Nr 85.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående ändrade grunder för statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande; given Stockholms slott den 29 januari 1937.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över socialärenden för denna dag, föreslå riksdagen att bifalla det förslag, om vars avlåtande till riksdagen föredragande departementschefen hemställt.

Under Hans Maj:ts
Min allernådigste Konungs och Herres frånvaro,
enligt Dess nådiga beslut:

GUSTAF ADOLF.

Gustav Möller.

Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför Hans Maj:t Konungen i statsrådet å Stockholms slott den 29 januari 1937.

Närvarande:

Statsministern HANSSON, ministern för utrikes ärendena SANDLER, statsråden PEHRSSON-BRAMSTORP, WESTMAN, MÖLLER, LEVINSON, ENGBERG, SKÖLD, NILSSON, QUENSEL, FORSLUND.

Efter gemensam beredning med t. f. chefen för finansdepartementet anmäler chefen för socialdepartementet, statsrådet Möller, fråga om *ändrade grunder för statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande* och anför därvid följande.

Inledning.

I skrivelse den 4 maj 1933 framlade medicinalstyrelsen förslag till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m. (statens off. utr. 1934: 9), varefter styrelsen i skrivelse den 25 januari 1935 föreslog visst tillägg till övergångsbestämmelserna till berörda förslag. Styrelsen framhöll, att genomförandet av dess förslag skulle möjliggöra en viss omorganisation av dispensärvården och att delvis nya riktlinjer för dispensärvårdens framtida utveckling skulle framläggas.

På därom av styrelsen gjord hemställan bemyndigade Kungl. Maj:t den 12 januari 1934 styrelsen att tillkalla en lasarettsläkare och en sanatorieläkare att såsom sakkunniga biträda vid utredning av frågan om nyssnämnda omorganisation och därmed sammanhängande spörsmål. Till sakkunniga utsåg styrelsen genom beslut den 8 februari 1934 f. d. lasarettsläkaren L. E. Hedlund och sanatorieläkaren vid Västernorrlands läns sanatorium vid Sundsvall A. H. E. Forsheim.

Styrelsen har den 28 juni 1935 avgivit redogörelse för den med biträde av förenämnda sakkunniga verkställda utredningen angående förslag till viss omorganisation av dispensärvården och därmed sammanhängande spörsmål. Utredningen är såsom utlåtande och förslag angående statsunderstödd dispensärverksamhet tryckt i statens offentliga utredningar 1935: 33. Densamma utgör jämväl anbefallt yttrande över kapitel IV (om dispensärverksamheten, s. 141—162) i ett av styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos den 12 april 1929 till dåvarande chefen för socialdepartementet överlämnat, genom föreningens försorg utarbetat betänkande, innehållande utredning angående fortsatta åtgärder till tuberkulosens bekämpande i Sverige.

Över det av styrelsen sålunda avgivna förslaget hava infordrade yttranden

avgivits av statskontoret ävensom samtliga länsstyrelser efter hörande av förste provinsialläkarna i länen och vederbörande landstings förvaltningsutskott. Yttranden hava vidare avgivits av svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet, centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund, svenska stadsläkarföreningen, svenska sanatorieläkarföreningen, svenska provinsialläkarföreningen, svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt svensk sjuksköterskeförening.

Sedan frågan därefter underkastats ytterligare beredning inom socialdepartementet, vill jag upptaga ärendet till slutligt övervägande.

Gällande bestämmelser rörande statsbidrag till distrikts- och dispensärvården.

Det av mig inledningsvis omförmälda, av medicinalstyrelsen den 4 maj 1933 framlagda förslaget till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m. har vid 1935 års riksdag av statsmakterna lagts till grund för en genomgripande omorganisation av distriktsvården. De härutinnan fattade besluten hava kommit till uttryck i kungörelsen den 28 juni 1935 (nr 428) angående statsbidrag till distriktsvård med dess följdförfattningar. Dessa författningar hava, ehuru närmast åsyftande en efter tidsläget avpassad omdaning av distriktsvården, en genomgripande principiell betydelse jämväl för dispensärvårdens del.

Enligt nämnda kungörelse nr 428/1935 med däri genom kungörelse den 26 juni 1936 (nr 323) vidtagen ändring gälla om den statsunderstödda *distriktsvården* i huvudsak följande bestämmelser.

Statsbidrag till distriktssköterskas avlönande må utgå till landsting, som i enlighet med berörda kungörelse anordnat distriktsvård å den i landstingsområdet ingående landsbygden jämte städer med högst 5,000 invånare. Område, inom vilket landsting anordnat distriktsvård, benämnes distriktsvårdsområde och en distriktssköterskas verksamhetsområde distrikt. Ledningen av distriktsvården inom varje distriktsvårdsområde skall utövas av en distriktsvårdsstyrelse, bestående av fem ledamöter. Förste provinsialläkaren i det län, inom vilket distriktsvårdsområdet är beläget, skall vara självskriven ledamot av styrelsen. Av de övriga fyra ledamöterna, vilka utses av landstinget, bör en vara läkare med särskild utbildning i tuberkulosvård, varjämte en bör vara kvinna. Där landsting finner sådant lämpligt, må landstinget besluta, att distriktsvårdsstyrelsen skall utgöras av landstingets förvaltningsutskott eller viss avdelning därav. För giltigheten av dylikt beslut erfordras dock medicinalstyrelsens godkännande, vilket endast må meddelas, där utskottet eller dess avdelning är i huvudsak sammansatt efter de gunder, som angivits för distriktsvårdsstyrelse. Instruktion för distriktsvårdsstyrelsen fastställes av landstinget.

Den omedelbara tillsynen över distriktsvården åligger, envar inom hans tjänstgöringsområde, provinsial- och extra provinsialläkare såsom närmaste förman för de i distriktsvården anställda befattningshavarna. På framställning av distriktsvårdsstyrelse må dock medicinalstyrelsen förordna annan läkare att vara förman för distriktssköterska.

Distriktsvården skall inom varje distriktsvårdsområde vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan. Distriktssköterskas tjänstgöring skall i allmänhet omfatta såväl upplysande och rådgivande verksamhet i av-

seende å barnavård, bostadsvård och hälsovård jämte övriga grenar av förebyggande vård som ock all sådan sjukvård, som kan utövas i hemmen. Därmed är sålunda i princip utsagt, att det av dispensärsköterskor bedrivna s. k. fältarbetet (uppspanande av tuberkulosfall, barnprofylax, hemmens sanering etc.) skall övertagas av distriktssköterskorna och ingå i deras verksamhet, vilken sålunda i regel skall omfatta sjukvård, förebyggande vård och dispensärvård. I detta avseende föreskrives emellertid vidare, att distriktssköterskas tjänstgöring må kunna omfatta allenast viss eller vissa grenar av sådan vård, som nu angivits.

Beträffande distriktssköterskas utbildning stadgas, att hon skall hava genomgått godkänd sjuksköterskeskola samt dessutom hava bevistat fullständig kurs vid statens distriktssköterskeskola.

Statsbidrag utgår med 1,000 kronor om året för varje distriktssköterskebefattning för tid, under vilken befattningen uppehålles av ordinarie befattningshavare eller av vikarie med utbildning som nyss sagts. Av statsmedel skola vidare bestridas de i distriktssköterskornas avlöningsförmåner ingående ålderstilläggen å den kontanta lönen.

Genom ifrågavarande kungörelse nr 428/1935, som trätt i kraft den 1 januari 1936, har kungörelsen den 30 april 1920 (nr 234) angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor upphört att gälla. Enligt övergångsbestämmelserna i 1935 års kungörelse skola emellertid iakttagas följande undantag och bestämmelser.

Finnes vid tiden för ikraftträdandet av den nya kungörelsen inom distriktsvårdsområde eller del därav distriktsvård så anordnad, att statsbidrag därtill kunnat utgå enligt förut gällande bestämmelser, må, där distriktsvård ej anordnas inom distriktsvårdsområdet enligt stadgandena i den nya kungörelsen, statsbidrag till den förefintliga vårdformen fortfarande kunna utgå enligt äldre bestämmelser. Vad nu sagts skall dock beträffande av kommun eller sammanslutning av kommuner anordnad distriktsvård gälla högst under en tid av fem år från dagen för ikraftträdandet av den nya kungörelsen.

Genomförande av distriktsvård enligt den nya kungörelsen må efter plan, som godkännes av medicinalstyrelsen, ske på det sätt, att distriktsvård först anordnas inom del eller delar av distriktsvårdsområde samt sedermera efter hand jämväl inom området i övrigt. Del eller delar av distriktsvårdsområde, inom vilken eller vilka distriktsvård sålunda anordnas enligt den nya kungörelsen, skola dock sammanfalla med ett eller flera områden för provinsial- eller extra provinsialläkares tjänstgöring. Beträffande del av distriktsvårdsområde, inom vilken distriktsvård ännu icke anordnats enligt den nya kungörelsen, skola äldre bestämmelser angående distriktsvård fortfarande äga tillämpning, dock skall inom sådan del av distriktsvårdsområde anordnad distriktsvård stå under ledning av den enligt bestämmelserna i den nya kungörelsen för distriktsvårdsområdet tillsatta distriktsvårdsstyrelsen. Distriktssköterska, som inom del av distriktsvårdsområde, där distriktsvård anordnats enligt den nya kungörelsen, anställes allenast för viss eller vissa vårdgrenar, må enligt distriktsvårdsstyrelsens bestämmande utöva denna sin verksamhet jämväl inom distriktsvårdsområdet i övrigt.

Utan hinder av vad i den nya kungörelsen är stadgat rörande distriktssköterskas utbildning må sjuksköterska, som vunnit behörighet att innehava dispensärsköterskebefattning, till vilken statsbidrag kan utgå, innehava befattning såsom distriktssköterska enligt den nya kungörelsen. Samma rätt skall ock tillkomma sjuksköterska, som vid 1935 års ingång innehade distriktssköterske- eller dispensärsköterskebefattning, till vilken statsbidrag utgick.

Distriktssköterska, som enligt vad nu sagts vunnit anställning i distriktsvård enligt den nya kungörelsen men som icke genomgått statens distriktssköterskeskola, skall dock vara skyldig att efter medicinalstyrelsens anvisning genomgå en för ändamålet anordnad kompletteringskurs.

Landsting, som anordnat distriktsvård enligt den nya kungörelsen, må under en tid av högst fem år från dagen för kungörelsens ikraftträdande kunna erhålla statsbidrag enligt samma kungörelse även för tid, under vilken distriktssköterskebefattning till följd av den ordinarie innehavarens semester uppehålles av sjuksköterska, som icke uppfyller de i den nya kungörelsen föreskrivna villkoren i fråga om distriktssköterskas utbildning.

Vad därefter angår den statsunderstödda *dispensärverksamheten,* innefattas de därom meddelade bestämmelserna i kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet med däri genom kungörelse den 10 maj 1929 (nr 84) och den 28 juni 1935 (nr 429) vidtagna ändringar.

Enligt angivna författningar må statsbidrag tilldelas upplysnings- och understödsbyrå för tuberkulossjuka (dispensär), under förutsättning att densamma av landsting, kommun, länsförening mot tuberkulos eller annan bestående korporation åtnjuter bidrag för inrättande och drift. Statsbidrag må dock ej tilldelas dispensär, som allenast eller huvudsakligen är avsedd för stad, vilken icke deltager i landsting. Vad som gäller för dispensär skall beträffande centralt organ, som handhar ledningen av flera till statsbidrag berättigade dispensärers verksamhet, äga motsvarande giltighet i vad angår sådan ledning och därav föranledda utgifter.

Dispensär till vilken statsbidrag utgår, skall förestås av legitimerad läkare. Är vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt bestämmelserna i kungörelsen den 28 juni 1935 (nr 428) angående statsbidrag till distriktsvård, skall dispensären förestås av den läkare, som enligt samma bestämmelser är förman för nämnda sjuksköterska. Vid dispensären anställda sjuksköterskor skola hava erhållit såväl fullgod allmän sjukvårdsutbildning som ock undervisning vid särskild dispensärkurs.

Statsbidrag till dispensär må allenast avse följande utgifter, nämligen för läkar- och sjuksköterskearvoden, resor i dispensärens tjänst, hyra för och underhåll av dispensärlokal, expedition samt inköp av nödvändiga sjukvårdsartiklar ävensom organiserad barnavård. För dylika utgifter utgår statsbidrag med högst en fjärdedel därav. Däremot kan statsbidrag icke utgå för vad som lämnats såsom understöd åt enskilda personer.

Dispensär, som åtnjuter statsbidrag, skall stå under inseende av vederbörande förste provinsialläkare och medicinalstyrelsen.

Statsbidrag beviljas i efterskott för kalenderår av medicinalstyrelsen, som jämväl utbetalar beviljat statsbidragsbelopp. Enligt kungörelsen nr 429/1935, som trätt i kraft den 1 januari 1936, må dock, om landsting inom området för dispensärens verksamhet anordnat distriktsvård enligt bestämmelserna i 1935 års distriktsvårdskungörelse (nr 428), statsbidrag icke utgå för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst. I övergångsbestämmelserna till kungörelsen nr 429/1935 stadgas emellertid, att utan hinder av nyssberörda föreskrift, statsbidrag må, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, tills vidare kunna utgå jämväl för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst, under förutsättning dock att till sagda sjuksköterskas avlöning statsbidrag

icke utgår enligt bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård. I sistnämnda övergångsbestämmelser utsäges jämväl, att inom område, där distriktsvård ännu ej anordnats i enlighet med 1935 års distriktsvårdskungörelse, nu gällande bestämmelser angående statsbidrag till dispensärvård alltjämt skola äga tillämpning.

De bestämmelser, för vilka nu redogjorts, kunna sägas giva uttryck åt såväl dispensärvårdens grundläggande betydelse för socialhygienen som den uppfattningen, att en avlösning av dispensärvården såsom särskild vårdform förutsätter en helt genomförd distriktsvård enligt de riktlinjer, som uppdragits i 1935 års distriktsvårdskungörelse.

Såsom ägnat att ytterligare belysa sambandet mellan de båda vårdgrenarna synes mig vidare lämpligt att ur motiven till 1935 års omorganisation av distriktsvården erinra om följande.

I medicinalstyrelsens här förut omförmälda förslag till nya författningsbestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor (statens off. utredn. 1934: 9) anförde styrelsen i fråga om möjligheterna att förena distrikts- och dispensärvård i huvudsak följande.

