheten skulle komma till stånd på så sätt att provinsialläkarna erhåller ersättning efter sjukkassetaxan, som ligger omkring 46 procent högre än provinsialläkartaxan. Detta kunde medföra en kostnadsökning av storleksordningen 8 miljoner kronor motsvarande 14 000 kronor per provinsialläkare. Vi konstaterade dock samtidigt, att det onekligen föreligger ojämnheter i taxeavseende, i det att även sådana yngre läkare vid lasarett, som ännu icke uppnått sådana kliniska tjänstemeriter, som ordinarie provinsialläkare i allmänhet kan redovisa, och att till och med medicine kandidater, som tjänstgör på sjukhus, inte sällan kan erhålla ersättning efter sjukkassetaxan, vilket bidrar till att försämra möjligheterna att rekrytera provinsialläkare. Vi förordade därför att frågan om att undanröja sådana ojämnheter skulle upptagas i sitt samband med andra läkartaxefrågor på grundval av undersökningar, som pågår inom medicinalstyrelsen och riksförsäkringsanstalten. Vi betonade emellertid också, att hänsyn härvid fick tagas även till de finansiella konsekvenserna och särskilt till den risk för »saxningseffekter», som kunde föreligga, i synnerhet vid rådande knapphet på läkare.

15) Vi anmälde till sist, att frågan om i vad mån det erfordras en ökning av läkarutbildningskapaciteten, utöver vad som hittills planerats, relativt snart bör upptagas till prövning på grundval av nya prognoser för läkar-tillgången och läkarbehovet. Vi betonade i sammanhanget, att det i längden

icke kan accepteras, att vi i den betydande utsträckning som nu är fallet skall vara beroende av fortsatt läkarimmigration och dessutom vara tvungna att vidta hårda ransoneringsåtgärder.

De i novemberpromemorian redovisade förslagen vilar i stort sett på följande grundtankar:

a) En första förutsättning för att provinsialläkarkrisen skall bemästras och att tjänsteläkarverksamheten skall kunna byggas ut är att den allmänna läkarbristen effektivt motverkas.

b) Om också en bättre läkartillgång ger ökade möjligheter att lätta provinsialläkarnas arbetsbördor och minska deras isolering och bundenhet, är det dessutom nödvändigt att genom en rad andra åtgärder stärka provinsialläkarkarriärens relativa konkurrenskraft.

c) Dels som ett led i dessa strävanden men dels också för att öka möjligheterna för provinsialläkare att åta sig behandling av fall — även något mera komplicerade sådana — som nu i alltför stor utsträckning går till lasaretten men som ofta helt och i många andra fall delvis borde kunna tas om hand i en kvantitativt och kvalitativt förstärkt tjänsteläkarvård, är det angeläget att söka ge provinsialläkarkåren en ännu högre status och mera intima fortsatta kontakter med det kliniska arbetet och att dessutom mera allmänt låta provinsialläkarna få tillgång till lämpliga mottagningslokaler, erforderlig utrustning och medverkande personal.

d) För dessa syften måste, som tidigare sagts, också förutsättas att det blir ett mer utvecklat samarbete och en mera rationell arbetsfördelning mellan sjukhus- och tjänsteläkare.

De förslag om en mera långsiktig utformning av den för öppna vård avsedda tjänsteläkarorganisationen, som nu skall framläggas i detta och följande kapitel, vilar på samma grundtankar.

Dimensioneringen av tjänsteläkarorganisationens utbyggnad

Först skall här anges vissa allmänna förutsättningar som bör beaktas vid en uppskattning av tjänsteläkarverksamhetens utbyggnadsbehov.

Det trängande behov av förstärkning av den öppna läkarvården utanför sjukhus, som redovisats i kap. 5, bör enligt vår mening tillgodoses genom en utveckling både av tjänsteläkarverksamheten och privatpraktiken. Vi tror att människorna i detta avseende vill ha ett fritt konsumtionsval, och det förefaller vara alla skäl att i den utsträckning det är möjligt och rimligt skapa sådana förutsättningar, att detta önskemål kan tillgodoses.

Därför skall vid dimensioneringen av tjänsteläkarvården hänsyn tagas till förekomsten av privatpraktik och till privatpraktikens sannolika utveckling.

I det fria konsumtionsvalets princip ligger dessutom att det också i städer och även vad gäller läkarvård utanför sjukhus bör finnas möjlighet att

välja mellan taxebunden och icke taxebunden vård. Det kan icke anses rationellt, vare sig ur ekonomiska eller andra synpunkter, att den taxebundna öppna vård som erbjudes allmänheten i städerna, på flertalet platser väsentligen har karaktär av specialistvård på lasaretten och det sålunda icke *allmänt* finns någon taxebunden allmänläkarvård. Det får ihågkommas, att det för patienterna ofta är ekonomiskt förmånligt att bli intagna i slutna vård. En av förutsättningarna för att den öppna vården utanför sjukhus skall bli tillräckligt konkurrenskraftig för att hålla tillbaka ökningen i efterfrågan på öppen specialistvård vid lasaretten ligger i att denna öppna vård utanför sjukhus överallt erbjuder även ett taxebundet alternativ, som är tillräckligt dimensionerat.

Vad gäller landsbygden och småsamhällena föreligger emellertid tyvärr endast begränsade möjligheter att förverkliga denna princip om fritt konsumtionsval mellan taxebunden och icke taxebunden läkarvård. Även om man räknar med att privatpraktiken efterhand kommer att utveckla sig på många platser, där den hittills icke alls eller endast i mycket ringa grad varit representerad, och att den dessutom genom kommunikationernas fortsatta utveckling och urbaniseringen kommer att bli mindre svårtillgänglig än hittills för dem som nu är avlägset boende, så förefaller det dock helt orealistiskt att föreställa sig att de stora lokala och regionala ojämnheter i privatpraktikernas fördelning, som belysts i tidigare sammanhang, kommer att försvinna. Skall det vara möjligt att avsevärt minska de betydande lokala och regionala ojämnheter i tillgången på läkarhjälp, är det oundgängligt att tjänsteläkarverksamheten får kraftigt expandera.

Vidare får förutsättas att vi i efterföljande beräkningar utgår från den *huvudmannaskapsreform*, som berörts i kap. 2 och som närmare beskrives och motiveras i efterföljande kap. 8. Enligt vårt förslag härom skall provinsialläkare (utom förste provinsialläkare) samt de kommunalläkare, som väsentligen arbetar i öppen vård, successivt sammanföras till en enhetlig tjänsteläkarkår för öppen vård och denna enhetliga tjänsteläkarkår skall efterhand ställas under landstingens huvudmannaskap. Härigenom vinnes bland annat, att den avvägning mellan behovet av å ena sidan öppen specialistvård vid lasarett och å andra sidan tjänsteläkarverksamhet — en avvägning, som representerar en av de viktigaste utgångspunkterna för en bestämning av tjänsteläkarvårdens dimensionering — kommer till stånd genom organ, som har tillfälle att på nära håll studera dessa båda behov och jämföra dem med varandra.

Det får också understrykas, att de här framlagda beräkningarna icke är avsedda att vara bindande. Meningen är att utbyggnaden av tjänsteläkarvården skall komma till stånd genom en landstingsvis genomförd planering, som utföres under samverkan mellan vederbörande landsting samt medicinalstyrelsen och dess länsrepresentant länsläkaren. Denna planering skall resultera i *stomplaner* för hela sjukvården. Dessa skall bland annat

avse distriktsindelningen, som i åtskilliga fall behöver rationaliseras för att vårdresurserna skall bli bättre fördelade efter allmänhetens behov och från synpunkten av att arbetsbördorna för läkarna skall fördelas så jämnt som låter sig göra; vidare antalet en-, två- och flerläkarstationer och deras utrustning (jfr nedan) etc. Att statliga organ på detta sätt medverkar är betingat dels av att huvudmannaskapsreformen endast kan genomföras successivt men dels också av skäl, som har mera varaktig betydelse, främst att staten förutsättes lämna betydande finansiella bidrag och att det är angeläget att söka undgå alltför stora ojämnheter i fördelningen mellan olika landsting och vårdområden i fråga om tillgången på läkare och andra knappa resurser. *Dock skall någon fullständig uniformitet i organisationsplanerna icke eftersträvas.* Tvärtom är det angeläget, att de enskilda landstingen får frihet att rätta organisationen efter olikheter i fråga om lokala förutsättningar och behov och att de även i övrigt i rimlig utsträckning lämnas frihet att pröva skilda organisationsuppslag, som kan visa sig lovande. Det skall med andra ord göras möjligt att utnyttja de fördelar, som en decentraliserad organisationsform kan ge. En av dessa fördelar ligger erfarenhetsmässigt i att flera förvaltningsledning, särskilt när de var för sig har nära kontakt med behoven »ute på fältet», tillsammans många gånger kan åstadkomma flera goda idéer och kan ta snabbare initiativ än vad även den bästa centralistiska ledning förmår, trots att denna har förmånen av en mera allmän översikt och bör ha större möjligheter att till sig knyta experter på speciella sidor av problemen. En sådan frihet — inom ramen för ett intimt samarbete med ansvariga statliga organ, vilkas godkännande bör inhämtas i frågor av väsentlig betydelse och principiell räckvidd och särskilt när medicinska överväganden är av avgörande betydelse — bör kunna verka i hög grad stimulerande och dessutom ge tillfälle till värdefulla jämförelser mellan alternativa organisationsformer, vilkas relativa företräden ofta icke kan bestämmas på annat sätt än genom praktiska prov.

Från flertalet landstingsdirektörer har vi, såsom nämndes i kap. 5, inhämtat upplysningar om hur de skulle tänkt sig en utbyggnad av tjänsteläkarvården under förutsättning av att det icke föreligger någon läkarbrist och att det kommer till stånd en huvudmannaskapsreform av det slag, som närmare beskrives i kap. 8. Till dessa överväganden har emellertid landstingen själva i regel icke tagit ställning och även om de gjorts bekanta för medicinalstyrelsen kan de icke alls sägas vara resultatet av något samråd, vari även statliga organ medverkat. De företer sinsemellan stora avvikelser. Även om vissa av planerna skulle komma att i stort sett fastställas vid en gemensam stomplanering av det slag vi här tänkt oss, får man utgå ifrån att det i andra fall blir fråga om väsentliga omarbetningar. Likväl skall i fortsättningen viss hänsyn tagas också till dessa kalkyler.

Vi har icke verkställt någon närmare undersökning av hur stor del av den öppna lasarettsvården, som består av sådana fall, vilka lämpligen helt eller delvis kan och bör tas om hand av en kvantitativt och kvalitativt förstärkt tjänsteläkarverksamhet. I och för sig skulle en sådan undersökning vara av värde, men någon mera verkligt relevant bestämning av denna andel kan icke göras annat än på grundval av en erfarenhet om vad en kvantitativ och kvalitativ utbyggnad av tjänsteläkarverksamheten och ett mera utvecklat samarbete mellan sjukhus- och tjänsteläkare i praktiken kan få för resultat i detta hänseende.

Om det sålunda av flera skäl stöter på stora svårigheter att nu beräkna storleken av den erforderliga utbyggnaden av tjänsteläkarverksamheten, är det å andra sidan nödvändigt att man, så långt det går på grundval av nu föreliggande material, ändå söker göra sig en så rimlig föreställning härom som möjligt. Man får naturligtvis reservera sig för möjligheten, att verkligheten under loppet av den 10-årsperiod, som vi här skall räkna med, kommer att avvika från beräkningarna, men det hindrar inte, att man ändå måste söka bilda sig en uppfattning om den sannolika storleksordningen av de kostnader för samhället och de anspråk på reala resurser i fråga om läkare och annat, som här ifrågavarande utbyggnadsbehov skulle kräva. För övrigt kan inte ens den mest fullständiga kunskap ge en alldeles entydig ledning. Det är också en fråga om vad man vill. Med andra ord: man måste alltid, vare sig man gör det klart för sig eller ej, utgå från vissa värdepremisser, t. ex. avseende frågan huruvida och i vilken grad man önskar möjliggöra en utjämning av de stora skillnader i fråga om konsumtion av läkarvård per invånare, som befunnits föreligga mellan mera landsbygdsbetonade och mera urbaniserade regioner (jfr kap. 5). Vi anser det vara angeläget att någonting göres för att minska eftersläpningen för landsbygd och småsamhällen i fråga om tillgången till närbelägna och goda sjukvårdsresurser.

Kunde man räkna med möjligheten att under loppet av en 10-årsperiod ställa till förfogande så stora resurser i fråga om läkare och annat, att ett mera exakt beräknat behov kunde fullständigt tillgodoses, skulle de beräkningssvårigheter, som vi här berört, likväl vara av betydelse. I verkligheten kan vi emellertid icke utgå från så gynnsamma förutsättningar. *I dimensioneringen av det program, som i det följande skall framläggas, har det varit nödvändigt att ta så stor hänsyn till begränsningar i fråga om tillgången, att det näppeligen kan föreligga någon risk för att detta program kan komma att te sig överdimensionerat ur behovssynpunkt.* Däremot föreligger den motsatta risken. Det praktiskt viktigaste problemet ligger under alla förhållanden i svårigheten att åstadkomma en tillgång, som räcker ens för en mycket försiktigt beräknad målsättning.

Med hänsyn till de stora latent behov, som av allt att döma finns på landsbygden och i småsamhällena, och sannolikheten av att sådana latent

behov enligt all erfarenhet snabbt aktualiseras i den mån rikligare och bättre resurser ställs till förfogande, får man utgå från att de beräknade kostnadsuppgifter, som i fortsättningen kommer att framläggas, till stor del kommer att avse en nettoökning. Dock bör samtidigt kunna vinnas en icke oväsentlig besparing i fråga om behovet av resurser i öppen lasarettsvård — nämligen såtillvida, att den erforderliga fortsatta utbyggnaden av denna vård bör kunna bli mindre än eljest. Även om storleken av denna besparingspost icke kan anges, är det dock skäl att i det följande hålla dess existens i minnet.

Efter denna diskussion av vissa beräkningsförutsättningar, föreligger det anledning att pröva olika utgångspunkter för en uppskattning av utbyggnadsbehovet och se vart det leder.

Med hänsyn till att konsultationsantalet per 100 invånare i vissa landsbygdsbetonade regioner är föga mer än hälften så stort som i storstadsområdena (jfr kap. 5), och att en renodlad redovisning av enbart landsbygd och småsamhällen sannolikt skulle ha gett vittnesbörd om en ännu större skillnad, kunde det förefalla, som om den del av den nya tjänsteläkarorganisationen, som motsvarar nuvarande provinsialläkarkår, skulle behöva byggas ut med bortåt 100 procent — och detta desto hellre, eftersom man får utgå från att även storstadsbefolkningens sjukvårdskonsumtion kommer att fortsätta att stiga under loppet av den utbyggnadsperiod vi här räknar med. Det skulle innebära bortåt 600 nya tjänster avsedda för befolkningen på landsbygden och i småsamhällena, vartill skulle komma ytterligare en ökning avseende den del av tjänsteläkarkåren, som motsvarar nuvarande kommunalläkarkår.

Ytterligare ett argument kan anföras för en utbyggnad av liknande storleksordning. Som framgått av kap. 5 ökade antalet läkare vid lasarett med drygt 60 procent under 8-årsperioden 1948—55. Det motsvarar mer än 80 procent per årtionde. Nu är det, som framgått av referatet av förslagen i vår novemberpromemoria, vår uppfattning, att den fortsatta ökningen i antalet lasarettstjänster under en övergångstid skall avsevärt reduceras genom hårda restriktioner. Men i den mån så sker kommer belastningen på den öppna läkarvården utanför sjukhus att stiga ännu snabbare än eljest. För övrigt är ju ett av de viktigaste motiven för den förstärkning av tjänsteläkarorganisationen, som det här gäller, just att en ökad andel av den totala öppnavårdsvolymen skall kunna tas om hand av läkare utanför sjukhus. Det kunde därför förefalla, som om tjänsteläkarkåren borde byggas ut i en takt, som minst motsvarar den aktuella tillväxtbenägenhet, vilken iakttagits beträffande lasarettens läkarkår.

Sådana höga dimensioneringsalternativ får emellertid omedelbart lämnas åsido, ty även utan en närmare prövning av i vad mån de ur andra synpunkter kan framstå såsom realistiska, är det dock redan från början

klart, att en så omfattande utbyggnad av tjänsteläkarvården icke kan åstadkommas inom loppet av 10 år.

Å andra sidan bör rimligen det kravet ställas, att ökningen i antalet tjänsteläkarbefattningar skall vara procentuellt *minst* lika stor som den procentuella ökningen av hela läkarkåren. Den ökning av läkarkåren, som den nuvarande läkarutbildningskapaciteten ger — om man icke räknar med någon fortsatt läkarimmigration — blir enligt föreliggande, inom medicinalstyrelsen utförda beräkningar omkring 37 procent under det närmaste årtiondet. I verkligheten får man utgå från att det blir en åtminstone något större ökning, eftersom viss läkarimmigration kommer att fortsättningsvis pågå; därför bör siffran jämnas av uppåt till i varje fall 40 procent.

Om antalet tjänsteläkarbefattningar skall motsvara en oförändrad andel av hela läkarkåren, bör de sålunda öka med ca 40 procent under närmaste 10-årsperiod. Eftersom det för närvarande finns omkring 750 sådana tjänsteläkarbefattningar i landstingsområdena, som denna utbyggnad skulle avse (drygt 600 provinsialläkartjänster och nära 150 kommunalläkartjänster, sedan i sistnämnda fall avdrag gjorts för en kommunalläkartjänst i varje stad med över 20 000 invånare och för samtliga övriga kommunalläkartjänster i landstingsfria städer), skulle det betyda 300 nya tjänster.

Redan en sådan utbyggnad med i genomsnitt 30 tjänster per år under en 10-årsperiod kommer att efterhand medföra en väsentlig förbättring och detta särskilt för befolkningen på landsbygden och i de mindre samhällena. I synnerhet gäller detta om det samtidigt lyckas att minska vakansfrekvensen — och detta måste vara en förutsättning, ty annars vore det föga mening med att öka antalet tjänster i denna utsträckning; det problemet skall vi för övrigt återkomma till i det följande. Det får också i sammanhanget beaktas, att folkmängden på landsbygden och i småorterna kan förväntas fortsätta att minska (jfr nedan). Dessutom förutsätter vi, att tjänsteläkarna mera allmänt skall erhålla goda och tillräckligt rymliga mottagningslokaler samt tillräcklig utrustning och arbets hjälp, vilket allt bör medverka till att effektivisera deras arbete.

Ändå måste detta utbyggnadsalternativ betecknas såsom synnerligen måttligt, särskilt i betraktande av att tjänsteläkarverksamhetens utveckling i hög grad släpat efter under 50-talet och att detta medfört en allt starkare överbelastning. Den snabba utjämning som tycks pågå mellan land och stad i fråga om levnadsvanor och kulturmönster, talar för att en fortsatt efterfrågestegring med lätthet kan absorbera en ökning av resurserna inom tjänsteläkarverksamheten av en storleksordning något överstigande en läkartjänst per år och landsting. Det förefaller i själva verket föga sannolikt att detta kan räcka för att mera avsevärt minska skillnaden mellan land och stad i fråga om sjukvårdskonsumtion per invånare. Inte heller synes det antagligt, att det kan tillgodose önskemålet om att arbets-

fördelningen mellan sjukhus och tjänsteläkare skall förskjutas på sådant sätt, att tjänsteläkarna får hand om en väsentligt ökad andel av vårdvolymen; däremot kan det åtminstone hämma en fortsatt förskjutning i motsatt riktning. Till sist må erinras om att antalet läkarkonsultationer per sjukkasemedlem under tidsperioden 1942—1955/56 ökat i en takt motsvarande 66 procent per årtionde och att ökningsbenägenheten av allt att döma fortfarande är mycket stark.

Dessa skäl talar för att antalet tjänsteläkarbefattningar under det närmaste årtiondet egentligen borde öka proportionsvis snabbare, än vad vi här nyss förutsatt.

Emellertid finner vi anledning att i de kostnadskalkyler, som anföres i det följande, likväl i stort sett stanna vid nyssnämnda måttfulla utbyggnadsalternativ. Det får på nyss anförda grunder betecknas såsom ett *minimalalternativ*. Därest det under loppet av 10-årsperioden visar sig, att det trots allt går att nå längre, bör sådana möjligheter också tillvaratagas av de ansvariga organen. Men svårigheten att övervinna läkarbristen gör att vi icke nu vågar bedöma dylika möjligheter såsom realistiska. Det blir svårt nog att skapa sådana förutsättningar att ens minimalalternativet kan förverkligas. Ansträngningarna får därför i första hand inriktas på denna uppgift. Till det skall vi återkomma i följande avsnitt.

Dessutom har vi det mycket starka skälet att förorda nyssnämnda minimalalternativ, att det visar sig väl överensstämmande med de andra beräkningar av utbyggnadsbehov, som hittills företagits.

I första hand vill vi härvid hänvisa till att medicinalstyrelsen i sin arbetskraftsutredningens betänkande (SOU 1955: 34) framlagda beräkning av läkarbehovet 1965 angav behovet av provinsialläkare (exklusive förste provinsialläkare) nämnda år till 860, vilket är ca 260 eller 43 procent mer än i början på 1957 (ca 600). I fråga om kommunalläkare, privatpraktiker o. d. räknade medicinalstyrelsen med en sammanlagd ökning å 60 procent mellan 1950 och 1965. Appliceras denna siffra enbart på de kommunalläkare, som förutsättes komma att inbegripas i den gemensamma tjänsteläkarkåren för öppen vård i landstingsområdena, skulle det betyda, att det 1965 skulle erfordras 176 sådana tjänsteläkare eller 30 fler än 1957. Den sammanlagda ökningen från 1957 skulle sålunda utgöra 290, d. v. s. i det närmaste 300, motsvarande ca 40 procent.

I denna kalkyl utgick medicinalstyrelsen i fråga om provinsialläkare från den i Sverige hävdvunna — men icke på långt när förverkligade — normen en »allmänläkare» per 4 000 invånare av landsbygdsbefolkningen och från en prognos, enligt vilken folkmängden å landsbygd och i sådana småstäder, som brukar vara inbegripna i provinsialläkardistrikt, skulle komma att sjunka till 3 430 000 år 1965 (jämfört med 3 850 000 år 1950). Denna norm, som också användes i medicinalstyrelsens tidigare öppnavårdsutredning (SOU 1948: 14), anses vara låg och brukar motiveras med

omöjligheten att med den otillräckliga svenska läkartillgången nå bättre standard; internationellt sett är vanligt att räkna med väsentligt högre normer, t. ex. en allmänläkare per 2 000 invånare. Vad gäller stadsläkare och privatläkare (samt militärläkare, av vilka flertalet förutsättes ägna större delen av sin tid åt privatpraktik) utgick medicinalstyrelsen från att normen en läkare på 2 500 invånare skulle bli uppnådd 1965; den tidigare öppnavårdsutredningen hade för städernas del räknat med normen en »allmänläkare» per 3 000 invånare.¹

Vidare föreligger resultatet av den av oss företagna enkät, till vilken 21 landstingsdirektörer lämnat uppgift om i vilken grad antalet tjänsteläkarbefattningar enligt deras mening borde ökas under närmaste 10-årsperiod under förutsättning av att huvudmannskapet för öppen vård genom tjänsteläkare överflyttades till landstingen. Även dessa uppskattningar ger, såsom nämnts, ett ökningstal å 40 procent. Nu befinner, såsom tidigare framgått, vid granskning av de enskilda uppgifterna, att de grundläggande beräkningarna verkställts från olika utgångspunkter. I flera fall vilas de på en omsorgsfull genomgång av behoven inom olika delområden, men i andra fall torde uppskattningarna vara mera lösa; landstingsdirektörer får förutsättas väl kända förhållandena inom sina områden och i en del fall har de samrått med vederbörande förste provinsialläkare — liksom med representanter för sjukvårdsstyrelser — men de har dock icke själva haft något ansvar för tjänsteläkarorganisationen och dess utveckling. Det visar sig, att olika uppgiftslämnare räknat med starkt varierande procentuella ökningstal och att dessa variationer icke alltid är av den karaktären, att de redovisade ökningstalen är högre inom de län där eftersläpningen på allmänna grunder kan antagas vara större och vice versa. Vid en summering av samtliga dessa inkomna 21 uppgifter har emellertid sådana ojämnheter i bedömningen i större eller mindre grad automatiskt utjämnats.

I missivet till enkäten begärdes, att hänsyn vid bedömningen skulle tagas till möjligheten att få behovet av öppen vård tillgodosett genom privatpraktiker. Vidare har hänsyn tagits endast till tjänsteläkarnas nuvarande arbetsuppgifter. Sålunda har man givetvis icke kunnat beakta sådana ytterligare arbetsuppgifter, som — efter vad mentalsjukvårdsdelegationen nu är i färd med att överväga — framdeles kan komma att anförtros tjänsteläkarna.

Från tre olika utgångspunkter har vi sålunda kommit till samma ökningstal, nämligen 40 procent motsvarande 300 nya tjänster. Vid granskningen av var och en av dessa utgångspunkter för beräkningen har vi funnit, att det erhållna resultatet representerar ett minimibehov. Detta gäller i desto högre grad, om man tar hänsyn till att den egentliga utbyggnaden i enlighet med förevarande förslag icke kan påbörjas förrän 1959 och sålunda skulle vara genomförd först vid ingången av 1969. Medicinalstyrel-

¹ Jfr SOU 1948: 14, s. 254 o. f.; se även SOU 1955: 34, s. 165.

sens behovsberäkning avser emellertid 1965 och landstingsdirektörernas kalkyler åsyftar perioden 1956—66; under de år som skulle återstå till 1969 kan en fortsatt stegring i efterfrågan förväntas.

Det bör understrykas, att de angivna siffrorna avser antalet *tjänster*. Med hänsyn till det omfattande vakansproblemet bör antalet läkare, som är fast knutna till här ifrågavarande öppnavårdsorganisation öka med omkring 400. Under den tidigare delen av perioden är det givetvis i första hand angeläget, att vakansproblemet någorlunda bemästras. Därför bör ökningen i antalet tjänster då vara lägre än 30 per år. Omkring 1962—63, då man — på grund av att läkarutbildningens förkortning från normalt 8 till normalt 7 år — räknar med att en dubbel »årskull» av läkare blir färdig, bör ökningen i antalet tjänster vara särskilt stor. Sålunda kan man t. ex. tänka sig följande takt i inrättandet av nya tjänsteläkarbefattningar:

Budgetår

1958/59 (enl. förslag i vår novemberpromemoria om bitr. läkartjänster å 8 tvåläkarstationer)	8
1959/60	10
1960/61	20
1961/62	40
1962/63	55
1963/64	55
1964/65	40
1965/66	30
1966/67	22
1967/68	20
	Summa 300

Såvitt nu kan bedömas blir det särskilt svårt att rekrytera nya tjänster under de första åren. Att helt avstå från att inrätta nya tjänster till dess verkningarna av den »dubbla årskullen» gör sig gällande omkring 1962/63 synes dock icke vara lämpligt. På sätt som i det följande beskrivs är nämligen den föreslagna utbyggnaden avsedd att förenas med en successiv betydande övergång till ett system med två- och flerläkarstationer. Sådana stationer, som förses med lämpliga och tillräckligt rymliga lokaler samt med utrustning och arbetshjälp och som möjliggör en jämnare fördelning av bland annat jourtjänsten, bör vara ägnade att höja tjänsteläkarbanans attraktivitet och inrättandet av sådana stationer bör därför komma i gång så snart som möjligt. Vi räknar därför i fortsättningen i våra kostnadskalkyler med att utbyggnaden under de första åren bedrivs i den takt som här nyss angivits. Särskilt för den senare delen av perioden blir det emellertid anledning att framdeles ompröva utbyggnadstakten i ljuset av de erfarenheter om efterfrågeutveckling och förutsättningar i övrigt, som efterhand insamlas. Fortsätter den acceleration i efterfrågestegringen, som hittills framträtt, kan det även under senare delen av 60-talet göra sig gällande

betydande rekryteringssvårigheter. Å andra sidan kommer en sådan snabb efterfrågestegring att göra det desto mer angeläget, att åtgärder vidtages för att möjliggöra en ännu starkare utbyggnad under denna del av perioden, än vad som förutsatts i det nyss återgivna sifferexemplet. Bemanningproblemet behandlas närmare i efterföljande avsnitt.

Särskilt under de första åren bör utbyggnaden framför allt avse Norrland samt de delar av Göta- och Svealand, som icke ligger i närheten av sådana storstäder och universitetsstäder, vilka har relativt god läkartillgång.

Åtgärder för att motverka läkarbristen

För att den av oss föreslagna ökningen i tjänsteläkarkåren under en 10-årsperiod med i genomsnitt 30 tjänster och omkring 40 tjänsteinnehavare per år skall kunna komma till stånd, måste två förutsättningar vara uppfyllda. Den ena är att läkartillgången blir sådan, att den räcker *även* för detta behov — och det till och med i landsdelar med särskilt utpräglade rekryteringssvårigheter. Den andra förutsättningen, som närmare skall behandlas i ett följande avsnitt, är att tjänsteläkarverksamheten även i fråga om annat än antalet läkare får en sådan upprustning, att den erhåller större möjligheter att hävda sig i konkurrensen om läkarkrafterna.

Det har tidigare framgått, att *bruttotillskottet* av provinsialläkare under 1951—56 utgjorde 22 per år. Inräknas kommunalläkarkåren i landstingsområdena, torde motsvarande siffra ha legat vid omkring 30. Ändå har tjänsteläkarkåren under denna period varit ungefär stationär. En beräkning grundad på hela tjänsteläkarkårens åldersfördelning, som befunnits vara oförmånlig (jfr kap. 5), ger vid handen, att det enbart för att ersätta avgång på grund av pensionering eller dödsfall under de närmaste åren erfordras ett tillskott av omkring 28 läkare per år. Skall dessutom antalet till tjänsteläkarbefattningen mera fast knutna läkare ökas med ungefär 40 per år, skulle tydligen erfordras ett årligt bruttotillskott av omkring 65—70.

Ytligt sett kunde det förefalla, som om den ökning av tjänsteläkarkåren, vilken enligt det här framlagda minimiprogrammet erfordras, mycket väl skulle kunna rymmas inom ramen för de ökade årliga tillskott till hela läkarkåren, som den utvidgade läkarutbildningskapaciteten kommer att ge. I förhållande till den årliga ökning i det totala läkarantalet, som erhålles enbart med hjälp av våra egna läkarutbildningsresurser (sålunda utan någon fortsatt immigration) och som beräknas till omkring 235 per år fram till 1970, skulle den årliga genomsnittliga ökningen i antalet tjänsteläkarbefattningar (30 per år) endast utgöra 13 procent. Under 40-talet ökade antalet tjänsteläkarbefattningar med omkring 22 per år motsvarande 13 procent av läkarkårens ökning (ca 165 per år). Men på grund av ökningen i vakanserna blev den faktiska ökningen i tjänsteläkarkåren

mindre än som nyss angavs. Samtidigt är att märka, att det under den kommande 10-årsperioden i första hand gäller att eliminera vakansproblemet eller åtminstone bringa ned det till mera rimliga proportioner. Det betyder, att den andel av läkarkårens ökning, som skulle tas i anspråk för att bygga ut tjänsteläkarkåren, behöver stiga väsentligt mera eller från grovt räknat 10 procent under 1940-talet till ca 17 procent under det närmaste årtiondet; det senare talet reduceras dock i den mån man räknar icke blott med den ökning av läkarkåren, som nuvarande utvidgade läkarutbildningskapacitet kommer att ge, utan även med en fortsatt läkarimmigration (jfr nedan).

Vi har tidigare konstaterat, att lasarett och undervisningssjukhus tar i anspråk en mycket betydande del av läkarkårens ökning — inte mindre än två tredjedelar under åren 1953—56. Och anspråken från detta håll kan förväntas stiga ytterligare, bland annat på grund av de avsevärda lättnader i fråga om byggnadsregleringen, som trätt i kraft från och med 1958, och även med hänsyn till huvudmännens önskan att få till stånd respektive bygga ut psykiatriska lasarettskliniker. Därtill kommer de snabbt växande och mycket angelägna krav på ytterligare läkarkrafter, som framträder inom mentalsjukvården i övrigt. Även inom forskning, undervisning, administration och på andra områden gör sig en stigande efterfrågan gällande. Ser man på totalsiffrorna bekräftas intrycket av att den *acceleration* i efterfrågan på läkare, som i stort sett förmärkts under 1900-talet och även tidigare¹, i hög grad gjort sig gällande även under senare år. Vi hänvisar till följande siffror, som delvis återgivits redan i kap. 2 och 5:

Årlig ökning i antalet läkare under

1931—40.....	84
1941—47.....	136 ²
1948—53.....	180
1954—57.....	230

Som tidigare framgått har den accelererande ökningen i tillgången sedan 1940 icke hindrat, att det uppstått en brist, som efterhand blivit allt svårare. Under 1957 torde ökningen i tillgången — att döma av preliminära uppgifter — ha uppgått till mer än 300. Trots det har, såsom tidigare framgått, antalet sådana vakanser (vari i detta fall medräknats även tjänster som står lediga på grund av ordinarie innehavarens sjukdom), vilka icke uppehålls av vikarie med allmän behörighet, ökat från 410 i april 1957 till 480 i oktober 1957 — häri icke medräknat sådana vakanser, som avser ännu ej öppnade lasarettsavdelningar eller tjänster, som ansetts onödiga.

¹ Jfr t. ex. statistisk årsbok, årgång 1932, s. 69.

² För 1947 (liksom för senare år) har här medräknats utländska läkare förordnade av medicinalstyrelsen men utan allmän behörighet. Antalet sådana läkare har ej registrerats för tidigare år. År 1940 torde antalet ha varit mycket obetydligt. Beräknas emellertid den årliga ökningen under 1941—47 exklusive sådana läkare, blir talet 126.

Även under senare år har sålunda efterfrågeutvecklingen visat ännu starkare acceleration än tillgångsökningen. Under 1954—57 ställde den krav på en nettoökning av mer än 230 läkare per år. Det är uppenbart att den nettoökning av läkarkåren å i genomsnitt ca 235 per år, som kan förväntas komma till stånd under 1958—70 enbart genom den vidgade läkarutbildningskapaciteten och sålunda utan ytterligare läkarimmigration, icke kan räcka för att dels tillgodose en fortsatt efterfrågestegring motsvarande denna erfarenhet och dels eliminera den synbara brist å bortåt 500 läkare, som registrerades i oktober 1957. Och på 70-talet kommer motsvarande tillgångsökning, vid oförändrad utbildningskapacitet och utan läkarimmigration, att reduceras till ca 190 per år.¹ Skulle efterfrågeutvecklingen, i enlighet med all praktisk erfarenhet hittills, fortsätta att accelerera, kommer nuvarande utbildningskapacitet att te sig än mer otillräcklig.

Om läkarkåren 1965 skall nå den storlek, som enligt den av medicinalstyrelsen i arbetskraftsutredningen framlagda behovskalkylen då skulle erfordras (8 500), behöver den öka med ca 290 per år under 1958—65.

Det finns icke något som helst erfarenhetsmässigt stöd för antagandet, att den nuvarande läkarutbildningskapaciteten kommer att förslå både för alla andra krav och dessutom för att ge utrymme för en förstärkning av tjänsteläkarorganisationen enligt det minimiprogram, som här uppställts.

Inte ens den bästa organisation blir annat än en papperskonstruktion, om den inte kan bemannas med läkare och annan erforderlig personal. Skapas inte de förutsättningar, som måste vara uppfyllda, för att vakansproblemet inom provinsialläkarverksamheten skall kunna undanröjas eller åtminstone bringas ned till mera rimliga proportioner och därutöver 30 nya tjänsteläkarbefattningar per år skall kunna besättas, blir det uppenbarligen meningslöst att inrätta så många nya tjänster. Men avstår man från att söka någorlunda fullständigt förverkliga det minimiprogram, som här framlagts, får man i motsvarande grad också finna sig i att även på längre sikt ha kvar de olägenheter som motiverat detta program: sålunda att tjänsteläkarna även fortsättningsvis kommer att vara överbelastade med arbete och att denna överbelastning kommer att bidra till att hålla nere nyrekryteringen, så att förödelsen av tjänsteläkarinstitutionen fortskrider; att befolkningen på landsbygden och i småsamhällena liksom hittills kommer att vara väsentligt sämre ställd i fråga om tillgången till läkarhjälp på någorlunda nära håll, än som skulle vara nödvändigt; att lasarettens specialistresurser i stor utsträckning kommer att belastas med fall, som borde kunna tagas om hand av tjänsteläkare etc.

Vi räknar därför med att det skall skapas de förutsättningar, som måste tillgodoses, för att minimiprogrammet skall kunna fullt ut förverkligas. Beräknade de konkreta åtgärder, som erfordras för detta ändamål, hänvisar vi i första hand till vad vi anfört i vår novemberpromemoria, vars för-

¹ Jfr 1955 års läkarutbildningsutrednings betänkande SOU 1956: 34, s. 16—17.

slag sammanfattats ovan. I fråga om vissa av de viktigare åtgärderna, som berördes i denna promemoria, skall vi här återupprepa och något närmare precisera våra synpunkter.

De väsentligt skärpta restriktioner gentemot tillskapandet av nya läkartjänster vid lasarett, som särskilt skall avse sjukhusen i södra och mellersta Sverige, ter sig numera ännu svårare än i november 1957 att göra fullt effektiva, eftersom byggnadsregleringen avsevärt luckrats upp; som vi framhöll i vår novemberpromemoria är det ofrånkomligt, att nya sjukhus och avdelningar får sina läkare. Dessutom har vi funnit att vakansproblemet vid lasaretten numera ter sig ännu mer omfattande, än vad som framgick av de uppgifter, som var tillgängliga, när novemberpromemorian skrevs; det krävs ett läkarantal motsvarande läkarkårens hela ökning under omkring ett år redan för att två tredjedelar av alla läkartjänster vid kroppssjukhusen, som nu står vakanta eller vilkas innehavare är borta på grund av tjänstledighet eller sjukdom, skall erhålla ordinarie innehavare eller vikarier, som är läkare med allmän behörighet.

Härtill kommer, såsom framhölls i novemberpromemorian, att undervisningssjukhusens utbyggnad måste fullföljas. Det är likaledes nödvändigt att motverka eftersläpningen inom mentalsjukvården, åldringssjukvården, vården av långvarigt kroppssjuka och rehabiliteringen och att någorlunda söka tillgodose de krav på läkartjänster vid kroppssjukhus, som föranledes av sådana behov. Och vi vill återigen understryka, att dessa restriktioner under alla förhållanden kommer att vålla svåra olägenheter. Lasaretten representerar en viktig grundval i kroppssjukvårdsorganisationen. Moderna utrednings- och behandlingsmetoder ställer krav på ett väsentligt större antal läkare vid lasaretten, än som tidigare erfordrades. Som framgått av kap. 5, föreligger alltså i landsorten omfattande eftersläpande utbyggnadsbehov inom lasarettens specialistvård. Även i storstäderna framföres angelägna krav på ytterligare läkartjänster vid kroppssjukhusen.

Men hur viktiga många sådana anspråk än är, kan det ändå inte accepteras, att expansionen vid lasaretten lägger beslag på så stor del av läkarkårens ökning, att tjänsteläkarverksamheten hålls tillbaka. Så länge nuvarande extrema läkarbrist består, är därför dessa skärpta restriktioner nödvändiga. Som vi framhöll i novemberpromemorian får det ankomma på huvudmännen att i vissa fall till och med underlåta att omedelbart besätta lediga tjänster med ordinarie innehavare eller vikarier, t. ex. då en avdelning på grund av brist på sjuksköterskor eller av andra anledningar hålls stängd.

Vi menar sålunda, att dessa restriktioner måste göras så hårda som överhuvud taget är praktiskt rimligt. Å andra sidan låter det sig knappast göra att vidmakthålla dem under mer än en övergångstid, innan läkartillgången genom andra åtgärder hunnit bli mera tillfredsställande. Och när de fram-

deles börjar mjukas upp, kommer det sannolikt att visa sig, att det ackumulerats ett mycket stort behov av nya läkartjänster vid lasaretten.

I fråga om *läkarimmigrationen* är att märka, att läkarförbundets mycket tacknämliga initiativ att i samarbete med sina systerorganisationer i Danmark och Norge medverka till en rekrytering av 50 danska och norska läkare per år under, till en början, tre år, är förbundet med det villkoret, att annan läkarimmigration reduceras till ett minimum. Skulle detta villkor godtagas, betyder det att det knappast blir någon nämnvärd ökning i förhållande till det tillskott av läkare från andra länder som vi mottagit under senare år. Och då är att märka, att denna läkarimmigration varit otillräcklig för att hindra att bristen ytterligare skärpts; tillgångsökningen har med andra ord trots immigrationen icke täckt ökningen i efterfrågan. Under åren till och med 1961 beräknades den tillgångsökning, som enbart den förstärkta läkarutbildningskapaciteten ger, komma att understiga 200 per år. Även under dessa år torde sålunda erfordras läkarimmigration redan för att en fortsatt skärpning av bristen skall kunna undgås. Som vi framhöll i novemberpromemorian måste emellertid immigrationen i nuvarande svåra läge så dimensioneras, att den inom de närmaste tre åren dessutom kan undanröja hela den uppenbara brist, som icke lämpligen kan täckas på annat sätt. Och härvid syftade vi på nyssnämnda förhållande, att över 400 — enligt senare redovisning bortåt 500 — läkartjänster antingen står helt tomma eller uppehålls genom dubbelförordnanden eller av vikarier, som saknar allmän läkarbehörighet. Dock ansåg vi oss icke böra göra någon invändning av betydelse mot att sådana medicine kandidater, som kommit tillräckligt långt i sina studier för att kunna betros med arbetet, får tjänstgöra såsom vikarier. För dessa medicine kandidater är tillfällena till praktisk verksamhet ofta värdefulla dels ur utbildningssynpunkt och dels emedan studiefinansieringen härigenom underlättas. För provinsialläkarna innebär det en stor lättnad, om tillräckligt många lämpliga medicine kandidater står till förfogande såsom semestervikarier. Samtidigt erinrade vi om att denna metod dock icke på längre sikt ger något nettotillskott till läkarkåren utan snarare motverkar strävandena att förkorta läkarutbildningen. Och vi vill här tillfoga, att det naturligtvis icke i längden kan godtagas, att beståndet av läkare med allmän behörighet är otillräckligt för att alla tjänster skall kunna få fullt kompetenta ordinarie innehavare eller vikarier.

Som vi likaledes framhöll i novemberpromemorian, har emellertid medicinalstyrelsen räknat med att det utöver nämnda immigration av 50 danska och norska läkare per år, skall komma till stånd dels en speciell rekrytering av ett par tiotal utländska läkare per år för sådana tjänster, vilkas innehavare har mindre intima kontakter med patienter och följaktligen icke nödvändigtvis behöver omedelbart fullt behärska svenska språket (laboratorieläkare, röntgenläkare, narkosläkare, patologer, forskningsläkare) och

dels viss annan immigration. Vi vill här återigen uttrycka vår anslutning till dessa medicinalstyrelsens synpunkter.

Samtidigt understryker vi ännu en gång vår uppfattning, att en läkarimmigration av den omfattning det här blir fråga om, på samma sätt som de skärpta ransoneringsåtgärder, som nyss berördes, givetvis endast är en nödfallsåtgärd framtvungen av en svår brist. Denna brist skulle för övrigt ha varit ännu mycket värre, om vi inte sedan slutet av 30-talet tagit emot så många immigranter, att dessa svarat för minst en femtedel av läkarkårens hela ökning under 40- och 50-talen och nu utgör mer än en tiondel av hela läkarkåren. Åtskilliga av dessa utländska läkare är väl kvalificerade och deras insatser är i nuvarande läge omistliga. Men naturligtvis har det också varit till stor olägenhet, att de svenska läkarna inte räckt till. Mentalsjukvården, där fullständiga kunskaper i svenska språket är av särskilt stor betydelse för att kontakten mellan läkare och patient skall bli så givande som möjligt, har en särskilt hög proportion utländska läkare. Det skulle vara synnerligen önskvärt att provinsialläkarna, som ju ofta arbetar isolerade och inte kan få någon omedelbar hjälp av kolleger i sina kontakter med patienterna, mera fullständigt kunde rekryteras bland svenska läkare. På grund av den svåra bristen har vi även som läkare fått anlita utlänningar, som ännu ej avslutat sin utbildning i hemlandet. Åtskilliga utländska läkare har endast stannat några få månader i Sverige och har under denna tid icke hunnit anpassa sig till svenska förhållanden och krav.

Självklart måste vid en fortsatt rekrytering av utländska läkare eftersträvas ett så gott kvalitativt urval som möjligt. Av detta skäl erfordras en omsorgsfull kontroll av läkarimmigrationen — och dessutom positiva insatser för att direkt främja en lämplig selektion. I vår novemberpromemoria framhöll vi i sammanhanget dessutom följande:

Det kan inte förnekas, att den typ av reglering, som hittills tillämpats i fråga om rekryteringen av utländska läkare, delvis haft en verkan, som varit motsatt den önskvärda — i det att den i praktiken inte sällan verkat mera återhållande, när det gällt kvalificerade utländska läkare än i andra fall.

För att erhålla svensk legitimation krävs enligt den s. k. behörighetslagen, att vederbörande skall ha avlagt svensk medicine licentiatexamen och dessutom vara svensk medborgare. Annan allmän behörighet att utöva läkarkonsten åtnjutes av den, som innehar läkarbefattning, till vilken han utnämnts av Konungen, eller — i den omfattning och under den tid tillåtelsen avser — av den som av Konungen erhållit särskild tillåtelse att inom riket utöva läkarkonsten. Slutligen förekommer den behörighet, som meddelas av medicinalstyrelsen och som avser den som tjänstgör såsom vikarie för läkare eller såsom extra läkare eller är av vederbörande myndighet förordnad att vara underläkare eller amanuens vid offentlig klinik eller poliklinik.

För en utländsk läkare, som ännu har ofullständiga eller i varje fall icke särskilt höga kvalifikationer, kan det inte sällan vara lockande att, åtminstone tillfälligt, åta sig vikariatsförordnanden i Sverige, även om det betyder, att hans behörighet endast avser sådant förordnande. För en verkligt kvalificerad utländsk läkare däremot kan det knappast te sig inbjudande — om han inte är flykting eller

har andra särskilda skäl — att börja en karriär i Sverige under de osäkra betingelser, som det i sådant fall i regel är fråga om. Redan det förhållandet att han icke kan erhålla legitimation utan att först ha förvärvat svenskt medborgarskap, kan minska intresset. I varje fall vill han någorlunda snart kunna erhålla allmän behörighet om han i högre grad skall känna sig lockad att komma. Men även för kvalificerade utländska läkare har det ofta tagit lång tid, innan allmän behörighet kunnat vinnas.

Beredningen av ärenden rörande allmän behörighet för utländska läkare och »vikariatsbehörighet» för utomnordiska läkare har sedan lång tid tillbaka av medicinalstyrelsen hänskjutits till en nämnd, som icke har officiell status. I denna nämnd är, förutom medicinalstyrelsen, den medicinska undervisningen och läkarförbundet representerade, men däremot icke huvudmannorganisationerna. Dess inställning torde icke sällan vara alltför restriktiv. Rekommendationerna från denna nämnd följes dock ingalunda alltid av medicinalstyrelsen. Ännu något oftare gör Kungl. Maj:t avvikelser från dess rekommendationer i liberaliserande riktning. — Enligt vad vi inhämtat från medicinalstyrelsen är det nu meningen att alla ärenden rörande läkare från andra nordiska länder hädanefter skall behandlas utan föregående beredning i denna nämnd.

Vi erinrar om att förslag om ny behörighetslag avgetts av den s. k. kvacksalveritredningen (SOU 1956:29). Detta förslag innehåller delvis förbättringar i här ifrågavarande avseende. Så t. ex. utplånas distinktionen mellan allmän behörighet och legitimation och samtidigt undanröjes kravet på att för legitimation skall erfordras svenskt medborgarskap. Dock har vi i remissyttrande den 20 december 1956 över förslaget uttalat kritik såväl vad gäller bestämmelserna om utländska läkare som i en del andra hänseenden. Emellertid är en laglig reglering av immigrationen av läkare ur kvalitativa synpunkter oundgänglig, men en förbättring av nu gällande bestämmelser är likaledes nödvändig. Vi finner det därför vara synnerligen tacknämligt, att det föreliggande förslaget nu undergår sådan överarbetning i inrikesdepartementet, som remisskritiken ger anledning till.