Den socialhygieniska utbildningen är numera gemensam för dispensär- och distriktssköterskorna. Många viktiga arbetsuppgifter äro jämväl gemensamma. Båda dessa grupper av sjuksköterskor skola ägna sin uppmärksamhet åt barnavården och därvid giva råd och anvisningar. Detsamma är förhållandet med bostadsvården. Dispensärsköterskornas verksamhet avser visserligen sådana hem, där tuberkulos förekommer eller misstänkes förekomma, men de åtgärder, sjuksköterskorna härvidlag hava att vidtaga, falla samtliga inom socialhygienens områden. I dispensärsköterskornas åligganden ingå vissa sjukvårdsuppgifter beträffande sådana lungsiktiga, som av en eller annan anledning vårdas i hemmen. Jämlikt i vissa län gällande instruktioner skola dispensärsköterskorna, då deras tid så medgiver, tillhandagå allmänheten med hjälp och vård även för andra sjukdomar än tuberkulos. I andra län åter är detta förbjudet, såvitt ej dispensärledningens tillstånd inhämtas för varje särskilt fall. För den sjukes vård erforderliga åtgärder beträffande bostäder, understöd, intagning på sjukvårdsinrättning och dylikt ingå i såväl dispensär- som distriktssköterskornas åligganden. Någon djupare artskillnad mellan de båda sjuksköterskegruppernas arbete än den, att dispensärsköterskornas arbete väsentligen är riktat på en viss sjukdom, tuberkulosen, under det att distriktssköterskornas arbetsfält är vidare och omfattar alla sjukdomar, föreligger emellertid icke. I detta sammanhang må erinras därom, att i Norrbottens län sedan flera år dispensär- och distriktsvårdsuppgifterna i viss omfattning ombesörjas av samma funktionärer.

Enär det framstår såsom önskvärt, att antalet av de för hygienen verksamma befattningshavare, som besöka hemmen, begränsas, har medicinalstyrelsen övervägt möjligheten att i än större omfattning hos *en* befattningshavare förena samtliga de åligganden inom hälso- och sjukvården jämte tuberkulosvården för vilka här ovan redogjorts.

En sådan förening av dispensär- och distriktssköterskeketjänsterna kan visserligen tänkas medföra, att det förebyggande tuberkulosarbetet i viss mån får stå tillbaka för tillgodoseendet av andra hithörande uppgifter. Faran härför kunde antagas bliva större i de län, där tuberkulos mest förekommer. Emellertid visar erfarenheten från Norrbottens län, där lungsotsfrekvensen är den största i riket, att dispensärsköterskornas arbetsuppgifter väl kunna

förenas med distriktssköterskornas åligganden utan väsentligt förfång för de förra. Styrelsen vill dock icke göra gällande, att erfarenheterna från nämnda län helt undanröja farhågan att, där stark lungsotsfrekvens förefinnes, en sammanslagning av nämnda art kan bliva ett men för den ena eller andra vårdgrenen. — — — I vissa andra län i rikets södra del torde, därest icke några oberäknade förändringar i tuberkulosens frekvens uppkomma, dispensär- och distriktsvården kunna ombesörjas av samma funktionärer utan att likväl några arbetsuppgifter kunna antagas bliva lidande.

En av huvudförutsättningarna för att dispensär- och distriktsvården lämpligen skall kunna förenas hos en och samma sjuksköterskegrupp är, att ledningen för dispensär- och distriktsvården inom ett distrikt ligger hos samme läkare. Enligt nu gällande bestämmelser står distriktssköterskan i sin tjänstgöring under vederbörande provinsialläkares förmanskap, under det att dispensärläkaren är dispensärsköterskans förman. Då i samtliga län i riket, utom Hallands och Älvsborgs län, provinsial- respektive extra provinsialläkare i stort sett tjänstgöra inom dispensärvården, torde svårigheter ej möta för en sådan anordning. I Hallands och Älvsborgs län åter, där ledningen av dispensärens verksamhet, även vad arbetet ute bland befolkningen inom dispensärområdet — fältarbetet — beträffar, centraliserats — i Hallands län med en läkare för hela verksamheten och i Älvsborgs län med förste provinsialläkaren och sanatorieläkarna inom landstingsområdet — stöter den ifrågasatta föreningen på vissa svårigheter.

Vad ovan anförts torde giva vid handen, att distrikts- och dispensärvårdsarbetet bör organiseras efter följande huvudlinjer:

1) De åligganden som tillkomma dispensär- och distriktssköterskor böra, i den mån så lämpligen ske kan, förenas hos en och samma sjuksköterskegrupp.

2) Den förenade dispensär- och distriktssköterskeverksamheten skall, såvitt icke särskilda förhållanden annat föranleda, omfatta sjukvård, förebyggande vård ävensom dispensärvård.

3) Den förebyggande vården skall omfatta barnavård i såväl spädbarns-, kolt- och lekåldern som skolåldern, moderskapsvård, i den mån densamma icke utövas av barnmorska, bostadsvård samt personlig hälsovård.

4) Behovet av hemvård vid sådana långvariga sjukdomsfall, som fordra ständig övervakning och vård av sjuksköterska, bör tillgodoses genom anställande av ambulatoriska sjuksköterskor.

I ett särskilt, medicinalstyrelsens berörda förslag den 4 maj 1933 bilagt yttrande framhöll en av de i handläggningen av ärendet deltagande ledamöterna, *medicine doktorn Gustaf Neander,* att synnerlig varsamhet borde iakttagas vid sammanslagningen av dispensär- och distriktssköterskeverksamheten samt att dylik sammanslagning icke borde förekomma annorstädes än i de sjukvårdsområden, där tuberkulosdödligheten visat sig vara låg, förslagsvis högst såsom medeltal för senaste femårsperiod 1 på 1,000 invånare per år räknat, medan i övriga områden särskilda dispensärsköterskor tills vidare borde bibehållas. Dessutom förordades inrättandet i varje län av s. k. centraldispensärer, utrustade med röntgeninstallation och ledda av läkare med sanatorieläkarkompetens, i syfte att öka dispensärverksamhetens resurser för kvalificerad diagnostik av tuberkulosfall.

Vid framläggande av proposition nr 213/1935 med förslag till ändring i hälsovårdsstadgan samt omorganisation av distriktsvården m. m. anförde jag efter en kortfattad resumé av medicinalstyrelsens förslag till dispensärvår-

dens ordnande, vilket förslag vid tiden för propositionens avgivande var i väsentliga delar utarbetat, bland annat följande.

Såsom synes åsyftar medicinalstyrelsens förslag till dispensärvårdens omorganisation en förstärkning av dispensärvården utan att rubba den grund, varpå distriktsvårdsförslaget bygger. Då det gäller det förebyggande arbetet inom tuberkulosvården, synes mig stor vikt böra tillmätas den omständigheten, att tuberkulosen är en sjukdom, som intimt sammanhänger med individens och familjens hela livsföring. De organ, åt vilka arbetet skall anförtros, böra därför besitta kunskap och erfarenhet inom hälsovårdens samtliga grenar. Med hänsyn härtill torde det i princip vara riktigt, att jämväl det förebyggande arbetet inom tuberkulosvården ingår såsom ett led i den för övriga grenar av hälsovården gemensamma distriktsvården. Å andra sidan utgör dispensärvården till följd av den höga frekvens, tuberkulosen otvivelaktigt ännu har i vissa delar av vårt land, en av de viktigaste grenarna inom den förebyggande verksamheten. Det måste därför anses fullt befogat, att från principen om enhetlighet inom hälsovårdsarbetet större avvikelser medgivas för dispensärvården än för övriga grenar av förebyggande vård. Med dessa utgångspunkter kan jag ej finna annat än att medicinalstyrelsens förslag på ifrågavarande punkt, kompletterat på sätt medicinalstyrelsen i sitt i år avgivna tilläggsförslag förordat, i stort sett innebär en tillfredsställande anordning. I vissa hänseenden synas dock jämkningar i styrelsens förslag vara erforderliga, berörande de grunder, enligt vilka statsbidrag skall utgå till dispensärvård.

Enligt min mening torde härutinnan följande böra gälla. Inom område, där distriktsvård ännu ej anordnats enligt de nya bestämmelserna, skola angående statsbidrag till dispensärvård nu gällande bestämmelser fortfarande äga tillämpning. Har däremot inom området för dispensärens verksamhet distriktsvård anordnats enligt de nya bestämmelserna, skall i princip statsbidrag ej längre utgå för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst. Tills vidare skall dock, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag kunna utgå jämväl för nämnda ändamål, såframt fråga ej är om sådan vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt de nya bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård. Slutligen skola nuvarande dispensärsköterskor vara tillförsäkrade rätt att utan vidare innehava anställning såsom distriktssköterska i den nya organisationen. Härmed anser jag alla rimliga krav på smidighet i dispensärvårdens intresse hava tillgodosetts.

Sammansatt stats- och andra lagutskott tillstyrkte i utlåtande nr 5/1935 i huvudsak de i propositionen föreslagna ändrade grunderna för statsbidrag till distrikts- och dispensärvården.

Beträffande dispensärvården anförde utskottet bland annat följande.

I fråga om dispensärvården öppnade förslaget möjlighet till att låta distriktssköterskorna inom distrikt, där tuberkulosfrekvensen väsentligen nedgått, övertaga det av dispensärsköterskorna bedrivna fältarbetet, under det att i övrigt dispensärvården lämnades oberörd. Någon befogad anmärkning torde icke vara att framställa emot att en dylik anordning genomfördes i de delar av landet, där tuberkulosfrekvensen väsentligen minskat. Om någon obligatorisk sammanslagning av dispensärsköterskornas och distriktssköterskornas uppgifter vore det sålunda ej fråga, och förslagets genomförande kunde följaktligen icke, såsom på något håll befarats, medföra ett sönderbrytande av den bestående organisationen av dispensärvården.

Dispensärverksamhetens tillkomst och uppgifter.

Innan jag övergår till en redogörelse för medicinalstyrelsens föreliggande förslag angående dispensärverksamhetens framtida ordnande torde böra lämnas några allmänna uppgifter rörande dispensärverksamhetens utveckling i vårt land ävensom beträffande dispensärernas uppgifter och organisation samt de arbetskrafter, som stå desamma till buds. I dessa avseenden vill jag på grundval huvudsakligen av vad medicinalstyrelsen i sitt förslag därom anfört erinra om följande.

Den första dispensären i Sverige grundades år 1905 i Uppsala, och året därpå anordnade en välgörenhetsförening i Sundsvall en dispensär för tuberkulösa. Åren 1906 och 1909 upprättade Stockholms stad tvenne tuberkulosbyråer, vilka stöddes av rätt betydande kommunala anslag. Under de närmast följande åren spårades inom landstingen ett växande intresse för dispensärerna, och anslag beviljades för inrättande av dylika i ett flertal städer. År 1908 anordnade svenska nationalföreningen mot tuberkulos ett socialhygieniskt försök i Norrbotten i en av tuberkulos synnerligen svårt hemsökt trakt. Detta försök, som pågick under fem år, avsåg att lära känna effekten av jämsides bedriven sjukvårdande och förebyggande verksamhet inom ett begränsat område. År 1913 antog Norrbottens läns landsting ett förslag till organisation av dispensärverksamhet inom större delen av länets landsbygd, till en början sammankopplad med epidemivård, men tämligen snart helt skild från denna. Denna organisation utgjorde det första försöket i vårt land att i större omfattning anordna dispensärverksamhet på landsbygden. År 1914 beviljade riksdagen första gången statsbidrag till dispensärverksamheten. Från rättighet till sådant bidrag undantogos emellertid de städer, vilka stodo utanför landstingen och bildade egna sjukvårdsområden.

Sedan statsbidrag beviljats dispensärverksamheten, har denna utvecklats synnerligen raskt, och sådan verksamhet bedrives nu inom samtliga landets sjukvårdsområden (= landstingsområden, respektive i landsting ej deltagande städer), i de flesta fall organiserad av landstingen. För närvarande finnas inom vårt land 232 statsunderstödda dispensärer. De sex städer, som icke deltaga i landsting, hava dessutom alla anordnat dispensärer. Organisationen av dispensärverksamheten inom de olika sjukvårdsområdena är icke likformig, utan densamma har utvecklat sig efter något olika linjer inom olika delar av landet. Några gemensamma drag finnas emellertid för dispensärernas arbete inom så gott som alla sjukvårdsområden.

Såsom synnerligen betydelsefullt och säreget för det svenska tuberkulosarbetet torde böra framhållas det intima samband, som föreligger mellan det sjukvårdande och det förebyggande tuberkulosarbetet, en anordning, som, åtminstone i samma omfattning, icke återfinnes i något annat land. Sanatorieläkarna deltaga sålunda aktivt i dispensärarbetet antingen enbart såsom ledare av organisationen eller ock därjämte såsom praktiskt verksamma dispensärläkare. Hela tuberkulosarbetet, det sjukvårdande jämte det förebyggande,

har på så sätt inom flertalet sjukvårdsområden blivit en enhetlig verksamhet, där de båda ingående delarna fått största möjlighet att ömsesidigt främja varandra. Sanatorieläkarna ha härigenom fått möjlighet icke blott att lära känna de sjuka under vårdtiden på sanatoriet, utan även att erhålla inblick i den sociala miljö, från vilken desamma kommit och till vilken de efter kuren återvända.

Samtidigt hava i stor utsträckning tjänsteläkare i egenskap av dispensärläkare knutits till det förebyggande tuberkulosarbetet. Deras personliga kännedom om klientelet och hemmens beskaffenhet inom respektive läkardistrikt har varit av stort värde, särskilt för de saneringsarbeten inom hemmen, som utgjort en viktig del av dispensärarbetet.

Dispensärens arbetsuppgifter. Uppspanandet av tuberkulosfallen utgör en av dispensärens allra viktigaste uppgifter. Dispensären bör, om möjligt, få kännedom om alla inom dess område förefintliga fall av tuberkulos, helst i mycket tidigt stadium. Detta är nämligen en grundbetingelse för ett verksamt bekämpande av tuberkulosen såsom folksjukdom. Genom en så vitt möjligt fullständig kännedom om de tuberkulösa sjukdomsfallen och genom ett tidigt upptäckande av de nya fallen skapas förutsättningar för att förebygga smittöverföring till friska personer samt för att i tid inleda en framgångsrik behandling av de enskilda sjukdomsfallen. Det är därvid av särskild vikt, att tillsyn av spädbarn samt barn i lek och skolåldern anordnas. .

Lungtuberkulosen börjar som bekant ofta med så smygande och föga framträdande symtom, att de förbises av den sjuke, som på grund därav ofta underlåter att på ett tidigt stadium söka hjälp för sin sjukdom. Men även framskridna fall av lungtuberkulos kunna stundom giva så föga märkbara symtom, att endast en direkt härpå inriktad undersökning kan leda till upptäckt av den förhandenvarande sjukdomen. De i tidigt stadium upptäckta sjukdomsfallen kunna oftast genom en rationell behandling bringas till utläkning, varvid dels den sjuke själv kan återvinna hälsa och arbetsförmåga, dels hans omgivning skyddas för tuberkulös nedsmittning. I de mera framskridna fallen, där en behandling ej har utsikter att medföra ett gynnsamt resultat, kan genom isolering och vidtagande av hygieniska åtgärder förhindras att sjukdomen överföres till omgivningen.

För att dispensären skall vinna framgång i sitt arbete för uppspanande av tuberkulosfallen, måste den äga möjlighet att ställa tidiga och riktiga diagnoser. Härför erfordras att verksamheten har tillgång såväl till på området specialutbildade läkare som ock till de tekniska resurser, som krävas för detta ändamål.