Vid denna överarbetning eftersträvas också anslutning till *nordiska rådets* rekommendation nr 7/1957, som uppmanar regeringarna att vidtaga åtgärder varigenom:

1) i ett vart av de nordiska länderna en sådan ordning införes, som möjliggör för läkare, vilka i annat nordiskt land ha avlagt vederbörlig examen för utövande av läkaryrket, att mot företeende av bevis om sin behörighet i hemlandet och om erforderliga kunskaper i det ifrågavarande landets social- och rättsmedicin erhålla sådan behörighet även i detta land;

2) ... tandläkare ...

3) möjligheterna utredas att undanröja de svårigheter av arbetsmarknadspolitisk natur, som möta vid den gemensamma arbetsmarknadens genomförande för här angiven personal, varvid det är önskvärt, att en helt fri arbetsmarknad förverkligas så snart förutsättningar härför föreligger i två eller flera länder.

Rekommendationen går sålunda ut på att det, med vissa inskränkningar, skall komma till stånd en fri nordisk arbetsmarknad för läkare och tandläkare; även för andra grupper av medicinalpersonal skall, enligt andra rekommendationer, eftersträvas en liknande ordning. Vi anser, att en utveckling i denna riktning skulle vara av stort värde. Den begränsning, som ligger i kravet på bevis om erforderliga kunskaper i social- och rättsmedicin, finner vi helt befogad. Den inskränkning, som åsyftas i rekommendationens tredje punkt, betingas bland annat av önskemål om att olikheter länderna emellan i fråga om inkomstnivå, tillgång till utbildningstjänster och avancemangsmöjligheter för läkare icke skall leda till att

immigrationsströmmen blir alltför ensidigt riktad. I främsta rummet är det omsorgen i våra grannländer om att man icke skall förlora alltför många läkare till Sverige som spelar in; i Finland, där läkartätheten är ännu lägre än hos oss, anses språksvårigheterna utgöra ett väsentligt immigrationshinder. Arbetet med att förverkliga denna rekommendation har anförtrots åt en särskild internordisk kommitté.

Den immigration av danska och norska läkare som förut berörts är givetvis beroende av samverkan med grannlandsmyndigheterna i enlighet med denna överenskommelse inom nordiska rådet.

Ytterligare en viktig synpunkt, som vi i sammanhanget anförde i novemberpromemorian, må här återupprepas: Om balansen mellan tillgång och efterfrågan på läkare förbättras i sådan grad att läkarbristen påtagligt mildras, måste även frågan om fördelningen av läkararbetskraften komma i ett bättre läge. *Även de nuvarande bristområdena får då större chans att erhalla kvalificerade svenska läkare.*

Som redan framgått skulle det emellertid i längden vara orimligt att vidmakthålla den hårda ransonering, som vi nu nödgas tillämpa under en övergångstid. I längden är det också orimligt att vi skall vara beroende av en läkarimmigration av den stora omfattning, som förekommit under 40- och 50-talen och som även framdeles kommer att erfordras.

Vi måste inrätta oss så, att de svenska läkarutbildningsresurserna snarast möjligt blir tillräckliga för landets behov

I vår novemberpromemoria anmälde vi, att frågan om i vad mån en ytterligare utbyggnad av våra läkarutbildningsresurser erfordras eller ej, inom en nära framtid måste upptagas till prövning på grundval av nya tillgångs- och behovsprognoser. Sedan denna anmälan gjordes, har läget än mer klarnat. Vi har funnit, att antalet vakanta samt på grund av sjukdom o. d. (dock ej semester) tillfälligt lediga tjänster, som icke uppehålls av läkare med allmän behörighet, under loppet av ett halvår 1957 ökat med ytterligare ca 70.¹ Dessutom har byggnadsrestriktionerna på sjukvårdsområdet starkt lättats. En viktig faktor, som verkat bromsande på efterfrågan på läkare, synes därmed förlora i betydelse. De skäl som talar för en ytterligare ökning av läkarutbildningsresurserna synes sålunda numera framstå såsom ännu starkare än förut.

Vi anser oss därför numera böra uttrycka oss mer bestämt än tidigare: *Det erfordras en ytterligare utbyggnad av läkarutbildningskapaciteten.* Den fråga som återstår att pröva på grundval av nya tillgångs- och efterfrågeprognoser är hur stor denna fortsatta utbyggnad behöver vara. Vid detta fortsatta utredningsarbete om omfattningen av den på längre sikt erfordrer-

¹ Nämligen från 410 till 481 (jfr ovan). Härvid har frändragits 49 respektive 16 tjänster, som avser ej öppnade lasarettavdelningar eller tjänster, som varit under tillsättning eller som ej ansetts erforderliga. Medräknas dessa erhålles en ökning i antalet vakanta tjänster, å vilka ej förordnats vikarie med allmän behörighet, från 459 till 497 eller med 38.

liga utbildningskapaciteten skall givetvis hänsyn tagas till verkningarna av den läkarimmigration som här förordats.

Bland annat är det angeläget att nu aktualisera frågan om en utbyggnad, utöver vad som hittills beslutats, av den medicinska undervisningen i Umeå. Enligt föreliggande beslut vid 1957 års riksdag skall denna undervisning avse högstadierna, i första hand den kliniska utbildningen; efterhand skall även det s. k. propedeutiska året inbegripas. Däremot föreligger ännu inget beslut om att den skall inbegripa undervisning för medicine kandidatexamen. Dock kan en sådan fortsatt utveckling sägas vara förutsedd. Det beslut som redan fattats vilar på planer, som utformats så, att möjligheterna att framdeles bygga upp en preklinisk undervisning och medicinsk grundforskning underlättats. I förarbetena och i remissbehandlingen av ärendet har också starkt betonats, att en medicinsk undervisning i Umeå efterhand måste utvecklas till större fullständighet och behöver stödet av ordentligt utbyggda teoretiska institutioner för att nå den kvalitativa standard som erfordras. Vi vill här återigen understryka dessa synpunkter, som representerar ett viktigt ytterligare motiv för en fortsatt utveckling av den medicinska undervisningen i Umeå.

Härtill kommer det likaledes tungt vägande skäl, som ligger i att läkarbristen är särskilt utpräglad i Norrland. Ett någorlunda starkt och fullständigt utbyggt medicinskt undervisnings- och forskningscentrum i Norrland bör vara ägnat att dra fler norrlandsungdomar till läkarbanan; som påpekats i propositionen 1957: 91 har norrlandsungdomen hittills varit starkt underrepresenterad bland de vid medicinska läroanstalter inskrivna. Det är vidare av betydelse, att ett antal medicine studerande under sin utbildning har kontakt med norrlandsmiljön. Givetvis får man alltid räkna med att en stor del av de i Norrland födda och/eller utbildade läkarna förr eller senare kommer att söka sig till andra delar av landet; i all synnerhet kommer detta att gälla så länge som den allmänna läkarbristen består. Men ett till Norrland förlagt medicinskt undervisnings- och forskningscentrum kommer, särskilt om det blir mera fullständigt utbyggt, att dessutom verka på det sättet positivt, att det kan motverka den känsla av vetenskaplig och kulturell isolering, som hittills bidragit till att försämra rekryteringen av läkartjänster i Norrland. En fortsatt planering, som syftar till att utveckla den medicinska undervisningen i Umeå till en fullständig medicinsk fakultet, bör också kunna bidra till att underlätta rekryteringen av de medicinska lärar- och forskningstjänsterna i Umeå och vidare av de tjänster, som erfordras för ett norrländskt regionsjukhus. Ju större förutsättningar en till Norrland förlagd medicinsk undervisning får att konkurrera om ledande lärar- och forskarkrafter, desto större möjligheter blir det också för Norrland i stort att överhuvud taget locka till sig goda läkare respektive att stimulera goda läkare att stanna kvar i Norrland.

Vi föreslår sålunda, att frågan om ytterligare utbyggnad av den svenska

läkarutbildningskapaciteten snarast upptages till prövning på grundval av nya tillgångs- och behovsprognoser och att härvid även frågan om fortsatt utveckling av läkarutbildningen i Umeå beaktas. Själva hoppas vi att i vårt framtida arbete bli i tillfälle att lämna ytterligare belysning av läkarbehovets utveckling. Av stor betydelse i detta sammanhang är det material, som kan förväntas från mentalsjukvårdsdelegationen.

Vid sidan härav synes även böra prövas, om det icke är möjligt att redan inom ramen för befintliga läkarutbildningsresurser åstadkomma en tillfällig ökning av den svenska läkarutbildningen. Vi erinrar om att det ännu icke lyckats att för undervisningsändamål fullständigt utnyttja alla de sjukhusresurser i Stockholm, som borde kunna användas för sådant ändamål; om Stockholms stads sjukhus kommer att utnyttjas i full utsträckning ger detta möjlighet till ökad intagning. Alternativt bör på nytt övervägas, om icke vid vissa ledande medicinska läroanstalter i utlandet kan åstadkommas en läkarutbildning för svenska studenter, som kan vara lämplig ur både kvalitativa och ekonomiska synpunkter.

Andra åtgärder för att höja tjänsteläkarorganisationens effektivitet och befrämja tjänsteläkarrekryteringen

En förbättring i förhållandet mellan total tillgång och total efterfrågan på läkare är grundläggande för möjligheterna att lätta arbetsbördan för tjänsteläkarna och att därmed höja tjänsteläkarbanans attraktivitet. Ty i och med att denna förutsättning blir uppfylld, bör det gå att anpassa tjänsteläkarkårens storlek efter arbetsbelastningen och att i tillräcklig utsträckning ställa kompetenta vikarier till förfogande vid semester, sjukdom och tjänstledighet, så att tjänsteläkarna blir mindre bundna och isolerade, slipper att i orimlig grad utsättas för dubbelförordnanden, får mera tillfälle att lämna sina distrikt för att delta i konferenser med andra läkare, återuppliva kontakten med kliniskt arbete under periodiska sjukhustjänstgöringar, ta närmare del av nyare medicinska forskningsresultat eller rekreera sig.

Men även om balansen mellan tillgång och efterfrågan på läkare är grundläggande, hindrar det inte, att det är oundgängligt att dessutom vidta flera andra åtgärder, som direkt syftar till att stärka tjänsteläkarbanans relativa konkurrenskraft. Åtskilliga av dessa andra åtgärder skall därjämte bidra till att höja tjänsteläkarorganisationens effektivitet, så att den inte bara kvantitativt utan även kvalitativt blir bättre i stånd att lätta efterfrågetrycket på de öppna lasarettavdelningarna och förutsättningar skapas för en mera rationell arbetsfördelning mellan lasarett och tjänsteläkarverksamhet. Innebörden i detta arbetsfördelningsproblem skall närmare skildras i kap. 8, som innehåller förslag till vissa av de organisatoriska anordningar, som skall tjäna att underlätta en sådan mera rationell arbetsfördelning.

Vad i övrigt gäller beskaffenheten av de ytterligare åtgärder, som sålunda

Tabell 7.1. Tjänsteläkarnas mottagningslokaler fördelade efter golvyta och upplåtelseform avseende 1954—57

	Antal mottagningar med en golvyta av ... kvm							Golvyta ej uppgiven		Mott. i sjukstuga och sjukhem	Summa
	—39	40—64	65—89	90—114	115—139	140—164	165—	godk. av läk.-förb.	övriga		
Provinsialläkare											
lokalen ägd av läkaren											
dir. ansl. till bost.....	1	6	7	5	2	1	—	—	—	—	22
ej dir. ansl. till bost...	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1
lokalen hyrd av läkaren											
dir. ansl. till bost.....	1	17	17	13	5	1	—	—	—	—	54
ej dir. ansl. till bost. ...	—	4	8	7	4	1	—	—	—	—	24
lokalen tillhandahållen av kommun											
dir. ansl. till bost.	3	38	78	73	49	22	7	—	—	—	270
ej dir. ansl. till bost. ...	—	6	7	9	14	3	2	—	—	—	41
ej uppg. om anslutn....	—	—	2	4	3	1	1	—	—	—	11
mottagn. å sjukstuga	—	—	—	—	—	—	—	—	—	46	46
ej uppgift om upplåtelseform.....	—	—	—	—	—	—	—	49	66	—	115
Summa	5	71	120	111	77	29	10	49	66	46	584
Kommunalläkare¹											
lokalen ägd av läkaren											
dir. ansl. till bost.....	—	5	4	4	—	—	—	—	—	—	13
ej dir. ansl. till bost....	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	2
lokalen hyrd av läkaren											
dir. ansl. till bost.....	1	7	18	5	4	1	—	—	—	—	36
ej dir. ansl. till bost....	—	10	22	23	7	3	—	—	—	—	65
lokalen tillhandahållen av staden											
dir. ansl. till bost.....	—	1	2	1	3	1	—	—	—	—	8
ej dir. ansl. till bost....	—	1	8	10	2	3	1	—	—	—	25
mottagning å landstingets sjukhem.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
ej uppgift om upplåtelseform.....	—	—	—	—	—	—	—	—	16	—	16
Summa	1	25	55	43	16	8	1	—	16	1	166
Samtliga tjänsteläkare	6	96	175	154	93	37	11	49	82	47	750

¹ För varje stad med över 40 000 invånare har förste stadsläkaren eller motsvarande icke medräknats.

erfordras, hänvisar vi i första hand till vår novemberpromemoria, vars förslag här tidigare sammanfattats. Framställningen i återstoden av detta avsnitt begränsas till den fortsatta utvecklingen av sådana åtgärder, som syftar till att mera allmänt ge tjänsteläkarna tillgång till goda och tillräckligt rymliga mottagningslokaler, erforderlig arbets hjälp samt sådan tyngre utrustning, som lämpligen kan användas på en tjänsteläkarmottagning.

Först meddelas några data om nuvarande förhållanden i dessa avseenden.

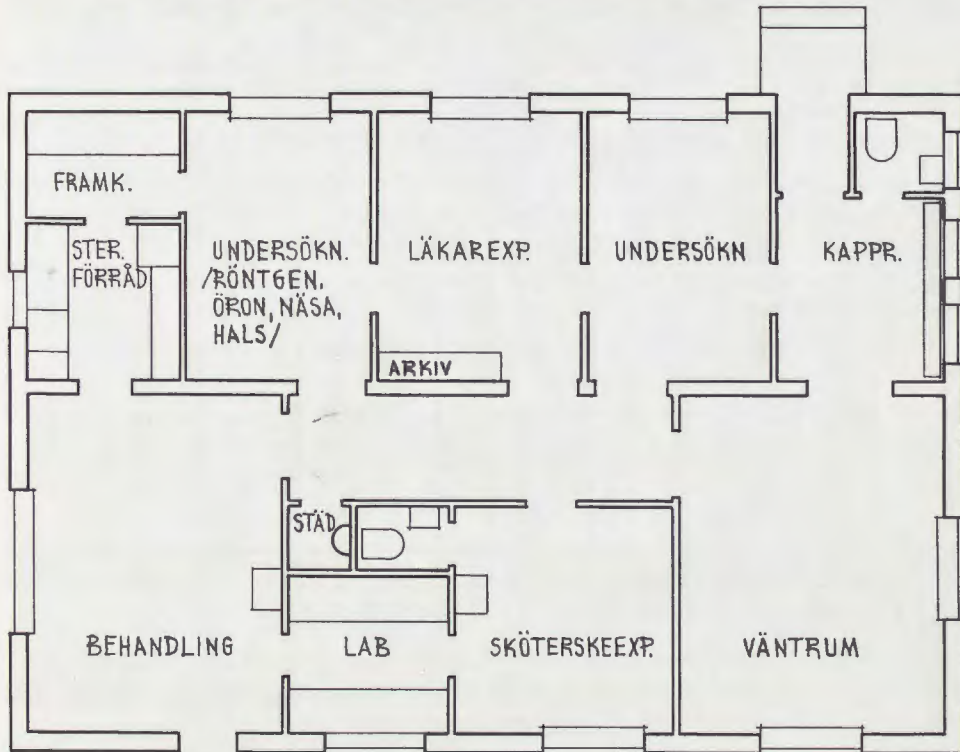
I fråga om tjänsteläkares *mottagningslokaler* föreligger vissa uppgifter, som är sammanställda i tab. 7.1 och som hämtats, vad gäller provinsialläkare, från en av oss 1955 företagen enkät och — med hänsyn till ofullständigheter i detta material — från läkarförbundets aktsamling, samt, vad gäller kommunalläkare, från en av oss 1957 verkställd enkät. Det framgår, att av 423 provinsialläkarmottagningar med redovisad golvyta icke mindre än 196, sålunda nära hälften hade en golvyta understigande 90 kvm och 307 eller nära tre fjärdedelar hade en yta understigande 115 kvm. Det sista talet har intresse därför att det normalförslag till enläkarmottagning, som vi här presenterar (bild 7 a) och som anger vilken *ungefärlig* standard och utformning som, med olika variationer alltefter särskilda förhållanden och önskemål på skilda håll, rimligen synes böra eftersträvas i fråga om enläkarstationer, mäter omkring 115 kvm. Av de kommunalläkarmottagningar, om vilka uppgifter föreligger (149), hade 81, sålunda väsentligt mer än hälften, en yta understigande 90 kvm, medan 124, alltså det alldeles övervägande flertalet, var mindre än 115 kvm.

Det framgår vidare av denna sammanställning, att 23 av 423 provinsialläkarmottagningar, varom uppgifter i detta avseende föreligger, var inrymda i av läkaren ägd byggnad, medan 78 var hyrda av läkaren i öppna marknaden och 322 tillhandahållna (i vissa fall anvisade) av lokala myndigheter. I allmänhet är mottagningshyran starkt subventionerad; ofta betalar läkaren ingen hyra alls för mottagningen (tab. 7.2). De beräknade hyresvärdena, som hänför sig till år 1954, visar stora variationer, som delvis kan bero på olikformigheter i hyresvärderingen men säkerligen också har att göra med skillnaderna i fråga om utrymme och kvalitet. Kommunalläkarna hyrde i flertalet fall på öppna marknaden. Endast en tredjedel av dem hade mottagningar, som var direkt anslutna till bostaden. Så var däremot i allmänhet fallet i fråga om provinsialläkarmottagningar (tab. 7.1).

Vad gäller medverkande *personal å tjänsteläkarmottagningar* har vid den i kap. 5 berörda distriktsvårdsenkäten, som av oss verkställdes våren och sommaren 1957, inhämtats de uppgifter, som återges i tab. 7.3, och som bland annat även inbegriper läkarhustrur i den mån de hjälper till på mottagningarna (men däremot givetvis icke distriktssköterskor eller -barnmorskor). Om det antages, att de deltidsanställda i genomsnitt arbetar på halvtid, representerar den medverkande personalen å provinsialläkarmottagningarna i medeltal 0,8 personenheter per tjänsteläkare, medan motsvarande tal för kommunalläkare ligger vid 1,0. Räknat från samma utgångspunkt befinnes en dryg fjärdedel (28 procent) av den medverkande personalen å provinsialläkarmottagningarna vara sjuksköterskor och återstoden andra mottagningsbiträden eller sekreterare; motsvarande tal för kommunalläkarmottagningarna var obetydligt högre (30 procent).

En förstärkning i detta avseende är om möjligt ännu mer angelägen än

Bild 7 a. Principskiss till provinsialläkarmottagning (enläkarstation)



ANSLUTNING
TILL BOSTAD

Kapprum

klosettstol i intilliggande wc
tvättställ
kapphylla
spegel
dricksfontän m. pappersbägare

Väntrum

soffa
stolar
bord

Skölerskerum

stol
bord för blodprovtagning
kartotekskåp
skrivbord
draperi
tvättställ
klosettstol i intilliggande wc

Laboratorium

dragskåp med laborietratt,
tappkranar för varmt och
kallt vatten
kraftuttag och kokplatta

rostfri bänk med disklåda och
slaktratt samt plats för cen-
trifug, underskåp med hyllor,
överskåp med tre hyllor
mikroskoperbänk med ett
bänkskåp och två låddelar
skruvpall

Läkarexpedition med arkiv

tvättställ med spegel
bokhylla
blanketthylla
skrivmaskinsbord
skrivbord
stolar
arkivskåp

Undersökningsrum I

vilbrits
skruvpall
röntgenapparat
undersökningsstol
tvättställ
stol

Undersökningsrum II

stol
tvättställ
synprovningstavla
undersökningsbrits
undersökningspall

Behandlingsrum

bord för salvor och vätskor
instrumentbord på hjul
skruvpall
behandlingsbord
personvåg
stol
instrumentskåp
uppsamlingskärl
tvättställ

Steril- och förrådsrum

rostfri bänk med sköljlåda
samt underskåp
spis med ugn för torrsterilise-
ring
kylskåp
hyllor
medicinskåp av trä, CSB-199
typ F

Framkallningsrum

framkallningsbänk med tankar
bänk med underskåp
papperskorg

Städsåp

med avlopp och tappkranar

Tabell 7.2. Av läkardistrikt (bruk etc.) tillhandahållna eller av läkare i fria marknaden förhyrda provinsialläkarmottagningar fördelade efter beräknat hyresvärde och hyressubvention 1954

Hyresvärde kr.	Antal mottagningslokaler med en hyressubvention av:						Samtliga
	ej angiven ¹	0 %	1—49 %	50—74 %	75—99 %	100 %	
ej angivet	50	48	—	1	—	27	126
— 249	—	2	—	—	—	—	2
250— 499	—	2	—	—	—	—	2
500— 999	—	12	4	—	—	8	24
1 000—1 499	1	5	4	5	—	11	26
1 500—1 999	8	13	3	4	—	11	39
2 000—2 499	9	18	2	3	1	14	47
2 500—2 999	4	7	5	1	2	10	29
3 000—3 499	2	12	2	3	1	10	30
3 500—3 999	3	3	3	—	—	10	19
4 000—4 499	4	2	—	—	—	4	10
4 500—4 999	1	1	—	—	—	5	7
5 000—7 499	1	4	—	—	1	9	15
7 500—9 999	1	—	—	1	1	—	3
10 000—	—	—	—	—	—	1	1
Summa	84	129	23	18	6	120	380

¹ I dessa fall föreligger subvention ehuru dess storlek är okänd.

Tabell 7.3. Å tjänsteläkarmottagningar i landstingsområden medverkande personal enligt distriktsvårdsenkäten 1957

	Antal redovisade mottag- ningar (läkare)	Å dessa mottagningar sysselsatta						Summa	
		sjuk- sköterskor		mottagnings- biträden		sekreterare			
		heltid	deltid	heltid	deltid	heltid	deltid	heltid	deltid
Provinsialläkarmott...	539 ¹	95	60	242	106	9	35	346	201
Kommunalläkarmott...	158	39	15	83	43	2	7	124	65
Summa	697	134	75	325	149	11	42	470	266

¹ Häri ingår åtminstone flertalet av de 46 provinsialläkare, som samtidigt var sjukstuguläkare, ävensom deras medhjälpare i sjukstugan. Hela antalet provinsialläkartjänster, som uppehölls 1/7 1957 av ordinarie innehavarna eller kompetent eller inkompetent vikarie utgjorde (utan avdrag för »semestervikarier») ca 560.

att lokalerna, där så erfordras, blir rymligare och bättre; det senare är dock inte sällan en förutsättning för att det skall bli mer personal. Tjänsteläkaren behöver hjälp för att lätta en arbetsbörda, som ofta är orimlig. Hans arbetskraft blir på så sätt utnyttjad bättre, vilket är av betydelse ur ekonomisk effektivitetssynpunkt och likaså ur den synpunkten att den knappa läkararbetskraften skall kunna förslå.

Vad gäller tjänsteläkarmottagningarnas utrustning har i läkarenkäten 1954 erhållits vissa uppgifter, som sammanställts i tab. 7.4. För flera mot-

tagningar har emellertid svar icke lämnats. Sannolikt är det så, att de mottagningar, som här icke blivit redovisade (se tabellen och anmärkningarna under densamma) och som till stor del torde ha saknat läkare, i genomsnitt är sämre utrustade än de övriga; dock finns det, efter vad vi erfarit, enskilda fall, där även välutrustade mottagningar i utpräglade bristområden får stå utan läkare under längre eller kortare tid. Möjligheten av att utrustningen i viss mån kan ha förbättrats under de tre åren sedan läkarenkäten företogs bör icke uteslutas.

Följer man emellertid tabellens uppgifter befinnes, att nära hälften av provinsialläkarna (218 av 445 som lämnat uppgift) saknade alla slags apparater, som berörts i enkäten (elektrokardiograf, genomlysnings- och röntgenapparat, ämnesomsättningsapparat och »annan apparat», bland annat kortvågsapparat). För kommunalläkare var motsvarande proportion något lägre (72 av 190). Å de tjänsteläkarmottagningar, där det fanns apparater, var det i genomsnitt omkring två apparater per mottagning. En femtedel av samtliga provinsialläkare med uppgift om i vad mån det fanns apparater, hade minst tre apparater på mottagningen. Vanligast var elektrokardiografer, därnäst genomlysnings- och röntgenapparater.

Av 317 tjänsteläkare, som bedömt möjligheterna att få undersökningar utförda på annat sätt än med egna apparater och som hade något slag av apparater, hade nära hälften (46 procent) funnit dessa möjligheter vara mindre goda eller dåliga. Bland 260 tjänsteläkare, som icke hade apparater, var frekvensen av sådana omdömen ungefär densamma (48 procent); de skulle sålunda ha ungefär lika stort behov av sådan utrustning som den förra gruppen.¹ Klagomål över dålig eller mindre god tillgång till resurser på andra håll var av förklarliga skäl vanligen väsentligt högre bland provinsialläkare (59 procent) än bland kommunalläkare (19 procent).

Vad speciellt gäller röntgendiagnostiska resurser, uttalade 141 (23 procent) av 611 tjänsteläkare, som gett bestämt svar på särskild fråga härom², att behov föreläge av förbättrade sådana resurser. Motsvarande frekvens för tjänsteläkare, som hade röntgen- eller genomlysningsapparat, var icke mycket lägre (18 procent). Skillnaden mellan provinsialläkare (25 procent) och kommunalläkare (18 procent) var i detta hänseende likaledes relativt måttlig. I Norrland avgavs emellertid sådana negativa omdömen av inte mindre än en tredjedel av de provinsialläkare, som besvarat frågan bestämt. I samhällen med mindre än 10 000 invånare (i hela landet) framfördes samma klagan av en dryg fjärdedel av de provinsialläkare, som lämnat uppgift.

Vid vår enkät 1955 konstaterades att distriktet (primärkommun eller -kommuner) i 241 fall av 525 ej tillhandahöll utrustning av något slag. I 121 distrikt tillhandahölls läkaren enbart möbler, i 18 enbart appara-

¹ Däremot framträdde en märkbar skillnad mellan tjänsteläkaren med 3 eller flera apparater (60 %) och sådan med 1—2 apparater (39 %). Det tyder på att brist på andra resurser ofta föranlett anskaffning av mera fullständig utrustning.

² 65 läkare lämnade i läkarenkäten frågan obesvarad eller svarade »vet ej».

Tabell 7.4. *Provinsial- och kommunalläkare fördelade efter innehavet av viss utrustning samt efter möjligheterna att få undersökningar, som erfordrar sådan utrustning, utförda på annat sätt. Enligt läkarförbundets enkät 1954*

	Provinsialläkare				Summa	Kommunalläkare				Summa
	Möjligheter att få undersökningar utförda på annat sätt					Möjligheter att få undersökningar utförda på annat sätt				
	goda	mindre goda	dåliga	ej svar		goda	mindre goda	dåliga	ej svar	
Läkare med minst 4 app.....	11	2	13	2	28	6	3	3	1	13
därav m. ekg, genl, rtg o. ann. app.....	11	2	13	2	28	4	3	3	1	11
Läkare med 3 app.....	18	19	21	6	64	10	5	1	1	17
därav m. ekg, genl, rtg ...	10	13	9	6	38	7	1	1	1	10
genl, rtg, ann. app.	3	5	7	—	15	2	2	—	—	4
Läkare med 2 app.....	17	17	12	8	54	28	3	2	1	34
därav m. ekg, genl.....	2	2	1	—	5	11	1	1	—	13
ekg, rtg	2	1	2	1	6	—	—	—	—	—
ekg, ann. app.	4	2	3	2	11	7	—	—	1	8
genl., rtg	7	7	3	3	20	7	1	—	—	8
Läkare med 1 app.....	37	23	16	5	81	44	5	1	4	54
därav m. ekg	17	9	9	3	38	28	3	—	2	33
genl.	4	2	1	1	8	4	1	—	—	5
rtg	3	2	1	—	6	1	—	—	—	1
ämn.....	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1
ann. app.....	13	10	5	1	29	10	1	1	2	14
Samtliga med apparat.....	83	61	62	21	227	88	16	7	7	118
därav m. ekg	51	31	43	14	139	62	10	6	5	83
genl.	38	33	37	12	120	39	10	5	2	56
rtg	41	32	38	14	125	21	8	4	2	35
ämn.....	6	2	3	—	11	7	2	—	—	11
ann. app.....	35	24	35	7	101	25	8	4	4	41
Läkare utan apparat.....	80	58	55	25	218	56	6	5	5	72
Ej svar.....	—	—	—	33	33	1	—	1	6	8
Samtliga i läkarenkäten redovisade.....	163	119	117	79	478	145	22	13	18	198

Uppgift till läkarenkäten saknas helt för ca 110 provinsial- (och extra provinsial-)läkar-distrikt, varvid dock är att märka att ungefär 90 distrikt var utan ordinarie tjänsteinnehavare. Vidare saknas uppgift för 20 kommunalläkare. Därutöver har, i den utsträckning som anges å tabellen, vissa som svarat på enkäten underlåtit att lämna här ifrågavarande uppgifter.

Förklaring: ekg = elektrokardiograf; genl = genomlysningsapparat; rtg = röntgenapparat; ämn = ämnesomsättningsapparat; ann. app. = annan apparat än ekg, genl, rtg och ämn.

tur och i 100 både möbler och apparatur, vartill kommer de 46 distrikt, där läkarmottagningen var inrymd i sjukstuga, vari all utrustning tillhandahölls av landstinget. Av de sammanlagt 163 fall, där apparatur tillhandahölls å vanlig läkarmottagning eller sjukstuga, låg icke mindre än 72 i Norrland. Av de 241 distrikt, där varken möbler eller apparatur tillhandahölls, låg däremot bara 39 i Norrland. Rekryteringsvårigheterna i Norr-

land består sålunda trots att man där gjort större ansträngningar än på andra håll att bekosta utrustning för provinsialläkarna.

I flertalet av de fall, där ingen apparatutrustning tillhandahölls av samhälleliga organ, har läkaren underlåtit att på egen bekostnad anskaffa sådan (jfr tab. 7.4). Dock är det tydligt, att det finns åtskilliga provinsialläkare, som själva bekostat sin apparatutrustning helt eller delvis.

Det är uppenbart att här, likaväl som ifråga om lokaler och medverkande personal, föreligger ett behov av upprustning. Ett program, som avser en 10-årsperiod, måste utformas även med hänsyn tagen till en fortsatt stegring i efterfrågan på en läkarvård, som kan bedrivas med stöd av alla sådana resurser, som i de särskilda fallen är till verklig hjälp. Det får också beaktas att de apparater och särskilda hjälpmedel, som förekommer på lasaretten för diagnostisering och behandling, ofta är överbelastade och icke sällan representerar flaskhalsar, vilket ökar angelägenheten av att, i den mån så låter sig göra, fall, som inte ställer krav på lasarettens mera avancerade resurser och specialistservice i övrigt, utredes och behandlas i annan ordning. Den tidsspillan som vållas patienterna vid remisser till lasarett, särskilt om där föreligger köbildning, gör det än mer angeläget, att tjänsteläkare förses med sådan utrustning, som de — med hänsyn tagen också till sin kompetens, sin arbetsbelastning i övrigt och till apparaternas användningstid — kan utnyttja på ändamålsenligt sätt.

Enligt vår uppfattning skulle det underlätta en nödvändig upprustning, om tjänsteläkarverksamheten, där så lämpligen kan ske, förlägges till *två- och flerläkarstationer*. Å sådana stationer torde det ofta var lämpligast att en av läkarna fungerar såsom »försteman» och den eller de övriga är biträdande provinsialläkare. Dock behöver någon ensartad ordning i detta avseende icke genomföras. Där det anses ändamålsenligt att t. ex. två läkare på en station skall vara likställda, bör det inte möta några hinder att välja detta alternativ.

Även om en del av tjänsteläkarna föredrar den oberoende ställning, som enläkardistriktssystemet ger, föreligger säkert för många ett behov av sådana lättnader, som kan vinnas, när de får samarbeta med en eller flera kolleger tillhörande samma station. Om det nuvarande systemet med nästan enbart »enläkarstationer» ersätts med ett — efter de lokala förhållandena i olika fall avpassat — differentierat en-, två- och flerläkarstationssystem blir det också vida större möjligheter att till ekonomiskt rimliga villkor åstadkomma den upprustning i fråga om mottagningslokaler, utrustning och medverkande personal, som befunnits nödvändig; i alla händelser lär högvärdiga resurser av sådana slag kunna bli bättre utnyttjade.

Det kan t. ex. icke anses rationellt, att — såsom nu kan förekomma — två tjänsteläkare, som båda är förlagda till en mindre ort — t. ex. två provinsialläkare eller en provinsialläkare och en kommunalläkare, som väsentligen ägnar sig åt öppen vård — har var sin mottagning. Ibland kan den ena av

dessa mottagningar vara förlagd till en sjukstuga, medan den andra läkaren arbetar på annat håll; även om sjukstugans resurser i viss utsträckning kan anlitas även av den senare läkaren kan denne dock känna behov av att på sin egen arbetsplats ha viss egen utrustning och egen medverkande personal. I och med att frågan om en upprustning av hans mottagning på allvar aktualiseras, ställs omedelbart problemet, om icke upprustningen bör föranleda anordnande av gemensam mottagning. Över huvud taget är det angeläget att det sker en samordning av alla sådana upprustnings- och utbyggnadsföretag, som — allt efter de lokala förhållandena — lämpligen bör koordineras. Befinns det t. ex. att en mottagning för tjänsteläkare — vare sig det gäller en en-, två- eller flerläkarstation — med fördel kan förläggas i närheten av ett lasarett, som även står inför utbyggnad, bör det inte möta något hinder, att stationen får sin plats på lasarettområdet eller omedelbart intill det samma. En sådan anordning kan till och med visa sig värdefull för samarbetet mellan lasarett och tjänsteläkare. Vissa besparingar i fråga om utrustningen på stationen bör härigenom också bli möjliga. Dock skall stationen i sådant fall icke ingå i den lasarettadministrativa enheten. Den bör tvärtom ha samma självständiga ställning som andra tjänsteläkarstationer.

En övergång till två- eller flerläkarstationssystem skall emellertid icke begränsas till de fall, där två eller flera tjänsteläkare redan nu är förlagda till samma plats. Den bör enligt vår mening få en väsentligt större omfattning än så. Sålunda bör den ökning i tjänsteläkarkåren, som vi här förut räknat med, utnyttjas för en ökning i medelantalet tjänsteläkare per distrikt — icke för en ökning i distriktens antal.

Med de sämre kommunikationsförhållanden, som tidigare rådde, var det åtminstone mera försvarbart än nu, att en ökning i tjänsteläkarkåren fick leda till uppdelning av distrikt och minskning av distriktens genomsnittliga storlek. Såsom kommunikationsförhållandena nu utvecklats sig och fortsättningsvis kommer att utveckla sig, framstår problemet alltmer i en helt annan dager. I vissa fall kan de nuvarande distrikten till och med te sig mindre än som skulle vara förenligt med en rationell avvägning mellan å ena sidan avstånds- och kommunikationsförhållandena och å andra sidan möjligheterna att till ekonomiskt rimliga villkor anordna läkarstationer, som är tillräckligt väl rustade för att dra till sig läkare och annan personal och verksam samt hämma ökningen i patienttryck på sjukhusen.

Meningen är sålunda att använda det tillfälle som erbjuder sig vid en ökning i antalet tjänsteläkare — som vi enligt det föregående av andra skäl funnit vara trängande nödvändig — för en betydande övergång till två- och flerläkarstationssystem. Om det, på grund av otillräckliga åtgärder gentemot den allmänna läkarbristen, inte skulle gå att öka tjänsteläkarkåren på avsett sätt, måste övergången till två- och flerläkarstationssystem starkt begränsas. Ty en omfattande koncentration av det befintliga antalet tjänsteläkare till färre och större distrikt skulle i allmänhet icke vara lämplig och

skulle i alla händelser möta motstånd både hos många läkare och hos befolkningen på de många platser, som i så fall skulle gå miste om en tjänsteläkare, som de redan har.

De fördelar för läkare och allmänhet, som på åtskilliga platser kan vinnas genom övergång till två- och flerläkarstationssystem utgör sålunda ett viktigt sekundärt motiv för åtgärder ägnade att säkerställa den ökning i tjänsteläkarkåren, som här förutsatts och motiverats med utgångspunkt från helt andra överväganden.

Utgångspunkten skall emellertid icke vara, att nuvarande tjänsteläkar-distrikt överallt skall vidmakthållas oförändrade. Som förut antytts erfordras tvärtom i många fall en *justering av distriktsindelningen*, och det även oavsett de andra förändringar som här berörts. Om det också inte låter sig göra att genom ändringar i distriktsindelningen utjämna alla variationer i tjänsteläkarnas arbetsbelastning och i tillgången till närbelägna vårdresurser för allmänheten, bör det dock i flera fall vara möjligt att på denna väg uppnå bättre resultat än för närvarande, så att den tillgängliga tjänsteläkarkåren redan härigenom blir utnyttjad på ett jämnare och mera effektivt sätt. Med hänsyn till att en del av distrikten förutsättes komma att bli betjänade av två- eller flerläkarstationer, kommer de erforderliga ändringarna i distriktsindelningen att bli fler än som eljest behövt komma i fråga.

Denna översyn av distriktsindelningen, som sålunda erfordras under alla förhållanden, bör ingå i den förut berörda stomplanering, som skall utföras gemensamt av medicinalstyrelsen, vederbörande förste provinsialläkare och landsting.

Att rekryteringsmöjligheterna spelar stor roll även i detta sammanhang bestyrkes för övrigt av de praktiska erfarenheter som redan vunnits. Dessa synes dessutom bekräfta, att man genom inrättande av tvåläkarstationer i många fall kan vinna betydande fördelar.

Vid 1956 års riksdag fattades beslut om tvåläkar-distriktssystem i Laxå, Lenhovda och Lilla Edet. Vid sidan av provinsialläkartjänsterna i dessa distrikt inrättades sålunda tjänster såsom biträdande provinsialläkare. Hittills har emellertid av dessa tjänster såsom biträdande provinsialläkare endast den i Lilla Edet kunnat besättas med ordinarie innehavare. I Lenhovda, där tills vidare en sjukstuga används för ändamålet och dessutom ett nybygge planeras, har dock en dansk läkare uppehållit ifrågavarande tjänst såsom vikarie under en längre period, och det har därvid befunnits, att anordningen fungerat väl. Laxå är den enda av dessa tre platser, där särskilt för ändamålet byggts en tvåläkarstation — förlagd i anslutning till ett hem för långvarigt kroppssjuka — men där har det hittills icke ens varit möjligt att erhålla en vikarie att uppehålla den biträdande provinsialläkartjänsten, och anordningen har sålunda icke alls kunnat träda i funktion.

Därjämte har en gemensam läkarstation anordnats i Huddinge i en f. d. provinsialläkarvilla, som av kommunen inköpts och byggts om för ändamå-

let till en sammanlagd kostnad av ca 225 000 kronor. Den rymmer omkring 280 kvm fördelade på två våningsplan. Där arbetar följande personal:

- en ordinarie provinsialläkare;
- en extra provinsialläkare, baltisk flykting;
- en konsultläkare i barnpsykiatri, som är anknuten till en rådgivningsbyrå i Solna men har filialmottagning å läkarstationen i Huddinge;
- en med honom samarbetande kurator, som jämväl tjänstgör i Södertälje;
- en sjuksköterska, som är anställd i landstingets regi;
- två mottagningsbiträden, vilkas lönekostnader bestrides av landstinget;
- en sekreterare med samma anställningsförhållanden som mottagningsbiträdena.

Med denna organisation samarbetar dessutom en sjukgymnast och arbetet torde räcka till för ytterligare åtminstone en halvtidsarbetande gymnast.

Man har även önskat engagera konsultläkare i medicin och pediatrik, men detta har på grund av oenighet mellan huvudmannen och vederbörande läkarorganisationer om villkoren icke varit möjligt. På grund av den stora personalen och den betydande omfattningen av arbetet — i båda fallen torde man ha kommit högre, än man räknade med vid planeringen — är lokalutrymmet otillräckligt, men anordningen anses eljest fungera synnerligen väl. Den tyngre apparatutrustningen har anskaffats av landstinget, som för detta av läkarna tar ut 50 öre per besök. Patientantalet per dag (exklusive hembesök och arbete i förebyggande mödra- och barnavård) för provinsialläkaren och extraläkaren varierar omkring 40, motsvarande omkring 6 500 per år och läkare. Detta är en förhållandevis hög siffra, om man jämför med de uppgifter som förut anförts i tab. 5.49. Dock finner vi där att flera tjänstläkare, trots att de i allmänhet har mindre personal och utrustning, har ännu högre konsultationsfrekvens. Härtill får emellertid ytterligare anmärkas, att resurserna på Huddingestationen föranleder att en ovanligt stor del av patienterna blir underkastade ingående och tidskrävande utredningar och behandlingar, som eljest hade fått företagas på sjukhus.

I Strömstad har två provinsialläkare (man och hustru), som har var sitt distrikt, mottagning i samma byggnad, som försetts med viss gemensam utrustning. Även i Älmhult finns två tjänsteläkarmottagningar inrymda i samma fastighet, men i detta fall förekommer inga gemensamma anordningar men däremot viss arbetsfördelning mellan de båda läkarna. I Roslags-Näsby inryms i en fastighet, som är under uppförande, två spegelvända mottagningar med vissa gemensamma anordningar; de är likaledes avsedda för två distrikt. Dessa planer har dock ännu icke fullföljts beroende på att man icke lyckats inrätta någon andra läkartjänst.

I Jokkmokk har genom anställning av en extra provinsialläkare inrättats en tvåläkarstation, som anses fungera väl; den är inrymd i en sjukstuga. Vidare förbereds tvåläkarstationer på några andra platser, däribland Hallsberg och Degerfors.

Bland flera läkare föreligger intresse för arbete i tvåläkarstationer och

läkarcentraler. Härom inhämtades vissa uppgifter vid läkarenkäten 1954, som — vad gäller tjänsteläkare — sammanställts i tab. 7.5. Det visade sig, att drygt en femtedel av tjänsteläkarna redovisade intresse för arbete i tvåläkarstationer, medan drygt hälften förklarade sig vara ointresserade, och de återstående svarade »vet ej» eller avstod från att lämna uppgift om sin inställning. Provinsiälläkarna visade endast obetydligt högre frekvens av positivt intresse än kommunalläkarna. Vidare var det positiva intresset något mer framträdande bland yngre läkare än bland äldre, men skillnaderna var icke påfallande stora. Emellertid är att märka, att en positiv inställning hos en så stor minoritet som 20—25 procent är en tillräcklig förutsättning för att en betydande utveckling mot två- och flerläkarstationer skall underlättas. Dessutom torde svaren delvis ha varit missvisande sett utifrån de synpunkter, som numera anlägges på frågan. Vid den tiden då läkarförbundets enkät företogs, förutsattes nämligen i den allmänna diskussionen ofta, att de två läkarna i en tvåläkarstation alltid skulle vara likställda, och att det sålunda inte ens alternativt skulle gälla att låta en mera erfaren tjänsteläkare ha en biträdande läkare. Frukta för slitningar mellan två likställda torde ha spelat en viss roll för inställningen; det förefaller ingalunda onaturligt, om en tjänsteläkare, som innehar en självständig position, kan känna tveksamhet inför alternativet att bli i viss mån beroende av en jämställd kollega. Därav behöver dock icke följa att han skulle motsätta sig att få hjälp av en biträdande tjänsteläkare.

Tabell 7.5. Inställningen bland tjänsteläkarna till arbete i tvåläkarstation enligt läkarförbundets enkät 1954

	Antal läkare i undersökningen	Därav (1 %)			
		in-tresserade	ej in-tresserade	vet ej	ej svar
Provinsiälläkare.....	478	23	52	19	6
Kommunalläkare.....	198	18	54	18	10
Tjänsteläkare i åldern:					
—49.....	273	25	53	17	5
50—59.....	277	22	50	20	8
60—.....	126	16	56	19	9
Samtliga	676	22	53	18	7

En väsentligt mer positiv inställning till en likartad frågeställning kom vid samma enkät till synes bland ett antal blivande tjänsteläkare (tab. 7.6). Även denna fråga torde emellertid ha besvarats på grundval av föreställningar, som inte varit överensstämmande med nu aktuella frågeställningar. Sålunda torde dessa blivande tjänsteläkare ha förutsatt, att grupp praktiken skulle innebära kooperativa anordningar i fråga om laboratorium och serviceorganisation och sålunda icke vara jämställd med de två- eller flerläkarsta-

Tabell 7.6. *Inställning till arbete i gruppraktik bland blivande tjänsteläkare enligt läkar-enkäten 1954*

	Antal uppgifts- lämnare	Därav (i %)			
		in- tresserade	ej in- tresserade	vet ej	ej svar
—39 år.....	233	63	10	15	12
40— ».....	68	59	13	18	10
Samtliga	301	62	11	16	11

tioner, som det här i regel skulle bli fråga om. Uppgifterna kan sålunda icke tolkas därefter, att gensevaret nödvändigtvis skulle ha varit lika positivt om det gällt perspektivet att börja en tjänsteläkarbana såsom biträdande tjänsteläkare på två- eller flerläkarstation. Som nyss visades har i praktiken svårigheter mött, när det gäller att rekrytera sådana tjänster — men detta är också naturligt så länge ett flertal självständiga tjänsteläkarbefattningar står vakanta. Förutsätter man emellertid, såsom här gjorts, att verk samma åtgärder vidtages för att inom en någorlunda nära framtid avsevärt mildra läkarbristen, bör det bli möjligt att få även biträdande tjänsteläkarbefattningar besatta.

Inom landstingen finns ett betydande intresse för en övergång till två- och flerläkarstationssystem. Vid den av oss 1956 företagna enkät, som ovan i flera sammanhang berörts, uppgavs av landstingsdirektörer i 18 landsting, där behovet av tjänsteläkare 1966 uppskattades till sammanlagt 760, att dessa enligt deras uppfattning borde fördelas på 240 enläkarstationer, 115 tvåläkarstationer och 78 centraler med tre eller flera läkare. I enlighet härmed borde två tredjedelar av tjänsteläkarerna tillhöra två- eller flerläkarstationer. I tab. 7.7, i vars första siffrerad dessa uppgifter återupprepas, har i

Tabell 7.7. *Tjänsteläkarnas fördelning 1966 på en-, två- och flerläkarstationer enligt program utformade av landstingsdirektörer i 18 landsting, jämte därpå grundade »uppräknade tal» för samtliga landsting*

	Enläkarstationer		Tvåläkarstationer		Läkarcentraler (med 3 el. fler läkare)		Summa	
	antal stationer	antal läkare	antal stationer	antal läkare	antal stationer	antal läkare	antal stationer	antal läkare
Redovisade tal för 18 landsting ..	240	240	115	230	78	290	433	760
Proportionell »uppräkning» för 25 landsting.....	330	330	160	320	110	400	600	1 050
Modifierad »uppräkning» för 25 landsting.....	500	500	125	250	75	300	700	1 050

andra siffraden införts resultatet av en proportionell »uppräknig» för samtliga 25 landstingskommuner. Enligt denna skulle det totala antalet tjänsteläkarstationer bli 600. Det innebär en minskning med omkring 150 jämfört med nuvarande förhållanden, om varje enskild tjänsteläkarbefattning (exklusive de stadsläkartjänster som förutsättes ej komma att beröras av huvudmannaskapsreformen) — även där det finns två eller flera tjänsteläkare å samma förläggningssort — räknas såsom en »station». Antalet stationsorter skulle emellertid minska i svagare grad. För de 18 landsting, för vilka dessa program uppgjorts, skulle 60—70 orter upphöra att ha tjänsteläkare, samtidigt som en del nya stationsorter, som av uppgiftslämnarna ansetts vara lämpligare belägna, skulle tillkomma. För samtliga 25 landsting skulle detta kunna motsvara nära 100 orter. Även detta kan emellertid möta vissa betänkligheter och i varje fall ge anledning till ogynnsamma reaktioner hos befolkningen i de stationsorter, som skulle komma att indragas. Det är också tveksamt om inte en proportionell »uppräknig» leder till ett högre antal två- och flerläkarstationer än som motsvarar behovet eller i varje fall det intresse för detta system, som föreligger inom samtliga de sju landsting, som icke redovisat några program av denna karaktär.