En väsentlig del av dispensärens uppgifter består i ett hygieniskt saneringsarbete inom de tuberkulossjukas hem i syfte att undanröja betingelserna för tuberkulosens spridning och utveckling. Hit höra upplysningar om smittfaran och dess undvikande, rådgivning rörande förändringar och förbättringar av bostaden, levnadsvanor, barnens vård och skydd m. m. Där Calmettevacci-

nation anordnas, bör även denna verksamhet ingå i dispensärernas barnskyddsarbete.

De uppgifter rörande nya fall av tuberkulos, som erhållas genom dispensärerna inom ett sjukvårdsområde, sammanföras och ordnas systematiskt. Därigenom beredes möjlighet till en fortlöpande överblick över tuberkulosmorbiditeten inom området samt till ett snabbt upptäckande av tuberkulösa spridningshärdar, som kunna kräva speciella åtgärder.

Till dispensärens uppgift kan också hänföras den kuratorsverksamhet för de tuberkulösa och deras familjer, som består i rådgivning beträffande de möjligheter till ekonomiskt bistånd, som kunna påräknas från olika håll, såsom pensionsnämnder, sjukkassor, försäkringsanstalter, välgörenhetsinrättningar av olika slag, ävensom i bistånd vid patienternas utrustning för resa till sanatorier, arbetsförmedling efter utskrivning och dylikt.

Kunskapen om den stora smittrisk, för vilken barn, särskilt späda barn inom tuberkulösa hem, där öppen smittkälla finnes, äro utsatta, har gjort, att barnskyddsarbetet blivit en av dispensärernas, framför allt dispensärsköterskornas, mest framträdande och mest tidskrävande uppgifter. Detta arbete består i placering av friska, smitthotade barn, helst omedelbart efter födelsen, i smittfria hem, i överflyttande av barn till barnhem, i anordnande av sommarkolonier m. m.

Dispensärernas nuvarande organisation. Den hos oss vanligaste formen för dispensärverksamhetens organisation inom ett län, en form, som mer eller mindre utpräglad återfinnes i flertalet av dessa, rubricerar medicinalstyrelsen den *allmänna länstypen.* Huvuddragen av denna organisation te sig på följande sätt. Ledningen av verksamheten handhaves av en av landstinget utsedd dispensärstyrelse. Sanatorieläkaren vid ett av länets sanatorier är i regel ledamot av dispensärstyrelsen och fungerar såsom dess verkställande ledamot. Han är dispensärledare för länet och utgör i själva verket den sammanhållande och drivande kraften inom hela verksamheten. Under dispensärstyrelsen sortera länets samtliga lokala dispensärer och deras lokala styrelser, vanligen kallade dispensärnämnder. Dessa nämnders måhända främsta uppgift synes hava varit att träffa anstalter för sommarkoloniverksamheten. För dennas främjande torde nämnderna ofta ha haft beaktansvärd betydelse. De ha därjämte flerstädes haft till uppgift att vara förvaltningsorgan för till dispensärverksamheten utanordnade medel, särskilt sådana av lokalt ursprung. Nämnderna handhava därjämte ofta även sådana medel, som av kommunerna inom distriktet eventuellt anslås till hjälp och understöd åt tuberkulösa, vilka medel förvaltas och redovisas särskilt. Dispensärdistrikten omfatta länets städer och provinsialläkardistrikt med i de allra flesta fallen tjänsteläkarna anställda såsom dispensärläkare. I tuberkulosvård och tuberkulosdiagnostik särskilt utbildade dispensärläkare finnas sålunda endast på ett fåtal ställen. De lokala dispensärerna hava mångenstädes särskild mottagningslokal, där regelbundna dispensärmottagningar hållas. Där särskild mottagningslokal saknas, hållas dessa mottagningar i

läkarens privata mottagningsrum oftast i närvaro av dispensärsköterskan. Genom ett mer eller mindre detaljerat rapportsystem sättes den centrala ledningen i tillfälle att erhålla en fortlöpande och allmän överblick över verksamheten vid de olika lokala dispensärerna samt över tuberkulosfrekvensen i de skilda delarna av länet.

En organisation av annan typ, i viss mån efter mönster från Finland, har efter det enda län, inom vilket den hittills i vårt land tillämpats, av styrelsen betecknats såsom *Hallandstypen*. Så tillvida överensstämmer denna typ med den nyss skildrade allmänna länstypen, att ledningen av länets hela dispensärverksamhet handhaves av en av landstinget utsedd dispensärstyrelse, men i övrigt avvika de båda typerna väsentligt från varandra. I Halland finnas inga lokala dispensärläkare, utan tjänstgör en enda dispensärläkare vid länets samtliga dispensärer. Denne har fullgod sanatorieläkarkompetens och är sålunda väl förfaren i tuberkulosens speciella diagnostik och behandling. Han håller på bestämda veckodagar mottagning vid var och en av länets lokala dispensärer. Två av dessa äro utrustade med röntgeninstallation, dit fall vid behov kunna överföras för röntgenundersökning. Den för hela länet anställda dispensärläkarens undersökningar äro sålunda kvalificerade specialistundersökningar.

Såsom en särskild typ betecknas även den anordning, som tillämpas i Älvsborgs län, *Älvsborgstypen*. Även här ledes dispensärverksamheten av en dispensärstyrelse, utsedd av landstinget. Länets dispensärer äro till antalet fem, av vilka tre äro förlagda till länets tre sanatorier med respektive sanatorieläkare såsom dispensärläkare. De två övriga äro försedda med av landstinget anskaffad röntgenutrustning.

Utmärkande för de nu nämnda typerna för dispensärverksamhetens organisation är att ett helt sjukvårdsområdes samtliga dispensärer stå under enhetlig ledning av ett för hela området gemensamt centralorgan. Utvecklingen har sålunda inom det övervägande flertalet sjukvårdsområden visat en uppenbar tendens till en alltmer ökad centralisation av verksamhetens ledning. Emellertid torde för fullständighetens skull böra nämnas, att åtminstone inom ett län, *Västmanlands,* en genomgående decentralisation av verksamheten alltjämt är rådande. Inom länet finnas tio dispensärer. Var och en har organiserats och drives av en lokalt verksam tuberkulosförening, som också helt och hållet svarar för verksamhetens finansiering.

Dispensärerna få kännedom om patienterna dels genom remiss av läkare eller från sjukvårdsinrättning, dels genom anmälan till dispensärsköterskan från skolor, grannar eller anhöriga till den misstänkt tuberkulossjuke, från fattigvårdsmyndigheter m. fl. Efter en sådan anmälan besöker dispensärsköterskan den sjukes hem och lämnar rapport om sina iakttagelser till dispensärläkaren, varefter patienten inkallas till undersökning vid dispensärens mottagning. Visar det sig vara fråga om tuberkulos, ordnas lämplig vård för den sjuke, varefter åtgärder vidtagas för behövlig sanering av hemmet, undersökning av familjemedlemmarna, omhändertagande av barnen, där så erfordras m. m.

Dispensärernas arbetskrafter. I förutberörda kungörelse nr 329/1925 angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet stadgas såsom villkor för statsbidrag bland annat, att dispensären skall förestås av legitimerad läkare samt att vid dispensärerna anställda sjuksköterskor skola hava erhållit såväl fullgod allmän sjukvårdsutbildning som undervisning vid särskild dispensärkurs. Minst en läkare och minst en sjuksköterska äro sålunda obligatoriska vid dispensären. Enligt årsberättelserna för år 1933 hava vid de då verksamma 231 dispensärerna varit knutna 250 läkare och 250 sjuksköterskor, varav framgår, att några dispensärer haft tillgång till mer än en läkare eller sjuksköterska.

Enligt nyssnämnda kungörelse kräves såsom kompetens för anställning som dispensärläkare endast att vederbörande är legitimerad läkare. Av en i ämnet verkställd undersökning har emellertid framgått, att 26 av landets dispensärläkare hava sådan kompetens, som berättigar till sanatorieläkartjänst. Flertalet av dessa läkare äro tillika sanatorieläkare, som med denna tjänst fått förena befattning såsom dispensärläkare. Endast en av dessa specialutbildade läkare är uteslutande dispensärläkare, nämligen den i Hallands län anställde. I ett par fall hava dispensärläkarna denna verksamhet såsom huvuduppgift vid sidan av annan tjänst eller allmän medicinsk praktik.

Av de övriga 224 dispensärläkarna utgöres flertalet av tjänsteläkare, vilka med sin ordinarie befattning förena skötseln av en dispensär.

Den speciella utbildning vid särskilda dispensärkurser, som stadgas såsom kompetensvillkor för dispensärsköterskorna, lämnades under åren 1910—1925 och 1929 vid av nationalföreningen mot tuberkulos anordnade och bekostade kurser. Dessa kurser omfattade såväl teoretisk undervisning som praktiskt arbete vid stads- eller landsdispensärer. Från och med år 1924 ingår i utbildningen vid statens distriktssköterskeskola även utbildning i dispensärvård, varför varje sjuksköterska, som från och med nämnda år genomgått denna skola, äger den för dispensärsköterska föreskrivna kompetensen.

Medicinalstyrelsens förslag.

Inledningsvis framhåller styrelsen, att den vidgade kunskapen om tuberkulosens utveckling och förlopp samt de ökade möjligheter till en tidig diagnos, som nyare vetenskapliga framsteg medfört, synas giva anledning till en undersökning av dispensärverksamheten i syfte att utröna vad däri icke överensstämmer med modernt betraktelsesätt och vilka förändringar, som kunna anses påkallade. Vid en sålunda gjord granskning anmäla sig huvudsakligen tvenne önskemål: *dels* en skärpning av dispensärens förmåga att uppspana tuberkulosfall, *dels ock* såsom förutsättning därför beredande av ökade möjligheter att ställa tidiga och riktiga diagnoser genom förstärkning av de för detta syfte erforderliga tekniska resurserna, anförtrodda åt fullt utbildade specialister.

Beträffande det första av dessa önskemål — s k ä r p n i n g a v d i s p e n s ä r e n s u p p s p a n i n g s f ö r m å g a — hänvisar styrelsen till anlitande

av tvenne utvägar, nämligen familjeundersökningar, d. v. s. undersökning av samtliga medlemmar av familj, inom vilken tuberkulosfall inträffat, samt masseller gruppundersökningar. De senare undersökningarna åsyfta att metodiskt undersöka vissa kategorier av människor, hos vilka enligt de senare årens erfarenheter, exempelvis från undersökningar av högskolestudenter och från vissa skolundersökningar, oväntat ofta bacillförande tuberkulos kunnat påvisas hos personer, som känna sig fullt friska och arbetsföra.

I fråga om det andra av de framställda önskemålen — möjligheten av tidigare diagnoser — framhåller styrelsen, att under senare tid, framför allt genom röntgenteknikens framsteg, möjligheten att tidigt diagnosticera lungtuberkulos ökat i förut oanad grad. Denna specialuppgift ställer emellertid stora krav på läkarens utbildning, övning och förmåga att behärska tekniken och bör därför i framtiden säkerligen så gott som helt och hållet anförtros åt tekniskt fullt utbildade specialister. Styrelsen anser sig dock i detta sammanhang böra framhålla, att hädanefter, liksom hittills, icke så få fall av lungtuberkulos, som med vanliga fysikaliska metoder kunnat upptäckas, komma att ingå i dispensärernas klientel, på grund varav dispensärer utan specialutbildade läkare och röntgenutrustning ingalunda böra anses avkopplade från den diagnostiska uppgiften.

Som allmän bakgrund till den föreslagna nyorganisationen av dispensärarbetet anför styrelsen därefter i huvudsak följande.

Ett särskilt organ för det förebyggande tuberkulosarbetet är helt och hållet betingat och motiverat av de tuberkulösa sjukdomarnas sociala och ekonomiska betydelse och deras dominerande ställning bland sjukdoms- och dödsorsakerna. Specialåtgärderna böra därför till sin omfattning och intensitet avpassas efter omfattningen av den sjukdom de avse att förebygga. Som bekant befinner sig tuberkulosen sedan några årtionden inom hela vårt land i tillbakagång. Storleken av denna tillbakagång liksom också tuberkulosens nuvarande frekvens är dock mycket varierande inom olika delar av landet. Beträffande tuberkulosdödlighetens storlek betecknas ytterligheterna av Norrbottens och Södermanlands län med en dödlighet för år 1932 av 2.38 respektive 0.69 på 1,000 invånare. Det förra länet har alltså nära tre och en halv gånger så hög tuberkulosdödlighet som det senare.

De enda säkra uppgifter man har om tuberkulosens frekvens äro dödlighetssiffrorna. Det är sannolikt, att med en sjunkande tuberkulosdödlighet korresponderar en sjunkande sjukdomsfrekvens, men det är icke bevisat, att sjukdomsfrekvensen avtager lika hastigt som dödligheten. Nyare undersökningar synas antyda, att vid sjunkande tuberkulosdödlighet till en början morbiditeten, d. v. s. antalet förefintliga tuberkulosfall, avtager betydligt långsammare än mortaliteten. Den omsorgsfulla omvårdnaden ökar de tuberkulossjukas livslängd. Mot en tämligen låg dödlighetssiffra kan sålunda svara ett överraskande stort antal tuberkulossjuka inom ett område. Efter hand sker en utjämning i detta avseende på grund av att antalet nya tuberkulosfall avtager, och sjukdomen blir mera sporadisk.

Det är utan tvivel riktigt, att dispensärverksamheten successivt förenklas i samma mån som tuberkulosen förlorar sin dominerande ställning såsom sjukdoms- och dödsorsak och alltså motivet för ett specialorgan för dess förebyggande bortfaller. Olika omständigheter och förhållanden böra tagas i betraktande vid avgörandet av frågan, huruvida och när den nya organisationen

bör genomföras i ett landstingsområde. En viktig sådan faktor är tuberkulosdödligheten. Med avseende å denna faktor torde som en mera allmän regel kunna uppställas, att inom landstingsområden, där tuberkulosdödlighetens medeltal för senaste femårsperiod hållit sig under 1 på 1,000 invånare eller ej nämnvärt överskridit nämnda proportionstal, en omläggning och förändring av dispensärarbetet bör äga rum. — Denna allmänna regel får dock icke vara ensamt avgörande. Styrelsen vill härutinnan fästa uppmärksamheten på ett sådant sjukvårdsområde som Norrbottens län, vilket på grund av extremt hög tuberkulosdödlighet icke är fullt jämförligt med övriga delar av landet. En på grund av inom vissa områden vunnen erfarenhet såsom synnerligen lämplig befunnen anordning av dispensärverksamhetens organisation kan även av andra anledningar böra bibehållas tills vidare, oavsett tuberkulosdödlighetens nedgång under ovan angivna gränsvärde (detta gäller speciellt Hallands och Älvsborgs län).

Det är givetvis mycket svårt att avgöra vid vilken tidpunkt en förenkling av nuvarande organisation kan påbörjas och med vilken hastighet den kan genomföras. Detta beror även på utvecklingen av den beslutade distriktsvården.