Av dessa skäl har i en »modifierad uppräknig», som återges i tabellens sista siffrerad, förutsatts att antalet två- och flerläkarstationer 1966 blir mindre än vad en proportionell uppräknig leder till. Följden blir då, att närmare hälften — i stället för nästan en tredjedel — av tjänsteläkarna kommer att vara förlagda till enläkarstationer. Totalantalet stationer minskas med omkring 50 i jämförelse med nuvarande förhållanden. Eftersom den siffran inbegriper alla de fall, där två tjänsteläkarbefattningar på samma ort skulle komma att knytas till samma station, bör det i ett sådant modifierat program bli möjligt att till ett mycket litet antal begränsa de fall där en ort upphör att vara stationsort; det behöver då endast ifrågakomma, där det finns speciella och starka skäl, t. ex. att kommunikationernas utveckling gjort förläggningssorten olämplig, att platsen ligger så till att det inte går att locka någon tjänsteläkare dit, varför befattningen kommer att få stå vakant även vid bättre tillgång på läkare etc. I sådana fall kommer ändring i förläggningssorten att aktualiseras även oavsett denna reform. Och i vissa fall blir det läkarstation på nya orter.

Även om man skulle följa den proportionella uppräknigen, blir det inte färre tjänsteläkarstationer i landstingsområdena än det fanns tjänsteläkarbefattningar år 1946, och antalet stationsorter torde bli något större än 1946. Och då är att märka, att kommunikationerna avsevärt förbättrats sedan efterkrigstidens början. Följer man de modifierade talen, blir det för landet i dess helhet inte ens i jämförelse med nuvarande förhållanden någon *nettominskning* i antalet stationsorter. När, på det sätt som här föreslås, en övergång i betydande utsträckning till två- och flerläkarstationssystem förenas med en utbyggnad av hela organisationen, behöver stationsortsnetet

sålunda inte alls bli glesare. Ett visst undantag får dock göras för särskilt utpräglade glesbygder, i varje fall i övre Norrland. Men där är — på grund av den kroniska svårigheten att besätta många av tjänsterna — »stations-tätheten» i verkligheten vida mindre, än vad den ser ut att vara på papperet. En viss koncentration av tjänsteläkarbefattningarna till ett minskat antal stationsorter kan — tillsammans med åtgärder för att förbättra läkartillgången — där lätta jourtjänstbördan, mildra belastningen i övrigt och motverka isoleringen och sålunda övervinna rekryteringshinder som i dessa bygder är alldeles särskilt utpräglade. Det bör verksamt bidra till att den programmerade stationsortstätheten någorlunda väl uppnås i praktiken.

Den relativa frekvensen av en-, två- och flerläkarstationer skall dock icke fastläsas vare sig vid det ena eller det andra av de förut anförda alternativen utan bestämmas på grundval av en fortsatt planering, som göres upp i samarbete mellan landstingen och de statliga myndigheterna, i första hand medicinalstyrelsen och vederbörande förste provinsialläkare. De har här presenterats endast för att ange den *ungefärliga* storleksordningen av den förändring, som enligt vår mening bör komma till stånd under loppet av en 10-årsperiod. De kostnadskalkyler, som i fortsättningen presenteras, är närmast uppgjorda på grundval av det »modifierade» alternativ, som vi tror vara mera realistiskt, men det är som sagt inte meningen, att detta skall binda utvecklingen.

Vad gäller enläkarstationer har vi redan tidigare (s. 329) återgivit en typritning, som dock icke skall vara bindande i detalj utan endast återge den allmänna standard, som åsyftas. Vad gäller tvåläkarstationer återges å s. 342 motsvarande typritning (bild 7 b), som utarbetats inom centrala sjukvårdsberedningen. I fråga om flerläkarstationer synes av skäl som anges nedan något »standardförslag» icke av oss böra avgas. Följande beskrivning är i huvudsak grundad på en av vår ledamot provinsialläkaren G. Gerner utarbetad promemoria:

a) Enläkarstationer:

Väntrum med kapprum och wc, sköterskerum, laboratorium, läkarexpedition med arkiv, två undersökningsrum varav det ena med röntgenutrustning, behandlingsrum, steril- och förrådsrum, framkallningsrum, städskåp och wc. Ytinnehåll ca 115 kvm.

Allmänt: Laboratorium och sterilrum samt röntgenrum bör ligga lätt tillgängliga för sköterskan. I de fall, där lokalerna användes även för mottagningar i förebyggande vård bör väntrummet göras större än i normalplanen. Röntgenrummet bör i vissa fall ävenledes göras något större (för att exempelvis kunna utnyttjas för fysikalisk terapi och sjukgymnastik).

b) Tvåläkarstationer:

Alternativ 1: Väntrum med kapprum och wc, 2 mottagningsrum, 2 undersökningsrum, 2 mörkrum, 1 behandlingsrum, 1 sköterskerum, 1 skrivrum med arkiv, 1 röntgenrum med framkallningsrum, 1 rum för fysikalisk terapi, 1 sterilrum, 1

laboratorium, 1 förrådsrum, 1 omklädningsrum med wc, städskrub. Ytinnehåll ca 220 kvm.

Alternativ 2: Lokaler lika med fördubblad enläkarstation fränsett gemensamt röntgenrum och laboratorium. Ytinnehåll ca 185 kvm.

c) Flerläkarstationer:

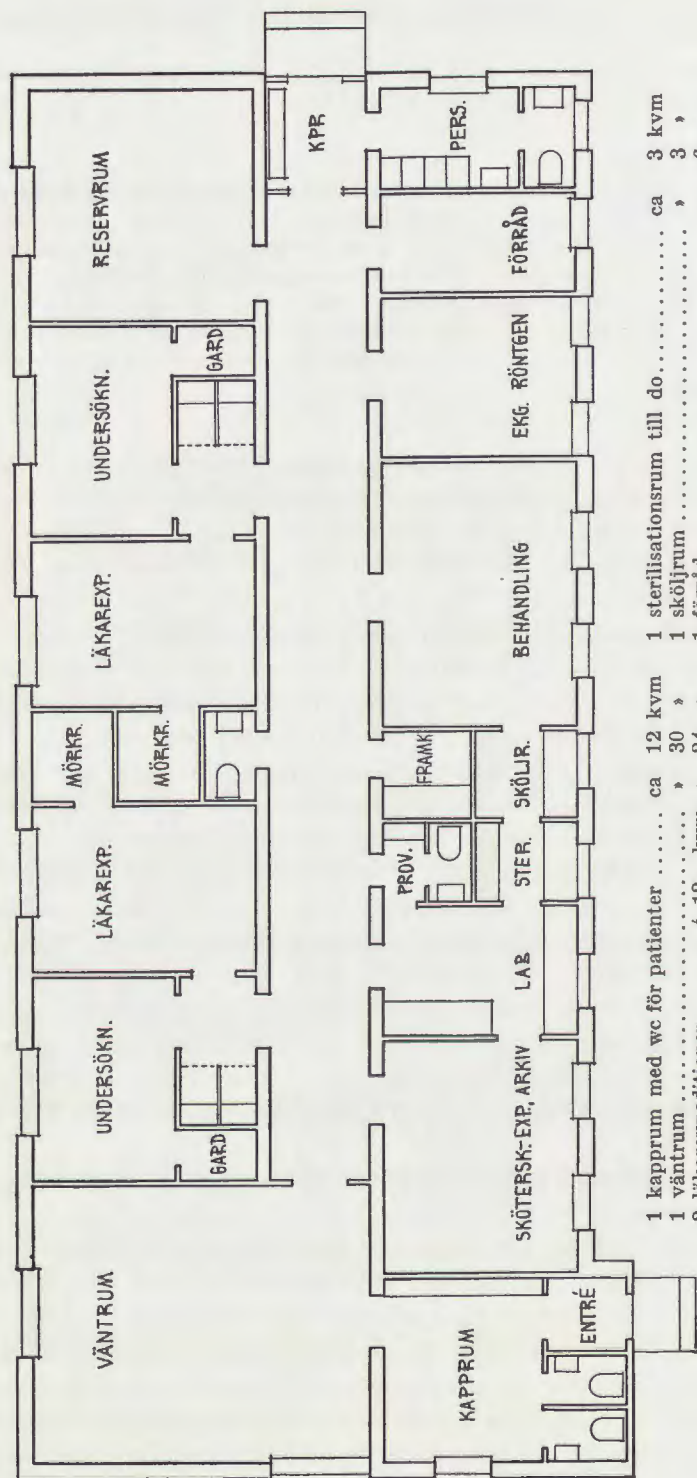
På grund av den olika konstruktion beträffande läkarkrafter m. m. dessa stationer kommer att få, blir förhållandena så skiftande från plats till plats att någon normalplan icke kan göras upp. Till dessa stationer kommer sannolikt att anknytas socialkuratorsmottagning, mottagning för psykisk barna- och ungdomsvård, barnmorskemottagning m. m. varjämte utrymmen måste beräknas för gästande specialistkon-sulter. På grund av den relativt stora personalen tillkommer personalrum, eventuellt pentry och lunchrum etc. Minimiytinnehåll för en flerläkarstation torde få beräknas till ca 350 kvm.

Det har här framgått, att två- och flerläkarstationerna, liksom enläkarstationer, är avsedda att ge en god *allmänläkarvård*, som ofta även bör kunna inbegripa eftervård av specialistfall. Men givetvis är det synnerligen värdefullt, om en tjänsteläkare, såsom redan nu i många fall förekommer, därutöver besitter specialistkompetens. När det finns två eller flera läkare på en station är det vidare naturligt, att de har något olika inriktning — t. ex. att en är mera orienterad åt medicin, en annan åt pediatrik eller psykiatri och att den ena kan ha mer utbildning än den andra i sådana röntgenarbeten, som kan förekomma på läkarstationen, etc. Dessutom bör det inte möta något hinder att, där så visar sig erforderligt och möjligt, låta specialister, som i övrigt är knutna till kroppssjukhus, mentalsjukhus eller privatpraktik, tjänstgöra såsom konsulter på stationen under viss dag eller vissa timmar per vecka.

Men huvudvikten skall som sagt ligga på allmänläkarvården. I detta sammanhang vill vi återigen uttala vår tillfredsställelse över att läkarorganisationerna vid preliminära diskussioner visat positiv inställning till frågan om en »*allmänläkarspecialitet*». Utan att vilja ingå på detaljerna i fråga om kompetenskraven vill vi framhålla, att erkännandet av en sådan specialitet bör bli till hjälp i strävandena att ge ännu högre status åt en kvalificerad tjänsteläkarkår, att underlätta rekryteringen och stärka kåren i allmänhetens ögon och därmed dess möjligheter att hävda sig i förhållande till sjukhusvården.

Som vi likaledes framhöll i novemberpromemorian, är det också av värde, att läkarorganisationerna 1956 preliminärt beslutat om sådan ändring i specialistkraven i övrigt, och att det för kompetens i de somatiska kliniska disciplinerna och i psykiatri i allmänhet skall erfordras bland annat *minst ett halvt års tjänstgöring i öppen vård utanför sjukhus*, d. v. s. inom tjänsteläkarverksamhet eller privatpraktik. Detta beslut, som — med hänsyn till övergångsbestämmelserna — väntas komma att få praktisk effekt omkring 1960, kommer efterhand att råda bot på den brist i läkarutbildningen, som ligger i att den ensidigt ger kontakt med slutna sjukvård. De unga läkarna

Bild 7b. Principskiss till läkarstation för två läkare; CSB i maj 1956



1 kapprum med wc för patienter	ca 12 kvm	1 sterilisationsrum till do	ca 3 kvm
1 väntrum	30 »	1 sköljrum	3 »
2 läkarexpeditioner	12 kvm » 24 »	1 förråd	6 »
2 undersökningsrum till d:o á 9 »	18 »	1 omklädningsrum med wc för kvinnlig personal	6 »
2 mökrum	2,5 » 5 »	1 toalett för läkare	2 »
1 sköterskeexpedition och arkiv	15 »	1 reservrum	16 »
1 laboratorium och hytt med wc för provtagning	15 »	nettoyta	ca 185 kvm
1 ekg- och röntgen	10 »	korridor och innerväggar »	65 »
1 framkallningsrum till d:o	2 »	bruttoyta	250 »
1 behandlingsrum	18 »		

får därmed också mera allmänt tillfälle att vinna praktisk erfarenhet av de värden och möjligheter, som den öppna vården genom tjänsteläkare eller privatpraktiker kan erbjuda, vilket i sin mån kan bidra till att underlätta bland annat tjänsteläkarkårens rekrytering. Dessutom är det möjligt att det något kan medverka till en lösning av vikarieproblemet inom tjänsteläkarverksamheten. Vi uttalar den förhoppningen att beslutet snarast omsättes i praktiken.

Vi förutsätter, som sagt vidare, att tjänsteläkare får tillfälle att efter vissa år genom tjänstgöring å sjukhus erhålla mera direkta förnyade kontakter med det kliniska arbetet och dess utveckling och att det mera regelbundet anordnas arbetskonferenser mellan tjänste- och sjukhusläkare. Även dessa förhållanden bör bidra till att uppluckra gränsen mellan sjukhus- och tjänsteläkarkåren och ytterligare stärka samarbetet dem emellan. Det skulle dessutom tjäna till att motverka den isolering, som ofta kännetecknar tjänsteläkarens arbete, särskilt i mera avlägsna områden. Med hänsyn till bristen på tjänsteläkare, den tunga arbetsbelastningen och därav föranledd bundenhet samt de omfattande vakans- och vikarieproblemen inom tjänsteläkarverksamheten, kan dock tyvärr för närvarande inte mycket göras i den vägen, men vi utgår från att dessa behov blir tillgodosedda, så snart förutläggningarna blir bättre.

Beräknade kostnader för tjänsteläkarorganisationens utbyggnad

Vad gäller ökningen i lönekostnader för läkare må följande anföras. Enligt det föregående skulle antalet tjänsteläkare under 10-årsperioden komma att öka med omkring 400 under förutsättning att alla befattningar kan tillsättas. Det finns emellertid ingen anledning att här räkna med den ökning i lönekostnad, som följer av att vakansproblemet förutsättes komma att bli eliminerat. Kostnaden för 300 ytterligare tjänsteläkarbefattningar blir, om man räknar med nuvarande genomsnittslön för provinsialläkare (23 100 kronor), ca 6,9 miljoner kronor. Antages det, att det uteslutande är fråga om biträdande provinsialläkare och att dessa placeras i lägsta lönegrupp och i tjänsteåldershänseende vid slutet av perioden befinner sig närmare mitten av denna, blir det 6,7 miljoner kronor. Vid jämn utbyggnad ökas merkostnaden med 670 000 kronor per år. Här har dock förutsatts, att utbyggnadstakten skulle bli svagare i början av 10-årsperioden. Kostnaden för 10 nya tjänster budgetåret 1959/60 utgör ca 225 000 kronor.

Efterhand blir dock förhållandena enligt föreliggande förslag mer komplicerade. Av skäl som redan berörts i kap. 2 och som närmare skall redovisas i kap. 8, har här genomgående räknats med att den nya tjänsteläkarkår, som efter 10 år når en storlek av 1 050 läkare, åstadkommits genom sammanslagning av provinsial- och kommunalläkarkåren, som ställs under landstingens huvudmannaskap — dock att förste provinsialläkare samt de kom-

munalläkare i större och medelstora städer, som erfordras för väsentligen omgivningshygien och annan allmän hälsovård, kvarstår i sina nuvarande funktioner under nuvarande huvudmän. I denna nya organisation skulle ingå ca 600 nuvarande provinsialläkartjänster och 150 kommunalläkartjänster.

Detta för med sig följande konsekvens. Kommunalläkare har i regel lägre löner än provinsialläkare (i genomsnitt respektive 14 600 och 23 100 kronor), men å andra sidan är de i flertalet fall för en betydande del av sin verksamhet icke bundna av några läkartaxor. Huvudmannaskapsreformen skulle för kommunalläkarna i båda dessa hänseenden medföra en anslutning till de villkor, som gäller för provinsialläkare.

Beaktas dessa förutsättningar, blir den totala lönekostnadsökningen för samhället för en sålunda utökad och förenhetligad tjänsteläkarkår vid 10-årsperiodens slut nära 8,0 miljoner kronor. Å andra sidan vinnes, att hela tjänsteläkarkåren i landstingsområdena blir taxebunden.

Här räknas vidare med att primärkommunerna icke inom ramen för denna reform — men däremot eventuellt i samband med uppgörelse om andra finansiella mellanhavanden mellan stat och kommun — ger någon kompensation för den möjlighet till minskning i löneutgifter (2,2 miljoner kronor), som reformen skulle ge dem. Av denna anledning blir den kostnadsökning, som skulle bäras av stat och landsting, större. Jämfört med nuvarande förhållanden skulle den vid 10-årsperiodens slut uppgå till ca 10 miljoner kronor. Vid jämn fördelning av kostnadsökningen på hela 10-årsperioden, uppgår den sålunda till 1 miljon kronor per år. Emellertid torde utbyggnaden, som sagt, ske i svagare takt i början av perioden. Det kan vidare förutsättas, att det icke omedelbart blir någon nämnvärd övergång av kommunalläkare i landstingsregi. För budgetåret 1959/60 synes därför icke föreligga skäl att frånga den tidigare beräknade siffran 225 000 kronor avseende 10 nya tjänsteläkarbefattningar.

Frågan om principerna för en fördelning av kostnaderna mellan stat och landsting skall beröras i följande kapitel. Det förutsätts där, att landstingen skall hållas skadeslösa för den ökning i löpande kostnader, som vållas av att de övertar den *statliga* delen av tjänsteläkarverksamheten.

Investeringskostnader för mottagningslokaler blir i hög grad beroende på resultatet av den detaljerade planering i de enskilda landstingsområdena, som enligt det föregående skall företagas. Förutsättningarna är härvidlag i hög grad skiftande. Bland annat inverkar utfallet av den justering av distriktsindelningen som vi här räknat med; vi utgår emellertid från att vid distriktsindelningen hänsyn bland annat också togs till i vad mån befintliga mottagningslokaler är lämpliga eller icke.

Det möter sålunda svårigheter att centralt verkställa några mera noggranna beräkningar och följande kalkyl kan därför endast ange investeringskostnadens sannolika storleksordning under 10-årsperioden.

I första hand bör byggnadsinvesteringarna avse de 200 två- och flerläkarstationer, som enligt det här uppställda programmet — vilket, såsom nämnts, skall överses och revideras efter landstingsvis verkställda utredningar — skulle komma till stånd inom en 10-årsperiod. Kostnaden för en tvåläkarstation kan enligt uppgift från centrala sjukvårdsberedningen beräknas variera mellan 200 000 och 300 000 kronor. Vi räknar här med medelvärdet 250 000 kronor. Häri ingår icke tomtkostnad, som emellertid — bland annat med hänsyn till möjligheten av primärkommunal subvention — i allmänhet torde bli låg. För en flerläkarstation blir kostnadsvariationerna större; 425 000 kronor får betraktas som ett godtagbart medelvärde. Under förutsättning av nybyggnad av samtliga 125 två- och 75 flerläkarstationer erhålles då ett totalbelopp av ca 63 miljoner kronor. I en del fall torde emellertid vissa besparingar komma att uppnås genom att befintliga enläkarmottagningar om- och tillbygges. Dessutom kan säkerligen i många fall sjukstugor utnyttjas för två- eller flerläkarstationer. Det är emellertid omöjligt att centralt ens tillnärmelsevis uppskatta hur ofta sådana möjligheter föreligger och likaså att beräkna storleken av de kostnader för t. ex. nyinredning och ändring av sjukstugor, som i allmänhet skulle bli erforderliga; en stor del av de 95 sjukstugor som finns torde med hänsyn till beskaffenhet och belägenhet *icke* vara lämpliga för ändamålet. Här förutsätts, att de nämnda besparingsmöjligheterna medger en reduktion av den nyss angivna totalkostnadssiffran till 50 miljoner kronor.

För att här uppställda utrymmes- och standardkrav på läkarmottagningar allmänt skall kunna uppnås inom loppet av 10-årsperioden skulle emellertid dessutom erfordras en icke obetydlig investering i enläkarmottagningar. Enligt förut anförda förutsättningar skulle ju vid slutet av 10-årsperioden fortfarande finnas 500 enläkarstationer. Mottagningslokalen bör enligt förut uppställda standardkrav mäta 115 kvm (inklusive innerväggar). Enligt tab. 7.1 utgör emellertid det antal tjänsteläkarmottagningar, om vilka man vet att de håller minst 115 kvm eller att de är godkända av läkarförbundet, endast 190; härtill kommer en obekant andel av de 82 mottagningar, för vilka uppgift om golvyta ej föreligger (samt de 46 sjukstugor, som förestås av tjänsteläkare, men som enligt ovan ofta förutsättes komma att utvecklas till två- och flerläkarstationer). För att samtliga de 500 tjänsteläkare, som ännu vid utgången av 10-årsperioden skulle komma att tillhöra enläkarstationer, skall kunna erhålla mottagningslokaler enligt här uppställda standardkrav, kan sålunda en ny- och tillbyggnadsverksamhet avseende upp emot 250 mottagningar komma i fråga. I många sådana fall får man emellertid räkna med möjligheten att det, på grund av fortsatt övergång till två- och flerläkarstationssystem, relativt snart efter 10-årsperiodens slut kan komma att uppstå behov av ännu större mottagningslokal. Det synes angeläget att undvika nybyggnad av enläkarstationer inom sådana distrikt, där en sådan möjlighet till senare övergång till tvåläkarstationssystem kan anses föreligga.

Även av mera allmänna ekonomiska skäl synes man tills vidare böra något pruta av på de här uppställda standardkraven i fråga om befintliga lokaler. Utgår man från att befintliga enläkarmottagningar å ned till 90 kvm skall kunna godtagas, om de i andra avseenden är lämpligt utformade och kvalitativt tillfredsställande, vill det synas, som om en ny- och tillbyggnadsverksamhet skulle kunna begränsas till grovt räknat 100 av de 500 enläkarmottagningarna under här ifrågakarande 10-årsperiod; det får anses ofrånkomligt att alla distrikt, där det inte kan förväntas bli underlag för en tvåläkarstation men som kommer att behöva en tjänsteläkare, snarast får fullgoda mottagningslokaler. Vid en kostnad av ca 100 000 kronor per station, blir det totala beloppet 10 miljoner kronor.

Den totala investeringskostnaden för samtliga en-, två- och flerläkarstationer skulle sålunda uppgå till (50 + 10) 60 miljoner kronor. Med hänsyn till att utbyggnaden förutsättes komma att bedrivas i svagare takt i början av 10-årsperioden skulle kostnaden för budgetåret 1959/60 uppgå till 2,5 miljoner kronor; detta belopp skulle räcka för 10 tvåläkarstationer.

Några särskilda investeringskostnader för *tjänsteläkarbostäder* har här icke medräknats. Det får förutsättas, att primärkommunernas möjlighet att, där behov föreligger, medverka till lösningen av tjänsteläkarnas bostadsfråga blir större, när stat och landsting på det sätt som här föreslås, svarar för en väsentlig upprustning av tjänsteläkarmottagningarna. I vissa fall kanske landstinget hjälper till, men detta bör icke föranleda några statsbidrag.

Vad gäller kostnaden för *utrustningen* har provinsialläkaren Gerner våren 1957 verkställt en specialutredning, vars resultat här utnyttjas. De förutsättningar som lagts till grund är följande:

1) Enläkarstationer:

Möbler och instrumentell utrustning enligt utarbetat normalförslag (s. 329). Beträffande utrustning med röntgen-, respektive genomlysningsapparat, elektrokardiograf och kortvågsapparat kan olika alternativ tänkas. Röntgenapparat torde vara nödvändig vid samma stationer, som anses vara i behov av sjuksköterska; vid övriga stationer torde genomlysningsapparat vara till fyllest. Lämplighetsskäl får avgöra var elektrokardiograf bör finnas. Apparat för ämnesomsättningsundersökning bör finnas endast där möjlighet föreligger att »lägga in» patienten.

För 125 av de 500 enläkarstationerna räknar vi med följande utrustningskostnader (prisuppgifterna beräknade på offerter från Kirurgiska Instrument Fabriks Aktiebolaget och Landstingens inköpscentral, vilka offerter sinsemellan ej visar större avvikelser);

Möbler	13 677 kr.
Instrument	5 067 »
Röntgenapparat	11 110 »
Elektrokardiograf	4 650 »
Kortvågsapparat	6 432 »

Summa 40 936 »

För övriga 375 enläkarstationer räknar vi med fem olika typalternativ, vilka företer följande avvikelser från nyss angivna högsta utrustningsalternativ:

- a) röntgenapparaten utbytes mot genomlysningsapparat, som kostar 7 290 kronor;
- b) varken röntgen- eller genomlysningsapparat finns;
- c) varken röntgen-, genomlysningsapparat eller elektrokardiograf finns;
- d) varken röntgen-, genomlysnings- eller kortvågsapparat finns;
- e) varken röntgen-, genomlysnings-, kortvågsapparat eller elektrokardiograf finns.

Kostnaderna för dessa alternativ blir enligt det föregående ungefär:

- a) 37 100 kr.
- b) 30 000 »
- c) 25 500 »
- d) 23 400 »
- e) 19 000 »

Enligt det högsta av dessa lägre alternativ skulle den totala utrustningskostnaden för 375 enläkarmottagningar bli 13 900 000 kronor och enligt det lägsta 7 125 000 kronor. Här räknas med ett genomsnitt av 10 miljoner kronor. Därtill kommer en kostnad för förstnämnda 125 mottagningar å ($125 \times 40\,936$ kr.) 5 117 000 kronor. Hela utrustningskostnaden för de 500 enläkarstationerna skulle då utgöra ca 15 miljoner kronor.

2) Tvåläkarstationer:

Här räknas med följande värden, som erhållits genom »uppräknning» efter normalförslaget för enläkarstationer:

Möbler ca	20 000 kr.
Instrument ca	6 000 »
Röntgenapparat	11 110 »
Elektrokardiograf	4 650 »
Kortvågsapparat	6 432 »
	Summa 48 192 »

För 125 tvåläkarstationer blir totalkostnaden sålunda ca 6 miljoner kronor.

3) Flerläkarstationer:

Mycket ungefärligt kan beräknas, att kostnaderna för varje läkare utöver två kommer att uppgå till ca 16 000 kronor. Då de 75 flerläkarstationerna skulle ha i genomsnitt fyra läkare blir kostnaden sålunda 80 000 kronor per station eller totalt ($75 \times 80\,000$ kr.) 6 miljoner kronor.

4) Totalkostnad för samtliga läkarstationer:

Hela kostnaden för utrustningen blir under dessa förutsättningar ($15+6+6$) 27 miljoner kronor. Detta är emellertid ett bruttobelopp. Avdrag skall göras för värdet av befintlig utrustning. Härvid räknas för möb-

ler och instrument med 50 procent av värdet enligt standardförslaget för enläkarstationer. I fråga om apparatutrustning räknar vi med 100-procentiga värden.

Antalsuppgifterna är hämtade från tab. 7.4 ovan. För de 676 tjänsteläkare, som redovisas i denna tabell, utgör de viktigaste avdragsposterna följande:

Möbler	4 623 000 kr.
Instrument	1 713 000 »
Genomlysningsapparater, 176 st.	1 283 000 »
Röntgenapparater, 160 st.	1 778 000 »
Elektrokardiografer, 222 st.	1 032 000 »
Kortvågsapparater ¹ , 142 st.	913 000 »
	Summa 11 342 000 »

Efter »uppräknig» till 750 tjänsteläkare skulle avdragsposten utgöra nära 12,6 miljoner kronor. Med hänsyn till vakanserna kan det visserligen ifrågasättas om fullständig uppräknig till 750 skall företagas. Å andra sidan får viss hänsyn tagas till att uppgifterna i tab. 7.4 avser 1954 och att en ökning av apparatutrustningen inträtt sedan dess. Av detta skäl synes avdragsposten böra jämnas av uppåt till 13 miljoner kronor. Nettoinvesteringsbeloppet för utrustning skulle sålunda uppgå till (27 — 13) 14 miljoner kronor eller 1,4 miljoner kronor per år. I detta fall synes icke föreligga skäl att räkna med lägre årsbelopp i början av perioden utan tvärtom med högre belopp, eftersom utrustningen behöver kompletteras på åtskilliga befintliga mottagningar. För budgetåret 1959/60 synes lämpligt att förutsätta en kostnad av 2 miljoner kronor.

Vad gäller *medverkande personal* har vi utgått från följande av dr Gerner utarbetade förutsättningar:

a) Enläkarstationer:

Ett specialutbildat biträde eller en sjuksköterska, som helst bör vara utbildad i bland annat röntgenteknik och laboratoriearbete. Behov av sjuksköterska föreligger vid läkarstationer belägna på längre avstånd från sjukhus (mer än 5 mil) samt vid stationer med omfattande småkirurgisk verksamhet och/eller konsultationstal över 6 000 per år.

b) Tvåläkarstationer:

En sjuksköterska utbildad enligt ovan, två biträden, varav en huvudsakligen avsedd för kontorsgöromål.

c) Flerläkarstationer:

Liksom beträffande lokalerna kommer förhållandena att bli så växlande, att normalplan knappast kan uppgöras. Man bör dock räkna med en sjuksköterska per två läkare samt ett biträde per läkare jämte ett kontorsutbildat biträde per station.

På grundval av dessa förutsättningar erhålles följande totalsiffror avseende slutet av utbyggnadsperioden:

¹ »Annan apparat» i tab. 7.4 torde huvudsakligen avse kortvågsapparat.

	Examinerade sjuksköterskor	Mottagnings- biträden	Skriv- biträden	Samtliga
500 enläkarstationer	125	375	—	500
125 tvåläkarstationer	125	250	—	375
75 flerläkarstationer	150	300	75	525
	Summa 400	925	75	1 400

Dessa uppgifter avser heltidskrafter. I verkligheten kommer emellertid såsom hittills deltidsarbete att förekomma i betydande utsträckning dels därför att det ofta kommer att föreligga behov av »halva» arbetskrafter men också av det skälet att det inte sällan torde kunna underlätta rekryteringen. Antalet personer blir därigenom väsentligt högre, men kostnaden torde i stort sett icke påverkas härav.

Som tidigare framgått har tjänsteläkarna för närvarande omkring 600 »personenheter» anställda på mottagningarna, om deltidskrafterna räknas såsom halvtidskrafter. Häri är i stort sett medräknad personal å sådana sjukstugor, som sköts av tjänsteläkare, men denna personal utnyttjas även i slutenvård. Samtidigt med att antalet tjänsteläkarbefattningar under loppet av 10 år ökas från 750 till 1 050 och antalet tjänsteläkare i något större utsträckning, skulle den medhjälpare personalen sålunda öka från 600 heltidskrafter till 1 400. Det synes böra medföra väsentligt ökade möjligheter för tjänsteläkarna att koncentrera sig på sådana arbetsuppgifter, för vilka deras kompetens är erforderlig.

Andelen sjuksköterskor skulle bli ungefär densamma som nu (ca 29 procent). Vad gäller mottagningsbiträden förutsättes, att dessa rekryteras bland sjukvårdsbiträden med några års praktisk erfarenhet och med kompetens motsvarande sjukhusens undersköterskor. Vi räknar med att här ifrågasättande utbildningsbehov kommer att tillgodoses genom åtgärder från landstingens sida. I det sammanhanget bör även frågan om kompletteringsutbildning avsedd för läkarsekreterare övervägas.

Utgår man från att sjuksköterskor erhåller samma lön som mottagningsköterskor vid sjukhus, att till mottagningsbiträden betalas samma lön som till undersköterskor samt att sekreterarpersonal placeras i kontorsbiträdesställning, skulle lönekostnaden för denna personal om 1 400 »personenheter» vid utbyggnadsperiodens slut komma att uppgå till 13,5 miljoner kronor per år. Kostnaden för nuvarande personal skulle från samma utgångspunkt uppgå till ca 5,5 miljoner kronor, varav ungefär 4,1 miljoner kronor hänför sig till provinsialläkare. Vid jämn utbyggnad blir den årliga kostnadsökningen 0,8 miljoner i förhållande till denna nivå. Emellertid får ihåggas, att nuvarande kostnad, om man bortser från sjukstugupersonal, belastar tjänsteläkarna och icke samhället. Härvidlag skulle emellertid komma att inträda viss ändring vid bifall till vårt i novemberpromemorian framlagda förslag om ett anslag å 1,6 miljoner kronor för

50-procentiga bidrag till mottagningshjälp hos provinsialläkare. Vi förutsätter här, att landstingen — som emellertid träffar en allmän finansuppgörelse med staten — övertar hela kostnaden för mottagningshjälpen i och med att tjänsteläkarvården successivt överföres i landstingsregi. Den takt, i vilken detta kan ske, blir beroende av förhållanden, som närmare diskuteras i följande kapitel. Endast som ett antagande — gjort enbart för att fullständiga den sammanfattning av kostnadskalkylerna, som återfinns i kap. 2 — räknar vi med att den samhälleliga kostnaden under budgetåret 1959/60 skulle komma att stiga med 2,5 miljoner kronor för att därefter successivt fortsätta att växa upp till den nyss angivna nivån 13,5 miljoner kronor vid slutet av 10-årsperioden.

Förslag om förstärkning av vissa andra personalgrupper i öppen vård

Utom tjänsteläkarna och den dem underställda personalen vid läkarstationerna är det ytterligare två personalkategorier i öppen vård utanför sjukhus, beträffande vilka en förstärkning framstår som särskilt angelägen, nämligen sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning och sjukgymnaster. I detta sammanhang behandlas även en tredje personalkategori — barnmorskorna i öppen vård — ehuru förslag till förstärkning av denna kår ej framläggs.

I kap. 4 har berörts det stora behov som föreligger av ökade insatser i bland annat förebyggande vård och distriktsvård. En viktig kategori av medicinalpersonal inom dessa verksamhetsgrenar är *de hälsovårdsutbildade sjuksköterskorna*. I kap. 5 har — med hänsyn till de omfattande arbetsuppgifter för sådan personal, som redan föreligger, samt den vidgning av området för dess verksamhet, som framhållits såsom önskvärd — den norm för antalet sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning, som borde eftersträvas, angivits till en sjuksköterska per 2 000 invånare, alternativt en per 2 500 invånare. Dessa normer användes också i den inom medicinalstyrelsen utförda och av arbetskraftsutredningen framlagda prognosen. Enligt den förra skulle vid den folkmängd, som beräknas finnas 1965, ca 3 800 och enligt den senare ca 3 000 hälsovårdsutbildade sjuksköterskor vara behövliga. I den i arbetskraftsutredningen framlagda prognosen räknades med ett medelvärde av bortåt 3 400. Om man, på det sätt som långtidsutredningen gjort, något modifierar den beräknade befolkningsutvecklingen genom att införa ett antagande om en nettoimmigration av 10 000 per år, erhålles tämligen exakt siffran 3 400.

Denna beräkning avser hela landet, sålunda inbegripet städer utanför landsting. Inom dessa torde emellertid behovet av hälsovårdsutbildade sjuksköterskor vara mindre i förhållande till folkmängden än inom landstingsområdena, ty med hänsyn till de rikligare sjukvårdsresurserna i större städer torde det där i högre grad än eljest vara möjligt att låta sådana sjuk-

sköterskor koncentrera sig på den egentliga hälsovården. Antar man att man för städer utanför landsting kan åtnöja sig med ett så lågt relations-tal som en hälsovårdsutbildad sjuksköterska per 3 000 invånare, bör man i gengäld för landstingsområdenas del räkna med den högre av nyss angivna normer, nämligen en per 2 000 invånare. Räknar man med att folkökningen i landstingsområdena endast blir hälften så stor, procentuellt sett, som i riket i dess helhet, skulle då inom dessa områden (5,7 miljoner invånare 1955 och 5,8 miljoner 1965) komma att erfordras 2 900 hälsovårdsutbildade sjuksköterskor 1965. I städer utanför landsting, där folkökningen sålunda skulle bli relativt starkare (1,6 miljoner 1955 och 1,8 miljoner 1965), men å andra sidan en lägre norm skulle accepteras, leder en motsvarande beräkning till att behovet 1965 skulle utgöra omkring 600. I fortsättningen räknar vi dock med nyssnämnda totalbehov av 3 400, varav 2 900 avses för landstingsområdena. Vi förutsätter, att detta behov skall vara tillgodosett i slutet av 60-talet. Det betyder, att det enbart i landstingsområdena skulle krävas en ökning med drygt 100 befattningshavare och omkring 85 tjänster per år under en 10-årsperiod.

Ytterligare ett skäl att inrikta här ifrågavarande utbyggnad inom landstingsområdena på siffran 2 900 ligger i följande övervägande. I det föregående har vi utgått ifrån att antalet tjänsteläkarbefattningar i landstingsområdena skulle öka från 750 till 1 050 under 10 år eller med 40 procent. Då emellertid omkring 80 befattningar antingen uppehålls genom dubbelförordnanden eller av vikarier, som saknar allmän behörighet att utöva läkaryrket, och strävandena i första hand måste inriktas på att undanröja detta vakansproblem, ligger i de här gjorda förutsättningarna att antalet på detta område sysselsatta läkare med allmän behörighet skulle ökat något mera eller med omkring 56 procent. Enligt av oss inhämtade uppgifter, som återgivits i kap. 5, fanns i början av 1957 ca 1 780 sjuksköterskor med hälsovårdsutbildning i landstingsområdena. För närvarande (början av 1958) torde denna siffra överstiga 1 800. Avser vi att efter 10 år komma upp till 2 900 hälsovårdsutbildade sjuksköterskor i landstingsområdena, innebär det en procentuell ökning av nästan exakt samma storlek (57 procent) som förutsatts för tjänsteläkarnas del. Det skulle till och med vara i hög grad önskvärt att antalet hälsovårdsutbildade sjuksköterskor ökades proportionsvis mera än antalet tjänsteläkare. Men med hänsyn till att det ändå krävs en mycket omfattande utvidgning av utbildningskapaciteten (jfr nedan) och att tjänsteläkarna dessutom enligt vårt förslag skall erhålla en väsentlig förstärkning i fråga om biträden och sjuksköterskor å mottagningarna, har vi inte ansett oss böra ta hänsyn till ett sådant önskemål i vår behovsberäkning.

Det förtjänar vidare erinras om att antalet distriktsskötersketjänster ungefär fördubblades under 40-talet (kap. 5). Det ledde visserligen till ett omfattande vakansproblem, men antalet distriktssköterskor (tjänster minus vakanser) ökade i ungefär samma procentuella takt (ca 58 procent) som här förutsatts för samtliga hälsovårdsutbildade sjuksköterskor i landstingsområdena under närmaste 10-årsperiod. Detta utvecklingstempo innebär sålunda icke någon nyhet utan endast en fortskrivning av tidigare trend. Under första hälften av 50-talet steg antalet distriktsskötersketjänster i vida lugnare tempo (10 procent per årtionde), vilket får ses mot bakgrunden av det stora antalet vakanser, men antalet distriktsköterskor ökade fortfarande i snabb takt (41 procent per årtionde) samtidigt

som antalet vakanser minskade. Dock är detta antal fortfarande betydande. Vad gäller samtliga grupper av hälsovårdsutbildade sjuksköterskor utgjorde antalet vakanser (utan vikarie eller utan kompetent vikarie) i början av 1957 enligt uppgifter till vår distriktsvårdsenkät (2 030 tjänster uppehållna av 1 780 befattningshavare) omkring 250. Bortåt en fjärdedel av det ökningsbehov, som vi här räknat med för landstingsområdenas del (1 000 å 1 100) hänför sig sålunda till vakanserna.

Distriktsvårdsenkäten ger för övrigt ytterligare en bekräftelse på att ett betydande expansionsbehov föreligger. I denna enkät förutsatte uppgiftslämnarna dels att ca 250 vakanser skulle fyllas och dels att därutöver omkring 60 nya tjänster borde tillkomma omedelbart och ytterligare 37 per år under de närmaste åren. Vad gäller dessa år skulle sålunda erfordras en ökning med bortåt 100 befattningshavare per år.

Som redan antytts ligger det svåraste hindret för en ökning av antalet hälsovårdsutbildade sjuksköterskor upp till angivna behovsnorm i utbildningens otillräckliga kapacitet. Hela antalet hälsovårdsutbildade sjuksköterskor, om städer utanför landsting medräknas, torde i början av 1957 ha uppgått till ca 2 100. Att döma av erfarenheten under senare år uppgår nettotillskottet till omkring 50 per år och för närvarande skulle antalet sålunda utgöra 2 100 å 2 200. För att nå totalsiffran 3 400 erfordras sålunda ett totalt nettotillskott å 1 200 eller något mer. Skall det ske under loppet av en 10-årsperiod, skulle den genomsnittliga nettoökningen per år utgöra omkring 120. Det årliga bruttotillskott, som den nuvarande utbildningskapaciteten räcker till, uppgår emellertid icke till mer än ca 130. Statens distriktssköterskeskola är avsedd för 100 elever per år, men på grund av begränsat utrymme anser man sig icke kunna mottaga mer än 90. Härutöver meddelas hälsovårdsutbildning vid den sociala barnavårdskursen (B-kursen) å centralskolan för specialutbildning av barnsjuksköterskor; dess kapacitet är omkring 40 elever per år.

Frågan är då vilket bruttotillskott som erfordras för att åstadkomma ett effektivt nettotillskott av 120 per år. Den största svårigheten ligger här i att beräkna avgången på grund av giftermål, pensionering, död samt övergång till annan verksamhet, häri inbegripet övergång till sådan sjukvård för vilken icke erfordras hälsovårdsutbildning. Även om man, som sig bör, begränsar sig till nettoavgången, eftersom det icke sällan förekommer att sådana som lämnat verksamheten sedermera återinträder, är det möjligt att man bör räkna med rätt höga tal. Vissa inom medicinalstyrelsen utförda undersökningar ger emellertid icke något mera preciserat resultat. Vi utgår emellertid här från en försiktigt uppskattad nettoavgångsfrekvens av 4 procent per år. Det finns skäl för antagandet att det talet ligger för lågt, men å andra sidan står det i någorlunda god överensstämmelse med iakttagelsen, att den nuvarande utbildningskapaciteten dock räckt för ett nettotillskott av storleksordningen 50 per år; om 4 procent å 2 100 drages från ett bruttotillskott av 130, erhålles ett netto å 40—50. Emellertid måste man utgå ifrån att den absoluta avgången ökas, när kåren

blir större.¹ Av denna anledning appliceras i det följande den antagna avgångsfrekvensen på medeltalet mellan kårens nuvarande (2 200) och dess åsyftade (3 400) storlek, d. v. s. 2 800. Avgången får sålunda antagas stiga, men i genomsnitt under 10-årsperioden skulle den utgöra 112 eller, utjämnat, 110 per år.

Till sist bör man även räkna med en reserv för vikarier vid sjukdom, semester och annan ledighet. Detta behov brukar uppskattas till 10 procent av kårens storlek. Det skulle sålunda för ändamålet behöva utbildas så många att det efter 10 år återstår ett netto (efter avgång) av 340. Vi utgår här från att därmed ställs krav på utbildning av ytterligare 40 elever per år.

På dessa grunder har erhållits följande beräkningsresultat avseende den erforderliga utbildningskapaciteten:

Nytillskott	120
Ersättning för avgång	110
Vikariereserv	40
	Summa 270

Trots att ersättningsbehovet här uppskattats försiktigt, kommer vi sålunda till det resultatet att den befintliga utbildningskapaciteten behöver fördubblas, om den avsedda behovsnormen skall kunna förverkligas inom loppet av en 10-årsperiod.

För närvarande är frågan om förflyttning av statens distriktssköterskeskola från folkhälsoinstitutet aktuell. I ett nyligen avgivet betänkande har folkhälsoinstitutsutredningen uttalat sig för denna undervisnings förläggande till annan läroanstalt och den utredning inom medicinalstyrelsen, som under hösten 1957 framlagt förslag angående inrättande av ett institut för den högre sjuksköterskeutbildningen, har för sin del uttalat, att det ur flera synpunkter skulle vara av värde, om distriktssköterskeutbildningen kunde förläggas till nämnda institut.² Det har även i flera sammanhang framhållits, att det skulle vara till fördel med en mera enhetlig typ av hälsovårdsutbildning i stället för den nuvarande uppdelningen på dels distriktssköterskeutbildning dels utbildningen vid särskild social barnvårdskurs.

Med hänsyn härtill samt till det i det föregående påvisade stora behovet av en ökad utbildningskapacitet på förevarande område förordar vi att åt medicinalstyrelsen uppdrages att utarbeta planer — som eventuellt an-

¹ I vilken takt detta sker beror givetvis i hög grad på åldersfördelningen. Fullt aktuella uppgifter om denna föreligger emellertid icke. Att döma av vissa av medicinalstyrelsen sammanställda data för 1952 skulle den då för distriktssköterskornas del ha varit relativt ogynnsam med 51 % av kåren i åldern 42 år och däröver (35 % 47 år och däröver). Vid stark expansion bör den till en början bli mera gynnsam. Dock är att märka att en icke oväsentlig del av avgången sker redan i lägre åldrar.

² I prop. nr 66 till 1958 års riksdag angående högre utbildning av sjuksköterskor har inrikesministern uttalat, att det ej torde vara möjligt att i detta sammanhang taga ställning till frågan om distriktssköterskeutbildningens framtida ordnande.

knyts till det föreslagna institutet för högre sjuksköterskeutbildning — för en snabb väsentlig utökning av utbildningsresurserna för hälsovårdande sjuksköterskor. Att döma av här framlagda kalkyler bör denna utökning ungefär innebära en fördubbling av nuvarande kapacitet, men det bör anförtros åt medicinalstyrelsen att, på grundval av mer ingående analyser av bland annat åldersfördelning och avgångsfrekvens än som här företagits, överse dessa kalkyler. Vi förutsätter dessutom, att behovet av utbildningsresurser för detta ändamål kommer att framdeles noga följas på grundval av fortsatta analyser av alla relevanta faktorer, så att erforderliga ytterligare förändringar i utbildningsresurserna kan åstadkommas med så ringa tidsutdräkt som möjligt.

Om det härvid skulle befinnas, att det även efter 10-årsperiodens slut kan förväntas föreligga behov av fortsatt expansion, kan det framstå som rationellt att redan före denna periods utgång ånyo bygga ut utbildningsresurserna. I så fall kan det bli möjligt att fullständigt genomföra den här programmerade utökningen av kåren av hälsovårdsutbildade sjuksköterskor inom loppet av omkring 10 år, även om det dröjer något innan den nu föreslagna utbyggnaden av utbildningskapaciteten hinner genomföras.

I det föregående har i viss mån även expansionsbehovet i städer utanför landsting beaktats för att det totala behovet av utbildningsresurser skall kunna bedömas. Vårt direkta förslag om utbyggnad av organisationen avser emellertid enbart landstingsområdena, där antalet tjänster för hälsovårdsutbildade sjuksköterskor enligt det föregående skulle öka från för närvarande ca 2 050 (med drygt 1 800 tjänsteinnehavare) till 2 900. Vi räknar här icke med den kostnadsökning, som belingas av att vakansproblemet förutsättes bli undanröjt utan endast med den som sammanhänger med det ökade antalet tjänster. Utgår man från en placering av tjänsterna i lönegrad 11: 13 i ortsgrupp 3 samt från bibehållen lönenivå, skulle denna lönekostnadsökning vid full utbyggnad efter omkring 10 år uppgå till $(850 \times 13\,560)$ 11 526 000 kronor, varav enligt nu gällande statsbidragsbestämmelser landstingen och staten skulle bekosta vardera hälften eller 5 763 000 kronor. Vid jämn utbyggnad under en 10-årsperiod skulle den årliga kostnadsökningen sålunda uppgå till ungefär 1 152 600 kronor, varav 576 300 skulle belasta staten och nästan lika mycket landstingen. I verkligheten kan man emellertid icke räkna med någon sådan jämn utbyggnad. Under den tidigare delen av perioden måste ansträngningarna främst gå ut på att skaffa innehavare till redan befintliga tjänster, som nu står vakanta, och först när den föreslagna förstärkningen av utbildningsresurserna kommit till stånd, kan antalet tjänster öka i starkare takt än som redan nu förekommer — omkring 20 per år att döma av erfarenheten under senare år. För budgetåret 1959/60 skulle alltså den lönekostnadsökning, som beror på ökat antal tjänster, uppgå till $(20 \times 13\,560)$ 271 200 kronor, varav 135 600 kronor skulle belasta staten. Det

behöver icke särskilt understrykas, att alla dessa kalkyler är behäftade med osäkerhet.

Någon beräkning av investerings- och löpande kostnader för den föreslagna ökningen av utbildningsresurserna har vi icke ansett oss böra företaga. Mottagningarna för distriktssköterskor har i stigande utsträckning förlagts till lokalerna för förebyggande mödra- och barnavård i distrikten. I en del fall kan dock den här föreslagna utbyggnaden föranleda extra lokalkostnader, men det har icke varit möjligt för oss att beräkna en sådan extrakostnad. Under de närmaste åren torde den bli obetydlig.

En annan kostnad för de hälsovårdande sjuksköterskornas verksamhet, som i detta sammanhang även bör beaktas, är den, som avser ersättningar för resor i tjänsten.

För distriktssköterskornas del gäller enligt 7 § 2 mom. 1935 års kungörelse angående statsbidrag till distriktsvård att de av distriktsvårdsområdet skall åtnjuta ersättning för resor i tjänsten enligt av landstinget fastställda grunder samt i den ordning och omfattning distriktsvårdsstyrelsen bestämmer. Något statsbidrag till resekostnaderna utgår icke enligt denna kungörelse.

De av distriktssköterska företagna resorna kan avse förebyggande mödra- och barnavård, skolhälsovård, dispensärvård, bostadstillsyn samt sjukvård. Beträffande det förstnämnda vårdområdet föreskrives i 10 § 2 mom. av 1944 års kungörelse angående statsbidrag till förebyggande mödra- och barnavård att för barnmorskas eller sjuksköterskas resor för hembesök hos havande kvinnor, mödrar och barn utgår statsbidrag inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län med 70 procent, inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands län med 60 procent samt inom riket i övrigt med 50 procent av de sammanlagda resekostnaderna. Till andra av distriktssköterska företagna resor än dessa utgår ej statsbidrag. Hur kostnaderna härvid fördelas mellan distriktsvårdsområdet och den enskilde blir som regel beroende av huvudmännens frivilliga åtagande.

Beträffande resor i skolhälsovård stadgas i 17 § kungörelsen den 15 juni 1944 (nr 585) med bestämmelser angående den statsunderstödda hälsovården vid folk- och småskolor samt högre folkskolor, att kostnaderna för tjänsteresor, vilka företages av särskilt anställd skolsköterska, som icke är distriktssköterska, skall bestridas av vederbörande skoldistrikt, men att kostnaderna för de resor, som av distriktssköterska företages i hennes egenskap av skolsköterska, skall ersättas genom vederbörande distriktsvårdsområde såsom om de företagits i hennes egenskap av distriktssköterska.

I praktiken torde samtliga landsting ha påtagit sig kostnaden för distriktssköterskors resor i dispensärvård och skolbarnsvård; en stor del av dem bestrider även kostnaderna för bostadstillsynen. I fråga om distriktssköterskornas sjukvårdsresor är förhållandena mindre enhetliga. Enligt de senaste uppgifter, som stått att erhålla, bekostade 11 landsting helt dessa resor, medan 8 andra landsting bidrog till sjukvårdsresorna i vissa fall eller med viss del av kostnaderna. De återstående 6 landstingen bidrog i allmänhet icke i någon form till dylika kostnader. Förhållandena uppges icke ha undergått någon mera väsentlig förändring.

I samband med frågan om statsbidrag till hälsovårdsutbildade sjuksköterskors resor må erinras om att statsbidrag även utgår för distriktsbarnmorskas resor för att biträda vid förlossning i hemmet och för eftervård åt kvinnor, som efter

förlossning vårdas i hemmet, enligt samma grunder som gäller för sådan be-
fattninghavares resor i förebyggande mödra- och barnavård.

Önskemål om ett mera enhetligt och lätthanterligt system för bestri-
dandet av distriktssköterskornas resekostnader framfördes redan år 1948
av 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården. Härvid
påpekades att i betydande utsträckning kombinerade resor för sjuk- och
hälsovård förekom, vilket med rådande ersättningsystem nödvändiggjorde
en ingående och tidsödande fördelning av resekostnaderna. Det påpekades
även att enligt den nya lagen om allmän sjukförsäkring kostnader för
läkares resor i viss utsträckning skulle ersättas av sjukkassa medan sjuk-
sköterskas resor icke medtagits i försäkringen. Detta kunde leda till att
patienter av ekonomiska skäl komme att tillkalla läkare även där till-
fredsställande vård kunnat meddelas av distriktssköterska. De statsbi-
dragssakkunniga förordade för sin del statsbidrag till distriktssköterskor-
nas samtliga resekostnader, oavsett ändamålet, efter de grunder, som re-
dan gällde för resor inom den förebyggande barnavården.

Frågan om statsbidrag till alla av distriktssköterskor företagna resor
inom hälso- och sjukvården har även upptagits i motioner såväl till 1954
som till 1955 års riksdag. I en inom inrikesdepartementet upprättad pro-
memoria, vilken finnes omnämnd såväl i statsverkspropositionen (XI ht
s. 305 o. f.) som i prop. nr 129 till 1955 års riksdag, förordades att stats-
bidrag skulle utgå för samtliga av distriktssköterska, distriktsbarnmorska
eller distriktssköterskebarnmorska i tjänsten företagna resor samt för
inom förebyggande mödra- och barnavård särskilt anställd barnmorskas
eller sjuksköterskas resor i tjänsten. Beträffande statsbidragets storlek
föreslogs, att det skulle bestämmas till 50 procent av de sammanlagda
resekostnaderna inom Norrbottens, Västerbottens och Jämtlands län, till
40 procent inom Västernorrlands, Gävleborgs, Kopparbergs och Värmlands
län samt till 30 procent inom riket i övrigt. Departementschefen fann sig
dock icke böra framlägga proposition härom och 1955 års riksdags beslut
blev, att berörda ersättningsfråga skulle anstå till dess spörsmålet om en
omläggning av systemet för statsbidrag till landstingen kunde upptagas
i ett vidare sammanhang.

I den förut nämnda departementspromemorian beräknades resekostna-
derna för här ifrågakarande personalkategorier under kalenderåret 1953
ha uppgått till följande bruttobelopp

för distrikts- och motsvarande sjuksköterskors resor

i hälsovård	1 500 000
i sjukvård	1 800 000

distriktsbarnmorskors resor

i samband med förlossning och eftervård 200 000

Totalt 3 500 000

Detta belopp fördelade sig enligt promemorian på följande sätt

statsverket	650 000
landsting och städer	
utanför landsting ¹	1 940 000
enskilda	910 000

Enligt från medicinalstyrelsen erhållna uppgifter har för kalenderåret 1956 statsverkets kostnader för distrikts- och motsvarande sjuksköterskors samt distriktsbarnmorskors resor i hälsovård, förlossnings- och eftervård uppgått till (656 715 + 83 336) 740 051 kronor.

En ökning på ca 90 000 kronor skulle sålunda ha inträtt i förhållande till statsverkets kostnader 1953 eller med drygt 4 procent per år. Från och med den 1 juli 1957 har man att räkna med en ytterligare kostnadsstegring, förorsakad av höjning av resekostnadsersättningen med ca 12 procent (i fråga om bilersättning från 33 till 37 öre per km vid färd med liten bil). Den nuvarande kostnaden för statsverket skulle då kunna antagas ligga i närheten av 850 000 kronor. Att döma av uppgifter från ett par landsting har kostnaden för landsting och städer utanför landsting stigit i minst samma proportion. De skulle sålunda uppgå till 2 500 000 kronor eller mer. Den kostnadsökning, som skulle åsamkas statsverket enbart genom att antalet befattningshavare ökade från ca 2 100 till 3 400, skulle i enlighet med dessa uppskattningar utgöra grovt räknat 500 000 kronor per år vid 10-årsperiodens slut, och för landsting och städer utanför landsting skulle motsvarande mycket löst beräknade stegring uppgå till bortåt 1 500 000 kronor. I denna mycket osäkra beräkning, vilken som sagt även inbegriper städer utanför landsting, har icke förutsatts, att någon besparing skulle vinnas genom att distrikten bleve mindre och reseavståndet sålunda kortare. Man får nämligen räkna med att en tendens i sådan riktning kommer att uppvägas — och sannolikt mer än uppvägas — av att resekostnaden stiger av andra anledningar än den här föreslagna utbyggnaden.

Emellertid måste förutsättas, att statsbidragsgrunderna för de här avsedda befattningshavarnas resor underkastas en översyn, som går ut på att åstadkomma mera enkla och tillfredsställande bestämmelser och att motverka det — icke minst med rådande knapphet på läkare — otillfredsställande förhållandet, att det för patienterna ofta är ekonomiskt fördelaktigt att tillkalla läkare där behovet endast hade påkallat besök av distriktsköterska eller -barnmorska. Vi lämnar öppet i vad mån erforderliga förändringar väsentligen bör åstadkommas inom ramen för sjukförsäkringens bestämmelser om reseersättning eller om man icke hellre — med hänsyn till att dessa befattningshavares resor avser såväl hälsovård som sjukvård — bör omarbeta grunderna för de statsbidrag, som nu endast

¹ Den del, som avser städerna utanför landsting, är obetydlig.

utgår för vissa resor inom hälsovård. Sannolikt bör den speciella översyn, som här erfordras, anknytas till den utredning angående kostnadsfördelningen mellan stat och landsting för tjänsteläkarvården, varom förslag framlägges i kap. 8.

Frågan om behovet av *barnmorskor i den öppna vården* har behandlats framför allt i kap. 4, där den fortgående tendensen till minskning av ifrågavarande kår i samband med det sjunkande antalet förlossningar i öppen vård konstaterats. Samtidigt har också den stora betydelsen av den förebyggande mödravården, i vilken barnmorskornas insatser spelar en väsentlig roll, starkt framhållits. Denna vård har säkert i hög grad bidragit till den i vårt land såväl absolut som jämfört med andra länder betydande nedgången i mödradödligheten, spädbarnsdödligheten och i antalet dödfödda eller för tidigt födda barn. Vid övervägandet av organisatoriska förändringar i fråga om barnmorskeväsendet är det angeläget att vikten av detta preventiva arbete hålles i minne. Vi uttalar i detta sammanhang i princip vår anslutning till den uppfattningen, att varje kvinna bör ha valfrihet mellan hemförlossning och anstaltsförlossning. Emellertid kan man, med den hittillsvarande utvecklingen för ögonen, diskutera huruvida samhället skall *genom en särskild kår* tillgodose denna valfrihet. Anstaltsförlossningen förefaller numera ha blivit det normala. Denna bör — i den mån detta icke redan är fallet — kunna så utformas¹, att tillbörlig hänsyn tages till de psykologiska skäl, som stundom anföres till förmån för hemförlossningar. Även ur medicinsk synpunkt, t. ex. vid tillfälliga sjukhusinfektioner å förlossningsavdelningar och såsom en allmän beredskapsåtgärd, finns dock skäl för att en möjlighet till hemförlossningar hålles öppen. En förutsättning för den fortgående minskningen av antalet distriktsbarnmorskor är att erforderlig hjälp vid önskade hemförlossningar kan lämnas av barnmorskor med eventuell stationering vid förlossningsanstalt, distriktsköterskebarnmorskor och tjänsteläkare i öppen vård samt att distriktsköterskorna erhåller tillräcklig utbildning på ifrågavarande område för att omhänderha en del av den förebyggande mödravården samt kunna ingripa vid inträffande störförlossningar och missfall. Det är självfallet angeläget att vården inom de olika sjukvårdsområdena organiseras på sådant sätt att erforderlig förlossningshjälp kan erhållas och att behovet av såväl förebyggande mödravård som eftervård — däri inbegripet undervisning i mödragymnastik — kan bli tillgodosett i den omfattning, som angivits såsom önskvärd i medicinalstyrelsens 1954 avgivna utredning rörande den öppna förlossningsvården m. m.

I kap. 4 har återgivits de olika organisationsformer som upptagits i medicinalstyrelsens utredning 1954 med förslag angående barnmorske-

¹ Jfr bland annat vad härom anförts av Sveriges Nationalkommitté av Organisation mondiale pour l'Education Pré-scolaire (OMEPI) i en den 10 februari 1958 daterad skrift (stencil) med titeln Synpunkter och önskemål rörande förlossningsvården.

väsändets organisation och förebyggande mödravård. I vilken utsträckning de olika alternativen kommer att tillämpas i praktiken sammanhänger i hög grad med de lokala förhållandena i fråga om avstånd till sjukhus, kommunikationer etc. I stort sett torde man kunna förutse en fortsatt nedgång i antalet i distrikten stationerade barnmorskor och en ökning i antalet i slutna vård anställda barnmorskor, vilka framdeles till en del även skall tjänstgöra i distrikten. Önskvärt är emellertid att i den förebyggande mödravården även prövas möjligheten att utnyttja distriktsköterskor med kompletteringsutbildning för denna uppgift; från alla lands- ting utom ett (Jämtlands läns) har också i vår distriktsvårdsenkät inkommit svar, som stöder denna tanke. Självklart måste vid varje övervägande av förändringar, bland annat i rationaliseringssyfte, i fråga om sättet att sörja för förlossnings- och mödravård i första hand kraven på en god vårdstandard bli tillgodosedda.

Det svåraste problemet berör områden med utpräglad glesbebyggelse och långa avstånd. Även där har dock hemförlossningarnas antal sjunkit till en obetydlighet (jfr tab. 4.3), och denna utveckling fortsätter. Samtidigt gäller att mödrarna och barnen har svårt att för förebyggande vård komma till mödra- och barnvårdsstationerna och att denna vård sålunda till stor del får ges vid hembesök. För familjerna är det emellertid snarast en fördel, om de härvid får mottaga besök av *en* befattningshavare och icke av två. Även med hänsyn till avstånden och resekostnaderna är detta önskvärt. I sådana fall föreligger onekligen behov av distriktssköterskebarnmorskor, d. v. s. av befattningshavare med omfattande dubbel utbildning — väl att skilja från de distriktssköterskor med kompletteringsutbildning som nyss berördes. Av samtliga 88 distriktssköterskebarnmorsketjänster, som redovisades vid vår distriktsvårdsenkät för januari 1957, fanns 50 i Norrland, därav 37 i Norrbotten, och därjämte 10 i Värmland; samtidigt anmäldes ett omedelbart behov av ytterligare 28 distriktsköterskebarnmorsketjänster, varav 10 i Norrland och 10 i Värmland.

För närvarande uppgår den sammanlagda utbildningstiden för distriktsköterskebarnmorskor, vilken omfattar grundläggande sjuksköterskeutbildning och dessutom både distriktsvårdsutbildning och barnmorskeutbildning, till icke mindre än 53—63½ månader (härin inräknat en månads ferie per år men däremot icke nödtvungen spilltid, som kan uppgå till några månader). Det måste betecknas såsom en orimligt lång utbildning. Betänkligheterna mot den långa utbildningen är desto mera vägande, eftersom en icke oväsentlig del av de utbildade distriktssköterskebarnmorskorna antingen helt lämnar sjukvården eller söker sig till tjänster i tätorter, där deras kombinerade utbildning icke är erforderlig, samtidigt som sådana distrikt, där deras utbildning särskilt skulle passa, ofta har svårt att erhalla några befattningshavare av detta slag.

Såsom nämnts i kap. 3, pågår för närvarande inom medicinalstyrelsen

en utredning rörande möjligheterna att förkorta utbildningen för distriktsköterskebarnmorskor. Om det är möjligt att åstadkomma en avsevärd förkortning utan att standarden obehörigt eftersättes, borde problemet därmed få en acceptabel lösning. Skulle det däremot icke visa sig möjligt att nå ett sådant resultat, synes utbildningen av nya distriktsköterskebarnmorskor i fortsättningen böra kvantitativt än mer än eljest begränsas efter anspråken i de distrikt, där ett verkligt trängande behov av befattningshavare med dylik omfattande kombinerad utbildning föreligger och där man dessutom kan räkna med att förvärva sådana befattningshavare. I övriga distrikt får man söka träffa ett val mellan de andra organisationsformer, som tidigare berörts.

Till de övriga personalgrupper, som är aktuella i detta sammanhang, hör *sjukgymnasterna*, vilkas insatser på senare år i samband med den medicinska vetenskapens utveckling kommit att tillmätas allt större betydelse på allt flera områden, t. ex. inom mentalsjukvården, inom den förebyggande mödravården, i olika former av rehabiliteringsverksamhet, såsom reumatiker-, polio- och spastikervård, inom åldringsvården och vården av långtidssjuka samt inom den slutna vården, bland annat i anslutning till vissa operationer särskilt i brösthålan.

Utbildningskapaciteten vid de båda hittillsvarande anstalterna för sådan utbildning — sammanlagt ca 60 sjukgymnaster per år — har allt mer framstått som otillräcklig, vilket sammanhänger med att den yrkesverksamma tiden för många sjukgymnaster är relativt kort. En av medicinalstyrelsen gjord, här såsom tab. 7.8 intagen sammanställning visar tillgången på yrkesverksamma sjukgymnaster under senare år.

Nettotillskottet av yrkesverksamma har under perioden i genomsnitt motsvarat två tredjedelar av antalet nylegitimerade, men det har varit stora variationer från år till år och vissa år har nettotillskottet varit mycket lågt för att andra år till och med överstiga antalet nylegitimerade. Till saken hör, att det alldeles övervägande antalet sjukgymnaster är kvinnor

Tabell 7.8. Sammanställning över antalet 1946—55 utbildade och yrkesverksamma sjukgymnaster.

År	Yrkesverksamma den 1 januari	Börjat eller återupptagit verksamheten	Slutat	Yrkesverksamma den 31 december	Tillskott yrkesverksamma	Legitimerade under året
1946	906	94	36	964	58	59
1947	964	70	53	981	17	63
1948	981	87	54	1 014	33	65
1949	1 014	85	38	1 061	47	68
1950	1 061	88	64	1 085	24	69
1951	1 085	85	65	1 105	20	64
1952	1 105	78	59	1 124	19	72
1953	1 124	138	58	1 204	80	75
1954	1 204	143	47	1 300	96	72
1955	1 300	139	76	1 363	63	86

(1 230 av 1 360 år 1955), som ofta lämnar förvärvsarbetet för hemuppgifter, och att bland de yrkesverksamma medräknas även sådana som blott har en begränsad praktik. Dessutom bör understrykas, att både uppgifterna om yrkesverksamma och om legitimerade inbegriper gymnaster, som är utexaminerade från icke godkända institut. De godkända instituten har en årlig kapacitet av omkring 60.

Då det stora flertalet sjukgymnaster ägnar sig åt privatpraktik har — trots en tillgång på bortåt 1 400 yrkesverksamma i slutet av 1955 — de 400 befintliga sjukgymnasttjänsterna icke helt kunnat besättas med ordinarie innehavare.

Behovet av nya sjukgymnasttjänster har av medicinalstyrelsen enligt uppgift i prop. nr 160 till 1957 års riksdag uppskattats till följande antal:

Ändamål	Beräknat behov av nya sjukgymnasttjänster
Rehabilitering	80
Sinnessjukvård	30
Vård av psykiskt efterblivna och epileptiker	20
Utbyggnad inom övriga vårdgrenar samt sjukgymnastikens ökade användning i allmänhet m. m.	100
Öppen vård	400
	<hr/>
	630

Det sammanlagda behovet av tjänster skulle sålunda överstiga 1 000.

Under förutsättning att den proportionerliga fördelningen inom yrkesgruppen mellan privatpraktiserande och övriga sjukgymnaster kommer att bestå och att det ovan beräknade behovet av nya sjukgymnaster kommer att aktualiseras och bör tillgodoses under en period av 15 år skulle enligt medicinalstyrelsens beräkningar ett årligt tillskott av yrkesverksamma sjukgymnaster av 130 vara erforderligt. I de utredningar som på uppdrag av chefen för inrikesdepartementet utförts av professorn vid Karolinska institutet O. T. Sjöstrand och framlagts i ett med skrivelse den 15 oktober 1956 överlämnat betänkande med utredning och förslag rörande sjukgymnastutbildningen vid gymnastiska centralinstitutet och ett med skrivelse den 31 januari 1957 överlämnat betänkande rörande den framtida organisationen av den för närvarande till sydsvenska gymnastikinstitutet förlagda sjukgymnastutbildningen, fann utredningsmannen, att det med en viss sannolikhet kunde antagas, att en årlig utbildning av 100 till 110 sjukgymnaster var erforderlig under den närmaste 10-årsperioden med hänsyn till den takt, varmed sjukvården för närvarande bygges ut.

I propositionen till 1957 års riksdag fann inrikesministern starka skäl tala för att en årlig intagning av ca 110 sjukgymnastelever så snart som möjligt borde komma till stånd. För att tillgodose detta behov borde vid de båda statliga utbildningsanstalterna — sjukgymnastinstitutet i Stock-

holm och sydsvenska sjukgymnastinstitutet — vilka föreslogs ersätta nu befintliga anstalter för sjukgymnastutbildning, så snart möjligheter därtill förelåg, årligen intagas 65 respektive 45 elever. Som anförts i kap. 3, biföll 1957 års riksdag propositionen, och därigenom möjliggöres, att antalet vid godkända institut årligen utexaminerade sjukgymnaster inom kort torde komma att öka till ungefär det dubbla. Eftersom antalet legitimationer av gymnaster från andra än dessa båda svenska institut torde komma att avtaga, blir ökningen i totalt antal nylegitimerade (jfr tab. 7.8) dock sannolikt vida mindre. För möjligheterna att rekrytera sjukgymnasttjänster på tillfredsställande sätt är givetvis utbildningskapaciteten vid de statliga instituten i längden avgörande.

Av särskilt intresse för detta betänkande är att det enligt medicinalstyrelsens beräkningar skulle erfordras 400 nya sjukgymnasttjänster inom öppen vård under de närmaste 15 åren. Vid denna beräkning har man närmast utgått från det antal sjukgymnaster, som borde vara stationerade i tätorter av viss storlek för tjänstgöring såsom distriktsgymnaster. Nu inbegriper denna beräkning även städer utanför landsting. Uppdelas den angivna behovssiffran efter befolkningstalet på landstingsfria städer och landstingsområden, skulle på de senare komma drygt 300 nya tjänster. Om ökningen förutsattes vara likformig under hela perioden skulle landstingen sålunda behöva något mer än 200 nya tjänster under de närmaste 10 åren. Nu är emellertid att märka, att enligt uppgifter, som vi i vår distriktsvårdsenkät erhållit från 14 landsting med ca 3 miljoner invånare (drygt hälften av hela invånarantalet i landstingsområdena, som 1955 utgjorde 5,7 miljoner) skulle enbart i dessa områden redan under de närmaste åren erfordras 200 nya sjukgymnasttjänster för den öppna vårdens behov. Det vill även på andra grunder synas som om detta behov under närmaste 10-årsperiod skulle komma att avsevärt överstiga 200 tjänster. I den mån vårt förslag om 200 två- och flerläkarstationer förverkligas, får man räkna med att vid var och en av dessa snart kommer att erfordras minst en och ofta mer än en sjukgymnast — t. ex. en hel- och en halvtidssysselsatt eller två heltidssysselsatta. Även vid många enläkarstationer kommer säkerligen att framträda behov av en hel- eller halvtidssysselsatt sjukgymnast.

Det förefaller sålunda som om det i alla händelser skulle ha varit bättre, om medicinalstyrelsens önskemål om 130 utbildningsplatser blivit helt tillgodosett och en nedprutning till 110 platser icke skett. Emellertid bjuder det emot att så snart efter det att beslut om en väsentlig utökning av utbildningskapaciteten på området fattats, framlägga förslag om omedelbar ytterligare utökning. Vi åtnöjer oss därför med att understryka angelägenheten av att frågan om behovet av en fortsatt utökning, utöver vad som nu planerats, framdeles vid lämpligt tillfälle prövas. Eftersom den öppna vården förutsattes komma att få huvudparten av de nya sjukgymnaster, som an-

tages komma att söka tjänster, synes icke rådligt att inkräkta på möjligheterna att rekrytera sjukgymnaster för tjänster inom andra viktiga sektorer än den öppna vården. Däremot förefaller det inte omöjligt att den andel av sjukgymnaster, som söker tjänster, kan komma att bli något större, än vad man i förarbetena vågat räkna med. Vi förutsätter därför, att för den öppna vården i landstingsområdena skall under närmaste 10-årsperiod komma till stånd 300 nya sjukgymnasttjänster. Vid en placering av dessa sjukgymnaster i lönegrad 12 skulle lönekostnaden med ett ålders-tillägg, om man utgår från ortsgrupp 3, vid 10-årsperiodens slut uppgå till $(300 \times 13\,560)$ 4 068 000 kronor. För budgetåret 1959/60 räknar vi endast med 10 nya tjänster inom denna öppna vård till en lönekostnad av 135 600 kronor.

Om alla dessa 300 befattningar skulle bli heltidstjänster, skulle 400 av de 700 läkarstationer, som antages komma att finnas vid 10-årsperiodens utgång få vara utan en anställd sjukgymnast. Emellertid räknar vi med att i stor utsträckning deltidstjänstsystem kommer att användas, och att sålunda för samma kostnad ett större antal stationer skall kunna få er-hålla denna viktiga service.

I stor utsträckning kommer sjukgymnaster i öppen vård att utöva sin verksamhet vid hembesök. Vissa lokalutrymmen kommer dock att vara erforderliga. I många fall torde sådana finnas tillgängliga eller kunna utan större extrakostnad beredas å mödra -och barnavårdscentraler eller -stationer, å hem för långvarigt sjuka etc. I några fall kan det emellertid även bli fråga om att inreda särskilda lokaler för ändamålet i två- eller flerläkarstationer eller i närheten av dessa. Vi föreställer oss dock, att något sådant behov inte på länge kommer att göra sig mera påtagligt gällande, och av det skälet har vi här icke upptagit något kostnadsbelopp för detta ändamål.

Andra aktuella utbildningsfrågor

Gemensamt för de personalkategorier, som berörts i det föregående, är att de huvudsakligen eller till stor del är avsedda för arbetsuppgifter i den öppna vården ute i läkardistriktet. Emellertid råder brist även på andra viktiga personalkategorier, som är eller kan bli av betydelse för denna öppna vård, i varje fall indirekt.

Sålunda är den flerstädes kvarstående knappheten på *sjuksköterskor* av betydelse även för den öppna vården utanför sjukhus. En del av mot-tagningshjälpen på läkarstationerna skall enligt det föregående vara sjuksköterskor. Vidare rekryteras distriktssköterskorna ur sjuksköterskekåren, och den här föreslagna utbyggnaden av distriktsvård m. m. bidrar sålunda till att ställa ökade krav på sjukskötersketillgången. Dessutom kan knappheten på sjuksköterskor medverka till att sjuksköterskor med hälso-

vårdutbildning stundom återgår till vårduppgifter, för vilka icke erfordras hälsovårdsutbildning. Slutligen lägger sjuksköterskebristen hinder i vägen för strävandena att låta läkarna koncentrera sig på sina egentliga uppgifter och medverkar därmed till att förvärpa den allmänna läkarbristen och dess återverkningar på den öppna vården.

Såsom framgått av kap. 5 är knappheten på sjuksköterskor besvärande även i andra avseenden, bland annat i fråga om möjligheterna att maximalt utnyttja sjukhusresurserna. Det har emellertid också visats, att det årliga nettotillskottet av aktiva sjuksköterskor var drygt dubbelt så stort under 1951—55 (810) som under 1941—50 (397). Under 1955 utgjorde det omkring 1 000 och under 1956 nära 1 200, och båda dessa tal överstiger vad medicinalstyrelsen till och med i gynnsammaste fall förväntade i den i arbetskraftsutredningen framlagda tillgångsprognosen (respektive 882 och 869). Enligt denna mera gynnsamma tillgångsprognos skulle 1965 uppstå ett överskott av mera än 2 000 sjuksköterskor i förhållande till den beräknade efterfrågan, och enligt en mindre gynnsam tillgångsprognos skulle vid samma tid i varje fall uppnås jämvikt mellan tillgång och efterfrågan.

Å andra sidan har vi också understrukit, att en betydande del av den snabbt växande »aktiva» sjuksköterskekåren, som uppgick till omkring 18 000 vid slutet av år 1956 och säkerligen nått upp till omkring 19 000 eller mer vid utgången av 1957, består av personer, som endast periodvis ägnar sig åt yrket eller som arbetar på deltid. Man har i själva verket ingen närmare kännedom om hur många »helårs- och heltidskrafter» som kårens numerär motsvarar. Vidare har förutsättningarna för prognosen ändrats genom arbetstidsförkortningen. Det är dessutom att märka, att den förbättring i förhållandet mellan antalet sjuksköterskor och antalet läkare (2,7 år 1940, 2,6 år 1950 och 3,1 år 1956), som synes ha inträtt, inte alls ser ut att fortsätta, om man följer tillgångsprognoserna för läkare och sjuksköterskor. Om läkartillgången, såsom vi i detta kapitel förutsatt, genom fortsatt immigration och förstärkning av utbildningsresurserna bringas att snabbare anpassa sig till efterfrågan, än vad man utgick ifrån vid utarbetandet av prognosen för läkartillgången, kan relationen mellan antalet sjuksköterskor och antalet läkare till och med bli sämre, därest det icke vidtages åtgärder för att än mer bygga ut sjuksköterskeutbildningen.

Även om sjuksköterskeutbildningens kapacitet avsevärt förstärkts och man på flera håll nått så långt som svarar mot behovet under den tid som nu kan överblickas, tror vi sålunda att det på andra håll föreligger behov av ytterligare förstärkning. En del av huvudmännen har också börjat uppmärksamma detta behov och vi utgår ifrån att åtgärder vidtages i de fall där så är erforderligt. Samtidigt krävs, som vi tidigare påpekat, fortsatt rationalisering av sjuksköterskearbetet och likaså anordningar, t. ex. genom inrättande av deltidstjänster, för att motverka den stora avgången från yrket i samband med familjebildning.

Strävandena att ytterligare förstärka utbildningskapaciteten i de fall, där så krävs, kan emellertid få ett fastare underlag, om det verkställes nya tillgångs- och efterfrågeprognoser. Vi erinrar om att det uttalande om behovet av upprepade prognoser, som gjordes från medicinalstyrelsens sida i samband med att arbetskraftsutredningens beräkningar publicerades, även avser detta fall. Vid dessa nya prognoser, som lämpligen synes böra utarbetas av medicinalstyrelsen, bör hänsyn tagas till de faktorer, som här berörts; sjuksköterskekårens fördelning på »helårs- och delårsarbetande» samt heltids- och deltidarbetande; möjligheterna att begränsa avgången i samband med familjebildning; arbetstidsförkortningens inverkan; behovet att uppnå och vidmakthålla en lämplig relation mellan antalet läkare och sjuksköterskor etc.

Vi finner icke skäl att föreslå några särskilda *kuratorstjänster* för den öppna vården inom provinsialläkardistriktet. Genom samarbete mellan läkare, distriktssköterskor och socialvårdsassistenter torde i regel här ifrågavarande behov kunna bli tillräckligt tillgodosett. På andra sjukvårdsområden, där kuratorer o. d. erfordras, föreligger en allvarlig brist på sådana befattningshavare, och det är ytterligare en anledning för oss att på här ifrågavarande område icke föreslå några tjänster av denna art. Kuratorsbristen har emellertid återverkningar på andra personalgruppers möjligheter att på tillfredsställande sätt hinna med sina arbetsuppgifter och har därför indirekt betydelse för den allmänna personalknapphetsituationen och det även inom den öppna vården.

Antalet från socialinstitut utbildade personer belyses av 1949 års arbetskraftsutredning i dess betänkande Arbetskraftsbehov inom offentlig verksamhet (SOU 1955: 34) i en särskild sammanställning, som här återges såsom tab 7.9.

Som framgår av uppgifterna i sammanställningen var procenttalet för de i hälso- och sjukvård anställda socialarbetarna i förhållande till hela antalet vid socialinstitut utbildade personer 6 år 1938, 8 år 1948 och 10 år 1952.

Tabell 7.9. Antalet från socialinstitut utbildade personer 1938, 1948 och 1952 med fördelning efter verksamhetsområden.

	1938	1948	1952
Antal stats- och kommunalanställda . . .	326	866	1 481
Undervisningsväsen	43	57	72
Hälso- och sjukvård	26	88	174
Statlig förvaltning i övrigt	43	187	252
Kommunal förvaltning i övrigt	214	534	983
Därav städer . . . . .	..	419	708
landskommuner . . . . .	..	84	258
landsting . . . . .	..	11	17
Antal anställda i enskild tjänst	87	199	274
Hela antalet yrkesverksamma	413	1 065	1 755

Inom socionomförbundet pågår för närvarande en utredning i syfte att bland annat kartlägga dagens situation i fråga om socionomernas fördelning på olika arbetsuppgifter, däribland hälso- och sjukvård. I avvaktan på resultatet av denna utredning må här endast hänvisas till den redovisning över medicinalpersonal 1947—55, som lämnas i tab. 5.21 i detta betänkande, enligt vilken antalet kuratorer vid kroppssjukhus (inklusive psykiatriska lasarettssavdelningar) anges ha ökat från 105 år 1950 till 151 år 1955 eller med 44 procent. Om ökningen skett i samma takt även efter 1955 och varit densamma för socialarbetare inom hälso- och sjukvårdens övriga områden skulle — med utgångspunkt från det av arbeidskraftsutredningen för 1952 redovisade talet 174 — antalet socionomer inom hälso- och sjukvård 1957 ha stigit till totalt 250, en siffra, som dock är behäftad med stor osäkerhet.

Under alla förhållanden ger tillgängliga uppgifter vid handen att utbildade socialarbetare först under de senaste två decennierna kommit till användning inom hälso- och sjukvården och att även om en stark öknings-tendens gjort sig gällande under denna tid totalantalet fortfarande är förhållandevis litet.

I våra yttranden den 21 maj 1955 över den reviderade generalplanen för sinnessjukvårdens utbyggande, den 6 november 1957 angående strafflagberedningens förslag till skyddslag (SOU 1956:55) och den 16 december 1957 angående 1955 års familjerådgivningskommittés betänkande Allmän familjerådgivning (SOU 1957:33) samt i mentalsjukvårdsdelegationens betänkande om psykisk barna- och ungdomsvård (SOU 1957:40) har framhållits, att efterfrågan på socialpsykiatriskt utbildade kuratorer och socialassistenter kommer att öka mycket starkt under de kommande åren. Sålunda har vi understrukit, att väsentligt ökad tillgång till utbildad arbetskraft av detta slag kommer att erfordras såväl inom den psykiatriska sjukvården i egentlig mening som inom arbetsvård, kriminalvård, alkoholistvård och en rad andra socialpsykiatriska gränsområden.

Som ovan framhållits har vi icke före detta betänkandes avgivande haft tillgång till helt aktuella uppgifter i fråga om tillgången på socialutbildad arbetskraft och dess fördelning inom olika verksamhetsområden. Ytterligare material av betydelse för bedömandet torde även komma att framläggas av mentalsjukvårdsdelegationen. Redan på grundval av den kännedom om förhållandena, som vi hittills förvärvat, är vi emellertid övertygade om att den bristande tillgången till kvalificerade socialarbetare i en nära framtid kan bli ett ytterst besvärande hinder för utbyggnaden av vården inom de stora och delvis nya områden, som berörts i det föregående, och att behovet av förstärkt utbildningskapacitet på detta område är så omfattande och trängande, att omedelbara åtgärder är oundgängliga. Bland annat krävs, i enlighet med det förslag härom, som framlagts av 1955 års familjerådgivningskommitté, att en årlig nio månaders mentalhygienisk påbyggnads-

kurs, omfattande 20 elever, snarast kommer till stånd vid något av socialinstituten; det kan för övrigt starkt ifrågasättas, om icke antalet elevplatser på denna kurs behöver vara ännu större. Det är vidare angeläget, att planer snarast utformas för ett nytt socialinstitut och att dessa planer sedan utan tidsutdräkt sättes i verket. På längre sikt erfordras slutligen en utredning, som skall syfta till att mera systematiskt anpassa denna utbildnings kapacitet, inriktning och utformning efter behovet.

Sysselsättnings- och arbetsterapeuter kan med stor fördel användas även i öppen vård, ehuru så hittills skett i ytterst ringa utsträckning. Antalet sådana befattningshavare inom hälso- och sjukvården är ännu helt otillräckligt. Vid kroppssjukhusen uppgick det år 1955 — som framgår av tab. 5.21 till 150. I betänkande med utredningar och förslag angående sysselsättnings- och arbetsterapi vid vissa sjukhus och vårdanstalter m. m. (SOU 1947: 44) beräknade kommittén för partiellt arbetsföra och statens sjukhusutredning av år 1943 enligt vissa normer behovet av utbildade sysselsättnings- och arbetsterapeuter — utöver det behövliga antalet assistenter till dessa — vid anstalter för kroppssjukvård till 273. Trots den sedan dess inträdda ökningen av platsantalet hade man sålunda 1955 icke ens lyckats tillgodose det behov, som beräknades föreligga för mer än ett årtionde sedan. I berörda kalkyl ingick ej behovet av arbetsterapeuter inom mentalsjukvård eller olika former av öppen sjukvård.

I fråga om anstalterna för kroppssjukvård synes oss — med hänsyn till senare års erfarenheter av arbets- och sysselsättningsterapeuternas verksamhet samt planerna på utbyggnad av den medicinska rehabiliteringsverksamheten vid lasarett och andra anstalter — tiden inne för en omprövning av de normer, som angavs i det ovannämnda, 1947 framlagda betänkandet. En sådan omprövning kan ge en säkrare grund för en beräkning av det otillfredsställda behovet. För mentalsjukvårdens del räknar vi med att mentalsjukvårdsdelegationen kommer att framlägga vissa beräkningar rörande det inom dess vårdområden aktuella behovet av dylika terapeuter. Även inom sådana delar av den öppna vården som hemsjukvård, konvalescentvård, åldringsvård och arbetsvård föreligger behov av ett betydande antal sysselsättnings- och arbetsterapeuter, som på dessa områden enligt de erfarenheter, som redan stått att vinna, kan göra en synnerligen värdefull insats.

Enligt vad vi inhämtat har hithörande frågor uppmärksammats även av utredningen om socialförsäkring och arbetsanpassning, som avser att i ett snart utkommande betänkande understryka angelägenheten av en väsentlig ökning av antalet välutbildade sysselsättnings- och arbetsterapeuter för uppgifter inom sjukvård och arbetsvård. Några direkta behovsberäkningar torde dock icke komma att framläggas av utredningen.

I kap. 3 har något berörts den utbildning i form av praktik och kursverksamhet, som för närvarande står till förfogande för dem, som önskar

ägna sig åt verksamhet av här avsett slag. Det är tydligt att de anordningar, som sålunda träffats, varit värdefulla som ett provisorium under en övergångstid. På längre sikt torde de dock vare sig ur kvalitativ eller kvantitativ synpunkt vara tillräckliga för att tillfredsställa det växande behovet av sysselsättnings- och arbetsterapeuter inom alla de vårdområden, som nämnts i det föregående.

I rådande läge har vi icke ansett det realistiskt att i detta betänkande särskilt för den öppna vårdens del avge förslag om inrättande av ett närmare angivet antal tjänster för sysselsättnings- och arbetsterapeuter utan ansett oss böra stanna vid att förorda en särskild utredning angående utbildningen på ifrågavarande område, innefattande såväl en fullständig kartläggning av behovet av sådan arbetskraft inom olika vårdgrenar som ingående överväganden beträffande undervisningens uppläggning och innehåll samt vilka krav, som i övrigt bör ställas på denna.

Den nuvarande utbildningen av *psykologer* samt de av psykologutredningen i dess år 1955 avgivna betänkande framlagda förslagen till omläggning av denna utbildning har även i korthet berörts i kap. 3. I vårt yttrande över betänkandet har vi bland annat uttalat, att — trots att förslagets totalsiffra för behovet av psykologer inom hälso- och sjukvården (300) enligt vissa bedömares mening ligger i överkant, vi inte är övertygade om att så är fallet utan har den uppfattningen att man bör syfta till en siffra, som i varje fall ligger i närheten av den föreslagna. Vi anser det till och med möjligt, att man vid utgången av den utbyggnadsperiod om 10—15 år, som förslaget avser, kommer att betrakta uppskattningen såsom för låg. Vi har vidare framhållit att den kvalitativa sidan av utbildningsfrågan särskilt under utbyggnadens begynnelsestadier torde vara minst lika betydelsefull som den kvantitativa frågan om det behöfliga antalet psykologer.

Den psykosomatiska helhetssyn på individen, vars betydelse allt klarare insetts icke endast i fråga om psykiatriska fall utan även inom andra områden av medicinsk verksamhet, gör det till ett för hälso- och sjukvården angeläget önskemål att frågan om psykologutbildningen snarast möjligt bringas till en lösning efter den överarbetning av psykologutredningens förslag, som kan finnas lämplig med hänsyn till vad som anförts i remissyttrandena.

KAPITEL 8

Förslag om reform av huvudmannskapet för öppen sjukvård genom tjänsteläkare

Motiv för en reform

Av den kartläggning av sjukvårdens organisationsformer, som lämnats i kap. 3, framgår tydligt, att den nuvarande fördelningen av sjukvården på olika slags huvudmän har sin grund i en lång historisk utveckling. Det kan därför inte utan vidare förväntas, att den från synpunkten av de behov, som nu ger sig till känna, skall framstå såsom uttryck för någon rationellt genomtänkt organisationsplan.

Vad gäller mentalsjukvården förordade svenska psykiatriska föreningen och Sveriges läkarförbund i en framställning av den 4 juli 1955 bland annat att huvudmannskapet skulle bli enhetligt genom att den del av mentalsjukvården, som numera drivs i statlig regi, överflyttades till landstingen. Själva gick vi in på samma fråga i vårt remissyttrande den 21 maj 1955 över den reviderade generalplanen för sinnessjukvårdens utbyggande. Detta spörsmål hör till de ämnen, som numera övervägs inom mentalsjukvårdsdelegationen. Därjämte har Kungl. Maj:t i september 1957 tillkallat en särskild kommitté för att utreda frågan om de ekonomiska villkoren för en huvudmannsreform på detta område.

Inom den öppna kroppssjukvården föreligger ett motsvarande problem, och det har efterhand erhållit allt större betydelse.

Så länge landstingens sjukvårdande verksamhet på det somatiska området väsentligen var begränsad till slutenvård, fanns det också i praktiken en mera tydlig och till synes naturlig gräns mellan landstingens funktioner på området och den öppna vården genom provinsialläkare och kommunalläkare. Men den gränsen ter sig allt mindre självklar och rationell.

I första hand är det den *öppna kurativa lasarettsvårdens utveckling*, som här spelar in. Redan den betydande omfattning som denna öppna lasarettsvård erhållit har starkt bidragit till att aktualisera frågan om en huvudmannsreform. Såsom närmare beskrives i det följande gäller detta i desto högre grad eftersom den öppna lasarettsvården — och i viss mån även den slutna — belastas med fall som helt eller delvis borde kunna omhändertas inom den öppna vården utanför sjukhus, särskilt om resurserna i denna senare vård förstärks i kvalitativt och kvantitativt hänseende. Utvecklingen av den *förebyggande* vården har även medverkat till att

utplåna den förut till synes naturliga gränsen mellan de olika huvudmännens åligganden inom hälso- och sjukvård. Så t. ex. delas läkaruppgifterna inom den förebyggande mödra- och barnavården i stor utsträckning mellan de av stat eller kommun anställda tjänsteläkarna och sjukhusens specialister. Denna vård drivs emellertid i landstingsregi. Tjänsteläkarna har att såväl i den förebyggande som den kurativa vården samarbeta med distriktssköterskor, dispensärsköterskor, distriktsbarnmorskor m. fl., som är anställda hos landstingen. Också inom den förebyggande vården, vilken — som visats i kap. 4 — har stora uppgifter att fylla och kan väntas komma att spela en allt större roll i framtiden, måste en rationell samdimensionering sålunda bli mindre vansklig om landstingen får lika stort inflytande över utbyggandet av tjänsteläkarvården, som de har vad gäller resurserna inom kroppssjukvården i övrigt.

Det faktum att även *eftervården och rehabiliteringsverksamheten* inom och utanför sjukhus är på väg att byggas ut genom landstingens försorg understryker ytterligare angelägenheten av enhetlighet i ledningen.

På alla dessa områden föreligger ett alltmer påtagligt *behov av samordning mellan sjukhusens aktivitet och verksamheten »ute på fältet»*. Sjukhusen bör på olika sätt kunna medverka i arbetet även utanför sjukhus och de läkare som arbetar utanför sjukhus har behov av alltmer intima sjukhuskontakter. Arbetskonferenser mellan sjukhus- och tjänsteläkare behöver förekomma oftare än som sker. Tjänsteläkare och privatpraktiker har behov av att under periodiska tjänstgöringar å sjukhus återuppliva kontakten med det kliniska arbetet, liksom också sjukhusläkarna skulle ha gagn av att vinna erfarenhet om öppen vård utanför sjukhus. Det gäller överhuvud taget att bryta onödiga skiljemurar mellan sjukhus- och tjänsteläkarkårerna och att söka få till stånd en utveckling hän mot en integration mellan de båda kårerna. En sådan utveckling kan i hög grad främjas genom ett gemensamt huvudmannaskap.

Efter denna allmänna översikt av problematiken är det skäl att i fortsättningen rikta huvuduppmärksamheten på det område, där problemet redan i dagens läge ger sig särskilt påtagligt till känna.

Den öppna lasarettsvården, som till större delen är grundad på en rättighet för läkare vid lasarett att med sjukvårdsstyrelsens tillstånd bedriva sådan vård, började redan tidigt växa fram ur lasarettsläkarens skyldighet att ta emot patienter vid inskrivning. I och med att den av lasarettsläkarna bedrivna öppna vården mera allmänt förlades till sjukhusen och underläkarna bereddes tillfälle till medverkan i viss utsträckning vanns betydande fördelar för både läkare, allmänhet och huvudmän. För läkarnas del innebar denna förändring att goda personella och tekniska resurser, utan kostnad och senare till låg kostnad, ställdes till förfogande för av dem meddelad öppen vård. När även de underordnade läkarna efterhand kom att delta i den öppna vården fick de därmed ett värdefullt tillskott till sin utbildning och

dessutom ökade inkomster. För allmänheten har genom den öppna lasarettsvården behovet av specialistvård blivit bättre tillgodosett; detta har varit av särskilt stor betydelse i de landsdelar, där tillgången till privatpraktiserande specialister är knapp. Allmänheten har också fått ett allt större förtroende till lasarettens specialistvård. Även ur ekonomisk synpunkt ställer sig den öppna vården vid sjukhus fördelaktig för patienterna, särskilt i de tätorter, där annan taxebunden vård ej finns att tillgå. Ur huvudmännens och de inneliggande patienternas synpunkt är det värdefullt att läkarna finns disponibla på sjukhuset hela dagen. Den öppna lasarettsvården (respektive poliklinikvården) innebär även att många fall, som eljest måhända ansetts kräva för samhället dyrbar slutenvård, i stället kan bli föremål för observation och behandling vid den öppna mottagningen.

Med hänsyn till dessa fördelar är det naturligt att den öppna lasarettsvården snabbt vuxit i omfattning.