Inom områden, där en sammanslagning sålunda icke skulle möta något av ovan angivna hinder, skulle den socialhygieniska delen av dispensärernas verksamhet kunna övertagas av distriktsvårdsorganisationen, varvid sålunda dispensärerna i deras nuvarande organisationsform skulle upphöra. Däremot kvarstår i sådana områden behovet av en institution, vars väsentliga uppgift skulle bliva att leda uppspanandet av nya tuberkulosfall samt möjliggöra en tidig och väl kvalificerad diagnos. Denna uppgift skulle fyllas av en eller flera dispensärer, ledda och utrustade i enlighet med dessa krav. En temporär stegring av tuberkulosfrekvensen skulle icke behöva föranleda en omläggning av vården. Om sådan stegring skulle förekomma, kan enligt kungörelsen angående distriktsvård särskild sköterska tillsättas för tillgodoseende av det uppkomna behovet av förstärkt dispensärvård.

I analogi med statens sjukvårdskommittés benämning A- och B-platser för vårdplatser vid lungtuberkulosanstalter kunna de dispensärer, som skola förestås av läkare med sanatorieläkarkompetens och vara utrustade med fullgoda tekniska hjälpmedel (röntgen), benämnas *A-dispensärer* och de av nuvarande allmänna typ *B-dispensärer*. En lämplig benämning å de lokala dispensärer, som komma att finnas inom sådant område, där den nya distriktssköterskeorganisationen genomförts och dispensärarbetet (fältarbetet) sålunda åvilar distriktssköterskorna, är *distriktsdispensärer*. Dispensärarbetet skulle vid dessa i regel handhavas av respektive provinsialläkare med tillhjälp av distriktssköterskorna. Å vissa bestämda dagar skulle liksom förut anordnas rådfrågning för och undersökning av hithörande klientel. Arbetsuppgifterna för en distriktsdispensär och en B-dispensär komme därför i det stora hela att vara desamma; skillnaden skulle vara, att i B-dispensären skulle ingå en särskild dispensärsköterska.

Inom områden, där en högre tuberkulosdödlighet än 1 ‰ eller andra omständigheter vittna om en högre tuberkulosfrekvens, kan, jämte ett lämpligt antal A-dispensärer, vilka även i dessa områden äro nödvändiga, bibehållandet av ett tillräckligt antal B-dispensärer med i regel tjänsteläkare såsom dispensärläkare och med i dispensärvård uteslutande sysselsatta sjuksköterskor vara motiverat jämsides med distriktsvården.

Enligt förslaget skola sålunda tills vidare finnas tre slag av dispensärer, nämligen

A-dispensär eller en för röntgenundersökning utrustad dispensär, som förestås av läkare med behörighet till läkarbefattning vid annat sanatorium än kustsanatorium och därmed jämförligt sanatorium. Vid sådan dispensär skall finnas minst en dispensärsköterska. Vidare skall där finnas sjuksköterska med röntgenutbildning. A-dispensär är antingen fristående eller förlagd till en sjukvårdsanstalt.

B-dispensär eller dispensär, som förestås av legimiterad läkare, kallad dispensärläkare — i regel tjänsteläkare — och vid vilken särskild dispensärsköterska är anställd.

Distriktsdispensär eller dispensär, vid vilken legitimerad läkare — i regel den tjänsteläkare, som är distriktssköterskas förman — är dispensärläkare och distriktssköterska utövar dispensärsköterskas verksamhet.

Som fordran uppställes, att minst en A-dispensär skall vara anordnad inom varje sjukvårdsområde. Det anmärkes därjämte, att behov kan föreligga av två eller i större sjukvårdsområde flera A-dispensärer för att icke avstånden och resekostnaderna skola bliva för stora.

Styrelsen ingår i detta sammanhang på ett övervägande rörande lämpligheten av A-dispensärs anordnande som fristående eller som ansluten till sjukvårdsanstalt. I detta avseende framhålles följande.

Om hänsyn till kostnaderna icke behövde tagas vid inrättandet av A-dispensärer, vore det mest önskvärt, att desamma bleve fristående; detta så mycket mera som därigenom mass- och familjeundersökningar lättare kunde genomföras, då läkarna icke hade att fullgöra en sanatorieläkares åligganden. En intim samverkan mellan dessa dispensärer och sanatorierna skulle givetvis förutsättas.

Emellertid har i de flesta län den anordningen tillämpats, att sanatorieläkaren fungerar såsom dispensärledare, möjliggörande ett intimt samarbete mellan det förebyggande och det kurativa antituberkulosarbetet. Redan nu utföras talrika dispensärundersökningar vid sanatorierna, dit patienterna äro vana att hänvända sig för undersökning och behandling, varför man på sätt och vis kan säga, att dispensärverksamhet av A-dispensärtyp i viss mån redan förefinnes vid sanatorierna inom flertalet sjukvårdsområden. Nämnda omständigheter tala för att de planerade A-dispensärerna förläggas till sanatorierna, men å andra sidan torde en sådan anordning vara förenad med vissa nackdelar. En del sanatorier äro i kommunikationshänseende ogynnsamt belägna inom sjukvårdsområdet. Vidare kan den möjligheten icke uteslutas, att sysslandet med A-dispensärens uppgifter kan komma att inkräkta på sanatorieläkarens egentliga verksamhet, en olägenhet, som dock skulle kunna avhjälpas därigenom, att sanatoriets läkarkrafter förstärktes. Man måste sålunda i föreliggande avseende taga hänsyn till sanatoriets läge, storlek, läkartillgång m. m.

En annan faktor — driftkostnaden för A-dispensärerna — kan icke heller förbises. Deras förläggande till sanatorierna medför sålunda tillgång till erfaren läkarkraft, redan befintliga lokaler, lämplig teknisk utrustning m. m. Man kan även tänka sig möjligheten av att samarbete mellan de fristående A-dispensärerna och lasaretten på vissa platser skulle kunna medföra ekonomiska fördelar; därigenom skulle uppkomsten av självständiga röntgenavdelningar med specialutbildad lasarettsläkare främjas och även för vissa orter underlättas ett rationellt ordnande av frågan om röntgendiagnostiken, allt synpunkter, som sedermera få upptagas till närmare prövning vid organisationens genomförande inom respektive sjukvårdsområden.

Om flera A-dispensärer finnas inom ett sjukvårdsområde — anför styrelsen vidare — bör varje sådan dispensär hava sin egen rayon; genom att sålunda indela sjukvårdsområdet i A-dispensärdistrikt kunde eventuella slitningar mellan de olika distrikten undvikas.

På grundval bland annat av inkomna svar å en av medicinalstyrelsen i oktober 1934 utsänd cirkulärskrivelse till samtliga dispensärstyrelser — vilka därigenom anmodades att i samråd med länets förste provinsialläkare, därest denne icke vore ordinarie medlem av dispensärstyrelsen, till styrelsen inkomma med förslag om det inom vederbörande landstingsområde erforderliga antalet A-dispensärer samt lämpligaste platserna för desammas förläggande — uppskattar styrelsen behovet av A-dispensärer till 36. Av dessa borde 7 anordnas som fristående och 29 förläggas till sjukvårdsanstalter enligt den fördelning inom sjukvårdsområdena, som framgår av följande tabell.

	Vid sjukvårds-anstalt	fri-stående
Stockholms län	1	—
Uppsala »	1	—
Södermanlands »	1	—
Östergötlands »	—	1
Jönköpings »	1	—
Kronobergs »	1	—
Kalmar läns norra landstingsområde	1	—
» » södra »	—	1
Gotlands län	1	—
Blekinge »	—	1
Kristianstads »	1	—
Malmöhus »	1	—
Hallands »	—	1
Göteborgs och Bohus län	1	1
Älvsborgs län	3	—
Skaraborgs »	1	—
Värmlands »	2	—
Örebro »	2	—
Västmanlands »	1	—
Kopparbergs »	1	1
Gävleborgs »	2	—
Västernorrlands »	3	—
Jämtlands »	1	—
Västerbottens »	2	—
Norrbottens »	1	1
Summa	29	7

Beträffande Hallands län framhåller styrelsen, att där redan finnas två dispensärer, vilka äro utrustade med tidsenlig röntgeninstallation. Då dessa

båda dispensärer hade gemensam läkare, torde man enligt styrelsens åsikt endast behöva räkna med en A-dispensär med s. k. filialmottagning på annan ort.

Rörande de olika dispensärernas arbetsuppgifter innehåller förslaget i huvudsak följande.

A-dispensärens diagnostiska verksamhet och i samband därmed dess uppspanande av tidiga fall i de sjukas omgivning anges som denna dispensärtyps huvuduppgift. Härtill kommer samarbetet med de lokala dispensärerna, med andra inom distriktet verksamma läkare och med sanatorierna. Jämte den diagnostiska huvuduppgiften tillkommer A-dispensär dessutom en statistiskt-registrerande verksamhet rörande tuberkulosmorbiditeten inom distriktet. Denna verksamhet grundar sig på anmälningar rörande nyupptäckta fall av tuberkulos inom detsamma, vilka anmälningar skola av de lokala dispensärerna omedelbart insändas till A-dispensären. Sådan anmälning bör åtföljas av uppgifter om den sjukes hem och miljö ävensom av en förteckning över samtliga familjemedlemmar och eventuellt smittexponerade personer i den sjukes omgivning. Inkomna anmälningar skola införas i ett översiktligt kortsystem, där hela klientelet lätt kan överblickas och där resultatet av utförda undersökningar i korthet antecknas.

På A-dispensärerna ankommer även att vid behov företaga undersökningar av den sjukes familj eller av personer i hans omgivning, som kunna antagas hava varit utsatta för särskilt stark smittfara (arbets- och skolkamrater), ävensom, om ock i mera begränsad omfattning, mass- och gruppundersökningar, såsom undersökning av arbetarstammen vid större industrianläggningar, av skolbarn, av befolkningen i vissa byar o. s. v. Socialhygienisk verksamhet, som är ett typiskt fältarbete, torde däremot icke komma att ingå i A-dispensärens arbetsuppgifter i annan mån än genom samarbete med B-dispensärerna eller där A-dispensären samtidigt utgör B-dispensär för visst område. — Vid A-dispensärerna böra hållas särskilda mottagningar å tider, vilka fastställas av vederbörande centralorgan för dispensärverksamheten inom området.

B-dispensärernas arbetsuppgifter komma att bliva desamma som enligt nu gällande ordning. Genom tillkomsten av A-dispensärer ankommer emellertid på B-dispensärerna att remittera sjuka eller för tuberkulos misstänkta personer till A-dispensären för röntgenundersökning i all nödig utsträckning. A-dispensärens föreståndare bör även själv kunna inkalla tuberkulossjuka och deras familjer i tur och ordning till röntgenkontroll samt inkalla vissa patienter till förnyad kontroll, allt efter överenskommelse med B-dispensärernas läkare. I detta sammanhang förtjänar anmärkas, att varje praktiserande läkare inom A-distriktet även bör hava möjlighet att remittera misstänkta fall till A-dispensären för konsultation och röntgenundersökning. Å sådana remisser bör angivas, om patienten kan betraktas som obemedlad eller mindre bemedlad. Skulle vid remiss tuberkulos upptäckas, anmäles fallet till B-dispensären genom A-dispensärens försorg, därest patienten såsom medellös eller mindre bemedlad anses tillhöra dispensärernas klientel. Patientens fortsatta vård bör i varje fall tillkomma den remitterande läkaren, i vilket sammanhang jämväl understrykes, att A-dispensärernas mottagningar icke böra — till förebyggande av missbruk — hållas direkt öppna för allmänheten.

Efter å A-dispensären verkställd undersökning bör kortfattat utlåtande om varje patient snarast möjligt tillställas vederbörande dispensärläkare eller annan remitterande läkare. I dylikt utlåtande bör angivas icke endast resultatet av undersökningen utan i detsamma bör även sjukdomsfallet bedömas med hänsyn till behandling, prognos och den sjukes arbetsförmåga.

I B-dispensärernas arbetsuppgifter ingå vidare de övriga socialhygieniska uppgifter, som sammanhänga med dispensärvården.

Vad slutligen verksamheten vid *distriktsdispensärerna* angår, kommer densamma enligt förslaget att i huvudsak bedrivas efter enahanda riktlinjer som vid B-dispensärerna. Den väsentliga skillnaden är den, att distriktssköterskorna övertaga dispensärsköterskornas alla socialhygieniska uppgifter. För kontroll av denna distriktssköterskornas verksamhet böra dessa i likhet med dispensärsköterskorna vid varje års slut insända rapport till sin förman och till A-dispensären över vidtagna åtgärder i de under året nytillkomna tuberkulösa hemmen. Beträffande särskilt samarbetet mellan distriktsdispensären och A-dispensären framhålles i fråga om distriktssköterskorna, att dessa böra hava skyldighet att ej blott till sin närmaste förman — tjänsteläkaren — utan även till A-dispensären lämna rapport om den sjukes hem och miljö jämte förteckning över familjemedlemmar och eventuellt andra smittexponerade personer. På samma sätt böra de anmäla skedda förändringar i den sjukes familjeförhållanden (födelser, dödsfall, nyinsjuknade, bostadsändringar o. s. v.). Distriktssköterskan bör därjämte, om så erfordras, åtfölja patienterna till undersökningen vid A-dispensären för att lämna nödiga upplysningar och mottaga eventuella anvisningar och föreskrifter rörande de sjuka och deras familjer. — Där distriktssköterskornas tid och krafter ej räcka till vid överhopning med annat arbete, föreslås den anordningen, att A-dispensären tillfälligt eller mera varaktigt anställer en sjuksköterska, som på ort eller orter, där behov därav kan föreligga, deltager i det socialhygieniska och tuberkulosförebyggande arbetet i olika delar av A-dispensärens verksamhetsområde.

Vidkommande de lokala dispensärernas barnskyddsverksamhet framhåller styrelsen *sommarkoloniverksamheten* som särskilt betydelsefull, därvid av styrelsen följande anföres.

Styrelsen avser här sådana sommarkolonier, som ha till sin uppgift att mottaga svaga tuberkuloshotade barn, vilka kolonier i hög grad tillvunnit sig allmänhetens förtroende. De böra därför i mån av behov bibehållas även för framtiden. Koloniernas anordnande och drift torde även i sjukvårdsområden utan B-dispensärer lämpligen böra anförtros exempelvis åt en av vederbörande centrala styrelse eller landstinget tillsatt lokal koloni- eller dispensärnämnd med vederbörande tjänsteläkare som ordförande.

Vare sig en privat koloniförening ansvarar för driften av sommarkolonien eller kommunen, såsom på vissa håll förekommer, själv upprätthåller en sådan koloni, bör densamma stå under inseende av med dispensärvård sysselsatt tjänsteläkare. Enär barnkolonierna äro en gren av dispensärverksamheten, böra samtliga dispensärkolonier inom ett sjukvårdsområde liksom hittills stå under den centrala styrelsens överinseende, helst som driften i huvudsak plägar bekostas av dispensärmedel. Därjämte har vederbörande förste pro-

vinsialläkare författningsenligt inspektionsrätt över kolonierna. Statsbidrag torde som hittills böra utgå till dessa sommarkolonier. Såsom villkor för dylikt bidrag bör uppställas, att, som redan nämnts, endast svaga tuberkulosbehandlade barn mottagas vid kolonierna. Det synes böra ankomma på medicinalstyrelsen att utfärda närmare bestämmelser i berörda avseende.