Denna utveckling har emellertid även medfört olägenheter. Statens sjukhusutredning av år 1943 har i sitt betänkande VIII, Rationalisering av sjukhusdriften (SOU 1955: 12), kap. 3, bland annat framhållit, att den öppna lasarettsvården stundom kan inkräkta på arbetet i den slutna vården. Samtidigt avlastar den dock den slutna vården, i det att patienter, som eljest skulle ha lagts in, kan behandlas ambulatoriskt — men, tillägger sjukhusutredningen, i vissa fall kan dock effekten bli den motsatta. Även i detta sistnämnda uttalande vill vi instämma; det är i varje fall giltigt såtillvida, att patienter, som dras till lasaretten med deras bättre resurser, inte sällan läggs in för undersökning eller behandling endast därför att de har långt till sina hemorter, svårt att betala hotellkostnader på lasarettsorten eller saknar möjligheter att få hjälp i hemmet, och sålunda utan att det egentligen föreligger något rent medicinskt behov av slutenvård (jfr kap. 5, s. 192 o. f.). I många sådana fall kunde intagning ha undvikits, om det funnits en starkare utvecklad hemsjukvård och rikligare och bättre öppnavårdsresurser i närheten av patienternas hem. Ojämnheten i utvecklingen av de skilda formerna av öppen vård har på det sättet bidragit till en onödig belastning av den slutna vården.

Men ännu mer blir den öppna lasarettsvården på grund av denna ojämna utveckling onödigt belastad. Såsom påpekas av statens sjukhusutredning blir sjukhusens diagnostiska utrustning och övriga resurser tagna i anspråk även för fall, som icke kräver den speciella expertis och de tekniska resurser, som sjukhusen förfogar över. Det måste betecknas såsom oekonomiskt och irrationellt att sjukhusens specialister i sådan utsträckning som förekommer får syssla med fall, som borde kunna tas om hand av tjänsteläkare och andra läkare utanför sjukhus. Till en viss del kan vården av sådana fall för de yngre sjukhusläkarnas del motiveras med värdet av erfarenhet härom ur utbildningssynpunkt men på många håll tar denna verksamhet en omfattning, som vida överstiger vad som kan vara betingat av sådana hänsyn.

Ofta förhåller det sig så att läkare utanför sjukhus har större möjligheter att vinna en helhetsuppfattning om patienten och att ge en med hänsyn härtill lämplig vård.

Samtidigt gäller, att sjukhusens specialistvårdresurser — trots den starka expansion som förekommit, särskilt vad gäller öppen vård — på många håll fortfarande är otillräckligt utbyggda (jfr kap. 5). Denna otillräcklighet framträder i första hand i de regioner, som icke inbegriper några storstäder eller universitetsstäder; där är också tillgången på specialisthjälp utanför sjukhusen i hög grad begränsad. Men även inom storstäder och universitetsstäder gör sig starka och angelägna krav på ytterligare utveckling av specialistvården vid sjukhusen gällande, och detta såväl i fråga om undervisningssjukhusen som i andra avseenden.

Den omständigheten, att sjukhusens specialistvård utnyttjas även för fall, som den icke är avsedd för, har naturligtvis till följd, att tillgången till specialisthjälp blir ännu knappare, än som annars behövt förekomma. Trots alla ansträngningar att ge prioritet åt de patienter, som verkligen behöver specialisthjälp, kan det inte hjälpas att denna vård ofta kan bli mer svårtillgänglig än vad den eljest blivit för sådana patienter, och att dessa patienter riskerar att få vänta, när specialisterna ägnar en del av sin tid åt fall, som kunde ha omhändertagits av allmänläkare. Skall det bli möjligt att inom rimlig tid tillgodose de utbyggnadsbehov i fråga om specialistvården som föreligger, är en av förutsättningarna, att det kommer till stånd en rationalisering i detta avseende.

Som framhållits i kap. 5, förklaras utvecklingen av den öppna lasarettsvården till stor del av att allmänheten i stigande utsträckning uppskattar och även överskattar sjukhusens specialistvårdresurser. Men i den mån det är fråga om en överskattning går den ju inte så långt, att det råder någon brist på efterfrågan på den läkarservice, som ställs till förfogande utanför sjukhusen. Även om det föreligger en mindre s. k. konsultationsreserv, väsentligen avseende privatpraktiserande läkare i storstäder (jfr kap. 5), är det tvärtom i stort sett så att även här råder ett efterfrågetryck, som vida överstiger resurserna, och ett bristläge som, ur många synpunkter, är ännu allvarligare än inom sjukhusvården. Det är inte bara så att bristen på tjänsteläkare och trängseln och väntetiderna på tjänsteläkarmottagningarna kan verka avskräckande på allmänheten och därför ofta föranleder patienterna att gå direkt till sjukhusen. Härtill kommer att tjänsteläkaren ofta inte får möjlighet att ägna den tid, som skulle vara erforderlig, åt de patienter, som kommer till hans mottagning. När väntrummet är fullt kan han inte alltid låta patienten »prata ut» och de möjligheter han skulle ha att skaffa sig en helhetsbild av patienten kan inte alltid utnyttjas på samma sätt som eljest hade varit möjligt. Detta är till skada inte minst i de talrika fall, där psykiska besvär av en eller annan art tillhör sjukdomsbilden. Belastningen kan också hindra läkaren från att utföra vissa sådana undersökningar, som han

annars mycket väl kunnat göra; är den bestående kan den till och med leda till att han inte skaffar sig hela den utrustning för ändamålet, som han eljest med fördel kunnat utnyttja. Arbetsbelastningen kan sålunda på olika sätt tvinga tjänsteläkaren att till sjukhus remittera åtskilliga fall, som han annars hade kunnat behandla själv, och detta bidrar ytterligare till att öka arbetsvolymen i sjukhusens öppna vård.

För att få till stånd en mera rationell arbetsfördelning mellan sjukhusvård och öppen vård utanför sjukhus har allmänt diskuterats, huruvida det icke — med vissa undantag — borde införas allmänt s. k. remisstväng för den som söker vård å kroppssjukhusens öppna eller slutna avdelningar. Mot detta har framhållits, att en sådan bestämmelse skulle vålla en i vissa fall riskabel tidsutdräkt. Det kan till och med hända att en läkare av överdriven ambition underlåter att remittera en patient som borde ha remiss — något som för övrigt redan nu kan förekomma i en del fall. Vidare kommer det att tvinga även den som är i klart behov av vård å kroppssjukhus att hos tjänsteläkare eller privatpraktiker »köpa en inträdesbiljett» till sjukhuset. Detta i sin tur skulle — enligt vad en del iakttagare tror — medföra höjda läkarvårdskostnader för samhället och den enskilde och en delvis onödig stegring i efterfrågan på den knappa läkararbetskraften och dessutom ytterligare befästa en uppfattning att tjänsteläkare och privatpraktiker väsentligen skulle vara »remissläkare». Enligt denna mening skulle det härigenom i verkligheten bli mindre möjligheter att låta tjänsteläkare och privatpraktiker utföra allt det utrednings- och behandlingsarbete, som rimligen bör ankomma på dem. Men det anförs också argument i motsatt riktning. Icke minst hänvisas till det faktum att problemet redan är så akut, att någonting måste göras. Det är detta som förklarar, varför ett mer eller mindre obligatoriskt remissförfarande redan tillämpas på sina håll. Rätt vanligt är att en patient utan remiss kan få vänta så länge i kön vid lasarettet, att han eller hon avstår från att söka vård eller vänder sig till tjänste- eller privatläkare. Vi skall i detta betänkande icke företa någon mera ingående analys av detta viktiga problem och inte heller ta närmare ställning till frågan om ett allmänt remisstväng utan vill i stället återkomma till saken i ett följande betänkande.

I detta betänkande har vi i huvudsak inskränkt oss till att behandla vad som är den grundläggande förutsättningen för att sjukhusens specialistvård i större utsträckning skall kunna reserveras för sådana fall, för vilka den verkligen är erforderlig. Och denna grundläggande förutsättning består i att den öppna vården utanför sjukhus byggs ut och får sådana resurser, att den räcker till för att tillgodose behovet av allmänläkarvård och för att avlasta sjukhusen även när det gäller eftervård av sådana fall som på ett tidigare stadium haft behov av sjukhusens specialistresurser. Vad gäller provinsialläkarväsendet, har det ju icke inträtt någon förbättring i kapaciteten sedan omkring 1950 och i vissa mera utpräglade bristområden har det

i stället blivit en försämring. Till stor del är det detta som förklarar, varför sjukhusen i så hög grad belastas med fall som eljest hade kunnat skötas av läkare utanför sjukhus. I den mån det blir fler tjänsteläkare och dessa slipper arbeta under tidsnöd, erhåller mera medhjälpande personal och bättre utrustning för utredning och behandling och dessutom får tillfälle att under periodiska lasarettstjänstgöringar och genom tätare konferenser mellan lasarett- och öppnavårdsläkare återuppliva kontakten med det kliniska arbetet, bör frågan efterhand komma i ett bättre läge. Redan en kvantitativ utbyggnad bör sätta tjänsteläkaren i stånd att ta emot sådana patienter, som går till lasarettens endast därför att det inte finns tillräckligt många tjänsteläkare och att det råder köbildningar även på många tjänsteläkarmottagningar; den bör vidare ge honom möjlighet att utreda och behandla sådana fall som han nu enbart av tidsnöd tvingas remittera. Dessutom får en kvantitativt och kvalitativt förstärkt läkarvård utanför sjukhus, som bör kunna ta hand även om något mera komplicerade fall, goda möjligheter att vinna en ökad uppskattning hos allmänheten. Det måste komma att ytterligare starkt bidra till att lätta bördan för lasarettens — och detta även på dess slutna avdelningar, där det inte sällan får tas emot utrednings- och behandlingsfall, som hade kunnat skötas ambulatoriskt om det i närheten av patientens bostadsort funnits läkarvårdsresurser, som varit mera tillräckliga ur kvantitativ och kvalitativ synpunkt. Om det även sedan en sådan förstärkning kommit till stånd fortfarande skulle förekomma att lasarettens vården i betydande grad belastades med fall, som borde kunna omhändertas i annan öppen vård, kommer det att möta mindre betänkligheter än under nuvarande förhållanden att tillgripa eventuellt erforderliga ytterligare åtgärder för att åstadkomma en tillfredsställande balans och ett mera rationellt utnyttjande av de olika vårdformerna.

Det råder ingen tvekan om att hela utvecklingen av öppen vård vid och utanför sjukhus skapat ett viktigt och omfattande arbetsfördelningsproblem, som icke fått en tillfredsställande lösning. Den allvarliga snedbelastning som uppstått har i praktiken visat sig svår att undanröja och detta icke blott på grund av läkarbristen utan även till följd av det delade huvudmannaskapet.

Det bör understrykas, att detta arbetsfördelningsproblem naturligtvis inte bara är en fråga om att vissa patienter är i behov av lasarettens mera avancerade specialistresurser och andra icke. Det gäller också att beträffande en och samma patient och ett och samma sjukdomsfall fullt ut tillvarataga de möjligheter till rationell arbetsfördelning som mycket ofta föreligger. Det är klart att sådan arbetsfördelning redan nu förekommer i mycket betydande omfattning, t. ex. genom att vissa utredningar och analyser sköts av lasarettens, medan tjänsteläkaren utför det övriga arbetet, eller genom att »första-besöket» avläggs på lasarett och besök för fortsatt vård hos läkare utanför lasarett. Men det förekommer också, att den fortsatta vården förläggs till

lasarett, även där denna del av arbetet mycket väl skulle kunna övertagas av läkare och annan personal utanför sjukhus. Ofta kan detta bero på patienterna, som fått förtroende till en lasarettsläkare, kanske särskilt om de legat inne på lasarettet. Saknas det i en stad taxebunden tjänsteläkarevård, kan naturligtvis även det inverka. Men det kan också helt eller delvis bero på att något brister i samarbetet mellan läkare vid och utanför lasarett. Utsikterna att maximalt utnyttja dessa samarbetsmöjligheter mellan sjukhus- och tjänsteläkare bör kunna bli avsevärt större vid ett enhetligt huvudmannaskap — särskilt som detta också bör göra det lättare att ta bort onödiga skiljemurar mellan sjukhus- och tjänsteläkarkårerna, att ordna med periodiska sjukhustjänstgöringar för tjänsteläkare etc.

Nu kunde man möjligen vilja göra gällande, att felet till stor del ligger hos staten och hos städerna, som inte utvecklade tjänsteläkareväsendet i den takt, som hade varit erforderlig för att motverka den snedbelastning som här angivits. Men primärkommunerna inom landstingen har inget åläggande att anställa läkare. De gör det ändå i den utsträckning som tidigare beskrivits, men med hänsyn till att landstingen spelar en alltmer dominerande roll inom den kurativa sjukvården och alltmer anses ha ett primärt ansvar för denna vård, har det inte tett sig naturligt för primärkommunerna att mera avsevärt vidga sina insatser i detta avseende. För övrigt ställer kommunalläkarinstitutionen endast i begränsad utsträckning taxebunden vård till förfogande. Däremot har staten otvivelaktigt åtagit sig att sörja för den dominerande delen av tjänsteläkarverksamheten. Som vi funnit, lyckades staten också få denna verksamhet att expandera mycket snabbt under 40-talet; antalet ordinarie provinsialläkartjänster steg då med 175. Men utbyggnaden av provinsialläkareväsendet har ofta skett ryckvis. Under 30-talet t. ex. ökade antalet ordinarie tjänster endast med omkring 30. Under 50-talet har provinsialläkarverksamheten — vid sidan av den statliga sinnessjukvården — varit det huvudområde som haft svårast att hävda sig i den intensifierade konkurrensen om läkarkrafterna, och detta har sannolikt inte enbart berott på verksamhetens karaktär. En viktig medverkande faktor synes vara, att avståndet mellan »fältet» och de centrala instanser, som både i stort och smått skall fatta de slutliga avgörandena om fortsatt expansion, gör det svårt för den statliga ledningen att snabbt och elastiskt anpassa verksamhetens omfattning efter växlingar i behovet. Det har icke gjorts några organisatoriska insatser av betydelse från statlig sida för att förse provinsialläkare med personella och andra resurser. Statens möjlighet att — t. ex. genom periodisk tjänstgöring å lasarett — ge provinsialläkare förnyade kontakter med kliniskt arbete är på grund av det delade huvudmannaskapet i praktiken begränsade.

Uppenbarligen har dock svårigheterna härvidlag varit särskilt stora under tiden från omkring 1950. Det har, som sagt, i första hand berott på den skärpning i läkarbristen, som gjort sig gällande under denna tid

(jfr kap. 5). Men denna skärpning i läkarbristen har i sin tur berott på att efterfrågan stigit ännu snabbare än förut, och denna efterfrågestegring har till större delen framträtt vid lasarett och undervisningssjukhus. Det har sålunda befunnits att antalet läkartjänster vid lasarett inom landsting och landstingsfria städer (sålunda exklusive vissa av undervisningssjukhusen) under 4-årsperioden 1953—56 ökat med 124 per år motsvarande två tredjedelar av hela nettoökningen av läkarkåren under denna tid.

Som tidigare framgått föreligger här ett cirkelsammanhang: Stagnationen i tjänsteläkarverksamhetens utbyggnad har medverkat till att efterfrågetrycket på lasaretten ökat. Det i sin tur har bidragit till att höja anspråken på nya läkartjänster vid lasaretten — och därmed har möjligheterna att få läkare även för provinsialläkarverksamhetens behov blivit än mer begränsade. Vi har också förut pekat på en annan ond cirkel; brist-situationen har ökat arbetsbördan och bundenheten för provinsialläkarna, och det i sin tur har hjälpt till att ytterligare försämra rekryteringen, så att de nämnda olägenheterna blivit än mer utpräglade.

Det är klart, att den grundläggande svårighet, som ligger i läkarbristen, skulle ha gjort sig gällande, även om landstingen haft ansvaret för hela den i offentlig regi drivna kroppssjukvården. Men hade även tjänsteläkarverksamheten i landstingsområdena drivits i landstingskommunal regi, hade det sannolikt gjort sig gällande en mer energisk strävan att få till stånd en mera harmonisk avvägning mellan expansionen inom sjukhusvården och utvecklingen inom tjänsteläkarvården. *Även de ekonomiska konsekvenserna av en utbyggnad av tjänsteläkarvården, som delvis »sparar in» utbyggnadsbehov inom lasarettsvården, måste för landstingen te sig mera gynnsamma än för staten, som icke får någon direkt del av nämnda besparing.* Överhuvud taget har man på landstingshåll en utpräglad känsla för den olägenhet som ligger i att lasarettens resurser utnyttjas för fall, som kunde skötas av läkare utanför sjukhus. Den snabba ökningen i antalet läkartjänster i landstingsregi tyder på en benägenhet hos landstingen att i görligaste mån inrätta sig efter en stigande efterfrågan. De enkätuppgifter som vi inhämtat från landstingsdirektörer och som redovisats i kap. 5, bekräftar, att man på landstingshåll är medveten om behovet av att låta tjänsteläkarkåren starkt expandera och att förse tjänsteläkarna med ändamålsenliga lokaler, utrustning och medverkande personal. Landstingen har emellertid under rådande förhållanden i stort sett icke haft något annat alternativ, som tett sig praktiskt realiserbart, än att utöka sjukhusens resurser, när det gällt att möta en sådan växande efterfrågan på kroppssjukvård. Möjligheterna att få ett större antal nya extra provinsialläkartjänster i landstingsregi besatta har nämligen icke tett sig stora, när inte ens ordinarie tjänster kunnat tillnärmelsevis fullständigt besättas. Tillkomsten av extratjänster, till vilka statsbidrag utgår, är för övrigt underkastad en statlig reglering, som under senare år tagit intryck av den

allt svårare läkarbristen. Så länge det ändå är meningen att provinsialläkarverksamheten skall vara ett statligt ansvar, är det för övrigt naturligt om man på landstingshåll hellre velat avvakta en eventuell statlig utbyggnad, än man iklätt sig nya utgifter för sådant, som staten enligt gällande ordning helt borde bekosta. Och detta har gällt i desto högre grad som kraven på nya utgifter inom den landstingsdrivna sektorn av sjukvården varit utomordentligt stora. Tvånget att stärka resurserna i lasarettens öppna vård har känts så mycket starkare, eftersom det varit nödvändigt att i görligaste mån begränsa efterfrågan på den slutna vården, som dels är dyrbar och dels, på grund av knappheten på investeringsutrymme, varit svår att öka ut.

Hade landstingen emellertid haft ansvaret även för tjänsteläkarverksamheten, skulle de därmed haft ett annat nära till hands liggande alternativ än att bara låta sjukhusvården expandera. Av förut angivna skäl är det i hög grad sannolikt att de gjort mera än staten för att — så långt förhållandena det medgett — utnyttja detta andra alternativ.

Den praktiska erfarenheten har sålunda i varje fall visat, att det utan enhetlighet i ledningen blir ytterligt vanskligt att få till stånd en rationell *samdimensionering* mellan de olika grenar av kroppssjukvården, som skall komplettera varandra. Varje gång utbyggnadsbehov föreligger inom de olika vårdformerna inom ett sjukvårdsområde, måste dock en viss prioriteringsordning tillerkännas olika behov. Det gäller att från synpunkten av de medicinska behovens olika intensitet i skilda fall och med hänsyn till sjukvårdsorganisatoriska och samhällsekonomiska synpunkter liksom till allmänhetens bekvämlighet avgöra, vilken fördelning av tillgängliga resurser, som är mest ändamålsenlig. Härvid skall också beaktas vilka resurser, som finns eller som kan förväntas komma till stånd utöver den av det allmänna organiserade vården.

En sådan avvägning mellan skilda utbyggnadsbehov i öppen vård inom ett landstingsområde måste i praktiken ställa sig synnerligen svår, när den prövning, som behoven i de olika fallen skall underkastas, får gå helt olika vägar beroende på vem, som är huvudman för verksamheten. I vissa fall sker den slutliga prövningen först i regering och riksdag, där de många andra stora kraven på statsverksamheten ofta måste leda till en restriktiv bedömning och där medvetandet om de »samdimensioneringsbehov» i de enskilda landstingen, som det här gäller, inte alltid kan hållas tillräckligt aktuellt. I andra fall är det landstinget, som fattar beslut, låt vara att även medicinalstyrelsen gör och måste göra sitt inflytande gällande — bland annat för att inte lasarettsvården på vissa håll skall ta för sig för mycket av den knappa läkartillgången och dessutom på grund av begränsningen i byggnadsutrymme.

Även i fråga om *förläggningen* av olika slag av sjukvårdsenheter i för-

hållande till varandra måste det vid enhetligt huvudmannaskap vara väsentligt lättare att få till stånd en rationell ordning

Det förefaller knappast sannolikt, att någon av våra mera framgångsrika industrier skulle ha en förvaltningsordning så beskaffad, att tvenne slag av verksamhet, som griper in i varandra lika mycket som i förevarande fall, skulle vara ställda under helt skilda förvaltningsledningar, varav den ena kunde »inbespara kostnader» genom att låta den andra sörja för ungefär samma behov även där detta alternativ totalt sett skulle vara mindre tillfredsställande ur ekonomiska eller andra synpunkter.

Det vore naturligtvis teoretiskt icke uteslutet att ett gemensamt huvudmannaskap för kroppssjukvården kunde komma till stånd på det sättet, att staten övertog det hela. Detta alternativ anser vi emellertid, av skäl som redan antytts, vara avgjort olämpligt. Vad vi behöver är decentralisering och icke centralisering. Den del av kroppssjukvården, som omhänderhas av landstingen, är mångdubbelt större än den del som drivs av staten. Ännu mer avgörande är emellertid att landstingen, som nyss påpekades, är närmare till behoven ute på fältet, och att de har sin huvuduppmärksamhet riktad på sjukvårdens behov. De har också i praktiken visat sig väl skickade att svara för denna uppgift.

Efter kontakter med landstingsförbundet har vi också fått den uppfattningen, att man på landstingshåll skulle vara villig att ta hela ansvaret för den kurativa vård och personliga förebyggande vård, som tjänsteläkarinstitutionen är avsedd för — men däremot icke för den omgivningshygieniska verksamhet, som även fortsättningsvis skall ankomma på tjänsteläkare. En förutsättning för en sådan inställning hos landstingen är dock, att det med staten kan träffas en uppgörelse om reformens finansiella konsekvenser. Denna fråga skall i senare sammanhang närmare beröras. Därvid skall vissa allmänna principer för en sådan uppgörelse anges. Däremot framläggs inte något utarbetat tekniskt förslag till lösning av denna bidragsfråga. Enligt underhandsdirektiv, som vi erhållit, bör nämligen spörsmålet bli föremål för utredning och förhandling i annan ordning.

Reformens avgränsning vad gäller omgivningshygienisk tillsyn

Vad gäller omgivningshygien är det inte bara landstingen som menar, att den inte skall inbegripas i en huvudmannaskapsreform. Samma uppfattning har säkert också alla andra parter. Inte heller finns det några vägande sakskaäl som talar för att man mot parternas önskan skulle söka genomdriva en ändring i principerna för nuvarande funktionsfördelning. Det är sålunda ingenting som hindrar, att den omgivningshygieniska tillsynen liksom hittills får ankomma uteslutande på stat och primärkommuner.

Som tidigare framhållits är vissa tillsynsuppgifter med nödvändighet

lokala. Vad gäller regionala uppgifter skulle man visserligen kunna tänka sig en medverkan från landstingens sida, men därvid skulle uppstå många frågor om var gränsen går mellan primär- och sekundärkommunernas ansvar. Under alla förhållanden måste de speciella statsbefogenheterna i vissa sammanhang kunna utnyttjas. Därför synes det lämpligast att tillsynen inte bara centralt utan även på länsplanet stannar kvar i statlig regi på det sätt som föreslagits i kap. 6.

Nu skulle det önskvärda vara att länsläkarinstitutionen bleve utbyggd vida längre än vi där föreslagit. Dimensioneringen av det program som framlagts i kap. 6 har fått bestämmas inte efter behovet utan snarare efter möjligheterna att inom en tid, som kan överblickas, bemanna en förstärkt organisation på länsplanet med kvalificerad personal. Så småningom torde det emellertid komma att erfordras inte bara en utan flera biträdande länsläkare per län och dessutom en större, med länsläkarna samverkande personal än vi föreslagit.

Men detta är mera avlägsna framtidsperspektiv. Som framgått av kap. 6, kommer länsläkare, i varje fall under den tid vi nu kan se framför oss, att fortfarande ha behov av den hjälp han kan erhålla av tjänsteläkare ute på fältet. Man får dock inte överskatta den nuvarande ordningens betydelse för den kvantitativa omfattningen av den medverkan i omgivningshygienisk tillsyn som tjänsteläkarna lämna. Som vi funnit (kap. 5) är den tid som provinsialläkare och kommunalläkare — bortsett från förste stadsläkare och därmed jämställda i vissa större och medelstora städer — faktiskt ägnar åt omgivningshygien vanligen mycket starkt begränsad, beroende på att sjukvårdsarbetet med förtursrätt tar den helt överväldigande delen av deras tid och krafter i anspråk. I och med att tjänsteläkarorganisationen förstärks och tjänsteläkarna får mera personella och materiella resurser i sitt sjukvårdsarbete, är det visserligen möjligt att deras arbetsbörda blir mindre tung, i varje fall vad gäller t. ex. jourtjänsten och möjligheterna att utnyttja semesterrätten. Men vi får också räkna med att en fortsatt expansion i efterfrågan på sjukvård kommer att även fortsättningsvis hålla nere den andel av deras arbetstid som blir över för omgivningshygieniska uppgifter.

När antalet tjänsteläkare efterhand blir väsentligt större bör dock även den begränsade andel av arbetstiden per läkare som ägnas åt omgivningshygien kunna räcka något längre än nu. Och under alla förhållanden måste det ingå i den finansiella uppgörelse mellan landstingen och staten, som erfordras för att en huvudmannaskapsreform skall kunna komma till stånd, att tjänsteläkaren skall ha skyldighet att i den utsträckning, som nu normalt förekommer, biträda länsläkaren. Detta bör bland annat vara en förutsättning för statsbidrag till tjänsteläkarnas verksamhet. Vidare bör åläggandet komma till uttryck i de instruktionsföreskrifter, som skall gälla för tjänsteläkare. Genom dessa torde staten erhålla erforderliga medel för att

i administrativ ordning leda och samordna verksamheten så att riksintrössena tillgodoses. Det stora inflytande som staten allt fortfarande skall utöva över tjänstetillsättningen på detta område (jfr nedan) borgar ytterligare för att det också skall bli möjligt att få den fortsatta medverkan från tjänsteläkarnas sida för omgivningshygien och dylika uppgifter, som här förutsatts. I samma riktning får man räkna med att förstärkningen av länsläkarorganisationen kommer att verka.

På detta sätt blir tjänsteläkaren ställd under två arbetsgivare — eller rättare sagt under tre, om man räknar med de primärkommunala uppdrag, som han, liksom hittills, lär komma att i stor utsträckning bibehålla. Men i princip innebär detta knappast någon skillnad gentemot nuvarande förhållanden. I sitt arbete i förebyggande mödra- och barnavård m. m. är tjänsteläkaren nämligen nu underställd landstinget och i sitt samarbete med distriktssköterskorna och -barnmorskorna tar han befattning med annan verksamhet som också drivs i landstingsregi; det 40-tal provinsialläkare som arbetar på sjukstugor, medverkar därmed i en landstingsdriven sjukvård. Det blir sålunda endast en omfördelning, låt vara praktiskt mycket betydelsefull, innebärande att tjänsteläkarens mest omfattande arbetsuppgift flyttas över från den statliga sektorn till den landstingskommunala. En sådan reform hindrar emellertid icke, att tjänsteläkaren samtidigt fortsätter att i sitt distrikt medverka i en omgivningshygienisk verksamhet, som i övrigt tilldelas bättre resurser både på länsplanet och på det primärkommunala planet.

Reformens avgränsning och motivering vad gäller kommunalläkare

Som redan framgått bör en huvudmannaskapsreform enligt vår uppfattning icke endast beröra provinsialläkare — andra än förste provinsialläkare — utan även de *kommunalläkare*, som väsentligen ägnar sig åt sjukvård och som alltså icke i första hand erfordras för verksamhet inom omgivningshygien och annan allmän hälsovård (jfr kap. 6). På landstingshåll torde man också vara villig att — om det kan bli en uppgörelse med staten om de finansiella konsekvenserna av en huvudmannaskapsreform avseende provinsialläkare — överta ansvaret för de uppgifter inom kurativ och förebyggande vård i städer och stadslignande samhällen inom landstingsområdena, som tjänsteläkarinstitutionen är avsedd att tillgodose. Beträffande denna senare del av huvudmannaskapsreformen har vi emellertid icke räknat med att landstingen skulle betinga sig någon ersättning vare sig från staten eller från städerna. För de städer och andra kommuner, som berörs av reformen, blir det sålunda fråga om en besparing. Något tvång för dem att avveckla kommunalläkartjänster som blir lediga skall dock icke föreligga. Vill en kommun behålla en väsentligen för öppen vård avsedd kommunalläkartjänst, trots att ansvaret för denna öpp-

na vård primärt skall åvila landstinget, föreligger inget skäl att hindra den. Landstinget får i sådant fall vid dimensioneringen av sin öppna vård ta hänsyn till sådana kommunalläkartjänster, som kommer att kvarstå på samma sätt som landstinget tar motsvarande hänsyn till förekomsten av privatpraktiker.

Förslaget i kap. 6 innebär emellertid också att städer med över 40 000 invånare skall vara ålagda att ha en stadsläkare, som helt skall ägna sig åt omgivningshygien och andra uppgifter inom allmän hälsovård och socialmedicin men som i allmänhet icke skall befatta sig med privatpraktik eller därmed likartad öppen sjukvård. Vi har också allvarligt övervägt att för städer och andra kommuner med t. ex. 20 000—40 000 invånare förorda ett åläggande att ha kommunalläkare för samma uppgifter, men i dessa fall skulle läkaren icke nödvändigtvis vara förhindrad att ägna en viss begränsad del av sin tid åt öppen sjukvård, i den mån hans tjänst så tillåter. Efter samråd med stadsförbundet har vi emellertid — i avvaktan på en bättre tillgång på läkare med hälsovårdsutbildning — avstått från att nu framställa något sådant krav. Frågan härom får sålunda ställas på framtiden. Vi anser oss dock redan nu böra rekommendera, att städer och kommuner i sistnämnda storleksgrupp har kommunalläkare, som ägnar en avsevärd — och i jämförelse med nuvarande förhållanden oftast ökad — del av sin tid åt omgivningshygien samt dessutom åt annan allmän hälsovård och socialmedicin.

I övrigt skulle emellertid kommunalläkarinstitutionen gå upp i den allmänna tjänsteläkarkåren för öppen vård, som förutsättes arbeta i landstingsregi. På samma sätt som andra tjänsteläkare skall dock de tjänsteläkare, som arbetar i sådana stadsdistrikt, där det inte finns särskilda stadsläkare för uppgiften, ägna viss del av sin tid åt omgivningshygienisk tillsyn o. d. och för detta ändamål samarbeta med länsläkaren.

Motiveringen för huvudmannaskapsreformen, vad avser kommunalläkare, kan sammanfattas på följande sätt.

Beträffande kommuner utan kommunalläkare synes visserligen den allmänna läkarinstruktionen förutsätta, att de tillhör vederbörande provinsialläkardistrikt. Men om en stad underlåter att tillsätta stadsläkare, är det oklart, om staden utan vidare skall anses tillhöra angränsande provinsialläkardistrikt. Bestämd föreskrift saknas nämligen om hur hälso- och sjukvården i sådant fall skall ombesörjas. I allmänna läkarinstruktionen stadgas härutinnan (§ 21) endast *dels* att provinsialläkardistrikt omfattar det område, som Kungl. Maj:t bestämmer, och *dels* att inom provinsialläkardistrikt belägen stad, köping eller municipalsamhälle med egen tjänsteläkare anses, där Kungl. Maj:t ej annorlunda bestämmer, icke tillhöra distriktet, dock att dylik ort med mindre invånarantal än 2 500 anses tillhöra distriktet under tid, då läkartjänsten i orten är ledig. Det må dock

påpekas att staden, köpingen eller municipalsamhället inte alltid gränsar till ett enda provinsialläkardistrikt.

Då skyldighet för stad att hålla stadsläkare icke föreligger, har i vissa fall uppkommit långvariga vakanser på stadsläkartjänster. Härvid har det blivit en extra hård press på lasarettens öppna vård, vilket föranlett klagomål från såväl lasarettsläkarna som sjukhushuvudmännen, d. v. s. landstingen; i en del fall har även provinsialläkare fått en ökad belastning därför att kommunalläkartjänster hållits vakanta. Även befolkningen i städer och stadslänkande samhällen bör såsom tidigare påpekats *allmänt* ha tillgång även till taxebunden vård och detta också utanför sjukhus.

Som förut framgått (kap. 5), gäller om många av de kommunalläkare i landstingsområdena, som huvudsakligen ägnar sig åt öppen vård, att de till stor del arbetar som privatpraktiker. Av en förut (tab. 5.43) lämnad redovisning — som dock ej är fullständig — framgår sålunda, att 86 av 119 uppgiftslämnande kommunalläkare i landstingsområdena (72 procent) meddelat, att de haft minst 100 konsultationer under veckan 8—14 december 1955 och att för 49 av dessa 86 läkare mindre än en fjärdedel av konsultationerna avsåg socialvårdsfall eller andra fall för vilka arvode fick utgå med högst sjukkassetaxa. Nu bör härtill anmärkas, att åtskilliga mindre städer och samhällen inrättat kommunalläkartjänster bland annat just för att få en läkare till platsen med uppgift att inte bara svara för allmän hälsovård, jourtjänst och socialvårdsfall utan även tillgodose ett behov av öppen läkarvård. Till saken hör också att kommunalläkarlönerna i stort sett är lägre än provinsialläkarlönerna.

I genomsnitt uppnås för kommunalläkare 14:e lönegraden (14 364—17 016 kronor i ortsgrupp 3, som är den mest frekventa); den största anhopningen (107 av 161 läkare) ligger dock i 11:e till 13:e lönegraderna (12 096—16 080 kronor), och variationerna sträcker sig från 6:e (9 348—10 908 kronor) ända upp till 23:e lönegraden (23 892—28 296 kronor); härvid är förste stadsläkare och motsvarande i städer med över 40 000 invånare ej medräknade liksom ej tjänsteläkarna i städerna utanför landsting. Medeltalet ligger sålunda ungefär en tredjedel lägre än den genomsnittliga provinsialläkarlönen (23 100 kronor¹). Även pensionsför-

¹ Vid vår kommunalläkarenkät 1955 redovisade 120 av 130 kommunalläkare ett sammanlagt kontant lönebelopp utöver fastställd årslön av 1 087 000 kronor, varav 313 000 kronor för tjänster åt staden, 204 000 kronor för tjänster åt landstinget, 479 000 kronor för tjänster åt staten och 91 000 kronor för tjänster åt sannan». I genomsnitt för de 130 kommunalläkarna utgjorde denna extra kontanta löneinkomst 8 362 kronor. Enligt andra av oss gjorda enkäter erhöll provinsialläkare 1954 en genomsnittlig ersättning av 5 000 kronor för arbete inom av landsting och primärkommuner driven verksamhet, såsom förebyggande mödra- och barnavård, dispensärvård, skolhälsovård, vård å ålderdomshem o. dyl. På grundval av den av riksförsäkringsanstalten för 12-månadersperioden 1/7 1955—30/6 1956 företagna samplingsundersökningen (omfattande sjukförsäkringskvitton upptagande ett sammanlagt läkarvårdsbelopp motsvarande 1,28 procent av det belopp som totalt utbetalades under perioden), kan beräknas, att de läkarvårdsbelopp, som totalt uppburits av tjänsteläkare under perioden och som delvis (till 74 procent för provinsialläkare och till 70 procent för kommunalläkare) ersattes av sjukkassorna, utgjorde för provinsialläkare 18,4 miljoner kronor och för kommunalläkare 11,2 miljoner kronor eller, om hänsyn togs till en sannolik felmarginal, som dock ej kunnat exakt bestämmas, 17 å 20 respektive 10 å 12 miljoner kronor. Räknar man med att det fanns drygt 570 provinsialläkare (sedan distrikt med dubbelförordnanden frändragits) blir medelbeloppet per provinsialläkare 30 000—

månerna torde vara lägre än för provinsialläkare. Av 135 kommunalläkare i landstingsområdena, som lämnade uppgift till vår enkät 1955, meddelade dock 124, att de åtnjöt pension, antingen genom SKP (95), genom bestämmelser i stadens reglemente (10), genom anslutning till stadens pensionskassa (14) eller enligt särskild överenskommelse (5).

Det skäl för anställning av särskilda kommunalläkare på orter inom landstingsområdena, som tidigare flerstädes legat i nyssnämnda behov av att stödja privatpraktiserande verksamhet, har emellertid i hög grad förlorat i betydelse genom sjukförsäkringsreformen; som tidigare nämnts har ju den medfört att den totala läkarvårdersättning, som betalas av sjukkassor, ökat från 46 miljoner kronor 1954 till ca 135 miljoner kronor 1957. I den mån, såsom här förutsättes, verksamma åtgärder vidtages för att mildra läkarbristen, bör det ytterligare tjäna till att säkerställa tillgången på privatpraktiker. Även behovet av speciella föranstaltningar för socialvårdsfall i den form, som hittills ofta åstadkommits inom ramen för kommunalläkarväsendet — men som efter vad vi funnit (kap. 5, s. 233) tar en mycket obetydlig del av kommunalläkarnas tid i anspråk — måste starkt minska i betydelse på grund av sjukförsäkringsreformen.

I vissa större städer har under senare tid inrättats särskilda tjänster som socialläkare, d. v. s. socialmedicinskt utbildade läkare med tyngdpunkten i sin verksamhet förlagd till rehabilitering och utredningar rörande socialmedicinskt svarbedömda ärenden företrädesvis inom de olika grenarna av socialvården. För sådana arbetsuppgifter föreligger utan tvivel på många håll behov av medicinsk medverkan. Detta torde dock i regel kunna åstadkommas utan tillskapandet av någon särorganisation. Både med hänsyn till knappheten på läkare och för att arbetet skall kunna bedrivas effektivt synes arbetsuppgifter av detta slag hellre böra uppdragas åt socialmedicinska mottagningar och utredningsorgan vid centralasarett, tillgängliga inte endast för detta speciella klientel. Det är möjligt att det kan behövas speciella arrangemang i storstäderna; även i dessa synes dock en närmare anknytning till sjukhusens öppna mottagningar och kommande rehabiliteringsavdelningar kunna övervägas. Och i varje fall kan det icke vara riktigt att anföra sådana arbetsuppgifter som delmotivering för att det i landstingsområdenas städer skall vidmakthållas en separat primärkommunal tjänsteläkarorganisation, som väsentligen är avsedd för öppen vård.

Som vi funnit (tab. 5.43) lämnar kommunalläkarinstitutionen endast

35 000 kronor. Medelbeloppet per kommunalläkartjänst (250) var 40 000—48 000 kronor, men i den beräkningen är då inbegripna dels ca 30 vakanta tjänster, av vilka en obekant del saknade vikarier, och dels sådana förste stadsläkare i landstingsfria och andra större städer, som icke alls eller blott till ringa del medverkade i sjukvård. En stor del av provinsialläkarna erhöll dessutom, enligt den av oss företagna provinsialläkarenkäten, primärkommunala bostadssubventioner, vanligen i form av låg eller ingen hyra för bostaden. Å andra sidan är sådana praktikkostnader, som åvilar läkarna, icke fråndragna; härvid är dock att märka, att en stor del av provinsialläkarna har primärkommunalt subventionerade mottagningslokaler och att ca 45 tjänsteläkare har mottagning i sjukstugor, samt slutligen att å läkarvårdskvittona upptagna materielkostnader, resekostnader o. d. (jfr ovan) icke belastar läkarna (Jfr. tab. 5.52).

partiellt något bidrag till täckning av behovet av taxebunden vård för allmänheten. Det väsentliga motiv av mera allmän betydelse som finns kvar för att för sjukvårdens behov inom landstingsområdena vidmakthålla en kommunalläkarinstitution i dess nuvarande form ligger i jourtjänstskyldigheten, som onekligen är en viktig och ofta betungande uppgift. Härtill kommer bland annat viss intygsgivning samt en del uppgifter tillhörande social- och rättsmedicin samt epidemivård m. m.

Det synes emellertid föreligga allt mindre skäl att för den öppna vårdens behov i landstingsområdena ha kvar en *separat* tjänsteläkarkår för städer och stadsliknande samhällen. När det gäller att tillgodose behovet av taxebunden öppen vård genom tjänsteläkare med jourtjänstskyldighet, måste det innebära en onödig komplikation, om det finns två grupper av tjänsteläkare, som arbetar under olika villkor och under olika huvudmän. Om en huvudmannaskapsreform för provinsialläkare förbindes med en ökning av tjänsteläkarkåren och en successiv anknytning av en stor del av tjänsteläkarna till två- och flerläkarstationer, kommer det att framstå såsom ändamålsenligt att även ta in kommunalläkare med huvudsakligen sjukvårdande uppgifter i samma organisation. Det kan t. ex. i åtskilliga fall underlätta en fördelning av jourtjänsten, vilket bör bli till båtnad för alla parter. När en provinsialläkare och en kommunalläkare har sin mottagning i samma samhälle — eller i samband med den nya distriktsindelning, som reformen föranleder, blir förlagda till samma plats — kan det vidare ofta visa sig lämpligt att de också anknytes till samma läkarstation, som då t. ex. kan vara avsedd för dels en mindre stad och dels ett kringliggande landsbygdsområde. En sådan ordning blir då väsentligt underlättad om de sorterar under samma huvudman och arbetar under samma villkor.

Det har inte sällan framträtt motsättningar, när det gällt att utnyttja kommunalläkarinstitutionen för vissa sådana ändamål inom den förebyggande mödra- och barnavården, epidemivården och dispensärvården, för vilka den bör kunna användas, där behovet inte lämpligen kan bli tillgodosett på annat sätt, t. ex. genom utnyttjande av lasarettens specialistvårdresurser i pediatrik och gynekologi etc. Sälunda har i flera fall olika meningar rått om tolkningen av allmänna läkarinstruktionen samt i vad mån instruktioner för stadsläkare borde få inbegripa ålägganden i sådana fall eller endast innehålla uttalanden om stadsläkarens rätt att medverka i dylika arbetsuppgifter.

Ett förslag till instruktion för stadsläkaren i *Säffle*, som den 27 maj 1952 antogs av stadsfullmäktige, innehöll en bestämmelse av den senare typen: »Stadsläkaren äger, om han därtill utses, vara läkare vid inom staden befintlig mödra- och barnavårdscentral samt dispensär.» Medicinalstyrelsen godkände förslaget med den ändringen att orden »äger om han därtill utses» byttes ut mot »åligger att, om han därtill med medicinalstyrelsens medgivande förordnas, mot särskild ersättning». Sveriges läkarförbund yrkade hos Kungl. Maj:t utbyte av ordet »åligger» mot »äger rätt». Medicinalstyrelsen och regeringsrätten uttalade härom, att

läkarförbundet icke ägde besvärsmätt, varefter Kungl. Maj:t i statsrådet den 22 maj 1953 förklarade sig icke upptaga frågan till saklig prövning.

Beträffande förste stadsläkaren i *Kristinehamn* har medicinalstyrelsen den 30 maj 1952 hävdad uppfattningen att det i instruktion skulle åläggas denne att — om han med styrelsens medgivande därtill förordnades — mot särskild ersättning handha sjukvården vid distriktsdispensären och epidemisjukstugan. Läkarförbundet hemställde i anledning därav hos Kungl. Maj:t, att i instruktionen icke skulle inskrivas åliggande i detta hänseende utan att den endast skulle ge läkaren rätt att under vissa angivna förutsättningar åtaga sig nämnda uppdrag. Icke heller i detta fall upptog Kungl. Maj:t frågan till saklig prövning. Sedan medicinalstyrelsen den 30 maj 1953 godkänt ett instruktionsförslag om åläggande för andre stadsläkaren i *Nyköping* att — därest han med medicinalstyrelsens medgivande därtill förordnades — mot särskild ersättning vara läkare vid landstingets barnavårdscentral av typ II och vid epidemisjukstugan i staden och vederbörande stadsläkare anfört besvär, förklarade medicinalstyrelsen, att ifrågavarande åliggande borde ankomma på stadsläkaren om ej annan ombesörjde det men att styrelsen i detta fall icke motsatte sig bifall till besvären, sedan det upplysts, att barnavårdscentral av typ II icke längre inrymdes i landstingets plan för den förebyggande mödra- och barnavården och att epidemisjukstugans inrättande tills vidare saknade aktualitet. Sedan Kungl. Maj:t i enlighet härmed hävt medicinalstyrelsens fastställelsebeslut och återförvisat ärendet till styrelsen för ny behandling, fastställdes den 11 februari 1955 av medicinalstyrelsen ny instruktion för stadsläkarna i *Nyköping*, vari inga ålägganden av nyssnämnd art var inbegripna.

I ett fall avseende *Söderhamn* förklarade läkarförbundet i yttrande till medicinalstyrelsen, att förbundet ej kunde godkänna skyldighet för stadsläkarna att åta sig att vara läkare vid mödra- och barnavårdscentralen samt distriktsdispensären. Medicinalstyrelsen fastställde den 14 maj 1955 instruktion innefattande sådant åläggande mot särskild ersättning varjämte styrelsen införde åläggande för stadsläkaren att, ävenledes mot särskild ersättning, undersöka sjukhusfall enligt 2 § 1 mom. epidemilagen. Över sistnämnda fastställelsebeslut har besvär icke anförts.

Den 18 juni 1955 fastställde medicinalstyrelsen instruktion för stadsläkaren i *Mariestad* innefattande dels åläggande att mot särskild ersättning av staden, varom överenskommelse kunde träffas, undersöka person, som konstaterats eller kunde misstänkas lida av i epidemilagen 2 § 1 mom. angiven sjukdom och dels uttalande om att stadsläkaren, om han därtill utses, äger vara läkare vid mödra- och barnavårdsstation samt dispensär. Enligt en den 17 augusti 1955 av medicinalstyrelsen fastställd instruktion för stadsläkaren i *Hedemora* »äger stadsläkaren rätt att, om han därtill utses, vara läkare vid mödra- och barnavårdscentral samt dispensär».

I en framställning från Örebro läns landstings hälsovårdsberedning den 9 april 1954 om att dåvarande andre stadsläkaren i *Karlskoga* måtte få förordnas att biträda vid den förebyggande barnavården hänvisades dels till vissa bestämmelser i Saar rörande provinsialläkares skyldighet att mot särskild ersättning biträda vid förebyggande mödra- och barnavård inom distriktet och dels till allmänna läkarinstruktionen, vari bland annat stadgas, att stadsläkare har att i tillämpliga delar ställa sig till efterrättelse de för provinsialläkares tjänsteutövning givna stadgandena. Medicinalstyrelsen uttalade den 9 oktober 1954, att den författningsenligt icke kunde bifalla framställningen. Sedan besvär anförts uttalade medicinalstyrelsen vidare (27/11 1954), att bestämmelserna i Saar icke kunde anses äga analog tillämpning beträffande kommunala tjänsteläkare och att gällande instruktion för *Karlskoga* stads tjänsteläkare icke heller stadgade skyl-

dighet för dessa läkare att efter medicinalstyrelsens medgivande biträda vid den förebyggande barnvården. Kungl. Maj:t fann den 16 mars 1956 besvären icke föranleda någon åtgärd.

I medicinalstyrelsen har i april 1957 upplysts, att nya instruktionsförslag icke längre innehåller ålägganden i vad rör mödra- och barnavård, dispensvård eller epidemivård, och att styrelsen numera godtager den formulering, som vederbörande stadsfullmäktige föreslår. Beträffande epidemivård är emellertid bland annat att märka, att även läkarförbundet uttalat, att tjänsteläkare icke kan undandra sig att då så påkallas mot särskild ersättning undersöka sjukdomsfall avseende epidemilagen 2 § 1 mom.

Särskilt med hänsyn till att det vad gäller förebyggande insatser av olika slag finns ett särskilt starkt behov av fortsatt utveckling, är det enligt vår uppfattning angeläget, att det inte skall föreligga några hinder för möjligheterna att, där så erfordras, kunna utnyttja tjänsteläkarinstitutionen i dess helhet för detta ändamål. Vi finner här ett ytterligare skäl, som talar för att den öppna vårdens tjänsteläkarorganisation skall bli enhetlig. För denna slutsats talar till sist också det allmänna skälet, att de olikheter, som tidigare förelegat mellan land och stad i fråga om levnadsförhållanden och krav på service av olika slag, är på väg att mer och mer utjämnas.

Att *skolhälsovården* skall omfattas av huvudmannaskapsreformen är naturligt då landstingen redan nu handhar den förebyggande mödra- och barnvården. Vi kan icke finna några skäl för bibehållande av den nuvarande ordningen, enligt vilken landstingen har ansvaret för förebyggande vård av spädbarn och småbarn och primärkommunerna har ett liknande ansvar för skolbarn. Landstingens omhändertagande av skolhälsovården torde enligt vår mening dock lämpligen kunna begränsas till de skolformer, som kommer under länsskolnämnderna, nämligen det obligatoriska skolväsendet, de högre kommunala skolorna, kommunala gymnasier, de kommunala skolorna för yrkesutbildning, de statsunderstödda handelsgymnasierna, de allmänna läroverken, de högre tekniska läroverken och de centrala verkstadsskolorna. På landsbygden uppehålls skolläkarbefattningarna i regel (nästan 100-procentigt) av vederbörande provinsialläkare. Om landstingen får hand om skolhälsovården kommer detta att innebära, att liksom i regel nu samma läkare får ombesörja vården av såväl barnen i förskoleåldern som skolbarnen. Härtill kommer att landstingen i stort sett förfogar över de specialistvårdresurser, som kan erfordras.

Huvudmannaskapsreformen skall beträffande skolhälsovården dock icke medföra att den till skolöverstyrelsen anknutna skolöverläkaren, som fortfarande bör vara anknuten till skolöverstyrelsen, kommer att få mindre inflytande. Såsom nu bör han ha den högsta tillsynen över skolhälsovården i den mån denna icke för vissa skolformer bör tillkomma en särskild skol-

överläkare i överstyrelsen för yrkesutbildning, varom förslag nyligen framlagts.

Tjänsteläkare i öppen vård tillsättes av Kungl. Maj:t efter förord från medicinalstyrelsen och vederbörande landsting

Trots att majoriteten av oss förordar en huvudmannaskapsreform, innebärande att landstingen skall ansvara för tjänsteläkare i öppen vård, menar vi dock samtidigt, att detta icke skall föranleda någon annan väsentlig modifikation i tillsättningsförfarandet, än att även vederbörande landsting skall beredas tillfälle att avge förord. Liksom hittills skall sålunda medicinalstyrelsen upprätta förslag upptagande de *tre* mest meriterade sökandena — därest så många behöriga anmält sig. Därefter skall styrelsen bereda vederbörande landsting tillfälle att avge förord för en av dessa tre sökande. Sedan vidarebefordras ärendet till Kungl. Maj:t med angivande av vilken sökande som förordas av dels medicinalstyrelsen och dels landstinget.

Det är flera skäl som talar för att den hittillsvarande ordningen i huvudsak skall bibehållas. För en bedömning av sökandes meriter erfordras i första hand medicinsk sakkunskap. Tjänsteläkare skall även framdeles utöva funktioner inom omgivningshygien och annan sådan allmän hälsovård, över vilken erfordras en statlig tillsyn. Även vad gäller lasarettsläkare tillämpas för övrigt ett liknande utnämningförfarande.

Dessutom har medicinalstyrelsen att vaka över att ojämnheter i tillgången på tjänsteläkare i största möjliga grad motverkas. Detta betyder bland annat, att *principen om dubbla tjänstårsmeriter för vissa distrikt i Norrland måste kunna upprätthållas, och att det medinflytande, som landstingen kan utöva på tillsättningsförfarandet sålunda icke äventyrar denna princip och inte heller eljest vållar hinder för läkares transport från ett sjukvårdsområde till ett annat.* Denna regel är så angelägen, att — om statsmakterna tar positiv ställning till förslaget i denna del — det vore av synnerligen stort värde, om den bleve ytterligare understruken i proposition. Den skulle härigenom förlänas en ännu mera bindande verkan.

Vad gäller meritvärderingen i övrigt synes i vissa fall modifikationer i nu gällande regler böra företagas. Det vore icke lämpligt, om läkare som har betydande tjänstårsmeriter, alltid konsekvent skulle få företräde till de distrikt i städer och på landet, där på grund av stark bebyggelseexpansion eller av andra anledningar omfattande omgivningshygieniska problem gör sig gällande, och där det inte finns sådan särskilt för ändamålet anställd kommunalläkare, som omnämnes i kap. 6. I sådana fall bör utbildning och tjänstgöring, som särskilt kvalificerar för en dylik uppgift, få väga tungt vid bedömningen. Det skall heller icke vara helt uteslutet att vid tillsättning av tjänst å flerläkarstation ta viss hänsyn till huruvida

sökanden har sådan orientering som kan vara särskilt lämplig med hänsyn till behovet å stationen.

En förutsättning för en huvudmannaskapsreform är en överenskommelse mellan stat och landsting om kostnadsfördelningen

Enligt den mening, som majoriteten av oss omfattar, skulle en upp- rustning av tjänsteläkarverksamheten i hög grad främjas genom en reform, som lade hela den i offentlig regi drivna öppna vården i landstingsområdena under landstingens huvudmannaskap. Härigenom skulle uppnås en decentralisering, som bland annat skulle underlätta en sådan dimensionering av resurserna inom olika former av öppen vård och av hela den öppna vården i förhållande till den slutna vården, som med hänsyn till både behov och ekonomi kan framstå såsom rationell.

För den kostnadsökning, som vållas landstingen genom att kommunal- läkartjänster överföres i landstingsregi, förutsätter vi att landstingen icke skall erhålla ersättning från vare sig stat eller primärkommun. Det är emellertid naturligt, att landstingen icke vill åtaga sig det ökade finansiella ansvar, som huvudmannaskapsreformen i stort medför, annat än under förutsättning av en ekonomisk uppgörelse med staten, som får den innebörden, att landstingen i huvudsak icke utsätts för en tyngre finansiell belastning, än om *provinsiälläkarväsendet* fortfarande drivits i statlig regi. Med hänsyn till att reformen är avsedd att sammankopplas med en avsevärd utbyggnad av tjänsteläkarverksamheten, betyder det bland annat, att de vill ha bidrag även till den kostnadsökning, som utbyggnaden kommer att dra med sig. Staten å sin sida måste bland annat ha det intresset, att det inte uppstår någon ny anledning till automatiska statsutgiftsökningar, som staten icke kan utöva inflytande över. Det betyder, såsom också förut- satts i det föregående, att utbyggnaden bör ske enligt planer, som göres upp landstingsvis men vid vars fastställande ändå statliga organ måste medverka.

Om landstingen sålunda bör erhålla ett statsbidrag så utmätt, att de icke gör någon ekonomisk förlust på övertagandet av huvudmannaskapet för provinsiälläkarväsendet, följer emellertid därav icke, att det måtetal för statsbidraget, som väljes, *direkt* skall baseras på kostnaden och kostnads- utvecklingen för den del av tjänsteläkarorganisationen, som motsvarar nuvarande provinsiälläkarverksamhet. En sådan ordning får nämligen den konsekvensen, att utveckling av tjänsteläkarverksamheten alltid kommer att framstå såsom ekonomiskt fördelaktig för landstinget i jämförelse med en alternativ utbyggnad av sjukhusvården. Även om allt talar för att det för närvarande, även ur mera allmän synpunkt, är ekonomiskt rationellt att särskilt stödja utbyggnaden av tjänsteläkarverksamheten, så hindrar det inte, att det ändå i många fall föreligger utbyggnadsbehov på andra håll,

som likaledes bör tillerkännas hög prioritet, bland annat just ur ekonomisk synpunkt. Den avvägning, som sålunda alltid måste företagas, bör inte störas genom en olikformighet i statsbidragens utformning i skilda fall, som är så utpräglad, att den leder till att den ena parten kan frestas att överskatta och den andra parten att underskatta en viss utbyggnads lämplighet ur ekonomisk synpunkt. Härtill kommer, att redan den ekonomiska intresse motsättning, som på det sättet skulle kunna uppstå mellan stat och landsting, lätt blir ett hinder för den utbyggnad, som oundgängligen erfordras.

Ett bland flera tänkbara alternativ för en lösning av detta problem skulle bestå i att statsbidraget — därest reformen kunde genomföras på en gång (jfr nedan) — bestämdes på grundval av relationen mellan provinsialläkar-kostnaden (under förutsättning att alla provinsialläkartjänster är besatta) och landstingets nettoutgifter för den somatiska sjukvårdsdriften (exklusive folktandvården) sådan denna relation ter sig omedelbart innan ändringen i huvudmannaskap kommer till stånd. Endast för att illustrera tanken återges i tab. 8.1, kolumn E hur dessa relationstal förhöll sig 1955 i olika landsting. Endast statens lönekostnad är här inbegripen på den ena sidan, men principen i metoden torde ändå tydligt åskådliggöras. Det visar sig, att ifrågavarande statliga lönekostnad i Stockholms län, som har ett ringa antal provinsialläkartjänster i förhållande till invånarantalet, endast motsvarade 1,54 procent av landstingets löpande nettoutgifter för somatisk vård. Relationstalet nådde högst i Jämtlands län (5,29 %), Västerbottens län (4,50 %) och Kronobergs län (4,28 %), som alla hade minst tre gånger så många provinsialläkare i förhållande till invånarantalet som Stockholms län. Norrbottens län, som likaledes har ett relativt stort antal provinsialläkartjänster men där landstingets sjukvård är förhållandevis väl utbyggd, kom något lägre på skalan.

Ett statsbidragssystem grundat på denna eller annan liknande princip skulle innebära, att statsbidraget från början anpassades efter nuvarande tjänsteläkarkostnader för staten (exklusive de kostnader, som går via sjukförsäkringen) och sedan — procentuellt sett — skulle utvecklas i takt med landstingens egna totala nettoutgifter för somatisk vård. *Varje ökning i statsbidraget skulle då »kosta» landstinget ett mångdubbelt belopp.* Å andra sidan skulle landstinget kunna välja mellan olika utbyggnadsalternativ (inom tjänsteläkarverksamhet, i lasarettsvård, i vård av varaktigt kroppssjuka etc.) helt efter deras lämplighet med hänsyn till behov och allmän ekonomi och utan att det skulle få några återverkningar på bidragsbeloppet. Eftersom mera landsbygdsbetonade landsting i stort sett har fler provinsialläkartjänster per 1 000 invånare än de övriga skulle de också erhålla proportionsvis större bidrag.

Dock gäller det sista inte i detalj, och bland annat av det skälet skulle en formel av antydd karaktär vålla orättvisor i enskilda fall, om den inte

underkastades vissa modifikationer. Det framgår t. ex., att Jönköpings län, som dock icke är mycket mer urbaniserat än landstingsområdena i genomsnitt, skulle ha ett förhållandevis lågt relationstal.

Det mest rationella skulle emellertid vara, om här ifrågavarande statsbidrag, som — så långt det gäller provinsialläkarna men däremot icke i fråga om kommunalläkarna — skulle ge landstingen kompensation för en huvudmannaskapsreform, kunde inarbetas i ett *allmänt* statsbidrag avseende all somatisk vård utom folktandvård. Som framgår av tab. 8.2¹ utgår statsbidrag för olika vårdformer med starkt varierande och i vissa fall mycket obetydliga belopp per invånare. Variationerna från landsting till landsting kan sammanhånga med att vissa av dem kommit längre än andra i fråga om utbyggnaden av statsbidragsberättigade vårdgrenar; därtill kommer bland annat att vissa norrlandslän haft särskilt behov av att bygga ut sin tuberkulosvård, som dock är av avtagande betydelse även där.

För att återigen ge en illustration har i tab. 8.1, kolumn F införts en beräkning av relationen mellan *å ena sidan* summan av nyssnämnda beräknade provinsialläkarkostnad och nuvarande statsbidrag för somatisk vård (exklusive folktandvård) och *å andra sidan* landstingens nettoutgifter för somatisk vård (exklusive folktandvård). Även i detta fall är det klart, att denna formel endast återger en grundtanke för ett allmänt statsbidragssystem, och att denna grundtanke behöver vidare bearbetas innan det kan bli fråga om att eventuellt tillämpa den.

En närmare systematisk genomgång av bidragsbestämmelserna för driftutgifter till somatisk vård ger ytterligare belägg för att floran av skilda bidragsformer numera blivit så omfattande även på detta område, att det inte kan undgå att vålla betydande administrativa kostnader både för bidragsmottagande och bidragsgivande organ. Detta förklaras av att statsbidragen tillkommit vid skilda tider och av särskilda anledningar, oftast såsom stimulansbidrag. I en del fall kan emellertid starkt ifrågasättas, huruvida det allt fortfarande erfordras en stimulans genom speciella statsbidrag avseende driftutgifter. Huvudmännen torde ha utvecklat ett sådant intresse för uppgiften, att bidraget inte längre fyller den angivna funktionen. Detta bör naturligtvis i så fall icke föranleda att bidraget bortfaller — vilket skulle vara en mindre god lön för visat intresse — men däremot att speciella statsbidrag i sådana fall ersätts av allmänna bidrag, varigenom en rätt märkbar besparing i det kamerala arbetet torde kunna åstadkommas. Det skulle även medverka till bättre översikt. Vi har under vårt övervägande av problemet funnit att det kostar betydande arbete bara att överhuvudtaget få fram någorlunda goda och säkra data, beroende på att såväl i utgiftsredovisningen som i bidragsredovisningen skiftande metoder tillämpas.

¹ Tab. 8:2 har utarbetats under medverkan av biträdande kamreraren Åke Esseen, medicinalstyrelsen.

Tabell 8.1. Jämförelse mellan statens löneutgifter för provinsialläkarna om alla tjänster varit besatta, statliga driftbidrag för kroppssjukvården (exkl. folkhälsovård) samt landstingens nettoutgifter för driften av kroppssjukvård 1955

Landstingsområde	A	B	C	D	E	F
	Statens löneutgifter för provinsialläkarväsendet ¹ 1 000-tal kronor	Statliga driftbidrag för kroppssjukvård 1 000-tal kronor	Lands- tingens nettout- gifter för driften av kroppss- jukvård 1 000-tal kronor	Kostnad enligt C per invånare ² kronor	A i % av C	A + B i % av C
Stockholms läns.	550	1 087	35 792	91,35	1,54	4,57
Uppsala läns.	257	547 ³	13 946 ³	86,85	1,84	5,77
Södermanlands läns . . .	343	844	18 249	82,87	1,88	6,50
Östergötlands läns. . . .	504	959	20 670	77,65	2,44	7,08
Jönköpings läns.	359	916	19 108	68,52	1,88	6,67
Kronobergs läns.	422	544	9 853	61,85	4,28	9,80
Kalmar läns norra.	452	453	16 787	70,72	2,69	8,71
Kalmar läns södra.		557 ⁴				
Gotlands läns.	130	365 ⁵	4 829	84,38	2,69	10,25
Blekinge läns.	276	532	11 221	77,01	2,46	7,20
Kristianstads läns.	489	806	16 995	65,56	2,88	7,62
Malmöhus läns.	450	787 ⁶	26 604 ⁶	83,67	1,69	4,65
Hallands läns.	263	509	10 572	63,63	2,49	7,30
Göteb. o. Bohus läns. . . .	404	718	15 132	73,15	2,67	7,41
Älvsborgs läns.	639	1 142	26 752	72,80	2,39	6,66
Skaraborgs läns.	500	727	15 523	62,27	3,22	7,90
Värmlands läns.	626	1 090	25 144	87,40	2,49	6,82
Örebro läns.	402	802	20 386	79,90	1,97	5,91
Västmanlands läns.	376	757	17 181	79,52	2,19	6,59
Kopparbergs läns.	639	1 223 ⁷	20 656	74,41	3,09	9,01
Gävleborgs läns.	570	990 ⁸	19 041	78,88	2,99	8,19
Västernorrlands läns.	741	1 767	25 304	87,56	2,93	9,91
Jämtlands läns.	534	898	10 103	69,85	5,29	14,17
Västerbottens läns.	804	1 220	17 855	75,20	4,50	11,34
Norrbottnens läns.	834	2 035 ⁹	26 472	105,59	3,15	10,84
Samtliga	11 564	22 275	444 175	78,15	2,60	7,62

Anm. Uppgifterna om statsbidrag har erhållits från medicinalstyrelsen i vad avser lasarettsvård, tuberkulossjukvård, epidemisjukvård, vård av långvarigt kroppssjuka, dispensärvård och förebyggande mödra- och barnavård samt från länsstyrelserna i vad avser distriktsvård och barnmorskeväsen. Beträffande de två sistnämnda vårdgrenarna har för Norrbottens läns landsting uppgifterna lämnats av landstinget. Uppgifterna om landstingens nettoutgifter har erhållits från landstingens räkenskapsammandrag till statistiska centralbyrån.

¹ Förutsättning: att alla ordinarie tjänster som fanns i december 1955 varit besatta hela året.

² Av medelfolkmängden under året.

³ Exkl. Akademiska sjukhuset och Centralsanatoriet vid detsamma.

⁴ Exkl. rekvirerade men den 1/12 57 ej utbetalade 8 624 kr för lasarettsvård.

⁵ Inkl. icke rekvirerade förhöjda bidrag för tuberkulossjukvård 83 765 kr.

⁶ Exkl. Malmöhus läns sjukvårdsinrättningar i Lund.

⁷ Inkl. rekvirerade men den 1/12 57 ej utbetalade 11 211 kr för vård av långvarigt kroppssjuka.

⁸ Inkl. rekvirerade men den 1/12 57 ej utbetalade 46 692 kr för vård av långvarigt kroppssjuka.

⁹ Inkl. rekvirerade men den 1/12 57 ej utbetalade 81 206 kr för vård av långvarigt kroppssjuka.

Tabell 8.2. *Statliga driftbidrag för av landstingen bedriven somatisk hälso- och sjukvård 1955 samt statens kostnader för provinsialläkarväsendet, beräknat på antalet tjänster i december 1955, allt i kronor per invånare*

Landstingsområde	Lasarettsvård	Tbc-sjukvård	Epidemi-sjukvård	Kroniker-vård	Distriktsvård	Dispensär-vård	Mödra- och barnavård	Barnmor-ske-väsen	Samtliga	Provinsialläkarväsendet	Summakol. 10 + 11
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Stockholms läns	0,08	0,45	0,07	—	1,19	0,16	0,51	0,31	2,77	1,40	4,17
Uppsala läns.....	— ³	0,07 ³	0,03	0,60	1,26	0,33	0,78	0,33	3,40	1,60	5,00
Södermanlands läns	0,29	0,30	0,08	0,40	1,58	0,18	0,66	0,34	3,83	1,56	5,39
Östergötlands läns.....	0,15	0,36	0,10	0,54	1,28	0,17	0,54	0,46	3,60	1,89	5,49
Jönköpings läns.....	0,09	0,26	0,05	0,62	1,13	0,26	0,53	0,35	3,29	1,29	4,58
Kronobergs läns.....	0,12	0,34	0,03	0,34	1,12	0,25	0,43	0,78	3,41	2,65	6,06
Kalmar läns norra.....	—	0,40	0,03	0,81	1,98	0,36	0,59	0,73	4,90	1,90	10,64
Kalmar läns södra.....	— ⁴	0,54	0,04	0,57	1,38	0,21	0,51	0,59	3,84		
Gotlands läns.....	0,20	2,08 ⁵	0,07	0,82	0,99	0,48	0,56	1,17	6,37	2,27	8,64
Blekinge läns.....	0,12	0,68	0,05	0,40	1,30	0,29	0,36	0,45	3,65	1,89	5,54
Kristianstads läns.....	0,11	0,30	0,08	0,33	1,26	0,14	0,46	0,43	3,11	1,89	5,00
Malmöhus läns.....	0,05 ⁶	0,23 ⁶	0,04	0,58 ⁶	0,80	0,16	0,38	0,23	2,47	1,42	3,89
Hallands läns.....	0,07	0,29	0,03	0,41	1,23	0,31	0,37	0,35	3,06	1,58	4,64
Göteborgs och Bohus läns	0,02	0,30	0,05	0,44	1,29	0,28	0,44	0,65	3,47	1,95	5,42
Älvsborgs läns.....	0,05	0,46	0,06	0,55	0,74	0,31	0,48	0,46	3,11	1,74	4,85
Skaraborgs läns.....	0,14	0,24	0,09	0,47	1,10	0,07	0,34	0,47	2,92	2,01	4,93
Värmlands läns.....	0,09	0,41	0,06	0,41	1,31	0,40	0,49	0,62	3,79	2,18	5,97
Örebro läns.....	0,09	0,29	0,06	0,35	1,15	0,27	0,59	0,34	3,14	1,58	4,72
Västmanlands läns.....	0,08	0,34	0,05	0,57	1,41	0,10	0,63	0,32	3,50	1,74	5,24
Kopparbergs läns.....	0,12	0,53	0,10	0,56 ⁷	1,47	0,28	0,49	0,86	4,41	2,30	6,71
Gävleborgs läns.....	0,08	0,46	0,02	0,43 ⁸	1,80	0,27	0,44	0,60	4,10	2,36	6,46
Västernorrlands läns....	0,16	2,10	0,03	0,40	1,78	0,29	0,52	0,83	6,11	2,56	8,67
Jämtlands läns.....	0,12	0,61	0,06	0,34	2,40	0,17	0,81	1,70	6,21	3,69	9,90
Västerbottens läns.....	0,18	0,88	0,04	0,31	1,46	0,57	0,74	0,96	5,14	3,39	8,53
Norrbottnens läns.....	0,10	2,17	0,02	0,80 ⁹	1,74	1,12	1,06	1,11	8,12	3,33	11,45
Samtliga	0,10	0,57	0,06	0,46	1,33	0,29	0,54	0,57	3,92	2,03	5,95

Anm. Beträffande fotnoter se tab. 8.1.

Även oavsett frågan om en huvudmannaskapsreform erfordras sålunda en översyn av statsbidragsbestämmelserna för den somatiska vården. Vi föreslår därför, att en sådan kommer till stånd genom särskilda sakkunniga — eventuellt den kommitté som nyligen tillkallats för att överväga frågan om de finansiella konsekvenserna av en huvudmannaskapsreform för mental-sjukvården. Därest principbeslut fattas om en huvudmannaskapsreform för tjänsteläkarvården enligt vårt förslag, kan den särskilda statsbidragsfråga, som därav föranledes, eventuellt tagas upp i detta allmänna sammanhang. Dock visar erfarenheten, att mera allmänna statsbidragsutredningar kostar så mycket arbete, att en dylik sammankoppling kan föranleda ett alltför stort dröjsmål med lösningen av det specialproblem som det här gäller. I en utredning av hela frågan om statsbidragen till sjukvård måste för övrigt även de landstingsfria städernas problem tagas med. Det kan därför

ändå föreligga skäl för att frågan om huvudmannaskapsreformens finansiella konsekvenser brytes ut ur nyssnämnda allmänna sammanhang.

Under alla förhållanden bör sistnämnda fråga på det ena eller andra sättet utredas av andra sakkunniga i samband med förhandling med parterna. Sedan vi något sökt tränga in i materialet och övervägt olika alternativ för statsbidragsgrunder, har vi nämligen kommit till den uppfattningen, att det för ändamålet erfordras särskild teknisk expertis. Att vi ej mera ingående sysslat med statsbidragsfrågorna står som sagt också i överensstämmelse med underhandsdirektiv som vi mottagit.

Vad gäller fördelningen av de totalkostnader för samhället, som angetts i de närmast föregående kapitlen, åtnöjer vi oss sålunda med att hänvisa till de allmänna principer, som vi anfört i detta avsnitt. Vi tror att dessa principer bör tjäna som en utgångspunkt för det fortsatta utredningsarbetet i frågan.

Huvudmannaskapsreformen kan endast genomföras successivt

Enligt den mening, som majoriteten av oss omfattar, erfordras sålunda en huvudmannaskapsreform innebärande, att landstingen åläggs att ansvara för all taxebunden vård genom tjänsteläkare i landstingsområdena. Denna reform bör också omfatta landstingsområdenas städer och stadsliknande samhällen, där allmänheten, vad gäller öppen vård utanför sjukhus, bör kunna njuta förmånen av ett fritt konsumtionsval mellan tjänsteläkarvård och — överallt där detta kan komma till stånd — vård genom privatpraktiserande läkare.

Det är emellertid uppenbart, att en sådan reform icke kan genomföras annat än successivt under loppet av en övergångstid, som i många fall kan bli lång. Provinsialläkare har sina fullmakter och har sålunda sin grundlagsenliga rätt att sitta kvar på sina tjänster ända till pensionsåldern om de så önskar. Övergång till tjänst i landstingsregi innebär för en provinsialläkare visserligen endast byte av en kunglig fullmakt mot en annan, men även ett sådant byte kommer måhända många att vilja undandraga sig.

Detta vet vi med desto större bestämdhet, eftersom vissa opinionsundersökningar rörande vederbörande läkarkårers inställning utförts och läkarorganisationerna, särskilt provinsialläkarföreningen och läkarförbundet, tagit ställning mot en huvudmannaskapsreform.

Vad gäller *kommunalläkare* har vi själva genom vår enkät 1955 inhämtat vissa uppgifter. På formuläret var införd följande fråga:

För närvarande diskuteras i vad mån det skulle vara lämpligt att överföra huvudmannaskapet för provinsialläkarna (utom förste provinsialläkarna) till landstinget. Anser Ni att — därest en sådan överföring kommer till stånd — det skulle vara till fördel eller nackdel för hälso- och sjukvården om å Eder ort stads- och jämställda läkare med uppgifter i huvudsak inom öppen sjukvård och före-

Tabell 8.3. Kommunalläkarnas inställning till frågan om överförande av huvudmannaskapet till landstingen enligt vår enkät 1955

	Kommunalläkare i städer och samhällen med					Totalsumma
	40 000 invånare och däröver	under 40 000 invånare				
		Göta- land	Svea- land	Norr- land	Summa	
Antal kommunalläkare som ansåg, att reformen skulle medföra						
fördel.....	5	17	15	3	35	40
övervägande fördel.....	4	4	4	1	9	13
fördel o. nackdel i ung. lika grad ingen väsentlig skillnad el. lik- giltigt.....	—	1	—	—	1	1
nackdel.....	4	5	2	4	11	15
svet ej.....	13	14	7	3	24	37
	2	5	4	6	15	17
Summa	28	46	32	17	95	123

byggande vård — dock ej omgivningshygien — kommer under landstinget såsom huvudman? Angiv vilka fördelar resp. nackdelar Ni anser skulle uppstå.

A denna fråga erhöles 123 svar, som återges i tab. 8.3. Det visade sig, att 30 procent av kommunalläkarna ansåg att en huvudmannaskapsreform skulle vara till nackdel för städernas del. I städer med över 40 000 invånare var det nästan hälften och i städer och orter med mindre än 40 000 invånare en fjärdedel som hade denna uppfattning. Däremot ansåg 43 procent av kommunalläkarna, att reformen skulle vara till fördel eller övervägande fördel, medan 27 procent ansåg att fördelar och nackdelar vägde ungefär jämnt, att det vore likgiltigt eller att de inte visste.

Såsom motivering för ett överförande av huvudmannaskapet till landstinget anges bland annat fördelar av organisatorisk art, enhetliga instruktioner, bättre distriktsindelning, bättre avvägning av öppen och sluten vård, mera enhetliga arbetsförhållanden, effektivare organisation av den öppna vården bland annat genom landstingets större ekonomiska resurser, för flera läkare gemensamma mottagningscentraler, bättre ordnad jourtjänst, samarbete mellan lasarettsläkarna och läkarna i den öppna vården, fortutbildning genom läkarnas cirkulation, enhetlig taxa för allmänheten, enhetliga anställnings- och pensionsförhållanden för alla läkare i öppen vård, större rättvisa vid tjänstetillsättningar samt förbättring av befordringsmöjligheterna.

I svaren från de läkare, som ansett att ett överförande av huvudmannaskapet kommer att medföra nackdelar återfinns bland annat följande motiveringar: organisationen skulle bli mera tungrodd, bland annat vad gäller jourtjänstens ordnande; samarbetet med de kommunala myndigheterna skulle försämrast; landstingets lokalkännedom är bristfällig; landstings-

representanter är alltför mycket sjukhussinnade; taxebundenheten är svår att acceptera.

Från stadsläkarhåll har bland annat för oss anförts den ytterligare motiveringen, att ett enhetligt huvudmannaskap skulle komma att medföra, att provinsialläkare med höga åldersmeriter skulle komma att slå ut alla medsökande till tjänsteläkarbefattningar i städer. Detta skulle innebära en olägenhet, därest deras tidigare tjänstgöring icke gett dem större erfarenhet av omgivningshygieniska problem av den art och omfattning, som ofta framträder i städer. Detta påpekande har föranlett oss att föreslå den modifiering av meritvärderingsgrunder, som ovan berörts (s. 387).

Att så mycket som 70 procent av 123 kommunalläkare icke ansett att en huvudmannaskapsreform skulle vara till nackdel, har av läkarorganisationsrepresentanter förklarats bland annat med en hänvisning till det förhållandet, att flera kommunalläkare är bundna av en bestämmelse i sin instruktion som har följande lydelse:

Staden äger påfordra, att, då statsmakternas blivande beslut i fråga om de civila tjänsteläkarnas ställning i städerna trätt i kraft, stadsläkaren skall omfattas av de av statsmakterna sålunda fastställda bestämmelserna.

Frågarvarande bestämmelse har föranletts av förslag i medicinalstyrelsens öppnavårdsutredning om att kommunalläkarna successivt skulle överföras till staten.

Vi har verkställt en undersökning av frekvensen av sådana instruktionsbestämmelser och därvid funnit, att 29 av 100 städer och samhällen har dylik klausul i sina stadsläkarinstruktioner. I 70 städer och orter — varibland nyssnämnda 29 i stort sett ingår — finns en annan bestämmelse av betydelse i sammanhanget. Den lyder:

I avseende å tjänsteåligganden är stadsläkaren skyldig att underkasta sig de tillägg och förändringar, som kunna bliva i vederbörlig ordning beslutade.

Det är dock i varje fall tveksamt i vad mån denna bestämmelse kan anses innebära ett åläggande för kommunalläkaren att acceptera ett ändrat huvudmannaskap.

Från läkarorganisationshåll har för oss framhållits, att opinionen mot en huvudmannaskapsreform blivit mer bestämd bland kommunalläkarna efter den av oss företagna enkäten. I det sammanhanget har bland annat anförts, att inte minst den taxebundenhet, som skulle följa av en huvudmannaskapsreform utgör en svår stöttesten.

Om *provinsialläkarnas* inställning föreligger uppgifter i en av svenska provinsialläkareföreningen verkställd enkät. Denna företogs i början av 1955, sedan det blivit bekant att vi övervägde frågan om ett ändrat huvudmannaskap. Initiativet till enkäten togs emellertid icke av oss och det var först i efterhand som vi fick kännedom om densamma.

Till förklaring av frågan tillställde föreningens styrelse samtliga medlemmar en skrivelse, vari bland annat framhölls, att styrelsen för sin del

hyste vissa betänkligheter mot ett överförande av huvudmannaskapet för provinsialläkarna till landstingen. I skrivelsen anfördes vidare:

Styrelsen anser, att genom ett sådant överflyttande en försämring av våra anställningsvillkor kan befaras. Visserligen kunna vi som statstjänstemän icke mot vår vilja överföras till icke statlig tjänst (statstjänstemän äro avsättbara endast efter laga dom för vissa grova tjänstefel) och nuvarande tjänstemän kunna alltså vid eventuellt överförande uppställa den fordran, att de bibehållas vid hittillsvarande förmåner i fråga om lön, pension, semester, m. m. Under en övergångstid är det även sannolikt, att nuvarande anställningssätt bibehålles i fråga om förslags uppgörande, förords avgivande och fullmakts utfärdande. Däremot kan vi icke förhindra, att provinsialläkarkåren i framtiden får samma villkor som övriga landstingsanställda läkare, med de olägenheter som medfölja, framförallt vid förordets avgivande. Vi komma att förlora vår fria ställning gentemot landstingen och riskera att bli beroende av politiskt valda förvaltningsutskott och tjänstemän. För provinsialläkaren har i många situationer en av lokala inflytanden oberoende ställning varit en stor tillgång.

Det huvudsakliga motivet för ett överförande av huvudmannaskapet till landstingen är säkerligen en önskan att få in all somatisk hälso- och sjukvård »under samma hatt». Det anses, att detta skulle medföra organisatoriska fördelar för landstingen, vilka nu — på grund av de stora kostnaderna för den slutna vården — med all makt försöka överflytta så mycket som möjligt från sjukhusen till decentraliserad öppen vård. Man avser att genom en upprustning av provinsialläkarmottagningarna åstadkomma bättre diagnostiska och terapeutiska möjligheter. Man anser också, att efter genomförande av en sådan reform alla läkare inom ett landstingsområde skulle komma att känna sig som en organisatorisk enhet med thy åtföljande bättre kontakt mellan läkare inom slutna och öppna vård. Man hoppas även, att utbyte skulle kunna ske mellan läkare inom och utom sjukhusen, och att vikariefrågan skulle få en bättre lösning genom anställande inom landstingsområdena av »löpare» med uppgift att rycka in vid sjukdom eller kortare ledigheter. Man är emellertid medveten om att förhållandena inom skilda delar av vårt land äro så olika, att en för hela landet passande likformig organisation ej går att genomföra.

Styrelsen vill för sin del emellertid framhålla, att en del av de eftersträfvade fördelarna borde kunna uppnås utan förändring av provinsialläkarkårens tjänsteställning.

Slutligen vill styrelsen påpeka, att enligt hittills erhållna uppgifter landstingen räknat med att provinsialläkarnas avlöning helt skall täckas genom statsbidrag, och att ännu ingenting är känt, huruvida landstingen äro villiga att övertaga provinsialläkarmottagningarna och ekonomiskt svara för deras utrustning och upprustning.

Från vår sida har inför provinsialläkarföreningens styrelse framhållits, att skrivelsen knappast gäve en balanserad bild av intentionerna och motiveringarna hos dem bland oss, som stödde tanken på en huvudmannaskapsreform, och att det, under förutsättning av en uppgörelse, bland annat funnes anledning att räkna med en mera bestämd vilja hos landstingen att sörja för en upprustning av provinsialläkarstationerna, än vad formuleringen i enkätmissivet kunde ge intryck av. Dessutom ifrågasatte vi, huruvida inte frekvensen av olika svar å enkäten kunde ha blivit en annan, därest styrelsen avstått från att i missivet ge uttryck för ett ställnings-

tagande. Från styrelsens sida hänvisades härvid till det faktum, att styrelsen hade rätt att inför medlemmarna framlägga sina synpunkter; den ansåg sig även ha en bestämd skyldighet att så göra, särskilt som frågan vore av utomordentlig vikt för provinsialläkarna. Dessutom anförde styrelsen, att enkätresultatet med visshet skulle ha blivit detsamma, även om enkätmissivet varit annorlunda formulerat.

Av 473 tillfrågade läkare lämnade 369 svar med eller utan motivering.

Ett överflyttande av huvudmannaskapet tillstyrktes av 16 och avstyrktes av 349 av de tillfrågade läkarna, medan 4 förklarade sig icke intaga någon bestämd ståndpunkt.

Bland dem som avböjde ett överflyttande av huvudmannaskapet till landstingen har 49 läkare icke angivit någon motivering. Av de 300 läkare som lämnat motivering för sitt avböjande av den ifrågasatta överflyttningen av huvudmannaskapet, har 59 hänvisat till vad som anförts i den av provinsialläkarföreningens styrelse till dem översända skrivelsen. Bland övriga argument mot ett överförande av huvudmannaskapet har av 138 läkare särskilt angivits administrativt och av 127 politiskt beroende, av 76 försämrade anställnings- och arbetsvillkor, av 59 otrygghet och ovisshet, av 48 negativa erfarenheter av landstingen, av 30 bristande sakkunskap i landstingen och av 14 ökad arbetsbörda. Av 47 har uttalats en önskan om upprustning och samordning utan landstingens övertagande av huvudmannaskapet.

Av de avböjande svaren på frågan om huvudmannaskapets överförande till landstingen torde få återges följande:

Motiveringen för mitt bestämda *nej* på frågan om överförandet av huvudmannaskapet för provinsialläkarkåren till landstingen skall anses önskvärt är följande. Provinsialläkarens kanske främsta rättighet och viktigaste förmån i sin tjänsteutövning är hans ställning som statstjänsteman. Denna ställning ger honom en fri och oberoende position i förhållande till de kommunala myndigheterna och gentemot landstingen och dessas organ för den öppna och slutna sjukvården inom respektive län, vilket måste betecknas som en stor vinst för hela hans yrkesutövning. Detta synes mig vara av stort värde, alldeles särskilt inom hälsovården och med tanke på de mångahanda och skiftande arbetsuppgifter inom socialvården, som praktiskt taget dagligen möter provinsialläkaren i hans tjänstgöring. Vår nuvarande oberoende och självständiga ställning som statsanställda, uteslutande och direkt underordnade en central statlig myndighet, gör det lättare för oss provinsialläkare att uppträda med oväld och saklighet, hjälper oss att i våra ställningstaganden ej influeras av obehöriga lokala hänsyn, ger ökat inflytande i vår tjänsteutövning och ger oss ökade möjligheter att få våra rekommendationer och tjänsteåtgärder respekterade. Det måste ävenledes betecknas som en utomordentlig tillgång för provinsialläkaren att i sitt arbete stå fri och slippa varje beroende av landstingens och kommunernas politiskt valda förvaltningsorgan, där ofta partipolitiska inflytelser göra sig gällande på bekostnad av sakligt bedömande. Det vore enligt min mening synnerligen olyckligt, om vår tjänsteställning och våra arbetsförhållanden i framtiden skulle förändras så, att vi bleve beroende av och ständigt nödgades taga hänsyn till den för tillfället bestämmande och härskande partimajoriteten i landsting och kommunala förvaltningsorgan. Jag vill i detta sammanhang även framhålla, att jag finner

det vara av utomordentlig vikt, att nuvarande anställningssätt bibehålles i fråga om förslags uppgörande, förords avgivande och fullmakts utfärdande genom utnämning av Kungl. Maj:t. Vi provinsialläkare kunna nu — vid tillsättning av provinsialläkartjänsterna — känna trygghet i det medvetandet, att Kungl. Maj:ts utnämning sker först efter att varje sökandes meriter bedömts med oväld och sträng saklighet. Enligt den nuvarande ordningen vid tillsättandet av provinsialläkartjänsterna kunna vi leva i den bestämda förvissningen, att meritbedömningen och tillsättningen sker utan inflytande av obehöriga synpunkter, såsom politisk partitillhörighet, relationer och dylikt. Ett medinflytande av landsting och kommunala förvaltningsorgan vid tillsättning av provinsialläkartjänsterna, skulle — det är min fulla övertygelse — lämna ökat rum åt godtyckliga och ovidkommande bedömningsgrunder, vilka snart skulle visa sig mycket olyckliga med hänsyn till provinsialläkarkårens rekrytering och sannolikt skulle medföra risk för en standardsänkning inom provinsialläkarkåren. Erfarenheterna vid tillsättning av en del stads- och sjukstugeläkartjänster och till och med en och annan lasarettsläkarbefattning manar inte till efterföljd.

Här följer ett annat exempel på avböjande motivering:

Anställning hos landsting skulle för oss betyda att vi komme att behandlas olika i olika län, ja kanske rent av från tid till annan olika i samma län allt efter de politiska valens utfall. Man anser att en bättre kontakt mellan oss och lasarettsläkarna skulle skapas genom vårt överförande till landstingen. Detta är möjligt men man kan också tänka sig att vi skulle kunna hamna i något slags underläkeri. Vid tillsättande av provinsialläkare i landstingens regi skulle det kunna tänkas bli så att de sökande komme att löpa från den ene till den andre landstingspolitikern för att framhäva sina politiska meriter för att kunna utverka ett förord. Det skulle med andra ord bli ännu värre än prästval, om vilka det påståtts att de skötas av bönderna och djävulen.

Ytterligare ett exempel må anföras:

Nej, absolut inte. — Som f. d. extra prov.-läkare (= landstingsanställd prov.-läk.) har jag ej funnit att landstingen äro intresserade för annan öppen sjukvård än den vid sjukhusen bundna (poliklinikerna). Våra anställningsvillkor komma att oerhört försämrans och prov.-läkarna förvandlas till andre underläk. i öppen sjukvård (en ren degradering). Vi får le och krusa för inte bara 1. prov.-läk. utan även för las.-läk., biträdande las.-läk., landstingsgubbar o. s. v. Vi blir praktiskt taget bundna till ett landsting såvida vi inte vid transport skola förlora tjänsteår vid pensionsberäkning o. s. v. Och efter 50 åren är inte säkert att ett landsting över huvudtaget vill anställa oss, vi ha blivit för gamla. Vi komma att bli mer livegna än vad vi redan äro. Och det är mycket viktigt för en prov.-läk. som sitter i ödemarken att han utan krångel kan bli transporterad mera centralt, det är för honom en befordran.

I övrigt ger de avböjande svaren uttryck för en rad skilda betänkligheter, som i förevarande fråga råder bland landets provinsialläkare. En dominerande roll i svaren spelar motviljan mot att komma i beroendeställning till landstingen, varmed avses tillsättningsförfarandet och/eller arbetsförhållandena. Många har uttalat farhågor för att tjänstetillsättningarna skulle göras beroende av landstingens kommunalvalda organ. Utgången i utnämningssärenden skulle kunna bli högst chansartad. Ortsintressena skulle

kunna komma att göra sig för breda, objektiviteten vid tillsättandet av tjänster skulle äventyras. Mellan landstingen skulle kunna uppstå en för hälso- och sjukvården mindre lycklig konkurrens när det gäller att få provinsialläkartjänsterna besatta. Rekryteringen till provinsialläkarbanan, särskilt till tjänsterna i Norrland, skulle höggradigt försvåras. Farhågor har uttalats för, att förflyttning mellan olika huvudmannaområden skulle bli försvårad och att resultatet för provinsialläkarens del kunde bli, att han hela livet finge vara kvar i ett län, inom vilket han kunde kommenderas till tjänstgöring var som helst.

Beroendeställningen till landstingen i fråga om arbetsförhållandena skulle — anfördes det — kunna medföra att provinsialläkarna utsattes för landstingsdirektörernas »godtycke» och »snålhet». Risk föreläge för ovidkommande inblandning i rent medicinska frågor. En fördelning av huvudmannaskapet på flera händer skulle kunna medföra risk för förekomsten av svåröverblickbara specialbestämmelser och ålägganden. Landstingens bestämmanderätt över provinsialläkarens arbete skulle vidare kunna medföra, att landstingen — sedan de t. ex. vidtagit upprustning av mottagningarna — skulle kunna tänkas införa provisionssystem och detaljkontroll med ett oändligt rapportskriveri. En provinsialläkare har sagt sig befara, att provinsialläkaren efter överförande av huvudmannaskapet till landstingen skulle kunna tvingas att såsom löneförmåner i deklARATIONEN upptaga rätten att disponera lokaler, personal och utrustning. Även risk för beroende av lasarettsläkarna har anförts som ett skäl mot det nu ifrågasatta överförandet av huvudmannaskapet. Ytterligare har anförts, att tjänsteläkarens socialmedicinska arbetsuppgifter krävde en »fullständigt oberoende politisk ställning». Det kunde befaras att landstingen såsom huvudmän skulle komma att efter behag lasta på provinsialläkaren »lika nya som illa genomtänkta s. k. sociala tjänsteupdrag».

Från några håll har uttalats, att landstingen delvis undervärderat den öppna vården utanför sjukhus. Bristande kontakt mellan landsting och läkare i öppen vård har uppgivits föreligga även i betydelsefulla frågor, vilket skulle bero på, att landstinget icke skaffat sig tillräcklig insikt i de problem, som föreligger för läkare i öppen vård. Landstingens organ påstås vara icke kvalificerade för de uppgifter, som den ifrågasatta reformen skulle medföra. Beträffande den öppna vården befaras landstingens strävanden kunna komma att gå ut på en massverksamhet mot minsta möjliga taxa. Masspoliklinikerna befaras komma ut på landet.

Uttalanden från Sveriges läkarförbund

Från Sveriges läkarförbund har vi mottagit följande den 11 juni 1956 dagtecknade skrivelse i ämnet, som torde få återges in extenso:

Sveriges läkarförbund har i samarbete med sina delföreningar, Svenska provin-

sialläkareföreningen och Svenska stadsläkareföreningen, tagit del av den statliga sjukvårdskommitténs förslag rörande skapandet av en enhetlig tjänsteläkarkår under ett till landstingen centraliserat huvudmannaskap, ävensom informerat sig om de motiv vilka föranlett så vittgående administrativa planer. De intresserade läkargrupperna ha i sin tur informerats.

Med avseende på provinsialläkareföreningen ha dess lokalavdelningar genomdiskuterat ärendet och avgivit sina vota. Resultatet härav har blivit ett undantagslöst avböjande av den föreslagna anordningen — ett avböjande som konstaterats vid ett extra fullmäktige möte och allmänt möte, vid vilka endast en individuell röst uttryckte sympatier för nyordningen. I annan måtto har någon olik-tänkande minoritet icke kunnat registreras.

Stadsläkarna åter ha framhållit att enär vissa av dem instruktionsenligt ha skyldighet att acceptera vissa administrativa åtgärder, ett enhetligt avböjande icke vore möjligt. I princip synas stadsläkarna emellertid dela provinsialläkarnas uppfattning, att nu rådande huvudmannaskapsförhållanden te sig mera ändamåls-enliga än vad de föreslagna göra.

Läkarförbundets fullmäktige slutligen ha vid extra möte konfronterats med dels allt tillgängligt material, som i vederbörlig ordning i förväg utsänts, dels ock de närmast berörda kollegernas ståndpunktstagande till ifrågavarande problem. Fullmäktige funno för sin del ingen som helst anledning att hävda en från sistnämnda kategorier skiljaktig mening — tvärtom underströks denna än kraftigare.

Läkarförbundet — vilket i detta sammanhang bör förstås icke som förbundets styrelse utan läkarkårens medlemmar — har genom sitt ställningstagande till ett förslag rörande en administrativ nyordning ingalunda velat förneka, att med avseende på provinsialläkareinstitutionen och dess funktionerande vissa brister föreligga. Det har emellertid icke kunnat finna att nämnda brister har sin grund i förhållanden som sammanhänger med huvudmannaskapet utan i andra omständigheter som i väsentliga hänseenden icke alls och i andra icke med sannolikhet skulle röna ett gynnsamt inflytande av åtgärder på det administrativa området, varav däremot med större sannolikhet för vederbörande läkarkategoriernas arbete icke önskliga konsekvenser torde följa. Den på grund av hälso- och sjukvårdens ytterst snabba utbyggnad uppkomna läkarbristen avhjälpes sålunda icke med administrativa åtgärder, icke heller den relativa bristen på provinsialläkare, som bottnar i den slutna sjukvårdens kraftiga ianspråktagande av arbetskraft och attraktivitet. Möjligheterna att avhjälpa de kraftigast påtalade svårigheterna och bristerna — den stora arbetsbördan, den starka bundenheten, den kollegiala isole- ringen och därav följande rekryteringssvårigheter öka i och för sig därför icke genom förändringar av huvudmannaskapet. Däremot torde en för provinsialläkarna värdefull och av dem högt skattad självständighet i arbetet liksom ock oberoendet av lokala och politiska inflytanden kunna gå förlorade — med avseende på stadsläkarna skulle kontakten med huvudmannen väsentligt försvåras.

Det förefaller att betraktas som axiomatiskt, att landstingen skola bättre omhändertaga den öppna sjukvård, som hittills åvilat staten, att nödvändiga finans- siella resurser för provinsialläkareinstitutionens främjande skola kunna fram- trolas, att en ädel tävlan landstingen emellan om tätplatsen i fråga om nyttiga åtgärder skall bli den omedelbara följd och att slutligen en samordning med praktiskt nyttiga konsekvenser skall uppkomma. Läkarförbundet finner för sin del icke att sagda antaganden kunna grundas på annat än lösa förhoppningar eller en så stark misstro till de samhällseliga myndigheternas vilja och förmåga till effektivt handlande att varje förändring väntas bli till det bättre. Landstingens

förmåga att handhava denna del av den öppna sjukvården är hittills oprövad. Det kan härtill konstateras att det alltjämt på den slutna vårdens område särskilt i fråga om kronikervården finnes mycket som kräver sin lösning. Huruvida de under sådana förhållanden utan vidare kunna gå i land med nya åtaganden är osäkert. I fråga om den stimulerande tävlan landstingen emellan torde en sådan mindre kunna förväntas än en i landstingsförbundets regi iscensatt likriktning. Vad slutligen den värdefulla nya samordningen beträffar föreligger det för närvarande inga nämnvärda svårigheter i fråga om kontakter mellan den öppna och den slutna vården.