Vad särskilt beträffar anordnandet av mottagningarna vid de lokala dispensärerna anmärker styrelsen, att erfarenheten visat, att antalet dispensärmottagningar hittills varierat inom mycket vida gränser. Enligt uppgifterna för år 1933 beträffande dessa mottagningar vid 222 dispensärer hade följande antal mottagningar hållits, nämligen

alla vardagar vid	75	dispensärer
4 gånger i veckan vid	1	dispensär
2 » » » »	11	dispensärer
1 » » » »	80	»
2 » » månaden »	48	»
1 » » » »	7	»

Styrelsen erinrar därtill, att de flesta dispensärer, som redovisa daglig mottagning, emellertid utgöras av sådana, där särskild dispensärmottagning ej förekommer, utan där denna mottagning sammanfaller med läkarens vanliga mottagning. Enligt styrelsen borde sättas som ett bestämt villkor, att samtliga dispensärmottagningar skola hållas skilda från läkarens övriga mottagningar. Det erforderliga antalet dispensärmottagningar torde ställa sig olika på olika orter beroende på den lokala tuberkulosfrekvensen, och det borde ankomma på medicinalstyrelsen att i samband med godkännande av plan för dispensärverksamheten fastställa detta antal för respektive dispensärläkare. I fråga om mottagningsfrekvensen anser styrelsen, att under vanliga förhållanden en mottagning varannan vecka borde vara tillfyllest för distriktsdispensär, i följd varav man kunde uppskatta det årliga medeltalet av dylika mottagningar till 24. I distrikt, där tuberkulosfrekvensen vore synnerligen ringa, torde antalet sådana kunna inskränkas till en i månaden. Däremot räknar styrelsen med ett medeltal av 36 mottagningar per år och B-dispensärdistrikt.

Beträffande de inom dispensärvården verksamma *befattningshavarnas tjänstgöringsförhållanden* skola desamma enligt förslaget regleras genom av medicinalstyrelsen godkända instruktioner.

Frågan om *dispensärvården i städerna* har upptagits till särskild behandling i förslaget. Med detta hade, framhåller styrelsen, i första hand avsetts landsbygden inklusive städer med högst 3,000 invånare — den vid tidpunkten för förslagets avgivande förutsatta gränsen för stadssamhällena, vilken sedermera jämkats till 5,000 invånare. Inom nämnda område hade genom 1935 års distriktsvårdskungörelse skapats en organisation, som vore i stånd att efter utbyggnad övertaga dispensärvården. För städerna i övrigt, d. v. s. de i landsting deltagande med ett invånarantal överstigande det nyssnämnda, förelåge icke någon lösning av distriktsvårdsfrågan. Med hänsyn till angelägenheten av

att dispensärvården jämväl för dessa städers vidkommande underginge en förnyelse har emellertid förslaget anvisat några såsom provisoriska betecknade utvägar till ordnandet av ifrågavarande städers dispensärvård i avvaktan på att distriktsvården för städernas vidkommande slutgiltigt ordnas. Rörande utformningen av detta provisorium anföres i huvudsak följande.

I de landstingsområden, där dispensärverksamheten kunde ordnas enligt de nya riktlinjerna för distriktsvården, borde städer med ett invånarantal överstigande 25,000 utgöra egna dispensärdistrikt i likhet med vad nu vore förhållandet. Enligt senaste tillgängliga folkmängdssiffror skulle 10 städer komma att tillhöra denna grupp. — I regel torde en tjänsteläkare i varje sådan stad bliva dispensärläkare mot arvode, beräknat efter dispensärarbetets omfattning, dock lägst efter samma grunder som föreslås för läkare vid distriktsdispensärer. Utgifterna för expenser och sjukvårdsförnödenheter vid dessa stadsdispensärer skulle likaledes kunna beräknas enligt motsvarande grunder som vid distriktsdispensärerna.

Vad städer med högst 5,000 invånare beträffade, inginge dessa i distriktsvården. Deras dispensärläkarvård syntes lämpligen kunna ordnas så, att den tjänsteläkare, som svarade för dispensärvården i angränsande provinsial- eller extra provinsialläkardistrikt, jämväl bleve närmaste ledare för dispensärvården i dessa städer.

I frågan, hur denna angelägenhet borde ordnas för övriga städer, föreslår styrelsen, att den måtte erhålla befogenhet att, där så kunde ske, medgiva en sjuksköterska vid staden angränsande distriktsdispensär rätt att utöva dispensärvården jämväl i staden. Tillämpades denna anordning borde i staden bosatt distriktsdispensärläkare vara dispensärläkare även för staden. Därutinnan gjordes i det stora hela ingen förändring i nuvarande förhållanden beträffande läkaren, emedan städer, som icke utgjorde eget dispensärdistrikt tillsamman med kringliggande landsbygd, bildade ett sådant distrikt. Denna anordning lämpade sig väl för mindre städer. En annan utväg att ordna sköterskefrågan för senast ifrågavarande städer vore, att distriktsvårdsstyrelsen anställde en eller eventuellt flera distriktssköterskor, avsedda att utöva dispensärvården i städerna. En dylik anordning syntes styrelsen kunna väl lämpa sig i sådana landstingsområden, där städerna låge nära intill varandra. En tredje utväg vore, att i medelstora städer avtal träffades mellan distriktsvårdsstyrelsen och staden, att en inom staden anställd sjuksköterska utövade dispensärsköterskas åligganden därstädes. Detta förutsatte för dispensärvårdens del, att sköterskan hade sådan erfarenhet och utbildning, att hon kunde av medicinalstyrelsen godkännas för berörda uppgift. — Med hänsyn till den socialhygieniska verksamhetens betydelse torde vissa städer av ifrågavarande storleksordning redan ha anställt sköterskor med erforderlig kompetens, och deras antal komme säkerligen att snart ökas.

I sådana städer, för vilka någon av de båda sist föreslagna anordningarna träffats, torde det vara lämpligt, att någon av stadens tjänsteläkare finge i uppdrag att vara läkare vid dispensärvården och därför tillerkändes ett arvode minst motsvarande det som skulle tillkomma läkare vid distriktsdispen-

sär. Enahanda beräkningsgrund skulle även kunna tillämpas vid beräknandet av kostnaderna för expenser och sjukvårdsförnödenheter.

I frågan om dispensärvårdens ledning förutsätter förslaget, att landstingen skola vara huvudmän för dispensärverksamheten. Område, inom vilket landsting anordnat dispensärverksamhet, skall benämnas dispensärvårdsområde och varje dispensärs verksamhetsområde dispensärdistrikt. Inom varje dispensärvårdsområde skall dispensärverksamheten vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, innefattande även områdets indelning i dispensärdistrikt. Där mer än en dispensär finnes inom ett sjukvårdsområde anses ett centralt organ för dispensärarbetets enhetliga ledning oumbärligt. Såsom en lämplig anordning för det förebyggande tuberkulosarbetet föreslås, att ledningen av dispensärverksamheten inom varje landstingsområde handhaves av ett landstingets centralorgan, där jämte den allmänna hälsovården, representerad av förste provinsialläkaren, tuberkulosvården företrädes av en läkare med sanatorieläkarkompetens.

I detta sammanhang erinras om den mångfald av styrelser för arbete utanför sjukhusen, som nu äro eller kunna förväntas bliva verksamma (barnmorskestyrelser, distriktsvårdsstyrelser och dispensärstyrelser) inom länen. Det vore därför enligt medicinalstyrelsen en angelägenhet av högsta vikt, att frågan om organisationen av den socialhygieniska verksamhetens centrala ledning inom länen snarast upptoges till ingående prövning.

Vad angår de vid de nuvarande dispensärerna förekommande lokala styrelserna, dispensärnämnderna, föreslår styrelsen, att det må läggas i landstingets hand att bestämma om och i vilken utsträckning sådana nämnder skola vara verksamma samt att reglera deras verksamhet.

Beträffande personalen vid de föreslagna dispensärerna — utöver vad som därutinnan anförts angående dispensärvård i städer — framhåller styrelsen sammanfattningsvis i huvudsak följande.

Som föreståndare för A-dispensär kräves läkare med samma behörighetsvillkor, som äro föreskrivna för sanatorieläkare vid sådana sanatorier, som icke äro kustsanatorier. Då sju fristående A-dispensärer ingå i styrelsens förslag, skulle endast sju nya läkartjänster av ifrågavarande slag behöva tillsättas. De vid sanatorierna förlagda dispensärerna skulle förestås av sanatorieläkarna. Skulle svårigheter för sådan läkare uppkomma att förena sanatorieläkartjänsten med uppgiften att vara A-dispensärläkare, kan på visst sanatorium det visa sig erforderligt att anställa en biträdande sanatorieläkare. Styrelsen räknar med, att detta skall bliva behövligt endast i undantagsfall. Läkaren bör i de fall, då han med hänsyn till sin tjänsteställning eljest icke åtnjuter rätt till tjänstårsberäkning lika med civila läkare i statens tjänst, tillerkännas dylik rätt. Särskild bestämmelse härom bör utfärdas. Den tjänstårsberäkning, som således skulle komma dispensärläkaren till del, anser styrelsen böra tillgodoräknas honom såsom sjukhusår.

Tillsättandet av dispensärläkare vid fristående A-dispensär synes böra ske sålunda, att efter tjänstens ledigförklarande i vanlig ordning, medicinalstyrelsen på förslag uppför tre av de sökande, varefter vederbörande dispensärstyrelse eller det ortcentrala organet lämnar sitt förord till en av de på förslaget uppförda. Sedan så skett, skulle medicinalstyrelsen hava att till be-

stridande av tjänsten förordna den sökande, som på grund av förtjänst och skicklighet samt med hänsyn till det givna förordet anses böra främst komma i åtanke. Det bör vidare tillkomma medicinalstyrelsen att på framställning av vederbörande dispensärstyrelse förordna läkare vid till sjukvårdsanstalt ansluten A-dispensär.

I anställningsvillkoren för sanatorieläkare respektive biträdande sanatorieläkare torde böra intagas skyldighet för dem att mot fastställd ersättning mottaga förordnande såsom dispensärläkare vid dispensär, förlagd till det sanatorium, vid vilket han har sin tjänst.

Till den fristående A-dispensärens personal hör därjämte en dispensärsköterska med röntgenutbildning. Är A-dispensär förlagd till sanatorium, kunna denna sköterskas uppgifter fördelas på exempelvis tvenne i sanatoriets tjänst anställda sköterskor, en med röntgen- och en med dispensärsköterskeutbildning. Särskild sköterska behöver därför icke uppföras på dessa dispensärers stat. Skrivhjälp torde — framför allt i betraktande av A-dispensärläkarens skyldighet att beträffande undersökt patient avgiva utlåtande till vederbörande dispensärläkare eller annan remitterande läkare — bliva oumbärlig.

För läkare, som skall förestå B-dispensär, torde icke särskilda behörighetsvillkor för närvarande böra föreskrivas. Förutom läkare skall särskild dispensärsköterska finnas anställd vid ifrågavarande dispensär. Läkare och sköterska böra anställas tillsvidare av vederbörande dispensärstyrelse.

För distriktsdispensär skall, så vitt icke särskilda skäl föranleda undantag, vederbörande tjänsteläkare vara föreståndare. Såsom sköterskor tjänstgöra de distriktssköterskor, som inom dispensärdistriktet hava tjänst såsom sådana.

Sköterskor anställda vid dispensär skola hava nöjaktigt genomgått statens skola för distriktssköterskor, försåvitt sköterska icke erhållit dispens från detta villkor. Undantag från denna regel bör dock kunna medgivas vid vissa A-dispensärer.

Till grund för ett bedömande av frågan i vilken utsträckning en ö v e r g å n g t i l l d e n n y a o r g a n i s a t i o n e n enligt förslaget är möjlig med hänsyn till dödligheten och sjukdomsfrekvensen i tuberkulos har styrelsen lagt en inom svenska nationalföreningen mot tuberkulos upprättad sammanställning rörande »Tuberkulosdödligheten under tiden 1926—1930 samt åren 1931—1933 i Sveriges län», av vilken ett sammandrag torde få fogas såsom bilaga 2. vid detta protokoll. Med hänsyn till de siffror denna sammanställning utvisar, synes det styrelsen antagligt, att en liknande uträkning för åren 1931—1935 skulle giva till resultat, att tuberkulosdödligheten i 13 av rikets län skulle komma att underskrida 1 på 1,000 per år. Dessa 13 län skulle vara Södermanlands, Östergötlands, Skaraborgs, Malmöhus, Hallands, Kristianstads, Örebro, Älvsborgs, Jönköpings, Västmanlands, Uppsala, Kalmar (båda landstingsområdena) och Stockholms län. Såsom i det föregående i korthet anmärkts, skulle emellertid Hallands och Älvsborgs län med hänsyn till den särskilda organisationen av dispensärverksamheten i dessa län tills vidare icke ingå i den nya dispensärorganisationen. Styrelsen anser sig därför böra utgå ifrån att åtminstone inom (13 — 2) 11 län (12 landstingsområden) den nya organisationen skulle kunna helt genomföras, så snart distriktsvården blivit i tillräcklig omfattning utbyggd, varemot man borde räkna med, att B-dispensärer tills vidare skulle bibehållas inom de övriga

13 landstingsområdena. Antalet dispensärer i sistnämnda landstingsområden uppgår till 158. Under angivna förutsättning skulle den nya organisationen med distriktsdispensärer sålunda kunna bringas till stånd inom närmare halva antalet av rikets län. Provinsial- respektive extra provinsialläkardistrikten inom ifrågavarande län uppgingo vid utgången av år 1934 till 144. Då distriktsdispensärerna enligt förslaget skulle inrättas i anslutning till provinsial- eller extra provinsialläkardistrikten, skulle man vid organisationens början böra räkna med ett motsvarande antal distriktsdispensärer.

Avgörandet rörande tidpunkten då inom ett landstingsområde, som anslutit sig till den nya distriktsvårdsorganisationen, B-dispensärerna skulle avvecklas, skulle enligt förslaget tillkomma medicinalstyrelsen efter vederbörande landstings hörande. Vidare föreslås, att i de sjukvårdsområden, där B-dispensärer komma att bibehållas, undersökning tid efter annan, förslagsvis vart tredje år, företages till utrönande av det framtida behovet av B-dispensärer med hänsyn till tuberkulosfrekvensen. Dispensärstyrelserna i dylika län borde vidare hava sin ständiga uppmärksamhet riktad på möjligheten av reducering av antalet lokala dispensärer.

Vad härefter angår statsbidrag för understöd till dispensärverksamheten enligt den föreslagna ordningen uppdrager styrelsen följande riktlinjer.

Statsbidrag må utgå till landsting, som anordnat dylik verksamhet inom landstingsområdet.

Statsbidraget må allenast avse utgifter för:

1. vid A-dispensär: drift och underhåll;
2. vid B-dispensär:
   a) läkar- och sjuksköterskearvoden,
   b) sjuksköterskas resor i dispensärens tjänst,
   c) hyra och underhåll av dispensärlokal,
   d) expedition samt inköp av sjukvårdsförnödenheter ävensom
   e) organiserad barnavård;
3. vid distriktsdispensär:
   a) läkararvode,
   b) expedition samt inköp av sjukvårdsförnödenheter ävensom
   c) organiserad barnavård.