Med avseende på tätorterna är som nämnts den nu snabba och direkta kontakten mellan parterna värdefull för undvikande av onödig omgång och åstadkommande av snabba beslut. Stadsläkarna ha också starkt understrukit, att verksamheten i tätorterna i många hänseenden skiljer sig från den utanför dessa, varför en särskild tjänsteläkaregrupp, vars medlemmar tidigt inrikta sig på vederbörande speciella problem, är logiskt motiverad.

I fråga om fördelarna av en decentralisering av sjukvården förtjänar påpekas att framlagda förslag visserligen övervältrar en stor del av ansvaret från staten på landstingen — varvid dock finansdepartementet fortfarande skulle komma att bli engagerat — men å andra sidan sker en ny centralisering till landstingen, d. v. s. ytterst landstingsförbundet. Detta blir huvudman för all vård även sådan i tätorter, vilka hittills i stor utsträckning själva svarat för sina arbetsuppgifter.

Läkarförbundet tar av de skäl som ovan anförts avstånd från förslaget att under landstingens huvudmannaskap inordna en ny och enhetlig tjänsteläkarkår. Den föreslagna administrativa nyordningen innebär icke en åtgärd av egentligt värde och kan icke förväntas bli effektiv med avseende på ett avhjälpande av föreliggande missförhållanden. Representanter för förbundet ha emellertid vid olika tillfällen och senast vid en konferens med den statliga sjukvårdskommitténs ordförande framfört en lång rad av förslag till åtgärder, som torde vara ägnade att främja provinsialläkarinstitutionens verksamhet och attraktivitet. En del av dessa ligga på det materiella och tekniska planet, andra åter på det personella och funktionella. Förbundet är klart medvetet om att de alla fordra insatser av materiell och ekonomisk art. Men i den mån rådande förhållanden fordra åtgärder av trängande natur borde sagda insatser kunna åstadkommas utan vidlyftiga administrativa reformer, som i och för sig torde fördröja en verkställighet. Läkarförbundet är i fortsättningen liksom hittills givetvis berett att ställa sin sakkunskap till förfogande såväl för överläggningar som i praktiskt samarbete.

Med anledning av den i slutet av skrivelsen gjorda hänvisningen till förslag, som muntligen framförts till vår ordförande, hemställde vi om en skriftlig precisering av samma förslag. För att tillmötesgå denna hemställan har Sveriges läkarförbund tillställt oss en ytterligare skrivelse dagtecknad den 19 november 1956 och så lydande:

I skrivelse den 11 juni 1956 till kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket har Sveriges läkarförbund lämnat en redogörelse för de omständigheter, som enligt förbundets uppfattning motiverar ett bibehållande av nuvarande huvudmannaskap för provinsialläkare och stadsläkare. Förbundet har således härigenom tagit avstånd från kommitténs förslag om ett överförande av detta huvudmannaskap på de enskilda landstingen. I skrivelsen uttalades även att förbundet vid olika tillfällen och senast vid en konferens med kommitténs ordförande, generaldirektör Richard Sterner, framfört förslag till åtgärder, ägnade

att effektivisera provinsialläkarinstitutionen och främja rekryteringen till denna. Läkarförbundet vill härmed redovisa ett antal åtgärder, som enligt förbundets mening verksamt skulle bidra till att inom nuvarande organisation förbättra provinsialläkarnas arbetsbetingelser.

1. Ett ökat antal civila reservläkartjänster inrättas. Anställningsvillkoren granskas och ges en sådan utformning att rekrytering till befattningarna säkerställs.

2. Medicinalstyrelsen företager i samråd med vederbörande landsting och läkarförbundet genom berörda delföreningar en översyn av distriktsindelningen och vidtager erforderliga korrigeringar.

3. Åtgärder vidtages för att öka tillgången på hjälpkrafter såsom sköterskor, mottagningsbiträden och sjukgymnaster.

4. Den påbörjade försöksverksamheten med tvåläkarstationer eller med biträdande provinsialläkare i vissa distrikt fortsättes av medicinalstyrelsen, varvid planering sker i samråd med vederbörande landsting och läkarförbundet genom berörda delföreningar.

5. Under det allmännas medverkan sker en fortsatt utbyggnad med bostäder samt mottagningslokaler med viss utrustning. Till övervägande upptages frågan om möjligheter att till provinsialläkares förfogande ställa vårdplatser för observationsfall.

6. Rationella åtgärder vidtages för att få till stånd en förenkling av provinsialläkarnas rapporter till olika myndigheter. En översyn av den mångfald formulär och blanketter som användes för skilda ändamål inom hälso- och sjukvård är ofrånkomlig.

7. Provinsialläkarna befrias från skyldigheten att fullgöra sådana uppgifter, som icke nödvändigtvis kräver handläggning av tjänsteläkare utan lika väl och med fördel kan omhänderväras av enskilt praktiserande läkare. Till en utbyggd förste provinsialläkarinstitution överförs sådana hälsovårdande uppgifter, som väsentligen faller inom den tekniska hygienens område.

8. Ett system för kontinuerlig fortbildning uppbygges med lasaretten som stödjepunkter. Inom ramen för denna utbildning öppnas möjlighet till utbytes-tjänstgöring mellan tjänsteläkarna och de vid sjukhusen arbetande läkarna.

Vid sidan av ovan angivna förslag till åtgärder överväger läkarförbundets centralstyrelse sådana ändringar i förbundets specialitetsbestämmelser att tjänstgöring i öppen vård göres obligatorisk för vinnande av specialistkompetens.

Läkarförbundet är också berett diskutera en förändring av provinsialläkarnas anställningsvillkor innebärande att provinsialläkarna erhåller lön för i statlig regi utövad hälsovårdande verksamhet. I deras tjänsteåliggande skulle även ingå att meddela enskild sjukvård under samma betingelser, som gäller för övriga i öppen vård verksamma läkare. Genom en sådan omläggning öppnas möjligheter för praktiserande läkare att i ökad utsträckning förlägga sin verksamhet även till landsbygden, varigenom på längre sikt en betydande lättnad kan påräknas i provinsialläkarnas arbetsbörd.

Läkarförbundet vill slutligen icke underlåta att framhålla den nuvarande hårda skatteprogressivitetsens ogynnsamma inverkan på rekryteringen till provinsialläkartjänsterna. Så länge skattesystemets utformning icke medger en rimlig behållning av utförda merprestationer kan läkarna icke väntas vara intresserade av tjänster med en praktiskt taget obegränsad arbetsbörd, vars omfattning de icke själva i nämnvärd grad kan påverka. Förbundet vill även understryka att vad som i avsevärd grad försvårar rekryteringen till provinsialläkartjänsterna är av den nödvändiga perifera stationeringen föranledda ökade kostnader bl. a. för barnens skolundervisning, vilka kostnader är särskilt kännbara, då avdragsmöjlighet för desamma icke föreligger.

Kommentar till opinionsyttringarna från tjänsteläkarkårerna och läkarförbundet

Som tidigare framgått, är en grundförutsättning för att tjänsteläkarkrisen skall övervinnas, att verksamma åtgärder vidtages för att lindra och efterhand häva läkarbristen. Att så sker är i själva verket viktigare än något annat. Det blir i längden ohållbart att acceptera ett knapphetsläge, som är så utpräglad, att det skapar ett behov av att genom hård ransonering söka »rättvist» fördela en betydande brist mellan olika huvudområden, som alla är i behov av förstärkning.

Den tilltänkta huvudmannaskapsreformen har emellertid heller aldrig varit avsedd som någon ersättning för åtgärder ägnade att motverka den allmänna läkarbristen och kan inte rimligen kritiseras från den synpunkten att den icke kan inverka på ett annat missförhållande än det, som den varit ämnad att bota. Såsom särskilt understrukits i kap. 7, måste varje planering av tjänsteläkarorganisationen utgå ifrån att det samtidigt göres allt som fordras för att förbättra den allmänna balansen mellan tillgång och efterfrågan på läkare.

Men vid sidan härav föreligger alla de fördelningsproblem och samordningsbehov, som tidigare berörts. Trots allt förefaller det oss, som sagt, föga sannolikt, att tjänsteläkarverksamhetens utveckling skulle ha helt stagnerat på det sätt som nu skett, om huvudmannaskapet för kroppssjukvården varit enhetligt. Och även om fördelningsproblemen blir lindrigare i den mån som den allmänna läkartillgången blir mera tillräcklig, kommer dock att kvarstå de krav på »samdimensionering» av olika resurser inom kroppssjukvården och på en rationell arbetsfördelning och mera utvecklad samverkan mellan sjukhus och tjänsteläkarverksamhet, som i praktiken måste bli lättare att tillgodose vid enhetligt huvudmannaskap.

Den karaktäristik av landstingsförvaltningen, som återkommer i flera av de nyss refererade opinionsyttringarna, har i så hög grad tycke av generaliserande svartmålning, att den icke kan ge någon balanserad och verklig-hetstrogen bild som kan tas till utgångspunkt för en bedömning av hur en tjänsteläkarorganisation lämpligen bör inordnas i den allmänna offentliga administrationen. Dock är själva det faktum, att många provinsialläkare hyser sådana föreställningar, i och för sig betydelsefullt. Det är utomordentligt beklagligt, att det — bortsett från det positiva gensvar, som kom till uttryck från många kommunalläkares sida vid den av oss företagna enkät, som ovan (s. 394) refererats — åtminstone hittills inte låtit sig göra att vinna tjänsteläkarkårerna och läkarorganisationerna för en huvudmannaskapsreform på detta område. Förutsättningarna för en dylik reform har därigenom onekligen blivit sämre, än vad som eljest kunnat bli fallet. Detta betyder också, att det blivit mindre lätt att snabbt få i gång en sådan upprustning av tjänsteläkarväsendet, som oundgängligen erfordras. På landstingshåll har man, sedan denna inställning hos läkarkårerna blivit bekant, visat en

mera återhållsam inställning än tidigare, när det gäller att — redan innan en huvudmannaskapsreform genomförts — medverka till en upprustning.

Tjänsteläkarkårernas, särskilt provinsialläkarnas, inställning kan synas något förvånande från den synpunkten, att mentalsjukvårdsläkarna begärt att den statliga mentalsjukvården skall föras över i landstingsregi, och att de landstingsanställda kroppssjukhusläkarna icke önskar en övergång till statligt huvudmannaskap. Den fruktan för »godtycke» och »politiskt beroende», som tycks dominera flera provinsialläkares uppfattning, har hos båda dessa andra läkargrupper sålunda i varje fall inte den styrka, att den påverkat deras ställningstagande i huvudmannaskapsfrågan. Inte heller har från de statliga mentalsjukvårdsläkarnas sida framhållits värdet att fasthålla vid en organisationsform, som vunnit traditionens helgd.

Lasarettsläkarna har dock omfattande erfarenhet av samarbete med landstingen. Och mentalsjukvårdsläkarna har varit i tillfälle att på sitt eget område se, hur primär- och sekundärkommuner, som, jämfört med staten, har närmare till behoven ute på fältet och möter en mindre vid skala av olikartade krav på resurser och uppmärksamhet, också lyckats bättre än staten att undgå svårare former av eftersläpning. Provinsialläkarna har icke varit i tillfälle att anställa en motsvarande jämförelse vad gäller öppen kroppssjukvård utanför sjukhus. Ty erfarenheterna hos de provinsialläkare, som samtidigt är sjukstuguläkare, kan icke vara särdeles relevant i sammanhanget — och detta desto mindre, eftersom denna kombination innebär ett delat huvudmannaskap. Men det är naturligt, att provinsialläkarna var för sig känner sig mer isolerade än sjukhusläkarna och att det därför hos dem lätt kan uppstå en fruktan för att en huvudmannaskapsreform, som gör att de får arbetsgivarrepresentanter, som inte är läkare, närmare in på livet, på ett obehörigt sätt skulle inkräkta på deras självständighet. Vi menar visserligen, att denna fruktan är helt obefogad. Den medicinska tillsynen kommer fortfarande att helt utövas av sakkunniga statliga instanser, nämligen länsläkare och medicinalstyrelsen. Det finns vidare skäl att räkna med att landstingens positiva intresse även kommer att avse den öppna vård utanför sjukhus, som enligt vårt förslag skulle överföras i landstingsregi. Bland annat vill vi hänvisa till att landstingen har en stark känsla för de svårigheter som vållas inom sjukhusens öppna vård på grund av bristande resurser inom tjänsteläkarväsendet. Det kan överhuvud taget förutses att den nära kontakten med människornas behov inom olika delar av landstingsområdena kommer att stimulera dem till strävanden att bygga ut tjänsteläkarverksamheten. Vi erinrar om att landstingsdirektörerna uttalat att de skulle vilja öka tjänsteläkarkåren med 40 procent under 10 år under förutsättning att de skulle komma att driva denna del av sjukvården. Vi tror också att de kommer att vilja ge tjänsteläkarna sådana personella och andra resurser som de har behov av.

Dessutom vill vi erinra om de olika »balansfaktorer» som ingår i förslaget

och i förutsättningarna i övrigt. Tjänsteläkarna skall fortfarande utnämnas av Kungl. Maj:t efter förord av medicinalstyrelsen, låt vara att även vederbörande landsting får tillfälle att uttrycka sina önskemål. De skall fortfarande samarbeta med länsläkarinstitutionen, och denna kommer att förstärkas. De har stödet av sina egna organisationer. Vi kan vidare hänvisa till *att det just är närheten till skattebetalarnas representanter, som kan ge förhoppning om snabba och smidigt avpassade åtgärder för att möta individuella upprustningsbehov ute på fältet.* Men allt detta hindrar inte, att provinsialläkarnas fruktan ändå finns där, åtminstone tills vidare, och det även om den inte skulle vara fullt så allmän och djupgående som det gjorts gällande.

I detta läge har vi sökt efter en modifierad lösning, som kunde ge samma fördelar som den här föreslagna huvudmannaskapsreformen i fråga om möjligheterna att praktiskt underlätta en rationell arbetsfördelning, en samdimensionering och en utveckling gentemot integration av sjukhusvård och tjänsteläkarvård. Men skall sådana fördelar vinnas, måste det på något sätt bli en förenhetligad organisation innebärande att landstingen skulle acceptera ett ansvar för tjänsteläkarvården. Och landstingen är av naturliga skäl icke villiga att acceptera ett sådant ansvar, om de icke får möjlighet att utöva åtminstone *något* inflytande på tjänstetillsättningen. Provinsialläkarföreningen har icke ansett sig kunna acceptera en lösning innebärande, att det medinflytande på tillsättningen, som enligt förevarande förslag skulle tillkomma vederbörande landsting, i stället skulle utövas av en nämnd inbegripande representanter för landstingsförbundet. Vid ett tillfälle har man däremot från provinsialläkarföreningen låtit förstå, att en huvudmannaskapsreform möjligen skulle kunna godtagas, därest landstingen nöjde sig med att bidra till en upprustning av provinsialläkarverksamheten men helt avstode från rätten att offentligen uttala något önskemål vid tillsättandet av provinsialläkartjänster. Detta villkor kan, som sagt, icke vara acceptabelt för landstingen. Sedermera har det för övrigt befunnits, att provinsialläkarföreningen inte heller under denna förutsättning skulle vilja vara med om att provinsialläkarverksamheten överfördes i landstingsregi.

Provinsialläkarföreningen är sålunda icke tillfredsställd med något annat än att nuvarande statliga huvudmannaskap vidmakthålles, och skulle dess mening få bli utslagsgivande återstår sålunda endast detta alternativ. Men om också en upprustning av provinsialläkarverksamheten onekligen kan åstadkommas, även om denna stannar kvar i statlig regi — förutsatt att det vidtages åtgärder för att göra läkartillgången mera tillräcklig, och att statsmakterna även i övrigt ger sitt fulla stöd — måste majoriteten av oss ändå vidhålla sin uppfattning, att de förut beskrivna organisatoriska fördelar, som kan uppnås genom en huvudmannaskapsreform, är så betydande, att vårt förslag även i denna del bör framläggas och på allvar ställas under offentlig debatt. Vi tror att värdet av en sådan reform efterhand kommer

att framstå i allt klarare dager och eftersom reformen även eljest kan komma att på flera håll kräva en lång övergångstid, är det då desto större skäl att utan uppskov bringa dessa tankar under offentlig granskning. Vi erinrar om att provinsialläkarkåren började ta ställning redan innan det förelåg något material från denna kommitté. Vid den nyssnämnda enkäten var provinsialläkarna sålunda helt okunniga om bland annat att medicinalstyrelsen skulle ha ett betydande inflytande på tillsättningen. Vi uttalar den förhoppningen, att provinsialläkarna tar upp frågan till förutsättningslös omprövning, när hela vårt material om den öppna vården utanför sjukhus nu framläggs och det sålunda blir tillfälle att studera sammanhanget mellan de olika förslagen. De syftar dock till att ge en verklig hjälp åt tjänsteläkarna, som betyder så utomordentligt mycket i vår hälso- och sjukvård — och därmed också en hjälp åt de patienter, som är beroende av deras arbete.

Finns det läkare, som är beredda att ta anställning som provinsialläkare i landstingsregi, så behöver det för övrigt inte med nödvändighet vara utslutet att ett genomförande av reformen kan påbörjas, även om en majoritet av de statsanställda provinsialläkarna är motståndare till den. Gäller det att låta dem börja såsom biträdande provinsialläkare vid en två- eller flerläkarstation, där en statligt anställd provinsialläkare är försteman, bör det inte vara utslutet att komma överens om sådana arrangemang. Så länge en stor del av tjänsteläkarna fortfarande är statsanställda måste givetvis det statsbidrag för ändamålet, som skall utgå — enligt grunder fastställda efter ovan föreslagen särskild utredning — minskas med det belopp, som svarar mot statens kvarstående direkta kostnader.

Skulle man emellertid, även efter en prövning inför offentligheten, tills vidare avstå från att börja genomföra *den* av oss föreslagna huvudmannaskapsreformen, återstår givetvis ingenting annat än — det dock enligt vår uppfattning sämre alternativet — att verkställa den föreslagna utbyggnaden i statlig regi. De beräkningar och kostnadskalkyler, som framlagts i kap. 7, bör även härvidlag kunna vara till stor del vägledande. Skulle man till sina fulla konsekvenser dra ut tanken på en tjänsteläkarverksamhet i statlig regi, skulle det innebära att även öppen vård genom kommunalläkare skulle förstätligas, och i så fall skulle de i kap. 7 angivna planerna och kostnadsberäkningarna kunna användas med mindre modifikationer än eljest. Det behov av en enhetlig tjänsteläkarkår för öppen vård i stad och på landsbygden, som tidigare berörts, skulle då på denna väg kunna tillgodoses. Ett förslag av sådan innebörd framlades också i medicinalstyrelsens tidigare öppnavårdsutredning (SOU 1948: 14) varvid dock en sådan central dirigeringsansågs kräva betydande personalförstärkning inom medicinalstyrelsen eller inrättande av särskilda organ. Vi förutsätter emellertid, att någon sådan ordning *icke* knäsettes.

Följaktligen får uppgifterna i kap. 7 om dimensionerna och *kostnaderna*

för den tjänsteläkarverksamhet, som den här ifrågavarande utbyggnaden skall avse, under dessa förutsättningar justeras bland annat med hänsyn till att kommunalläkarna icke kommer med i systemet. Vid utbyggnadsperiodens slut kommer då organisationen att omfatta omkring 900 i stället för 1 050 tjänsteläkare. Ökningen i antalet tjänsteläkarbefattningar förutsättes emellertid bli ungefär densamma (ca 300), som enligt kalkylerna i kap. 7, och lönekostnaden för denna ökning får sålunda, enligt kap. 7, beräknas till 6.7 miljoner kronor vid utbyggnadsperiodens slut, vilket, under förutsättning av jämn utbyggnad, skulle ge en årlig stegring under 10-årsperioden av 670 000 kronor. På samma sätt som i kap. 7 får emellertid förutsättas, att utbyggnaden i början, med hänsyn till den aktuella läkarbristen, sker i svagare takt, som sedan efterhand ökas i och med att läkarbristen, tack vare de ytterligare åtgärder vi här förutsatt, blir lindrigare. Under 1962—63, då man väntar sig, att den första årskullen färdiga läkare med 7-årig utbildning blir färdig ungefär samtidigt med den sista årskullen med 8-årig utbildning, bör ökningen i antalet tjänster vara särskilt betydande. För budgetåret 1959/60 synes rimligt att räkna med 10 nya tjänster till en lönekostnad av ca 225 000 kronor.

Vi förutsätter vidare — liksom i kap. 7 endast för att få en utgångspunkt för den fortsatta kostnadskalkylen — att de 900 provinsialläkarna vid periodens slut fördelar sig på läkarstationer av olika storlek enligt följande något schematiska antagande, som — mutatis mutandis — någorlunda ansluter sig till det »modifierade» alternativet i tab. 7.7.¹

400 enläkarstationer med 400 läkare

125 tvåläkarstationer med 250 läkare

75 flerläkarstationer med 250 läkare

S:a 600 läkarstationer med 900 läkare

Av nuvarande nära 600 provinsialläkardistrikt skulle sålunda 125 distrikt erhålla en och 75 distrikt två eller tre biträdande provinsialläkare; detta sker i samband med en allmän genomgång och justering av distriktsindelningen i enlighet med vad som förutsatts i kap. 7.

Totalkostnaden för åstadkommande av dessa två- och flerläkarstationer blir, om man räknar med samma värden som i kap. 7 ($125 \times 250\,000$ kronor + $75 \times 425\,000$ kronor) ca 63 miljoner kronor. Efter avdrag av en uppskattad besparing vid användning av befintliga sjukstugor m. m. er-

¹ Andelen två- och flerläkarstationer är obetydligt större än enligt nämnda »modifierade» alternativ. Med hänsyn till att det här förutsättes fortfarande komma att finnas en separat kommunalläkarkår för öppen vård, och att det i allmänhet icke — annat än där särskilda avtal härom träffas med vederbörande primärkommun — blir fråga om att låta provinsial- och kommunalläkare tjänstgöra å samma läkarstation, skulle man egentligen i här ifrågavarande fall räkna med en lägre andel två- och flerläkarstationer än i det »modifierade» alternativet i tab. 7.7. Emellertid blir det då svårt att undgå, att totalantalet läkarstationer överstiger 600 och att det sålunda — vid en ökning av antalet provinsialläkartjänster med 300 — blir fråga om en rätt betydande fortsatt delning av distrikt. En sådan konsekvens av expansionen synes böra undvikas, men därav följer att man får räkna med åtminstone den proportion två- och flerläkarstationer, som här förutsättes.

hålles kostnadsbeloppet 50 miljoner kronor. Med hänsyn till att även ett antal enläkarstationer behöver förbättras, ombyggas eller nyanskaffas, synes denna siffra böra höjas till 55 miljoner kronor. Liksom i det förslag till omedelbara åtgärder, som vi avgav den 19 november 1957, får emellertid förutsättas, att ungefär halva denna kostnad betalas av vederbörande primärkommuner. Statsbidraget begränsas då till ca 27 miljoner kronor eller — i genomsnitt under 10-årsperioden — till 2,7 miljoner kronor per år. Med hänsyn till att under budgetåret 1959/60 endast skulle tillkomma 10 nya tjänster skulle om samtliga dessa konstruerades som biträdande provinsialläkartjänster å nytillkommande tvåläkarstationer under budgetåret 1959/60 erfordras 1,25 miljoner kronor.

Den utrustningskostnad, som beräknats i kap. 7, skulle, när nuvarande kommunalläkare icke kommer med i organisationen, reduceras till omkring 12 miljoner kronor för hela 10-årsperioden och till 1,2 miljoner kronor i genomsnitt per år. Skulle man tänka sig ett 50-procentigt statsbidrag för detta ändamål, bleve genomsnittliga årskostnaden för staten sålunda 600 000 kronor. I detta fall skulle knappast föreligga skäl att räkna med lägre belopp än det genomsnittliga i början av 10-årsperioden utan i stället med högre belopp, eftersom utrustningen ofta med fördel kan kompletteras på många befintliga mottagningar. Ett statsbidrag å 1 miljon kronor för budgetåret 1959/60 synes vara rimligt avvägt. Emellertid får beaktas, att den ändring i förutsättningen, som ligger i att mottagningarna icke drivs i landstingsregi, kan medföra en kännbar belastning för förste provinsialläkarna med arbete för behandling och för prioritetsgradering av ansökningar samt för kontroll av användningen av beviljade statsbidrag. Bland annat kan problem uppstå, när en ny provinsialläkare övertar en mottagning, till vars utrustning till större eller mindre del statsbidrag utgått. Den ersättning, som tillträdande läkare kan få betala avträdande läkare eller hans rättsinnehavare för utrustning som övertages, får givetvis icke avse värden, som motsvarar erhållna offentliga bidrag. Vidare kan den frågan uppkomma huruvida avträdande läkare skall ha rätt att medföra utrustning, som finansierats dels av honom själv och dels genom bidrag av offentliga medel. Alla sådana problem kan emellertid förenklas, om statsbidrag till utrustning endast utbetalas under förutsättning av primärkommunal finansiering av återstående kostnad för all tyngre utrustning; då är det nämligen självklart att sådan utrustning i sin helhet tillhör mottagningen och ej läkaren.

Behovet av mottagningshjälp vid full utbyggnad skulle för 900 provinsialläkare fördelade på stationer av olika storlek på det sätt som här förutsatts motsvara ca 1 200 heltidskrafter. Ett statsbidrag å 4 000 kronor per heltidskraft (och 2 000 kronor per halvtidskraft) skulle sålunda ge en total kostnad för staten å 4,8 miljoner kronor per år. I vårt nyssnämnda förslag om omedelbara åtgärder har vi föreslagit, att för detta ändamål skulle utgå 1,6 miljoner kronor under budgetåret 1958/59. Den genomsnittliga årliga kostnads-

ökningen för staten från denna nivå under 10-årsperioden utgör då 320 000 kronor per år. Även i detta fall synes man i början av perioden böra räkna med något högre kostnadsökning per år än den genomsnittliga. Från denna utgångspunkt skulle ett belopp å minst 2,5 miljoner kronor för budgetåret 1959/60 förefalla rimligt. Villkoren för statsbidraget och administrationen av detsamma finge förutsättas följa de regler vi angett i det nämnda förslaget om omedelbara åtgärder, dock att efterhand även läkare i mindre tungt belastade distrikt borde kunna erhålla någon del i denna hjälp.

För budgetåret 1959/60 skulle enligt dessa förutsättningar sålunda anslås 225 000 kronor för ökade läkarlönkostnader, 1,25 miljoner kronor för lokaler, 1 miljon kronor för utrustning och 2,5 miljoner kronor för mottagningshjälp eller tillhoppa 4 975 000 kronor.

Den omständigheten att vissa hypotetiska kostnadskalkyler här framlagts för det fall, att huvudmannaskapsreformen icke skulle godtagas, betyder inte, att vi vill rekommendera en sådan ändring i förutsättningarna. Det är tvärtom så, att den i anslutning till kalkylerna förda diskussionen ytterligare belyser vissa av de olägenheter, som är förenade med en centralistisk administration av tjänsteläkarverksamheten och som särskilt gör sig gällande, när det blir fråga om att snabbt och på tillfredsställande sätt få i gång en upprustning. Men med hänsyn bland annat till det uppskov, som betingas av att kostnadsfördelningen mellan stat och landsting vid en huvudmannaskapsreform erfordrar ytterligare utredning, har vi ansett det motiverat att här ange utgångspunkterna för en fortsättning tills vidare och komplettering av den provisoriska statsbidragsverksamhet, som inbegreps i vårt förutnämnda förslag till omedelbara åtgärder.

Vad gäller de konkreta förslag, som utformats i den senare av de båda skrivelserna från läkarförbundet vill vi erinra om följande¹:

1) I vårt förslag om omedelbara åtgärder har vi, som sagt, förordat att antalet reservläkartjänster skall ökas från 30 till 60 samt förutsatt att medicinalstyrelsen i sina årliga petita lämnar förslag om sådan ytterligare ökning, som befinns erforderlig och samtidigt, med hänsyn till läkartillgången, blir möjlig att åstadkomma.

2) En översyn av distriktsindelningen för tjänsteläkarverksamheten under samarbete mellan medicinalstyrelsen, landstingen och vederbörande läkarorganisationer skall enligt kap. 7 komma till stånd.

3) Vårt förslag innebär, att tjänsteläkarna skall få väsentligt bättre tillgång till hjälpkrafter.

4) Vårt förslag går ut på att det successivt skall tillkomma ett betydande antal två- och flerläkarstationer.

5) Vad gäller mottagningslokaler och deras utrustning innebär vårt förslag en betydande förbättring. Frågan om bostäderna för provinsialläkarna har däremot icke närmare behandlats i detta betänkande. Vi förutsätter emellertid, att primär-

¹ Numreringen av punkterna är densamma som i läkarförbundets andra skrivelse, s. 399 o. f.

kommunernas möjligheter att vid behov medverka till tjänsteläkarnas bostadsförsörjning blir mera gynnsamma i den mån särskilda åtgärder vidtages för anskaffande av goda och tillräckligt rymliga mottagningslokaler. Dessutom utgår vi från att även landstingen kommer att i viss utsträckning bidra.

6) Frågan om tjänsteläkarnas rapporteringskyldighet har vi som sagt behandlat bland annat i vårt förslag om omedelbara åtgärder.

7) Vi anser i likhet med läkarförbundet, att vissa av de specialuppdrag, som provinsialläkare brukar få åtaga sig, i många fall kan anförtros åt andra läkare i den mån det finns tillgång på sådana och tillfredsställande uppgörelse med dem kan träffas. Å andra sidan får *inte* föreliggande hinder för möjligheter att, där så är erforderligt, utnyttja tjänsteläkare för t. ex. förebyggande vård. Vad gäller läkarförbundets önskemål om att uppgifter inom omgivningshygienien skall överföras till en utbyggd länsläkarinstitution vill vi erinra om förslagen i kap. 6. Emellertid är den utbyggnad som där föreslås icke av den omfattning att det — när man dessutom beaktar att omgivningshygienien tillhör de eftersatta områdena — blir möjligt att i någon större utsträckning befria tjänsteläkare ute på fältet från tillsynsuppgifter på detta område.

8) I detta betänkande förutsättes uttryckligen sådana åtgärder för kontinuerlig fortbildning av tjänsteläkare å lasarett, som läkarförbundet föreslår. Dylika åtgärder kan dock komma till stånd först i och med att tillgången på tjänsteläkare förbättras, så att det därmed förenade vikariebehovet kan tillgodoses. Vi har vidare räknat med att det — tack vare tidigare refererat beslut inom läkarförbundet i frågan om specialistkompetens — skall komma till stånd ett utbyte, som blir ömsesidigt, av läkarkrafter mellan kroppssjukhus och tjänsteläkarverksamhet. Vi instämmer överhuvud taget i önskemålet om en uppluckring av gränsen mellan sjukhus- och tjänsteläkarkårerna. Frågan om eventuella ytterligare åtgärder för samma syfte hoppas vi få återkomma till i ett senare betänkande.

Den rättsliga regleringen

Våra förslag rörande ett utbyggande av den omgivningshygieniska tillsynen genom länsläkarinstitutionen och de större städernas stadshygieniker samt tjänsteläkarnas överförande till landstingen såsom huvudmän förutsätter i flera hänseenden nya eller ändrade författningsbestämmelser på hälso- och sjukvårdens område. Den övergång, som vi i samband med det förändrade huvudmannskapet förordar från nuvarande system med speciella statsbidrag till vissa grenar av landstingens hälso- och sjukvård till generella statsbidrag för verksamheten i dess helhet, kräver också ändringar i författningsväg.

I detta sammanhang må erinras om att även sjukhuslagstiftningskommittén i sitt betänkande med förslag till sjukhuslag m. m. (SOU 1956: 27) kommit in på de lagtekniska frågor, som skulle aktualiseras om landstingen bleve huvudmän även för den öppna vården. Kommittén anför härom följande (s. 53):

Avslutningsvis må nämnas, att den utredning, som genom särskilda sakkunniga — kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket — för närvarande pågår om bland annat den öppna sjukvården kan komma att leda till att lands-

tingen göres till huvudmän även för denna vård. Därest så blir fallet, skulle det kunna ifrågakomma att samarbeta bestämmelserna om den slutna och den öppna vården i en lag, en sjukvårdslag eller eventuellt en hälso- och sjukvårdslag. I denna borde i så fall lämpligen inarbetas även andra ålägganden för landstingen beträffande hälso- och sjukvården, t. ex. skyldigheten att ha distriktsbarnmorskor, och måhända även åtskilliga bestämmelser om förebyggande vård. Sjukhuslagstiftningskommittén vill dock för sin del förorda, att den mycket välbehövligen revisionen av sjukhusförfattningarna icke uppskjutes i avbidan på realiserandet av dylika planer. Det synes mera ändamålsenligt att tills vidare revidera område efter område. På ett senare stadium kan en formell samarbetning av de olika regleringarna ske utan större svårighet, om så befinnes önskvärt.

I vårt den 28 december 1956 avgivna yttrande över betänkandet har vi uttalat, att även vi ser fram emot en sjukvårdslag eller hälso- och sjukvårdslag, som reglerar både öppen och slutna somatisk lika väl som mental sjukvård samt såväl förebyggande som kurativ vård och medicinsk rehabilitering. En sådan allmän hälso- och sjukvårdslag skulle bland annat beröra även tjänsteläkarvården, distriktsvården och hemsjukvården. Bland fördelarna med en dylik enhetlig lagstiftning angav vi särskilt, att sambandet mellan öppen och slutna vård samt mentalsjukvård och somatisk sjukvård skulle komma till klart uttryck i lagstiftningen, som därmed skulle komma att ge ett fast underlag i tänkande och praxis för organisatoriska samordningssträvanden och bidra till att irrationella skiljelinjer bleve utplånade.

Beträffande möjligheterna att snabbt realisera önskemålet om en sådan gemensam lagstiftning konstaterade vi i likhet med sjukhuslagstiftningskommittén att tanken tyvärr icke omedelbart kunde sättas i verket, bland annat med hänsyn till att inom vår kommitté behandlades en rad frågor av betydelse i sammanhanget, däribland frågan om ett enhetligt huvudmannaskap för såväl somatisk som mental sjukvård. Först sedan våra förslag i sådana huvudfrågor framlagts och remissbehandlats kunde man ha nått en sådan klarhet beträffande mera betydelsefulla organisatoriska förutsättningar att arbetet med en enhetlig sjukvårdslag skulle kunna fullföljas. Beträffande vissa frågor kunde man rent av vilja vänta ännu längre med en mera definitiv legal reglering i avvaktan på erfarenhet av de praktiska verkningarna av reformerna. I vårt yttrande framhölls slutligen att vi ansåg att i rådande läge en ny sjukhuslag i huvudsaklig överensstämmelse med sjukhuslagstiftningskommitténs förslag skulle underlätta det framtida arbetet att utforma en allmän sjukvårdslag. Även en förbättrad sinnessjuklagstiftning skulle på motsvarande sätt underlätta den ytterligare rationalisering, som längre fram borde genomföras i en allmän sjukvårdslag. Vi fann det till och med tänkbart att framtidsmålet skulle nås snabbare än eljest om man på angivet sätt inriktade sig på en etappvis fortgående utveckling. Man kunde stöta på oöverstigliga svårigheter om man inriktade sig på att i ett sammanhang dels tillgodose alla de speciella re-

formbehov i lagstiftningen, som i dagens läge var omedelbart aktuella, och dels samordna de olika författningskomplexen.

De synpunkter, åt vilka vi sålunda givit uttryck i ovannämnda utlåtande, synes oss fortfarande relevanta. Framtidsmålet måste vara, att de grundläggande bestämmelser, som erfordras med anledning av vårt förslag, skall inflyta i en allmän sjukvårdslag. Till denna bör anknytas tillämpningsföreskrifter och instruktioner. Det rör sig sålunda här om ett större komplex av bestämmelser, som får utformas med hänsyn tagen även till många andra behov än sådana, som berörts i detta betänkande.

Under övergångstiden, innan en sådan allmän sjukvårdslag kan komma till stånd, kräves emellertid för realiserandet av vårt förslag om den öppna vården en legal reglering av mera tillfällig karaktär. Förslag härtill torde böra utformas antingen i samband med de överläggningar om finansiell uppgörelse mellan landsting och stat, som vårt förslag förutsätter, eller i annan ordning.

Rörande innehållet i en sådan provisorisk rättslig reglering vill vi endast framhålla följande. Såväl i gällande sjukhuslag som i förslaget till ny sådan anges i fråga om den slutna vården, att det åligger landsting liksom också stad, som ej deltagar i landsting, att för sjukvårdsområdets invånare ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada eller kroppsfel, i den mån icke annan drager försorg om sådan vård. Medan i gällande sjukhuslag endast vissa former av öppen vård vid sjukhus regleras har i förslaget till ny sjukhuslag bland annat införts en allmän bestämmelse om att vid de sjukvårdsanstalter, som drives av landsting och städer, som icke deltagar i landsting, vård i skälig omfattning skall beredas även »vårdsökande, som icke äro i behov av intagning å anstalten». I avvaktan på tillkomsten av en allmän sjukvårdslag, gemensam för öppen och slutna vård, synes i särskild författning böra på motsvarande sätt regleras landstingens ansvar för den öppna vården utanför sjukhus samt de allmänna principerna för planeringen av sådan vård, tillsynsmyndighetens deltagande i planläggningen etc. Det kan övervägas att utvidga denna författning till att innehålla även vissa bestämmelser om distriktsvård och förebyggande vård. Detta sammanhänger nära med frågan om och i vad mån författningen jämväl bör innehålla de närmare villkor, under vilka statsbidrag skall utgå till verksamheten. Avgörande härför bör tydligen vara utformningen av statsbidraget såsom en del av ett generellt bidrag till såväl öppen som slutna vård — den form som av oss närmast förordats — eller som ett separat bidrag till en eller flera grenar av öppen vård utanför sjukhus. Vi saknar anledning att på förhand uttala oss om vilken författningsteknisk utformning, som bör komma till användning, utan förutsätter, att härvidlag den ur praktiska synpunkter lämpligaste formen för en reglering väljes.

Vi vill vidare framhålla, att bland annat allmänna läkarinstruktionen, vars utformning redan under nuvarande förhållanden framstår som i flera

avseenden föråldrad, i detta sammanhang måste bli föremål för en grundlig omarbetning, varvid även bör övervägas om och i vad mån regleringen av skilda läkarkategoriers förhållanden bör inrymmas i en och samma instruktion. Åtskilliga skäl talar enligt vår mening för att bestämmelserna om den omgivningshygieniska tillsynen genom länsläkarinstitutionen och särskilda stadshygieniker, eventuellt i instruktionsform, bör sammanföras till en särskild författning. Om en sådan särskild »Instruktion för länsläkarinstitutionen m. m.» kommer till stånd torde våra förslag i denna del författningsmässigt ytterligare endast kräva vissa tillägg till bestämmelserna i hälsovårdsstadgan, bland annat avseende skyldigheten för städer av viss storlek att anställa särskilda stadshygieniker.

Den särskilda lagstiftning liksom de instruktionsföreskrifter, varom ovan talats, förutsätter bland annat att det föreligger mera utformade förslag i statsbidragshänseende än dem, som legat inom ramen för vårt uppdrag i denna del.

AVDELNING IV

SÄRSKILDA YTTRANDEN

Särskilt yttrande av herr Biörck

Det här föreliggande betänkandet har brutits ut ur den ram för kommitténs arbete, som anvisats av våra direktiv. Orsaken härtill har angivits vara önskvärdheten att ge ett bidrag till lösningen av de svårigheter, vilka sedan åtskillig tid drabbat tjänsteläkarorganisationen. De av kommitténs majoritet i kap. 7 och 8 framlagda förslagen leder dock knappast till någon *omedelbar* lösning av dessa svårigheter. Något väsentligt skäl att isolera dessa frågor från deras ofrånkomliga sammanhang med hälso- och sjukvårdens övriga problem har enligt min mening därför icke förelegat. Under arbetets gång har jag förgäves försökt förmå kommittén att skaffa fram erforderligt utredningsmaterial för att belysa de *samlade* sjukvårdsproblemen, innan den inriktat sig på att anvisa åtgärder ifråga om ett *del*problem, som icke kan angripas utan samband med och återverkningar på övrig verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område.

Planeringen för framtidens sjukvård borde enligt min mening ha byggt på sakkunniga analyser av den pågående förskjutningen av sjukdomspanoramat i vårt land för att möjliggöra en bedömning av arten och omfattningen av de faktiska hälso- och sjukvårdsproblem, som vi kommer att möta under t. ex. de närmaste tjugo åren. Men vi vet också, att andra faktorer än de rent medicinska är av betydelse för utformningen av vår sjukvårdsorganisation, eftersom *efterfrågan* på sjukvård och formerna för tillgodoseendet av denna efterfrågan är starkt beroende av den tekniska och ekonomiska utvecklingen i samhället. Det skulle därför ha varit av stor betydelse att ha analyserat den sannolika utvecklingen av sådana faktorer som befolkningsförflyttningar från glesbygd till tätort, bilismens inflytande, köpkraftsutvecklingen o. s. v. i betydligt vidare utsträckning än som varit möjligt (även om hänsyn togs till vår remissbehandling av långtidsutredningens betänkande och de analyser, som ingår i femte kapitlet av det här föreliggande betänkandet). Likaledes har jag ansett det vara en väsentlig uppgift att företaga en s. k. »evaluation of services» på sjukvårdens olika områden för att försöka bedöma, i vad mån hittillsvarande organisationsformer verkligen är ändamålsenliga, var för sig och i relation till varandra. Intet, eller nästan intet av detta har blivit gjort; kommitténs hittillsvarande behandling av problemen har varit övervägande administrativ till sin natur.

Under kommitténs arbete har jag alltmera kommit till en annan bedömning av *möjligheterna* till en lösning av den öppna vårdens problem än kommittémajoriteten. I avsaknad av sådant utredningsmaterial, som jag anser nödvändigt för ett *definitivt* ställningstagande, kan jag emellertid för närvarande icke framlägga mina synpunkter i fullständigt utarbetat skick utan endast diskussionsvis.

Den otillräckliga, och enligt många mening numera även i kvalitativt hänseende försämrade, tillgången på tjänsteläkare, särskilt i de nordligaste länen, utgör icke något unikt eller fristående arbetskraftsproblem. I viss utsträckning beror den naturligtvis på att läkartillgången i stort visat sig understiga den samhälleliga efterfrågan, varvid vissa arbetsområden — *geografiskt*: glesbygderna, *specialitetsmässigt*: psykiatri och tuberkulosvård, *socialt och arbetsmässigt*: allmänpraktik — fått marginalkaraktär och förlorat tidigare dragningskraft. Att en brist uppstår kan ha många orsaker: vid en snabb expansion av ett arbetsfält (t. ex. narkosläkarverksamhet eller barnpsykiatri) hinner utbildningen inte ifatt efterfrågan; i motsatt fall kan, vid ett krympande arbetsfält eller inträdande mättnad utan en samtidigt krympande utbildning, en överskottsproduktion uppstå (för närvarande synes detta gälla inom gynekologien). Ifråga om de ovan nämnda arbetsområdena torde bristen på tuberkulos-(under-)läkare bero på en anticipation av områdets snabbt minskande betydelse; bland annat som en konsekvens härav är tuberkulosspecialiteten för närvarande i färd att omorienteras mot en allmän lung-specialitet, och om detta lyckas, kan det väl tänkas att bristen ånyo upphör — specialiteten får på så sätt ett nytt innehåll och en starkare psykologisk dragningskraft. På samma sätt torde det förhålla sig med psykiatrin: en nyorientering inom arbetsområdet, med ökad tonvikt lagd vid nya och mera utvecklingsbara arbetsuppgifter kan beräknas medföra en kvantitativt och kvalitativt förbättrad rekrytering. När det gäller tjänsteläkarbanan och den enskilda allmänpraktiken däremot, är det inte utan vidare klart, att en motsvarande omorientering är möjlig.

Ju mera socialt tryggt och ekonomiskt utjämnat ett samhälle är, desto mindre torde ekonomiska motiv kunna utnyttjas för att dirigera arbetskraften, och desto mera kommer psykologiska faktorer att vägleda valet av arbetsuppgift. Under den senaste mansåldern har läkaryrket — och därmed läkarutbildningen — snabbt utvecklat sig från en på grövre undersökningsmetoder och allmän praktisk erfarenhet grundad verksamhet i riktning mot ett mera naturvetenskapligt exakt handlande, baserat på laboratoriemässig diagnostik, och ofta också en på samma sätt kontrollerad behandling. Denna synpunkt gäller icke blott för det enskilda fallet; den gäller också strävandena att säkra sig mot diagnostiska »missar» på grund av underlåtenhet att utföra vissa undersökningar. Medan man vid ren gissning kan ha en möjlighet på två att få rätt diagnos, torde man vid sjukhusens specialavdelningar eftersträva en säkerhet av 99 på 100 och

i många fall mer än så. Denna strävan, som i och för sig är naturlig, har befordrats också av allmänhetens tilltagande benägenhet för anmälningar mot läkare. Med medicinens ändrade karaktär har en motsvarande förändring skett i fråga om de unga läkarnas inställning till formerna för sin framtida verksamhet. Tidigare generationers livsmål torde huvudsakligen ha avsett en självständig allmänläkarverksamhet, vilken då var medicinskt naturligt och dessutom den enda som praktiskt sett stod till buds. Nu för tiden vill många unga läkare helst känna sin verksamhet förankrad i någon form av medicinskt grupparbete — inom eller utom sjukhuset — och på så sätt blir det naturligt för dem att vilja slå sig ned i orter med lasarett eller i varje fall i närheten av ett sådant. Detta medför inte blott större stimulans och trygghet i arbetet, utan har naturligtvis också sin betydelse för en jämnare fördelning av jourbördan.¹ I detta sammanhang bör det också framhållas, att äktenskap mellan två yrkesutövare, vilka båda erhållit sin utbildning i en universitetsmiljö, torde vara mycket vanliga. Vid valet av arbetsplats måste hänsyn därför på ett speciellt sätt tas till båda makarna. Självfallet spelar barnens skolgång likaledes in som en väsentlig faktor, vilken sannolikt betyder särskilt mycket i läkarfamiljer, då antalet barn per äktenskap i dessa torde vara högre än för befolkningen i allmänhet. Faktorer av detta slag utgör sannolikt bidragande orsaker till provinsialläkarkrisen inom glesbygdskretsen.

Det är självklart, att *hela* landets befolkning skall tillgodoses med adekvat hälso- och sjukvård, och det är följaktligen självklart, att åtgärder måste vidtagas för att förbättra tillgången till sådan vård i de glesbygdskretserna, där den sedan åtskillig tid varit otillräcklig. Det kan däremot diskuteras, om det är *möjligt* att åstadkomma detta genom den hittillsvarande provinsialläkarorganisationen. Andra möjligheter bör i varje fall också övervägas. Ett väsentligt motiv för mig att söka efter andra utvägar är, att jag inte tror, att ett ökat »tryck» på läkarkåren genom ett upphävande av läkarbristen, eller dess vändande i ett läkaröverskott, med någon större grad av sannolikhet kommer att leda till att den nuvarande bristsituationen inom tjänsteläkarväsendet i glesbygderna kommer att upphöra. Om man inte vill tillgripa tjänsteplikt, vilket kommittémajoriteten bestämt avböjt, tror jag att man måste vara beredd att tillgripa radikala lösningar för att tillförsäkra glesbygderna erforderlig läkartillgång.

För att belysa denna fråga vidare tror jag det är nödvändigt att något stanna vid de utvecklingstendenser, som förefaller att gälla för vårt moderna sjukhusväsen. Det är ju väl känt, att den huvudsakliga expansionen inom

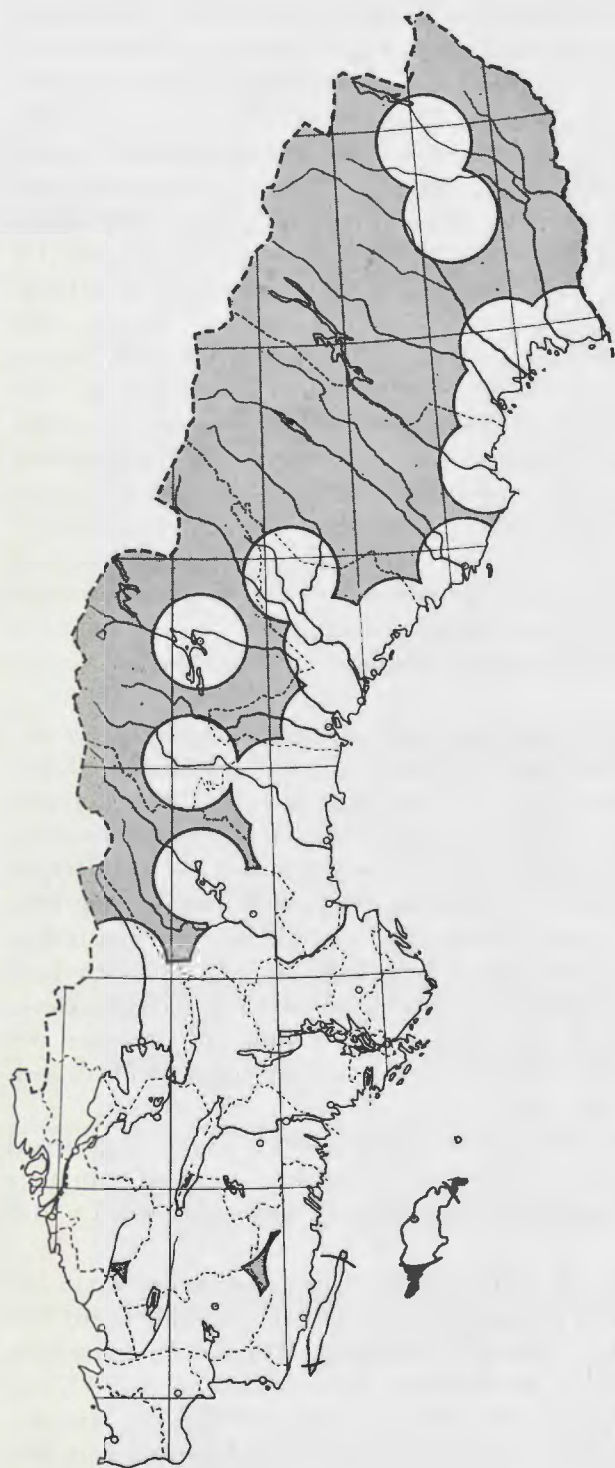
¹ Sedan det moderna organisationsväsendet diskrediterat begreppet »kall» och lagt tonvikten på »yrke», och sedan det värde, som *fritiden* representerar, blivit så dyrbart för alla samhällsgrupper, måste man räkna med detta även för läkarkåren. Nyligen publicerade data, som vittnar om en tydlig *överbördighet för manliga läkare* jämfört med den manliga befolkningen i dess helhet, ger ökad relevans åt denna aspekt.

den svenska sjukvårdsorganisationen på senare tid skett inom sjukhusens sektor. En betydande del av denna expansion avser laboratorieverksamhet och öppen vård. Sjukhusens verksamhet har aktiverats genom en bred kontakt med medicinska vetenskapliga framsteg; vårdtiderna har (fram till 1950) gått ned och patientomsättningen ökat; genom koordination av öppen och sluten vård vid sjukhuset har en stor del av utredningsverksamheten och eftervården kunnat flyttas från vårdavdelningen till den öppna mottagningen, samtidigt som tillgången till sjukhusplatser möjliggjort för läkarna i den öppna vården att få mera fullständiga utredningar utförda i fall, som kanske tidigare aldrig kunde föras till en säker diagnos. Allt tyder på, att denna utveckling kommer att fortgå, i den mån inte bristen på sekundärplatser för långtidsfall och konvalescenter bromsar upp vårdavdelningarnas utrednings- och behandlingskapacitet. Men det är också sannolikt, att en ny och modernare syn på möjligheterna till förebyggande åtgärder av många skilda slag — hälsoundersökningar eller undersökning av enskilda eller grupper »i farozonen», hälsouppllysning etc. — kommer att byggas upp med sjukhusens materiella och personella resurser som bas. För mitt sätt att se borde därför frågan om den öppna vårdens organisation ha baserats på en analys av det framtida sjukhusets uppgifter och formerna för samordningen mellan sjukhusets verksamhet och den öppna vården utanför sjukhus.

Mot bakgrunden av denna uppfattning om framtidens sjukhus ter det sig för mig närmast så, att *om man misslyckas med att på sedvanligt sätt förse glesbygderna med familjeläkare* — och jag fruktar att man kommer att misslyckas därmed — *så måste sjukhusen sträcka ut sin organisation in i det regionala upptagningsområdet* och förse detta med läkarkrafter på lämpligaste sätt. Vad som därvid kan komma ifråga är, föreställer jag mig, en eller flera framskjutna enheter, bemannade med personal, vilken tillhör och är utgången från sjukhuset ifråga och på lämpligt sätt alternerar med baspersonalen där medan familjerna kan bo kvar på lasarettssorten. Dessa enheter kommer till sin typ att likna två- eller flerläkarstationer, men bör rimligtvis också vara försedda med vårdplatser för observationsfall och eventuellt också för konvalescenter.

Samtidigt som jag sålunda vill förorda en upprustning i landstingets regi av den öppna vården inom vissa områden, anser jag det rimligt att man noga prövar behovet av en provinsialläkarverksamhet av nuvarande typ i andra delar av landet.

Motivet bakom inrättandet och vidmakthållandet av vårt lands provinsialläkarorganisation har bestått i en känsla av samhällets förpliktelse att tillgodose landsbygdsbefolkningen med billig sjukvård. Om nu en koncentration av landsbygdsbefolkningen till tätortsområden håller på att ske, om vidare den allmänna levnadsstandardhöjningen (med en övergång från natura- till penninghushållning för landsbygdens del) och införandet av den



Vitt: Område inom en cirkel med 5 mils radie kring ett lasarett

Svart: Område med mer än 5 mils avstånd till lasarett

allmänna sjukförsäkringen försvagat kravet på *annorledes än genom sjukförsäkringen* subventionerad sjukvård, och om den ökade bilismen väsentligt underlättar transport av sjuka till läkare eller läkare till sjuka, så måste man fråga sig, om icke dessa faktorer kommer att påverka efterfrågan på medicinsk service i annan riktning än tidigare. En kartskiss, som jag uppgjort, ger vid handen att knappast någon ort i Sverige söder om Dalälven, eller utefter kustlandet från Strömstad till Haparanda, har mera än 5 mil till närmaste lasarett. Kommittéförslaget innebär en väsentlig kvantitativ utökning av provinsialläkarväsendet, icke minst inom dessa områden. För mig är det inte utan vidare självklart att en mera väsentlig del av den fortsatta utbyggnaden av den öppna sjukvården här skall ske i provinsialläkarväsendets form. Det kan tänkas att en utveckling av det öppna specialistväsendet, så som skett inom storstäderna, också kommer att framstå som ett primärt önskemål på andra håll. En sådan kommer att möta svårigheter om tjänsteläkarorganisationen är alltför omfattande. Utan att ha en plan för läkarfördelningen mellan olika arbetsuppgifter anser jag mig inte kunna ansluta mig till kommitténs dimensionering av tjänsteläkarvårdens utbyggnad. Att landstingen måste få ett visst ansvar för att rimliga resurser för öppen vård skall finnas tillgängliga anser jag, i likhet med kommittén, ofrånkomligt, och i detta hänseende har jag för övrigt också biträtt kommitténs remissyttrande över sjukhuslagstiftningskommitténs förslag. Jag tror emellertid att man i första hand borde undersöka, vilken samordning av befintliga och planerade sjukvårdsresurser, som kan åstadkommas på frivillighetens väg (bland annat genom avtal med läkarorganisationer, enskilda läkare och läkar-kollektiv), innan man tillgriper en så genomgripande reform som den här föreslagna, vilken ju under överskådlig tid kommer att medföra två tjänsteläkarorganisationer sida vid sida. Då vederbörande läkarorganisationer bestämt avböjt den föreslagna huvudmannaskapsreformen, finner jag det svårt att tro, att denna för närvarande skulle kunna medföra en verklig lösning av problemen, och kan därför icke biträda kommittéförslaget i denna punkt.

Särskilt yttrande av herrar von Friesen och Gerle

Principiellt finns inga anmärkningar att göra mot de motiveringar och slutsatser om vilka majoriteten inom kommittén enat sig. De betänkligheter som vi önskar få framföra gäller genomförandet. En övervägande del av den nuvarande provinsialläkarkåren är emot förslaget. Även från landstingshåll har en växande tveksamhet gjort sig gällande. Landstingen oroar sig för att inom en relativt snar framtid behöva övertaga mentalsjukvården jämte den föreslagna tjänsteläkarorganisationen. Här är vår bestämda uppfattning att mentalsjukvården bör ha företräde och att en reform av tjänsteläkarorganisationen bör ställas på framtiden. Därest man

skulle nödgas genomföra provinsialläkarreformen successivt, varvid endast läkare enligt den nya ordningen kunde tillsättas vid den fullmaktsutnämndes avgång, kommer vi att under en tidrymd av 25—30 år få ett dubbelt huvudmannaskap vilket medför svåra olägenheter. Vi anser därför att med reformens genomförande måtte anstå till dess läkaropinionen är mera positiv till densamma, och då det bättre än nu står klart att de blivande huvudmännen verkligen önskar en reform.

Vi önskar dessutom understryka att därest kommun, som nu har stads-läkare, önskar bibehålla denne, en sådan anordning uttryckligen skall medgivas och att motsvarande statsbidrag skall utgå såväl till sådan kommun som till landstingen.

Särskilt yttrande av herr Gerner

Härmed får jag liksom herr Johansson anmäla mina starka betänkligheter mot en huvudmannaskapsreform i syfte att överföra provinsialläkarväsendet till landstingen. Mina betänkligheter grundar sig på samma skäl, som redovisas av herr Johansson.

I första hand gäller dessa mina betänkligheter utnämningförfarandet. Det »dubbla förordet» måste komma att medföra, att vederbörande landsting med all kraft kommer att framhäva sin kandidat. Det ligger i sakens natur, att landstingsmyndigheten avger sitt förord till den sökande, som den genom föregående välmeriterad tjänstgöring inom eget län väl känner, framför kandidater från andra län, om vilka den vet föga eller intet. Ett uteblivet förord från »eget» landsting kommer i själva verket att framstå som en »prickning». Härtill kommer, att enligt kommittémajoritetens låt vara löst formade skiss meriterna skulle bli bedömda olika alltefter den ledigförklarade stationens placering. Utom att detta förhållande kommer att medföra den största osäkerhet hos provinsialläkaraspiranterna i fråga om uppläggnings- och utbildnings- förhållanden, kommer meritvärderingen att erbjuda stora svårigheter med möjlighet för inkonsekventa bedömningar och med talrika överklagningsärenden som följd.

Enbart möjligheten till subjektiva bedömningsgrunders alltför stora inflytande vid utnämningförfarandet och därav följande risk för landstingsbundenhet kommer med största sannolikhet att äventyra rekryteringen av provinsialläkare till våra nordliga län även vid förbättrad läkartillgång. Då provinsialläkarna i allt övervägande grad, nu som i framtiden, rekryteras ur lasarettens underläkarkår, kan till och med befaras en retrograd hämning beträffande sökande till underläkartjänster i dessa län.

Beträffande de *kommunalt anställda läkarnas* överförande till landstingsstat har kommittén icke närmare övervägt arbets- och distriktsfördelningen mellan de i städerna stationerade tjänsteläkare, som för närvarande utgöres dels av provinsialläkare, dels av stadsläkare (eller motsvarande). I den mån

speciell hygienisk utbildning kommer att räknas som särskilt meriterande för varje ledigförklarad tjänst i stad, kommer de läkare, som under sin tidigare tjänstgöring verkat på landsbygden, att i flertalet fall se vägarna stängda till det mål, som de med nuvarande ordning kan uppnå, nämligen att under senare delen av sin tjänstgöringstid få flytta till en stad, med de förmåner detta i flera avseenden innebär. — Skulle däremot de hygieniska meriterna icke över hela linjen tillmätas avgörande betydelse, kommer städernas tjänsteläkare att regelmässigt tillhöra de övre åldersgrupperna, vilket med nuvarande kategoriklyvning undvikes. »Upprustningen» av stadsläkarmottagningarna i landstingsregi synes mindre angeläget, åtminstone i den mån lasarett finnes i staden med dess tillgångar på såväl speciell sakkunskap som teknisk apparatur. Taxebundenheten tillmäts av kommittémajoriteten en vida större betydelse än den i praktiken har, i varje fall i våra mindre och medelstora städer.

Kommittémajoritetens (som ovan sagts löst formade) organisationsskiss kommer att leda till en synnerligen oenhetligt sammansatt tjänsteläkarkår. Av skissen framgår bland annat icke i hur stor utsträckning mer eller mindre specialiserade läkare kommer att arbeta på två- och flerläkarstationer, icke hur distrikten skall delas mellan tjänsteinnehavarna, icke heller hur uppgifterna inom omgivningshygien och förebyggande vård skall fördelas etc.

Det förefaller ovedersägligt, att den öppna sjukvården skulle gagnas av en allmän upprustning av framför allt landsbygdsläkarnas mottagningar, dock under den förutsättningen, att tjänsterna kan besättas med tillräckligt meriterade innehavare i stånd att rätt använda de tekniska hjälpmedel, som kommer att ställas till deras förfogande. I första hand kan för närvarande icke ernås ett mera väsentligt avlastande av lasarettens öppna mottagningar, utan den mest angelägna reformen är att åstadkomma en rimlig arbetsbelastning och mera tillfredsställande arbetsformer för det stora flertalet provinsialläkare. Detta bör kunna ske även utan förändringar av huvudmannaskapet. Jag vill i denna fråga hänvisa till Sveriges läkarförbunds i detta betänkande återgivna yttrande.

Kommittén har icke på allvar diskuterat något alternativ, varigenom den omtalade upprustningen skulle kunna nås med bibehållet statligt huvudmannaskap. Nu visar icke minst det insamlade materialet beträffande provinsialläkarnas »subsidiering» genom primärkommunerna, att dessa mångenstädes visat ett markant intresse för att förse mottagningarna med såväl ändamålsenliga lokaler som förstklassig utrustning. Det är icke min mening, att denna *subsidiering* skall behöva fortsätta eller kanske till och med utvecklas, tvärtom anser jag, att tjänsteinnehavarna skall betala skälig hyra för tillhandahållna nyttigheter, men jag vill påvisa, att en upprustning redan är i gång, på många ställen utan engagement av vare sig stat eller landsting. Det synes mig finnas alla skäl att fortsätta på den sålunda

inslagna vägen. Vidare förtjänar påpekas, att ett samarbete mellan provinsialläkare och landsting i form av läkares tjänstgöring på av landsting driven öppen mottagning redan i visst fall är i gång och till synes till alla parter tillfredsställelse. Denna, sålunda redan prövade väg, bör kunna beträdas i större utsträckning. En dylik organisationsform synes ha stora fördelar och utgör i själva verket en utvidgning av det samarbete, som sedan lång tid existerat i form av provinsialläkarnas arbete på sjukstugor och sjukhem av olika slag ävensom inom den förebyggande vården, ett samarbete, som hittills i största utsträckning drivits med gott resultat.

Då kommittén fäst en viss vikt vid, att provinsialläkarnas relativa isolering i möjligaste mån bryts och anser, att ett gemensamt huvudmannaskap skulle medverka härtill, bör det påpekas, att enligt landstingsdirektörernas planer fortfarande ca 400 enläkarstationer skulle komma att finnas kvar. Det är i själva verket mycket svårt, att i vårt land med dess regionärt glesa bebyggelse överallt kunna åstadkomma en tillfredsställande lösning beträffande jourtjänst och isolering för de inom glesområdena arbetande läkarna. Desto viktigare är, att organisationsformen möjliggör, att dessa »hårdare» tjänster har karaktär av passageplatser.

Avslutningsvis vill jag kraftigt understryka herr Johanssons påpekande, att frågan om provinsialläkarnas uppgifter inom sjuk- och hälsovård icke kan lösas, förrän hela sjuk- och hälsovårdens organisation kartlagts.

Särskilt yttrande av herr O. Johansson

Då jag icke varit i tillfälle att följa kommittéarbetet från dess början utan först på ett sent skede kallats att deltaga i detsamma, anser jag mig icke formellt kunna reservera mig mot den allmänna uppläggning kommittén givit sitt arbete inom den ram, som anvisats i direktiven. Jag anser mig dock skyldig anmäla betänkligheter mot att frågan om tjänsteläkarorganisationen brutits ur det totala sjukvårdssammanhanget, i vilket organisationen är en integrerande del, samt helt fristående och primärt gjorts till föremål för den särskilda bearbetning, som redovisas i det föreliggande betänkandet. Man kan enligt min uppfattning icke framlägga konstruktiva förslag i fråga om de närmaste — låt oss säga — 20 årens organisation av den *öppna vården utanför sjukhusen* utan att *först sjukhusens uppgifter* i den *öppna vården* blivit klarlagda under beaktande av den slutna vårdens behov och funktioner.

De förslag kommittémajoriteten framlägger syftar till förändringar av den nuvarande tjänsteläkarorganisationen. Vår nuvarande organisation av den *öppna vården* kan emellertid vid en närmare analys av de *samlade sjukvårdsproblemen* just i avseende på den *öppna vården* vid och utanför sjukhusen och dessa båda *öppnavårdsformers* inbördes förhållande komma att te sig föga ändamålsenlig. De föreslagna åtgärderna kan icke heller med-

föra någon omedelbar lösning av de problem tjänsteläkarorganisationen för närvarande brottas med. Dessa problem måste i avvaktan på resultatet av kommitténs fortsatta arbete lösas genom provisoriska åtgärder. Kommittén har i en tidigare skrivelse till Konungen angivit riktlinjer för sådana provisoriska åtgärder, syftande till en omedelbar effekt på tjänsteläkarorganisationen. Jag har givit min anslutning till de i denna promemoria framförda förslagen, som enligt min mening omedelbart bör realiseras. Härutöver hade förslag till åtgärder i syfte att förstärka tjänsteläkarorganisationen bort anstå till dess kommittén blivit i tillfälle att framlägga ett betänkande, omfattande hälso- och sjukvårdens samtliga problem. — Som ytterligare skäl för att jag för närvarande icke kan ansluta mig till kommittémajoritetens förslag till huvudmannaskapsreform vill jag anföra:

1. Reformen kan icke genomföras annat än successivt under loppet av ca 25 år, då provinsialläkarna, vilka så gott som enhälligt uttalat sig mot ett förändrat huvudmannaskap, såsom innehavare av kungl. fullmakt, icke kan tvingas övergå i tjänst hos annan huvudman. Denna långa övergångsperiod kommer att skapa nya svårigheter och problem, då tjänsteläkare inom samma landstingsområde kommer att sortera under olika huvudmän. En enhetlig sjukvårdsorganisation inom ett landstingsområde blir i sådant fall mycket svår att genomföra. Som nämnts har provinsialläkarna och stadsläkarna vid ett flertal tillfällen uttalat sig mot en huvudmannaskapsreform. Givetvis får icke enskilda och sammanslutningar av enskilda i samhället ha sådant inflytande, att nödvändiga reformer därigenom förhindras. I fråga om provinsialläkarna och stadsläkarna synes mig emellertid reformen icke nödvändig för att åvägbringa förbättrade möjligheter för dessa läkarkategoriernas insats inom sjukvården. Ett genomdrivande av reformen mot dessa läkargrupper vilja skulle på ett olyckligt sätt skapa olust och därigenom sannolikt försvaga deras personliga insats inom respektive verksamhetsområden;

2. Allvarliga förändringar till det sämre, då det gäller befordringsgången för tjänsteläkarna, riskeras. De lokala intressena får stora möjligheter att utöva inflytande, och betydande risk synes föreligga, att läkarna kommer att bli »landstingsbundna». En sådan utveckling vore för vår sjukvård olycklig och föga ägnad att underlätta rekryteringen till provinsialläkarbanan, särskilt till sådana tjänster, som alltid visat sig svårbesatta. Utvecklingen komme också att leda därhän, att städerna i mycket stor utsträckning skulle få tjänsteläkare av äldre årgångar, medan landsbygden ständigt finge nöja sig med de yngsta inom kåren. — Man har hört den invändningen, att befordringsgången för lasarettsläkarna skulle vara fullt jämförbar och att utnämningförfarandet för dessa fungerat utan störningar. Jämförelsen är emellertid irrelevant, ty i avseende på lasarettsläkarna kan deras insatser inom sjukhusverksamheten bedömas på ett helt annat sätt än provinsialläkarnas inom den öppna vården. Sjukhusverksamheten är

genom föreskrivna årsredogörelser betydligt lättillgängligare för bedömning såväl i fråga om kvalitet som vad det gäller omfattning än vad den av provinsialläkarna bedrivna sjukvården är;

3. Den decentralisering, som skulle ske genom förändring av huvudmannskapet och som i och för sig må anses eftersträvansvärd, kommer ingalunda i verkligheten alltid att betyda en decentralisering. Erfarenheter från det senaste decenniet har lärt, att en avsedd organisatorisk decentralisering till de enskilda landstingen i många avseenden innebär en ny centralisering, nämligen till landstingsförbundets centrala organ. — Härtill kan fogas den synpunkten, att en önskvärd decentralisering i avseende på vissa frågor mycket väl kan ske genom den utbyggda länsläkarinstitutionen;

4. Tjänsteläkaren har i sin nuvarande ställning lokalt en samlad överblick över alla problem, som rör hälso- och sjukvården samt viss omgivningshygien. Med ett förändrat huvudmannskap och en utbyggd länsläkarorganisation kommer provinsialläkaren med all sannolikhet att till ännu större del än för närvarande ägna sig åt rena sjukvårdsuppgifter. I fråga om stadsläkarna kommer troligen denna utveckling att bli särskilt markant. För närvarande har dessa läkare smidiga kontakter med sin huvudman och möjligheter att med viss frihet angripa sin stads/kommuns speciella problem. Genom en huvudmannsreform riskerar denna för hälso- och sjukvårdens utveckling värdefulla frihet att gå förlorad. Detta blir i första hand en olägenhet för de enskilda städerna/kommunerna med deras inbördes många gånger ganska olikartade hälsovårdsproblem;

5. Konkurrensen mellan de i landstingen ingående kommunerna om prioriteten, då det gäller att tillgodose utbyggnader i fråga om lokaler samt personella och tekniska resurser, kan komma att medföra, att de primärkommuner, som kan utöva det största inflytandet inom sitt landsting, har utsikter att bli bäst tillgodosedda, oavsett de verkliga sjukvårdsbehoven. Ett belägg för här antydda farhågor måste utvecklingen av vården av långvarigt kroppssjuka anses vara. Den slutna sjukhusvårdens utbyggnad inom landstingen karakteriseras också till viss grad av det lokala inflytandets stora betydelse utan hänsynstagande till för sjukvården mera relevanta synpunkter;

6. Frågan om tjänsteläkarorganisationens finansiering vid ett förändrat huvudmannskap är ännu vid detta betänkandes framläggande helt olöst. Finansieringsfrågan måste sålunda föranleda en ny utredning för att klarlägga de ekonomiska relationerna mellan stat och landsting.

Det skall icke bestridas, att ett överförande av tjänsteläkarinstitutionen till landstingen kan innebära vissa administrativa och tekniska fördelar. Dessa fördelar kan dock väl uppvägas av andra fördelar, vilka är möjliga att uppnå med bibehållande av nuvarande huvudmannskap. Ett överförande av tjänsteläkarorganisationen till landstingen måste även föranleda ytterligare utbyggnad av de enskilda landstingens administration. Men-

talsjukvårdens överförande till landstingen bör emellertid ges prioritet. Genom den ytterligare belastning, som ett nästan samtidigt överförande av hela tjänsteläkarväsendet till landstingen skulle medföra, är det enligt min övertygelse fara, att en del av de fördelar man genom en huvudmannaskapsreform vill åstadkomma löper risk att administreras bort. Dessutom vill jag framhålla, att statens inflytande på tjänsteläkarväsendet knappast kan elimineras, så länge ekonomiskt bidrag utgår från staten.

I kap. 5 och 7 behandlar kommittén personaltillgången inom olika grupper av medicinalpersonal. Även om kommittén uppehåller sig vid brist-situationer inom samtliga personalkategorier har jag den uppfattningen, att kommittémajoriteten framhåller läkarbristen, som den faktor, vilken mer än andra utgör hinder för önskvärd utbyggnad av vår sjukvård. Ingen kan förneka, att vi har ett läkarunderskott; allra minst läkarna själva, som dagligen kommer i kontakt med dess bistra realitet, bestrider dess existens. Från samhällets sida finns det emellertid lika stor anledning att med uppmärksamhet och bekymmer följa utvecklingen i fråga om övriga personalgrupper såväl inom öppen som sluten sjukvård. Tillgången på framförallt sjuksköterskor och sjukgymnaster men även kuratorer m. fl. är av avgörande betydelse för sjukvårdsorganisationens effektivitet. Läkarna kan icke effektivt användas i sina egentliga arbetsuppgifter utan tillräcklig hjälp av övriga personalgrupper. Med särskild skärpa vill jag understryka vikten av, att en grundlig utredning snarast kommer till stånd beträffande det *verkliga* behovet av sjuksköterskor samt en undersökning av den reella tillgången på yrkesverksamma sådana. Det framhålls, att man har att räkna med ständigt stigande krav på förbättrad standard i fråga om utrustning av mottagningslokaler o. d. Genomförandet av sådan materiell standardförbättring blir ett tomt och värdelöst skal, om man icke samtidigt kan bevara eller ännu hellre höja standarden hos dem, som skall göra bruk av de förbättrade resurserna. Jag kan därför icke ansluta mig till det resonemang kommittémajoriteten för i kap. 7, utmynnande i förslag om att frågan om ytterligare utbyggnad av läkarutbildningskapaciteten snarast bör upptagas till prövning. Redan den nuvarande intagningen av 408 medicine studerande per år är av sådan storleksordning, att våra möjligheter att ge dessa en fullgod utbildning kan ifrågasättas; den nyligen genomförda läkarutbildningsreformen har i och för sig enligt min uppfattning försämrat möjligheterna att bereda våra medicine studerande en läkarutbildning av högsta klass. Berättigade kvalitetskravs tillbakasättande för att tillgodose på osäkra grunder fotade kvantitativa behov kan bli en allvarligare fara för vår sjukvårdsstandard än ett relativt lågt läkarantal. Nya prognoser för det framtida läkarbehovet måste baseras på kritiska analyser, i vilka man försöker klarlägga vilka uppgifter inom hälso- och sjukvården, som skall skötas av läkare, och vilka som kan fullgöras av andra personalgrupper.

Tabellförteckning

		Sid.
Kap. 3. Tab. 3.1	Översikt över de organ, som i städerna utanför landsting svarar för förebyggande vård m. m.	52
» 3.2	Översikt över platsantalet på anstalter för kroppssjukvård 1955.	65
» 3.3	Översikt över platsantalet på vårdanstalter för psykiskt sjuka och efterblivna 1955.	66
» 3.4	Den procentuella fördelningen av vårdplatserna inom kropps- och mentalsjukvården 1955.	67
» 3.5	Beräknat utbildningsbehov per år (antal platser) för vissa kategorier hälsovårdstjänstemän.	79
Kap. 4. Tab. 4.1	Distriktsköterskornas verksamhet 1946—55 (1 000-tal besök etc.) enligt uppgifter från medicinalstyrelsen.	103
» 4.2	Sammanställning över distriktsbarnmorskornas verksamhet i landstingsområdena.	104
» 4.3	Antal hemförlossningar med biträde av distriktsbarnmorskor inom landstingsområden och städer, som ej deltar i landsting.	105
» 4.4	Allmän översikt av spädbarns-, småbarns- och barnsängsdödligheten samt dödföddheten 1800—1955.	108
» 4.5	Förebyggande mödra- och barnavård 1940, 1950 och 1955.	109
» 4.6	Antal förlossningar och kvinnor, döda i havandeskaps- och förlossningssjukdomar åren 1930—1955, enligt uppgifter från statistiska centralbyrån.	110
» 4.7	Döda i havandeskaps- och förlossningssjukdomar 1931—1955 enligt uppgifter från statistiska centralbyrån.	111
» 4.8	Antal födda barn, därav dödfödda, enligt uppgifter från statistiska centralbyrån.	112
» 4.9	Tidigdödligheten, enligt uppgifter från statistiska centralbyrån.	112
» 4.10	Antalet vid organ för förebyggande vård 1955 skyddsympade barn i procent av hela antalet vid sådant organ inskrivna barn i samma åldersgrupp.	116
» 4.11	Antalet prövade värnpliktiga och deras fördelning på besiktningssgrupper 1945 och 1955.	121
» 4.12	Under åren 1947 och 1956 utskrivna patienter (inklusive avlidna), som för första gången vårdats för tuberkulos på tuberkulossjukvårdsanstalt, fördelade efter ålder vid intagningen jämte på grundval härav beräknad intagningsfrekvens (per 1 000 män resp. kvinnor i resp. åldersgrupper). Enligt uppgifter från svenska nationalföreningen mot tuberkulos och andra folksjukdomar.	125
» 4.13	Under åren 1947 och 1956 företagna undersökningar och åtgärder vid central- och distriktsdispensärer.	126
» 4.14	Dödligheten i olika åldersgrupper i vissa länder.	132
» 4.15	Återstående medellivslängd i vissa länder.	133
Kap. 5. Tab. 5.1	Drift- och anläggningskostnader (netto) för hälso- och sjukvård 1954 och 1955. Mkr.	143
» 5.2	Av sjukkassor finansierad sjukvård (exklusive medicin) 1954—57. Mkr.	144
» 5.3	Sannolik återstående livslängd och återstående medellivslängd under vissa perioder från 1751 till 1955. Antal år.	145
» 5.4	Sjuktal (sjukdagar per sjukpenningförsäkrad medlem) år 1955 enligt sjukkassestatistiken.	149
» 5.5	Av den obligatoriska sjukförsäkringen betalda sjukvårdskostnader per medlem (exklusive medicin) i stadscentralkassor, stadslokalkassor och landsbygdskassor år 1955. Kronor.	150

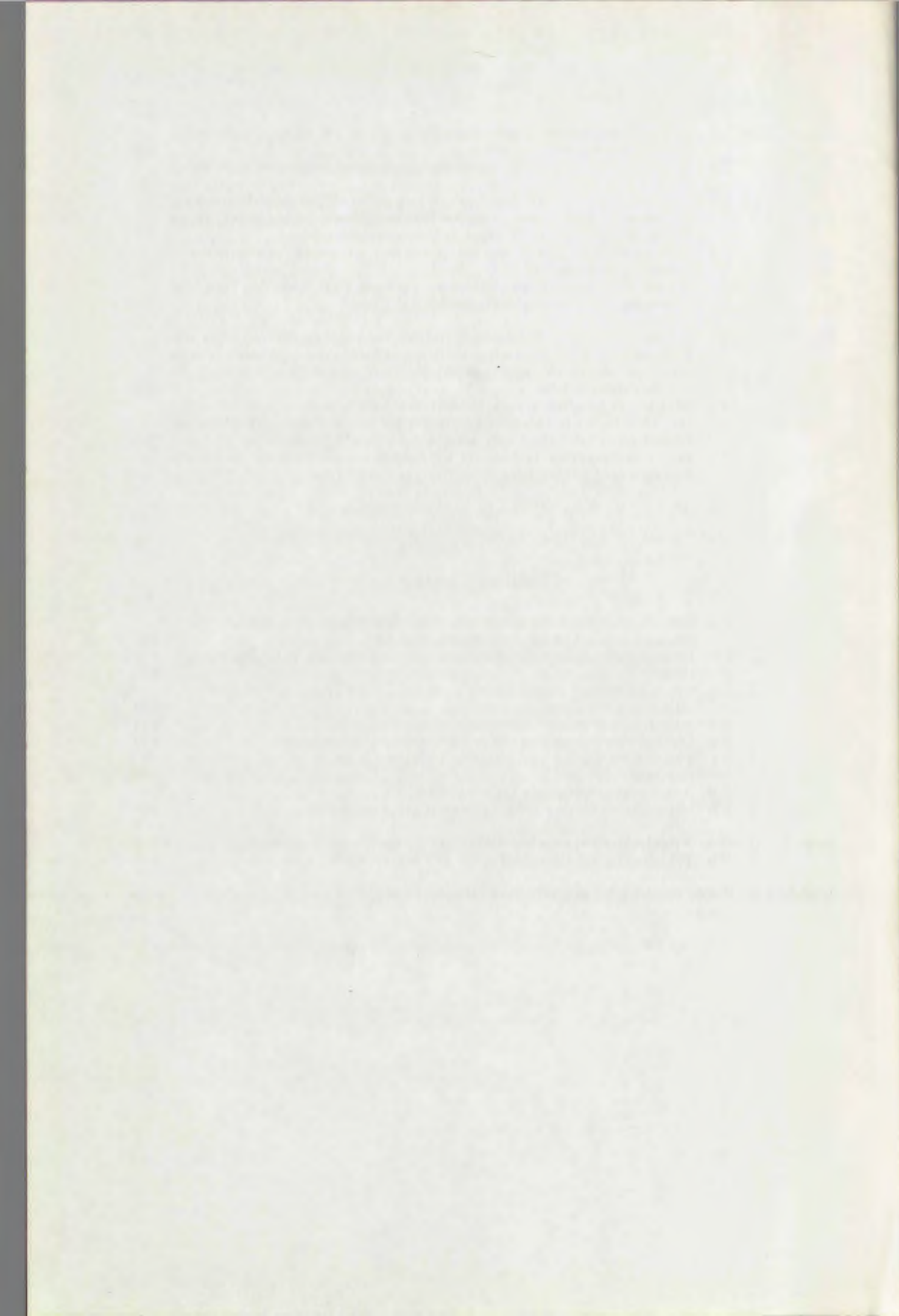
Kap. 5. Tab. 5.6	Av den obligatoriska sjukförsäkringen betalda läkar- och sjukhusvårds-kostnader per medlem i olika centralkasseområden 1955. Kronor.....	151
• 5.7	Utgifter för hälso- och sjukvård enligt olika källor, med fördelning på konsumtion och investeringar, 1928—55. Löpande priser. Mkr.....	153
• 5.8	Offentliga utgifter för hälso- och sjukvård i relation till bruttonational-produkt, totalkonsumtion och totalinvestering. Investeringskvoten inom folkhushållet och inom sjukvården.....	155
• 5.9	Statens, landstingens, primärkommunernas och sjukkassornas utgifter för hälso- och sjukvård 1928—55 enligt medicinal- och sjukkassestatistiken. Löpande priser. Mkr.....	158
• 5.10	Offentliga nettoutgifter för hälso- och sjukvård enligt medicinal- och sjukkassestatistiken fördelade (i %) på olika slag av huvudmän o. d... ..	160
• 5.11	Offentliga nettoutgifter för hälso- och sjukvård 1947—55 fördelade efter vårdgren och huvudmän m. m. Löpande priser. Mkr.....	161
• 5.12	Ny- och ersättningsinvesteringar inom hälso- och sjukvård enligt långtidsutredningen och nationalbudgetdelegationen.....	163
• 5.13	Medicinalkvot 1950—57 samt de statliga och kommunala huvudmän-nens kvotönskemål 1958. Mkr.....	165
• 5.14	Platsantal, vård dagar, intagningar och medelvårdtid i den slutna vår-den 1920—56.....	172
• 5.15	Förändringar i den slutna vården 1920—56.....	173
• 5.16	Ökning i folkmängd, »behov» och patientintag i kroppssjukhusvården. Procent per årtionde.....	177
• 5.17	Erforderligt platsantal per 1 000 invånare enligt centrala sjukvårds-beredningens normer samt faktiskt platsantal 1955.....	186
• 5.18	Lasarettavdelningar och lasarett fördelade efter »belägningsprocent» år 1956 enligt sjukhusens förvaltningsekonomiska statistik (medicinal-styrelsen).....	190
• 5.19	Patienter i sluten vård å lasarett, sjukstugor o. d. den 8 december 1954 fördelade enligt vederbörande läkares omdöme om karaktären av deras vårdbehov.....	192
• 5.20	Huvudresultaten av tre inventeringar av sjukligheten bland vårdtagar-na på ålderdomshem.....	194
• 5.21	Medicinalpersonal 1947—55.....	198
• 5.22	Specifikation av antal läkare och sjuksköterskor 1920—55.....	204
• 5.23	Lediga läkartjänster i oktober 1957. Avser tjänster som var vakanta eller lediga på grund av sjukdom eller tjänstledighet (dock ej semester) och som saknade vikarie eller uppehölls genom dubbelförordnande eller av vikarie utan allmän behörighet att utöva läkaryrket.....	206
• 5.24	Antal yrkesverksamma läkare 1954—1990 enligt olika källor och prog-noser.....	207
• 5.25	Antal läkare per miljon invånare i olika länder.....	213
• 5.26	Totalantal läkare och läkarantal per 10 000 invånare i Sverige och Norge vid årsskiftet 1955/56.....	215
• 5.27	Totalantal läkare och antal läkare per 10 000 invånare i Sverige och Finland vid utgången av 1955.....	216
• 5.28	Antal läkare per 10 000 invånare i olika län och vissa större städer 1940—55.....	216
• 5.29	Antal specialister år 1956.....	217
• 5.30	Observerade dödsrisker per 1 000 på landsbygden och i städerna 1941—50.....	219
• 5.31	Dödligheten för män i skilda åldersklasser i städerna och på lands-bygden i procent av dödligheten för män i hela riket samt återstående medellivslängd i städerna och på landet enligt dödlighets- och livs-längdstabeller 1941—50.....	219
• 5.32	Antal döda män 1951—55 inom vissa åldersgrupper med fördelning (i %) på viktigare dödsorsaker.....	220
• 5.33	Antal tjänsteläkarbefattningar 1700—1956.....	223
• 5.34	Procentuellt antal vakanta ordinarie provinsialläkardistrikt.....	224
• 5.35	Antal vakanta eller på grund av sjukdom etc. (dock ej semester) lediga provinsialläkartjänster den 1 oktober 1957.....	225
• 5.36	Nyutnämnda (icke transportsökande) ordinarie provinsialläkares tjänst-årsmeriter 1942—57. (Antal år-månader-dagar).....	226

	Sid.	
Kap. 5. Tab. 5.37	Har patienttillströmningen visat tendens att öka efter den allmänna sjukförsäkrings genomförande? Svar å vår och läkarförbundets enkät hösten 1957.	227
• 5.38	Provinsialläkare, kommunalläkare och privatpraktiserande läkare fördelade efter antalet praktikdagar per år enligt uppgifter lämnade i augusti-september 1957.	227
• 5.39	Åldersfördelningen inom tjänste- och sjukhusläkarkårerna samt inom läkarkåren i dess helhet år 1955.	232
• 5.40	Hur provinsial- och kommunalläkares arbetstid normalt användes.	233
• 5.41	Kommunalläkare fördelade efter det antal timmar per vecka de normalt ägnar åt omgivningshygien och förebyggande vård samt öppen vård, ävensom efter den totala normala arbetstiden per vecka enligt uppgifter inhämtade av oss år 1955.	234
• 5.42	Arbetsbelastningen i olika verksamheter för förste stadsläkare m. fl.	235
• 5.43	Antal kommunalläkare fördelade efter antalet konsultationer (mottagningar + hembesök) under veckan 8—14 december 1955 enligt av oss inhämtade uppgifter.	236
• 5.44	Konsultationsantalets fördelning på olika kategorier av läkare o. d. enligt läkarförbundets enkät 1954 (uppräknade tal) kompletterad med uppgifter för sjukhusmottagningar och polikliniker samt enligt riks-försäkringsanstaltens samplingsundersökning 1955/56.	240
• 5.45	Konsultationer i öppen vård länsvis enligt läkarenkäten (uppräknade tal) och statistiken för sjukhusmottagningar och polikliniker 1954.	248
• 5.46	Besök på läkarens mottagning samt sjukbesök i patientens hem, med fördelning på vissa områden, enligt riks-försäkringsanstaltens samplingsundersökning 1955/56.	249
• 5.47	Antal läkare, som medverkar i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (samt över- och underläkare som redovisat privatpraktik o. d.) enligt läkarförbundets enkät 1954.	251
• 5.48	Konsultationer i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (samt privatpraktik m. m. redovisad av över- och underläkare) regionvis enligt läkarenkäten 1954.	252
• 5.49	Antal läkare fördelade efter konsultationsantal per år i öppen sjukvård utanför sjukhus och polikliniker (samt i privatpraktik o. d. redovisad av över- och underläkare) jämte median- och medelvärden, efter mottagningstyp och verksamhetsgrupp. Enligt läkarförbundets enkät 1954.	254
• 5.50	Konsultationer i öppen vård utanför sjukhus och polikliniker (samt i privatpraktik o. d. redovisad av överläkare m. fl.) fördelade efter specialitet och regioner enligt läkarförbundets enkät 1954.	255
• 5.51	Besök i öppen lasarettsvård 1954 och 1956 med regional fördelning.	256
• 5.52	Läkarkonsultationer, läkararvoden och procentuell återbäring till medlemmar, med fördelning på läkarkategorier m. m. enligt riks-försäkringsanstaltens samplingsundersökning 1955/56.	260
• 5.53	Antal sjuksköterske- och barnmorsketjänster i öppen vård 1/1 1957 i landstingsområdena.	262
• 5.54	Antal sjuksköterske- och barnmorsketjänster i öppen vård 1/1 1957 i städer utanför landsting.	263
• 5.55	Antal sjuksköterske- och barnmorsketjänster i öppen vård och antal invånare per sådan tjänst 1/1 1957.	263
• 5.56	Antal invånare per sjuksköterska med hälsovårdsutbildning i landstingsområdena 1/1 1957.	264
Kap. 7. Tab. 7.1	Tjänsteläkarnas mottagningslokaler fördelade efter golvyta och upp-lätelseform avseende 1954—57.	327
• 7.2	Av läkardistrikt (bruk etc.) tillhandahållna eller av läkare i fria marknaden förhyrda provinsialläkarmottagningar fördelade efter beräknat hyresvärde och hyressubvention 1954.	330
• 7.3	Å tjänsteläkarmottagningar i landstingsområden medverkande personal enligt distriktsvårdsenkäten 1957.	330
• 7.4	Provinsial- och kommunalläkare fördelade efter innehavet av viss utrustning samt efter möjligheterna att få undersökningar, som erfordrar sådan utrustning, utförda på annat sätt. Enligt läkarförbundets enkät 1954.	332

	Sid.
Kap. 7. Tab. 7.5	337
• 7.6	338
• 7.7	338
• 7.8	360
• 7.9	365
Kap. 8. Tab. 8.1	391
• 8.2	392
• 8.3	394

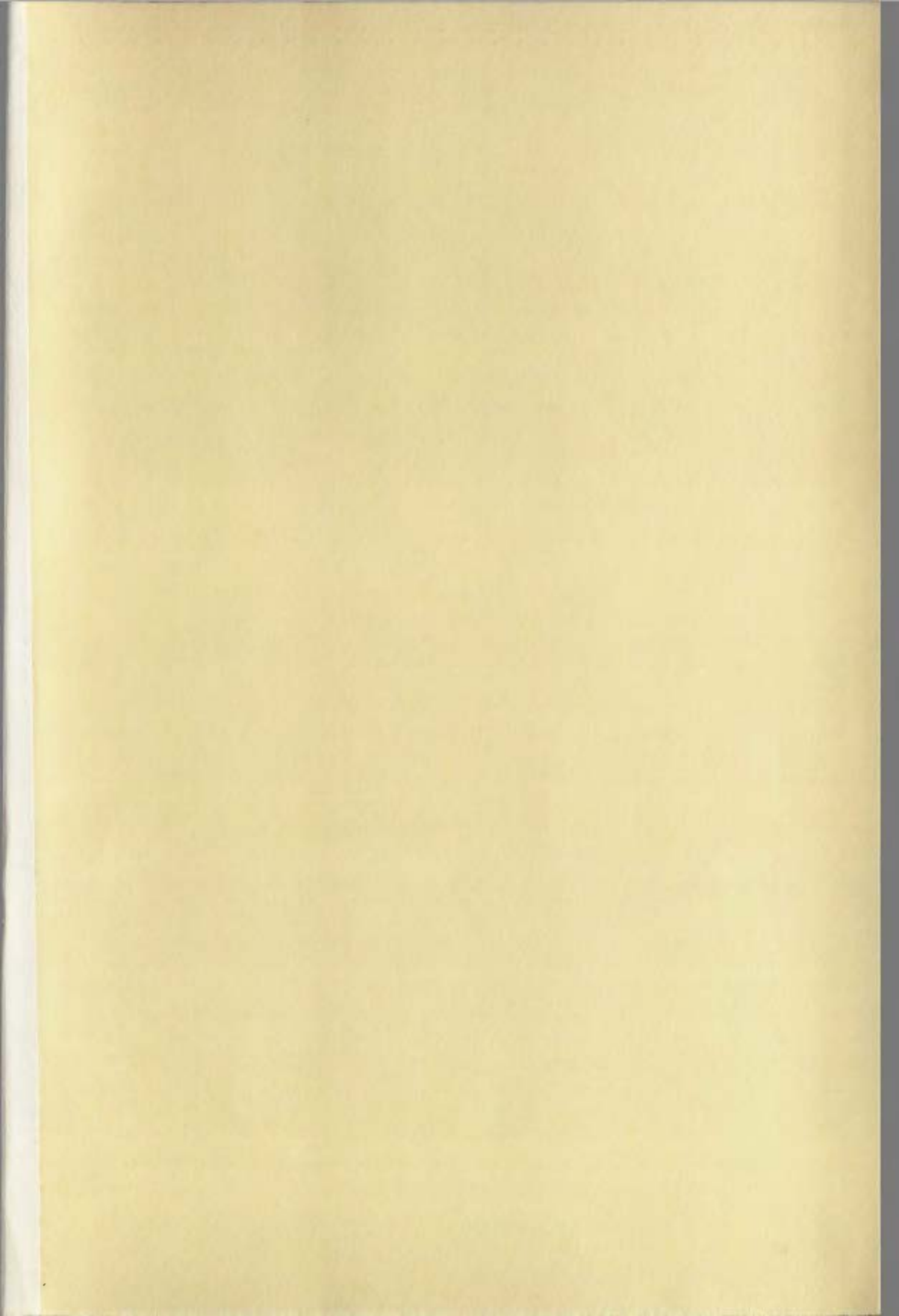
Bildförteckning

Kap. 5. Bild 5 a	164
• 5 b	164
• 5 c	164
• 5 d	174
• 5 e	174
• 5 f	175
• 5 g	205
• 5 h	209
Kap. 7. • 7 a	329
• 7 b	342
Kartskiss utvisande områden inom 5 miles radie från lasarett	418





KUNGL. BIBL.
27 SEP 1958
STOCKHOLM



Statens offentliga utredningar 1958

Systematisk förteckning

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

Allmän lagstiftning. Rättskipning. Fångvård.

Häradsrätts sammansättning i brottmål. [9]
Förslag till varumärkeslag. [10]

Statsförfattning. Allmän statsförvaltning.

Utredning om vissa förhållanden vid konserveringsforskningsinstitutet. [3]
Författningsutredningen. 1. Kandidatnominering vid andrakammarval. [6] 2. Regeringsarbetet. [14]

Kommunalförvaltning.

Statens och kommunernas finansväsen.

Politi.

Nationalekonomi och socialpolitik.

Hälsa- och sjukvård.

Gemensam nordisk hälsovårdsutbildning. [8]
Hälsovård och öppen sjukvård i landstingsområdena. [15]

Allmänt näringsväsen.

Fast egendom. Jordbruk med binärningar.

Småbrukarstödet. [7]

Vattenväsen. Skogsbruk. Bergsbruk.

Industri.

Handel och sjöfart.

Kommunikationsväsen.

Vägplan för Sverige. Del 1. Riktlinjer och förslag samt kartbilagor. [1] Del 2. Expertutredningar och övriga textbilagor. [2]

Bank-, kredit- och penningväsen.

Försäkringsväsen.

Promemorior med förslag om fondförvaltning m. m. i samband med en utbyggd pensionering. [4]
Permanent skördeeskadeskydd. [5]

Kyrkoväsen. Undervisningsväsen.

Andlig odling i övrigt.

1955 års universitetsutredning. 3. Reserverna för högre utbildning. Beräkningar och metoddiskussion. [11]

Försvarsväsen.

Civilt försvarsutbildningen. [12]
Civilt försvarets organisation. [13]

Utrikes ärenden. Internationell rätt.