Bidrag av statsmedel må vidare utgå för utgifter av i punkt 2 angivet slag, vilka ombesörjas av centralt organ för dispensärvårdens ledning inom dispensärvårdsområde; däremot kan statsbidrag icke ifrågakomma för vad som lämnats såsom understöd åt enskilda personer.

Såsom principiell regel föreslås, att inom dispensärvårdsområde, där landstinget anordnat distriktsvård enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till distriktsvård, må statsbidrag icke utgå för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för dennas resor i dispensärens tjänst. Tills vidare skall dock, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag kunna utgå jämväl

för nämnda ändamål, såframt fråga ej är om sådan vid dispensären anställd sjuksköterska, till vilkens avlöning statsbidrag utgår enligt bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård.

Slutligen skall kunna utgå bidrag till avlöning åt av stad anställd sjuksköterska, vilken efter överenskommelse mellan staden och distriktsvårdsstyrelse skall utöva dispensärvård inom stad, där landsting icke anordnat distriktsvård enligt för sådan meddelade bestämmelser.

Statsbidraget föreslås vidare skola utgå med högst hälften av det belopp, som återstår, sedan sammanlagda beloppet av de förut angivna utgifterna för dispensärverksamheten under det år, statsbidraget avser, minskats med summan av under året till bestridande av dessa utgifter influtna övriga bidrag och gåvor, det anslag, som för ändamålet utgått från landstinget, oberäknat. I den mån en utgift befunnits för hög, skulle således statsbidrag beviljas efter en lägre beräkningsgrund.

Styrelsen föreslår emellertid därjämte, att till dispensärverksamheten inom de sjukvårdsområden, vilkas tuberkulosdödlighet med mer än 25 procent överstiger rikets medeltal, ett högre statsbidrag skall utgå än vad som föreslås för landet i dess helhet. Enligt den tidigare meddelade översikten över tuberkulosdödligheten i Sveriges olika sjukvårdsområden under treårsperioden 1931—1933 funnes blott tre sjukvårdsområden, inom vilka tuberkulosdödligheten med mer än 25 procent översteg rikets medeltal, nämligen Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län med en överdödlighet av respektive 29, 49 och 106 procent. Ett särskilt ingripande från statens sida för att lätta dessa läns betungande omkostnader för tuberkulosens bekämpande syntes vara motiverat av följande skäl. Desamma — framförallt Norrbottens län — intoge ett synnerligen ogynnsamt läge beträffande tuberkulosens utbredning. Därtill kom, att tuberkulosens tillbakagång inom dessa sjukvårdsområden syntes vara långsammare än inom landets övriga delar och slutligen hörde dessa län till de beträffande landstingsskatt tyngst belastade i riket.

Såsom högsta extra tillägg föreslår styrelsen 25 procent av dispensärkostnaderna efter avdrag av räntor, gåvor och övriga bidrag, vilket tillskott skulle utgå, så länge ett sjukvårdsområdes tuberkulosdödlighet med 100 procent överstege rikets medeltal. I analogi härmed skulle sedan för de län, vilkas tuberkulosdödlighet med mer än 25 procent överstege rikets medeltal, ett tilläggsbidrag beviljas, som skulle beräknas på så sätt, att utöver det ordinarie bidraget på 50 procent ytterligare så många procent utginge, som motsvarade en fjärdedel av det tal, med vilket områdets tuberkulosdödlighet överstege rikets medeltal. Statens bidrag till de ifrågavarande norrländska sjukvårdsområdena skulle enligt denna norm komma att utgöra följande procentuella andelar av respektive områdes dispensärkostnader:

Västernorrlands län 57 procent, förhöjning 7 procent;
Västerbottens län 62 procent, förhöjning 12 procent;
Norrbottens län 75 procent, förhöjning 25 procent.

Vad vidare angår kostnaderna för den nya dispensärorganisationen, hava dessa beräknats på följande sätt.

A-dispensärerna. Vid de fristående A-dispensärerna föreslås dispensärläkarens avlöning böra bestämmas med tanke på, att denne skall ägna det mesta av sin tid åt dispensären. Med hänsyn till de fordringar som måste ställas på läkaren finner styrelsen arvodet böra sättas till 8,000 kronor per år inberäknat ersättning för bostad, med en förhöjning av 1,000 kronor för inom Jämtlands, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län verksamma läkare.

Vid de till sanatorier anslutna A-dispensärerna borde läkararvodet lämpligen beräknas efter antalet utförda röntgenundersökningar. Efter ett beräknat antal av omkring 500 röntgenundersökningar per år och ett arvode av 10 kronor för varje undersökning skulle läkararvodet vid dessa dispensärer i medeltal uppgå till 5,000 kronor för år, med nyssnämnda förhöjning beträffande de fyra länen i Norrland.

Avlöning av sjuksköterska vid A-dispensär borde ej understiga den, som utginge till sjuksköterska i distriktsvård enligt de vid 1935 års riksdag antagna nya bestämmelserna. Medeltalet mellan A-dispensärsköterskors begynnelselön och slutlön kunde sättas till 3,000 kronor inklusive naturaförmåner. För sjuksköterska med röntgenutbildning borde motsvarande medeltal beräknas till 3,300 kronor inklusive naturaförmåner. Då A-dispensär vore förlagd till sanatorium, kunde kostnaderna för sjuksköterskans avlönande beräknas till väsentligt lägre belopp med hänsyn till att en avsevärd del av hennes arbetstid ägnades åt sanatoriet. Det bidrag dispensären skulle lämna till hennes avlöning kunde lämpligen sättas till 1,000 kronor.

För en fristående A-dispensär kunde man räkna med en genomsnittlig årshyra för en lokal om i medeltal 4 rum, av 2,500 kronor inberäknat kostnad för uppvärmning. Vore dispensären förlagd till ett sanatorium, borde någon hyresersättning ej komma i fråga.

De årliga utgifterna för film och övriga förbrukningsartiklar ställde sig väsentligt olika för en A-dispensär förlagd till ett sanatorium och för en fristående A-dispensär. I förstnämnda fall torde man nämligen, bland annat, kunna räkna med att en stor del av röntgenfilmen från dispensären komme sanatoriet till godo, alldenstund de undersökta i många fall sedermera intoges såsom patienter på sanatoriet. Därigenom skulle sanatoriets kostnader för röntgenfilm i någon mån minskas. Styrelsen ansåge sig därför kunna upptaga ifrågavarande utgiftspost för A-dispensären i respektive här avsedda fall till 2,000 kronor och 4,000 kronor.

För belysning och städning av lokalerna vid en A-dispensär, som vore förlagd till ett sanatorium, syntes ingen kostnad böra beräknas. Däremot vore för dylikt ändamål ett anslag å 800 kronor erforderligt vid fristående dispensär.

Slutligen syntes ytterligare en post, benämnd övriga expenser, underhåll av inventarier, skrivhjälp och postporton samt oförutsedda utgifter böra upptagas med ett belopp av vid fristående dispensär 1,400

kronor — varav för skrivhjälp 400 kronor — och vid dispensär ansluten till sanatorium 700 kronor — varav för skrivhjälp 200 kronor.

De approximativt beräknade årliga driftkostnaderna vid A-dispensärerna skulle sålunda utgöra:

vid fristående A-dispensär:

Läkare, arvode	kronor	8,000
Sjuksköterska, arvode	»	3,300
Hyra för och underhåll av lokaler	»	2,500
Film och övriga förbrukningsartiklar	»	4,000
Belysning, annan elektrisk kraftförbrukning och städning	»	800
Övriga expenser samt oförutsedda utgifter	»	1,400
Summa	kronor	20,000

vid A-dispensär, ansluten till sanatorium:

Läkare, arvode	kronor	5,000
Ersättning för biträde av sjuksköterska	»	1,000
Film och övriga förbrukningsartiklar	»	2,000
Övriga expenser samt oförutsedda utgifter	»	700
Summa	kronor	8,700

Då antalet fristående A-dispensärer beräknats till 7 och antalet till sjukvårdsanstalter anslutna A-dispensärer föreslagits till 29, skulle de beräknade kostnaderna komma att uppgå till för förstnämnda dispensärer (20,000 × 7) 140,000 kronor och för sistnämnda dispensärer (8,700 × 29) 252,300 kronor eller tillhopa 392,300 kronor. Vunne förslaget om förhöjt läkarearvode för de fyra nordligaste länen godkännande, ökades denna summa med 8,000 kronor.

I Hallands län skulle vidare en fristående A-dispensär finnas med s. k. filialmottagning på annan ort. Kostnaderna för dylik filialmottagning kunde beräknas till samma belopp som kostnaderna för en fristående A-dispensär, dock med avdrag för arvoden till läkare, sjuksköterska samt skrivhjälp eller sålunda (20,000 — 11,700) 8,300 kronor. Till denna summa måste dock läggas kostnaderna för läkarens och sjuksköterskans resor, vilka syntes böra upptagas till ett belopp av 900 kronor. Den årliga kostnaden för en dylik filialmottagning borde därför beräknas till 9,200 kronor. Dylika filialmottagningar komme möjligen att i framtiden visa sig behövliga vid A-dispensärer i andra län än Hallands.

För de fristående A-dispensärer, som nyinrättades, tillkomme därjämte en engångskostnad för anskaffande av röntgenapparatur. Storleken av denna kostnad kunde uppskattas till omkring 10,000 kronor för varje sådan dispensär. Då av de sju fristående A-dispensärerna sex vore nya, skulle summan av dessa engångskostnader kunna beräknas uppgå till 60,000 kronor. Det kunde emellertid förväntas, att denna kostnad helt eller till största delen skulle bestridas av nationalföreningen, vadan något anslag för detta ändamål icke vore erforderligt.

B-dispensärerna. I de 13 landstingsområden, där B-dispensärer tills vidare förutsattes bibehållna, beräknades antalet dylika dispensärer till 158. Med hänsyn till att medeltalet av de statsbidragsberättigade utgifterna för rikets 231 dispensärer under år 1933 uppgått till cirka 9,500 kronor per dispensär och då anledning vore att antaga, att driftkostnaden även framdeles komme att hålla sig omkring nämnda belopp samt att antalet B-dispensärer icke ökades, skulle summan av nämnda utgifter för ifrågavarande 158 dispensärer uppgå till 1,501,000 kronor. I betraktande speciellt av tuberkulosfrekvensens nedgång kunde dock detta belopp lämpligen sänkas till förslagsvis 1,430,000 kronor.

Distriktsdispensärerna. Med genomförandet av den nya organisationen komme en del av de nuvarande kostnaderna för de lokala dispensärerna att bortfalla, en del att överflyttas på distriktsvården. De enda väsentliga utgifter, som vid en distriktsdispensär behövde belasta dispensäranslaget vore utgifterna för läkararvode, expedition, nödvändiga sjukvårdsförnödenheter ävensom för organiserad barnavård. Den nuvarande utgiften för resor i dispensärens tjänst torde praktiskt taget komma att bortfalla. Sjuksköterskornas distrikt bleve nämligen hädanefter små i förhållande till de nuvarande dispensärsköterskornas och deras resor för dispensärvården torde vanligen komma att kombineras med andra tjänsteförrättningar.

Beträffande arvodet till dispensärläkaren borde han för varje mottagning komma i åtnjutande av ett arvode av 15 kronor. Beräknades mottagningarnas antal till i medeltal 24 per år, skulle läkarens arvode sålunda komma att uppgå till (24 × 15) 360 kronor.

Beträffande övriga kostnader för ifrågavarande verksamhet syntes man lämpligen kunna utgå från, att desamma, särskilt med hänsyn till den lägre tuberkulosfrekvensen, komme att ställa sig lägre än vid B-dispensärerna. Medeltalet av utgifterna under år 1933 för varje dispensär — dispensärerna i Hallands och Älvsborgs län undantagna — hade uppgått till följande belopp, nämligen för expedition 258 kronor, för sjukvårdsartiklar 505 kronor samt för organiserad barnavård 2,694 kronor.

Med hänsyn till den lägre tuberkulosfrekvensen kunde man räkna med, att sistnämnda kostnader komme att avsevärt minska. Då i posten »sjukvårdsartiklar» ingått även utgifter för röntgenundersökningar, vilka framdeles skulle belasta A-dispensärernas konto, kunde denna post reduceras i särskilt hög grad, enär kostnaden för röntgenundersökningarna på de flesta håll utgjort huvudparten av densamma.

Varje dispensär kunde beräknas komma att draga en årlig kostnad av

för arvode åt läkaren	kronor	360
» expenser	»	120
» sjukvårdsförnödenheter	»	120
» organiserad barnavård	»	1,200
eller sålunda tillhopa	kronor	1,800

Då man för de närmaste åren torde böra räkna med 144 distriktsdispensärer, skulle utgifterna för desamma kunna beräknas till 259,200 kronor.

Inom vissa sjukvårdsområden, som övergått till den nya organisationen, torde det vidare bliva erforderligt att anställa åtminstone ytterligare någon sjuksköterska för att utöva dispensärvård i de större städerna. Därjämte kunde behov föreligga att tillfälligtvis eller mera permanent anställa sjuksköterska, som å platser, där distriktssköterskorna ej medhunne allt arbete, deltoge i det socialhygieniska och tuberkulosförebyggande arbetet i olika delar av landstingsområdet. Dylik sjuksköterska syntes böra i avlöningshänseende jämställas med distriktssköterska och sålunda erhålla en beräknad årlig medellön av inklusive naturaförmåner 3,000 kronor. Man torde böra räkna med att för tillgodoseende av de omförmälda behoven cirka 20 sjuksköterskor skulle bliva erforderliga. I resekostnader och dagtraktamenten borde för varje dylik sjuksköterska beräknas 500 kronor per år. Man torde alltså för ifrågavarande ändamål böra räkna med en approximativ kostnad av (3,500 × 20) 70,000 kronor. Dessutom anses hänsyn böra tagas till möjligheten att inom vissa städer efter avtal mellan staden och vederbörande landsting av staden anställda sjuksköterskor komme att därstädes fullgöra en dispensärsköterskas åligganden. Halva kostnaden för sådan sjuksköterskas avlöning kunde anses utgöra skälig ersättning från landstingets sida för hennes befattning med dispensärvården. Approximativt kunde man räkna med sådan ersättning till cirka 10 sjuksköterskor inom de landstingsområden, där den nya organisationen inom nära framtid komme att genomföras, eller (10 × 1,500) 15,000 kronor.

I enlighet med medicinalstyrelsens beräkningar skulle de årliga utgifterna för den närmaste tiden för dispensärväsendets del kunna förväntas uppgå till följande belopp:

för A-dispensärerna (inklusive kostnad för filialmottagning i Halland, 9,200)	kronor	409,500
för B-dispensärerna	»	1,430,000
» distriktsdispensärerna	»	259,200
» ytterligare sjuksköterskor	»	85,000
Summa	kronor	2,183,700

De statsbidragsberättigade utgifterna för dispensärverksamheten i riket för år 1933 uppgingo till 2,197,529 kronor.

Genomförandet av den ifrågavarande omorganisationen av dispensärverksamheten skulle sålunda draga kostnader, som med närmare 14,000 kronor understege det belopp som hittills utgått för samma ändamål. Medicinalstyrelsen framhåller dock, att det icke finge förbises, att lönerna för de i fältarbetet verksamma sjuksköterskorna i väsentlig mån överförts på distriktsvårdens konto. Det borde emellertid även beaktas, att kostnaderna för de föreslagna A-dispensärerna uppginge till icke mindre än 400,300 kronor, vilket förklarade, att kostnadsminskningen icke blivit större än fallet vore.

I fråga om kostnadernas fördelning skall vederbörande landsting såsom huvudman för dispensärverksamheten bära det ekonomiska ansvaret för dennas bedrivande med det bidrag — förutom från staten — som

regelmässigt är att förvänta från föreningar och kommuner samt i form av gåvor och räntor.

Rörande storleken av de utomstatliga bidrag, som sålunda skulle kunna erhållas, meddelar styrelsen följande såsom approximativa betecknade kalkyler.

Nationalföreningens bidrag har utgått dels i form av anslag till dispensärverksamheten i dess helhet inom respektive sjukvårdsområden, dels till vissa grenar av densamma såsom spädbarnsvård och barnhem. Av nationalföreningens anslag till dispensärverksamhet ingingo år 1933 i dispensärernas räkenskaper 453,015 kronor, och av detta belopp utgjorde 294,104 kronor anslag till dispensärverksamheten i dess helhet. Återstoden eller 158,911 kronor utgjorde sådana bidrag till barnskyddsverksamhet, som influtit i dispensärernas räkenskaper.

Enligt vad som inhämtats, torde nationalföreningen anse sig förpliktad att tills vidare i samma utsträckning som hittills understödja åtgärder för att skydda tuberkuloshotade barn, vadan förut nämnda belopp å 158,911 kronor — avrundat nedåt till 150,000 kronor — tills vidare torde kunna påräknas såsom bidrag från föreningen för ifrågavarande ändamål. Beträffande anslaget till dispensärverksamheten i dess helhet, som under en lång följd av år utgått, måste framhållas, att nationalföreningen, vars egentliga verksamhet består i att befrämja prövandet av nya uppslag och arbetsmetoder i kampen mot tuberkulosen, i viss mån hindrats i sitt egentliga arbete därigenom, att en väsentlig del av dess årliga inkomster bundits genom beviljande av regelbundet återkommande anslag. Emellertid innebär här förut framlagda förslag till dispensärverksamhetens organisation vissa för arbetet nya former — A-dispensärerna — vilkas understödjande synes ligga inom området för nationalföreningens uppgifter. Nationalföreningen torde därför vara villig stödja dessa A-dispensärer med anslag både till engångskostnaderna och till den årliga driften. Beträffande nyssnämnda engångskostnader för anskaffande av röntgenapparatur, vilka såsom angivits, beräknats uppgå till per fristående A-dispensär 10,000 kronor, torde det, enligt vad styrelsen inhämtat, kunna påräknas, att denna kostnad helt eller till största delen kommer att bestridas av nationalföreningen. Den eventuellt återstående delen av denna kostnad synes böra ankomma på vederbörande landsting. Anordnandet och bekostandet av mass- och gruppundersökningar torde bliva en uppgift för nationalföreningen. Då sådana undersökningar, enligt vad erfarenheten visat, ställa sig relativt dyrbara, lär avsikten vara, att ett ej allt för obetydligt belopp av nationalföreningens nu bundna tillgångar lösgöres för detta ändamål. Av denna anledning lär man för närvarande icke böra beräkna högre årligt bidrag till A-dispensärernas driftkostnader än i runt tal 150,000 kronor. Sammanlagda totala årsbidraget till dispensärverksamheten från nationalföreningens sida skulle sålunda kunna beräknas till 300,000 kronor.

Bidrag från *länsföreningar* torde för framtiden kunna beräknas till ungefär samma belopp som hittills eller i avrundat tal 35,000 kronor. I sådant fall då av en länsförening förvaltad donation till tuberkulosens bekämpande möjliggör för densamma att lämna betydande bidrag till detta ändamål, torde det icke möta större svårigheter att utnyttja densamma vid en sådan förändring i organisationen av dispensärvården, att landstinget ställes såsom huvudman för densamma.

Kommunernas anslag för ifrågavarande ändamål uppgingo år 1933 till 395,310 kronor, varav övervägande delen var avsedd till understöd. I vissa trakter förekommer dock, att kommunala anslag beviljas även för de egentliga dispensärutgifterna, speciellt barnkolonier. Huru stor denna andel är, kan

för närvarande icke exakt beräknas, men densamma synes kunna upptagas till cirka en femtedel av nyssnämnda anslag eller med ett belopp av 80,000 kronor.

Gåvor och räntor till dispensärverksamhetens främjande hava hittills uppgått till cirka 290,000 kronor årligen. En del av dessa gåvor äro visserligen avsedda till understöd, men större delen synes hänföra sig till sådana ändamål, vartill statsbidrag utgår. Det är framför allt barnskyddsverksamheten, anordnandet av barnkolonier och barnhem, som på detta sätt varit föremål för allmänhetens offervilja. Man torde kunna påräkna fortsatt intresse för denna verksamhet och räkna med ett årligt tillskott av detta slag på 250,000 kronor.

På grundval av det anförda uppskattar styrelsen de årliga belopp, som under den närmaste tiden på dylikt sätt kunna förväntas inflyta och vilka belopp avse den statsbidragsberättigade verksamheten, till cirka 665,000 kronor, fördelade på följande sätt:

bidrag från nationalföreningen	kronor	300,000
» » länsföreningar	»	35,000
» » kommuner	»	80,000
gåvor m. m.	»	250,000
Summa	kronor	665,000

Enligt vad förut angivits skulle de årliga utgifterna för dispensärväsendet för den närmaste tiden uppgå till 2,183,700 kronor. Sedan från denna summa avdragits det belopp, vartill nyssnämnda bidrag och gåvor beräknats, å 665,000 kronor, skulle återstående utgifter 1,518,700 kronor täckas av stats- och landstingsmedel. Statens andel skulle utgöra högst hälften därav, 759,350 kronor, eller i avrundat tal 750,000 kronor. Vid bifall till styrelsens förslag om ökat bidrag till dispensärverksamheten i de tre norrlandslänen kommer sistnämnda belopp att ökas med 50,000 kronor till 800,000 kronor.

Kostnaderna för dispensärverksamheten skulle sålunda under angivna förhållanden under de närmaste åren — bortsett från det ifrågasatta ökade statsbidraget till sistnämnda tre län — komma att fördelas på ungefärligen följande sätt, nämligen

staten	34.5	procent
landstingen	34.5	»
övriga bidragsgivare	31.0	»

De närmare bestämmelserna angående dispensärverksamheten har styrelsen tänkt sig sammanförda i en kungörelse angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande.

Yttranden över medicinalstyrelsens förslag.

Det övervägande antalet yttranden gå i principiellt tillstyrkande riktning eller lämna förslaget helt eller i huvudsakliga delar utan erinran. Detta är fallet beträffande de yttranden, som avgivits av flertalet förste provinsialläkare och landstings förvaltningsutskott, länsstyrelserna i Uppsala, Östergötlands, Kronobergs, Gotlands, Kristianstads, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Kopparbergs, Gävleborgs, Jämtlands, Väster-

bottens och Norrbottens län, centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund, styrelsen för svenska sanatorieläkarföreningen, svenska provinsialläkarföreningens styrelse, styrelsen för svenska stadsläkarföreningen, centralstyrelsen för svensk sjuksköterskeförening, svenska landstingsförbundets styrelse, styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos samt av statskontoret.

I nu berörda yttranden uttalas i allmänhet, att den föreslagna organisationen av dispensärvården vore att betrakta som ett led i det fortsatta utbyggandet av det socialpolitiska program, som börjat realiseras bland annat genom distriktsvårdsreformen. Ett genomförande av förslaget med dess enhetliga, hela landet omfattande statsunderstödda organisation komme att giva ett kraftigt stöd åt det fortsatta dispensärarbetet. Särskild tillfredsställelse uttalas över inrättandet av A-dispensärer. Genom anordnandet av distriktsdispensärer anses dispensärarbetet vidare komma att bedrivas icke isolerat utan i samband med och som en del av den socialhygieniska och socialmedicinska verksamhet, som utövas av tjänsteläkare och distriktssköterskor. Tillika framhålles i åtskilliga yttranden, att förslaget vore smidigt och väl avpassat samt syntes bereda de olika länen möjlighet att vidtaga de för varje särskilt län bäst lämpade anordningarna för åstadkommande av en effektiviserad dispensärvård.

I en del yttranden har tvekan yppats om förslaget eller har detta endast med vissa förbehåll kunnat tillstyrkas. Det sagda gäller, bland andra, de yttranden, som avgivits av länsstyrelserna i Blekinge län, Malmöhus län, Hallands län och Älvsborgs län.

Länsstyrelsen i Blekinge län åberopar såsom eget utlåtande innehållet i ett av *landstingets förvaltningsutskott* gemensamt med *styrelsen för länets tuberkulosförening* avgivet yttrande, i vilket bestämt avstånd tages från medicinalstyrelsens förslag i dess föreliggande skick, varjämte påyrkas, att vid en blivande omarbetning behörig hänsyn skall tagas till de erinringar, vilka i yttrandet framförts. Dessa erinringar taga sikte på, att vissa för Blekinge karakteristiska lokala eller andra förhållanden ej i tillräcklig mån beaktats vid förslagets utformande. Den främsta anmärkningen drabbade därvid dels det sätt, varpå huvudmannaskapet för dispensärväsendet föreslagits ordnad, dels ock de föreslagna grunderna för statsbidrags utgående och maximering.

Till nu berörda erinringar torde jag få återkomma i samband med redovisandet av yttrandena i vad angår förslagets detaljer.

Länsstyrelsen i Malmöhus län uttalar bland annat följande.

Anordnandet av A-dispensär i länet vore visserligen att förorda, men ett ersättande av de nuvarande dispensärerna, vilka enligt betänkandets terminologi vore att hänföra till B-dispensärer, med distriktsdispensärer kunde enligt länsstyrelsens mening innebära ett försvagande av ifrågavarande sjukvårdsverksamhet. Det måste nämligen antagas, att större effektivitet vunnes, om sköterskor anställdes med uppgift uteslutande att vara verksamma inom dispensären, än om denna uppgift skulle läggas hos distriktssköterskorna, vilkas huvudsakliga verksamhet avsåge den allmänna sjuk- och hälsovården. Vad kostnaden anginge borde framhållas, att besparingen genom dispensärens förläggande till distriktssjukvården icke, såvitt länsstyrelsen kunnat finna, bleve mera avsevärd i betraktande framför allt därav att distriktssköterskornas antal då måste bliva större än om dessa sköterskor ej skulle handhava dispensären.

Under alla förhållanden torde besparingen ej bliva av den storleksordning, att den borde erhålla avgörande betydelse, när det gällde att på det mest rationella sätt ordna tuberkulosarbetet. Länsstyrelsen ställde sig således på den ståndpunkten, att dispensärverksamheten principiellt icke borde uppgå i distriktssjukvården utan borde vara skild från denna. Huruvida en förening av de båda slagen sjukvårdsverksamhet i särskilda fall lämpligen kunde ske, torde bliva beroende av hur distriktssjukvården ordnades. Någon godkänd plan därutinnan enligt de nya riktlinjerna förelåge icke för länet. På grund av det anförda finge länsstyrelsen uttala, att länsstyrelsen ansåge anordnande av A-dispensärer vara av behovet påkallat och lämpligt men att dispensärverksamheten i övrigt borde anordnas under iakttagande att de därför anställda sköterskorna i allmänhet endast handhade dispensäruppgifter.

Länsstyrelsen i Hallands län anför i huvudsak följande.

Det föreliggande förslaget avsåge att i stort inordna den nu i allmänhet såsom en särskild sjukvårdsgren arbetande dispensärverksamheten under den sjukvårdande verksamhet, som bedreves av distriktsvårdsorganisationen, och anslöte sig i detta avseende till de riktlinjer, som angivits i medicinalstyrelsens förslag av år 1934 angående statsbidrag till avlöning av distriktssköterskor m. m. Sin principiella avvisande inställning till en sådan anordning hade länsstyrelsen redan givit tillkänna i sitt utlåtande över medicinalstyrelsens sistberörda förslag och saknade länsstyrelsen anledning nu frångå denna sin uppfattning, i varje fall såvitt anginge Hallands län med dess synnerligen väl utformade dispensärorganisation. Länsstyrelsen hyste den bestämda uppfattningen, att sagda organisation på ett smidigt och effektivt sätt tillgodosåge de sjukvårdande uppgifter, som åt densamma anförtrotts, och hölle före, att Hallandssystemet ingalunda vore underlägset den organisationsform, som nu föreslagits. Visserligen kunde man icke av de i medicinalstyrelsens utlåtande intagna tabellerna angående tuberkulosdödligheten pro mille utläsa, att denna dödlighet i Hallands län under åren 1931—1933 varit genomsnittligt lägre än i andra län, där dispensärorganisationen varit en annan än i Hallands län. Därvid måste emellertid beaktas, att nämnda tidrymd torde varit för kort för att kunna ådagalägga de goda verkningarna av länets dispensärorganisation, vilken till fullo utbyggts först under år 1928. Landstingets förvaltningsutskott hade i sitt yttrande över förslaget hemställt, att den i länet verksamma organisationen alltjämt finge bibehållas för länets vidkommande och att vid ett genomförande för landets övriga delar av en dispensärvårdsorganisation av nu föreslagen natur landstinget måtte få komma i åtnjutande av statsbidrag till sitt dispensärväsende i samma utsträckning som dispensärvården i övrigt. Denna hemställan kunde länsstyrelsen odelat skänka sitt stöd och underströke vid sådant förhållande ett av förvaltningsutskottet vidare gjort uttalande, att författningsbestämmelserna formulerades så, att desamma klart medgåve den särställning, som Hallands läns landstingsområde skulle komma att intaga i detta hänseende.

Jämväl *länsstyrelsen i Älvsborgs län* — som åberopar av förste provinsialläkaren och landstingets förvaltningsutskott avgivna utlåtanden i ämnet — framhåller de goda erfarenheter, som vunnits av den nu bestående dispensärorganisationen i länet och finner förty behörig hänsyn till nämnda organisation böra föranleda jämkningar i förslaget, innan detsamma lägges till grund för lagstiftning i ärendet.

Från några håll uttalas, att med förslagets genomförande borde anstå tills vidare.

Sålunda framhåller *länsstyrelsen i Stockholms län* med betonande dessförinnan av sin principiella anslutning till den föreslagna omorganisationen, att det med hänsyn till att distriktsvårdsorganisationen vore på sitt begynnelsestadium kunde dröja avsevärd tid, tills densamma bleve genomförd. Det ville för den skull synas — anför länsstyrelsen — som om med nyorganisationen av dispensärvården kunde anstå, till dess man finge erfarenhet av huru distriktsvårdsorganisationen sloge ut. Detta skäl vore enligt länsstyrelsen desto starkare som — åtminstone för närvarande — inga omständigheter talade för en omsvängning i den, enligt vad tillgänglig statistik utvisade, pågående tillbakagången av tuberkulossjukdomarna.

Ett liknande uttalande — med utgångspunkt från frågan om dispensärvårdens ordnande i städerna — göres av *svenska stadsförbundets styrelse.* Jag återkommer därtill i den följande framställningen.

I avstyrkande riktning har *förste provinsialläkaren i Jönköpings län* uttalat sig under framhållande i huvudsak av följande.

Att distriktssköterskor, sedan distriktssjukvården inom ett län anordnats och fullt utbyggts enligt de nya bestämmelser, som angåves i kungörelsen den 28 juni 1935 angående statsbidrag till distriktsvård, skulle övertaga dispensärsköterskornas arbete, syntes föga lämpligt. Oavsett att effekten av deras arbete i dispensärens tjänst bleve mindre än under nuvarande dispensärorganisation, komme den föreslagna organisationen med s. k. distriktsdispensärer att bli synnerligen tungrodd och dyrbar, åtminstone för Jönköpings läns vidkommande. I Jönköpings län omfattade ett dispensärområde i regel en tjänsteläkares verksamhetsområde med högst en dispensärsköterska. Enligt förslaget skulle varje distriktssköterska, vars distrikt blott komme att omfatta 3,000 invånare, tjänstgöra såsom dispensärsköterska inom sitt distrikt. Därvid skulle distriktsköterskan i egenskap av dispensärsköterska uppspåra misstänkta fall av tuberkulos (utföra fältarbetet) samt resa in med dessa till tjänsteläkaren på hans mottagning å distriktsdispensären för undersökning, eventuellt för remiss till A-dispensären. Inom ett provinsialläkardistrikt såsom exempelvis Värnamo distrikt med 20,000 invånare, fördelade på femton, delvis tämligen avlägset belägna kommuner, och som nu endast hade en dispensärsköterska, skulle, efter förslaget 6 à 7 distrikts(dispensär)sköterskor med sina patienter inställa sig hos provinsialläkaren på hans dispensärmottagning 1 à 2 gånger i månaden. Att kostnaderna för en sådan anordning i längden torde bli betydligt dyrare än under nuvarande bestämmelser, syntes sannolikt. Skulle, på grund av minskad tuberkulosdödlighet, en nedskärning av nuvarande dispensärverksamhet anses behövlig eller önskvärd, torde en dylik minskning lätt kunna företagas för ett betydligt billigare pris och ändock på ett mer effektivt sätt inom dispensärverksamhetens nuvarande organisationsram än såsom i föreliggande förslag framställts.

Efter denna översikt av de avgivna yttrandenas principiella ställning till förslaget vill jag i det följande uppehålla mig vid uttalanden och erinringar, som i desamma kommit till synes rörande förslagets detaljer.

Till en början vill jag då erinra, att i några av yttrandena ifrågasatts vissa andra beteckningar än förslaget använder.

Sålunda föreslår *förste provinsialläkaren i Blekinge län,* att benämningen dispensärvårdsområde för korthetens skull bör utbytas mot dispensärområde.

Svenska provinsialläkarföreningens styrelse påpekar, att benämningen A-dispensär måste anses som mindre lämplig. Närmast liggande vore »diagnostikstation» eller om man ville framhålla dess statistiska och därmed sammanhängande uppgifter »centraldispensär», vilken benämning syntes styrelsen särdeles lämplig. Vidare kunde styrelsen ej finna, att några s. k. B-dispensärer överhuvud behövde tillskapas; dessas uppgifter sammanfölle ju helt och hållet med distriktsdispensärernas. Att vid dem behövde anställas en extra sköterska, syntes på intet sätt motivera en särskild benämning. Styrelsen föreslår därför, att A-dispensärerna benämndes centraldispensärer och alla lokaldispensärer, d. v. s. både B- och distriktsdispensärer, benämndes distriktsdispensärer. Dessa benämningar stode i överensstämmelse med de givna direktiven för dispensärverksamhetens anordnande och vore enkla, tydliga och lättfattliga. Att tillskapa en särskild benämning för vissa dispensärer (B-dispensärerna) under en kortare övergångstid, syntes onödigt och föga lämpligt. Ville man nödvändigtvis hava en särskild beteckning för dem, kunde de enligt styrelsens uppfattning kallas exempelvis distrikts-(eller lokal-)dispensärer med specialsköterska.

Benämningen A-dispensärs utbytande mot »diagnosstation» eller »centraldispensär» förordas av *Örebro läns dispensärstyrelse.* För den senare benämningen — centraldispensär — uttalar sig jämväl *förste provinsialläkaren i Värmlands län,* vilken vidare i stället för benämningarna »B-dispensär» och »distriktsdispensär» föreslår användande av namnen dispensärer av B-typ, respektive D-typ.

Rörande behovet och lämpligheten av A-dispensärers inrättande råder praktiskt taget enighet. Endast *Västmanlands läns landstings förvaltningsutskott* har uttalat tvekan rörande nödvändigheten av ett ovillkorligt anordnande av A-dispensär inom dispensärvårdsområde. Det förefölle utskottet, som om det huvudsakliga syftet kunde vinnas genom anordnande av röntgenundersökning å sanatorier och å de övriga sjukvårdsanstalter, där tillgång till röntgen och för uppgiften utbildad läkare funnes.

Lämpligheten av den föreslagna organisationen av A-dispensärerna har i vissa yttranden gjorts till föremål för uttalande.

Så finna exempelvis *länsstyrelserna i Kalmar och Blekinge län* ekonomiska motiv tala för A-dispensärs förläggande till redan förefintliga sjukvårdsanstalter. Av samma mening är *svenska landstingsförbundets styrelse,* som anser fristående dispensärer böra ifrågakomma endast för den händelse verkligt vägande skäl därtill föreligga.

Å andra sidan framhåller *förste provinsialläkaren i Norrbottens län,* att A-dispensärernas förläggning till sanatorierna måste, sedd mot bakgrunden av syftet att ernå en intensifiering av dispensärarbetet, betraktas som en nödfallsutväg eller ett provisorium. I detta sammanhang anmärker denne vidare, att A-dispensärerna icke borde göras alltför permanenta utan borde de efter framställning av dispensärstyrelsen i länet kunna flyttas eller indragas; i likhet med de extra provinsialläkartjänsterna borde sålunda A-dispensärläkartjänsterna inrättas på 5 år i taget.

Önskemål — i särskilda fall utförligt motiverade — hava vidare anförts från ett antal länsstyrelser beträffande A-dispensärernas antal eller förläggning inom respektive landstingsområden. Detta gäller *länsstyrelserna i Södermanlands, Jönköpings, Kalmar, Gotlands, Blekinge, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs, Skaraborgs, Värmlands, Örebro* samt *Norrbottens län.*

Beträffande distriktsvårdsorganisationens övertagande av den socialhygieniska delen av dispensärernas verksamhet genom anordnandet av distriktsdispensärer ha på sina håll rätt starka betänkligheter yppats.

Sålunda uttalar sig *Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott* på följande sätt.

Enligt förslaget skulle från B-, respektive distriktsdispensärerna, till A-dispensären för röntgenundersökning remitteras sjuka eller för tuberkulos misstänkta personer. En gallring av patienterna komme alltså att i viss utsträckning ske redan innan fullständiga undersökningar verkställts, och då det i tidiga tuberkulosfall utan röntgenundersökning kunde vara mycket svårt att konstatera sjukdomen, skulle följderna utan tvivel bliva, att en mängd sjukdomsfall icke skulle komma under behandling så tidigt som önskligt vore. Då det föreslagna förfarandet dessutom skulle innebära en onödig omgång och förorsaka extra omkostnader för resor kunde utskottet icke förorda inrättandet av B- respektive distriktsdispensärer med i förslaget angivna funktioner. Utskottet hölle före, att alla undersökningar borde verkställas vid A-dispensärerna. Att A-dispensärens läkare borde kunna för undersökning inkalla sjuka eller för tuberkulos misstänkta ävensom hela familjer samt att nämnda läkare borde kunna taga initiativet till s. k. gruppundersökningar, ansåge utskottet vara av största betydelse för uppspanandet av farliga smittkällor. Utskottet hade härvid icke bortsett ifrån att genom detta förfarande arbetet å A-dispensärerna komme att betydligt utökas, men ansåge dock, att de vunna resultaten till fullo borde motivera den förordade anordningen.

Utskottet ville i detta sammanhang framhålla det betänkliga i att helt eller så gott som helt slopa dispensärsköterskeinstitutionen och överlåta dispensärsköterskornas arbete å distriktssköterskorna. Med den mängd uppgifter, som blivit eller komme att bliva ålagda distriktssköterskorna, kunde man icke förvänta, att de skulle kunna offra allt för mycket av sin tjänst i tuberkulossjukvården. Komme så därtill, som i utlåtandet säges, att sköterskorna böra åtfölja sina sjuka till dispensärmottagningarna, medförde detta, förutom ökade resekostnader för sköterskorna, även en avsevärd tidsspillan.

Utskottets uttalande utmynnar i ett förslag till en anordning, enligt vilken dispensärverksamheten i samverkan med tjänsteläkare och distriktssköterskor borde centraliseras till A-dispensärerna med hjälp av där anställda dispensärsköterskor. Jag torde senare få anledning att återkomma till denna fråga.

Liknande synpunkter som de vilka av sistberörda utskott framförts i fråga om den befarade minskningen i effektivitet genom distriktssköterskekårens övertagande av dispensärsköterskornas verksamhet hävdas av ett antal förste provinsialläkare samt av vissa landstings förvaltningsutskott.

I flera yttranden, som principiellt kunna sägas intaga ståndpunkt mot för-

slaget i denna del, göres anslutningen därtill beroende av särskilda förutsättningar, åsyftande att befarade hinder eller svårigheter undanröjas.

Sålunda finner exempelvis *länsstyrelsen i Stockholms län* knappast tillräckliga skäl föreligga att utan vidare ansluta sig till förslaget om avskaffande av nuvarande B-dispensärer, detta på grund av de obestridliga fördelar, som vore förknippade med den av dispensärsköterska utövade verksamheten. Dispensärsköterskorna åtnjöte nämligen ett stort förtroende såväl hos de kommunala myndigheterna som hos de enskilda. Därtill komme det ovissa i om en distriktssköterska vid sidan av sina så att säga ordinarie arbetsuppgifter jämväl kunde rå med en dispensärsköterskas åligganden. I detta sammanhang syntes det länsstyrelsen vara anledning understryka den välvilliga inställning, som kommunerna hade till den nuvarande dispensärvården. Länsstyrelsen ansåge därför, att bestämmelserna om dispensärvårdens organisation i varje fall borde erhålla sådan avfattning, att de kunde medgiva skiftningar i ordnandet av organisationen inom olika län.

Dispensärledaren i Södermanlands län, överläkaren vid Löts sanatorium, Carl Löwenhjelm, yppar tvivel om att distriktssköterskekåren blir lika effektiv i tuberkulosbekämpandet som den nuvarande dispensärsköterskekåren.

En motsatt ståndpunkt i detta avseende intages av *länsstyrelsen i Uppsala län,* som anför följande.

Beträffande dispensärverksamhetens ombesörjande genom distriktsdispensär vore sannolikt, att en distriktssköterska under tider av svårare sjuklighet bleve helt upptagen av sjukvård, så att de profylaktiska uppgifterna finge stå tillbaka. Under vanliga förhållanden däremot kunde den profylaktiska verksamheten, vilken icke så lätt vunne uppskattning av allmänheten med dess rädsla för tuberkulos och för undersökningar angående sjukdomen, få ett stöd av det förtroende en distriktssköterska genom sin verksamhet i sjukvårdens tjänst förvärvat. För en känd och avhållen sjukvårdssyster kunde det vara lättare att övertyga en familj, att den borde underkasta sig undersökning och eventuellt vidtaga särskilda försiktighetsåtgärder mot smittans spridning än för en sköterska med uteslutande dispensärvård till uppgift. Därjämte torde det väl kunna tänkas, att distriktssköterskan inom ett snävare begränsat område kunde erhålla mera ingående kännedom om hygien och sjukvårdsbehov bland befolkningen samt därför lättare uppspårade misstänkta fall i tid än en uteslutande för dispensärverksamheten avsedd sköterska med väsentligt större verksamhetsområde.

Åtskilliga myndigheter hava emellertid direkt uttalat sig till förmån för medicinalstyrelsens förslag i denna punkt.

Så finner *förste provinsialläkaren i Östergötlands län* sannolikt, att en distriktssköterska enligt den nya distriktsvårdsorganisationen komme att ernå en bättre kontakt med hemmen och bleve i tillfälle att upptäcka många fler misstänkta fall av tuberkulos än den, som arbetar enbart som dispensärsköterska. Däri låge en av förslagets största förtjänster samtidigt som det befriade hemmen från en rad inspektriser av olika slag och för det allmänna ställde sig relativt billigt genom samlandet på en hand av flera funktionärers uppgifter.

Länsstyrelsen i Västernorrlands län framhåller det föreslagna förenandet av distrikts- och dispensärvården såsom särskilt ändamålsenligt.

Förste provinsialläkaren i Jämtlands län anmärker, att inrättandet av distriktsdispensärer skulle för länets vidkommande bliva till stor fördel, bland annat därför att distriktsdispensärernas område enligt förslaget skulle överensstämma med vederbörande läkares och sköterskas tjänsteområde för det övriga sjukvårdsarbetet. Därigenom möjliggjordes ett intensivare spaningsarbete efter nya fall än nu, då dispensärsköterskan endast kände sitt distrikt från tuberkulosens synpunkt och delar av dispensärdistriktet ej hörde till vederbörande läkares övriga tjänsteområde.

Förste provinsialläkaren i Norrbottens län påpekar i sitt uttalande i nu ifrågavarande avseende, att från de tjänsteläkare i Norrbotten, som hade distriktsdispensärer, någon anmälan om bristfälligt dispensärarbete ej ingått; till och med i detta län med dess höga tuberkulosfrekvens hade erfarenheterna av distriktsdispensärerna varit goda. Med mindre sköterskedistrikt och med sköterskor anförtrodda i främsta rummet den förebyggande vården vore sannolikheten för än gynnsammare resultat större. Då det vidare syntes troligt, att de stora provinsialläkardistrikten komme att uppdelas, så att läkartätheten på landsbygden därigenom bleve större och läkardistrikten mindre, varigenom läkarna finge mera tid att ägna sig åt hälsovården och handledandet av sköterskorna än under nuvarande förhållanden, syntes det a priori givet, att dispensärvården principiellt organiserades såsom distriktsdispensärer med tjänsteläkaren som läkare.

Jag övergår nu till spörsmålet om arbetsuppgifterna vid dispensärerna och uppgifternas fördelning dem emellan samt vad därmed står i samband.

Vad därvid först angår A-dispensärernas förhållande till B- och distriktsdispensärer samt till sjukvårdsanstalterna, hava ett flertal erinringar och önskemål framkommit, i övervägande antalet fall från läkarhåll.

Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund konstaterar inledningsvis, att det beträffande dispensärvårdens praktiska utformning enligt förslaget, särskilt vad gällde de olika dispensärtypernas förhållande till varandra, syntes centralstyrelsen som om förslaget bruste något i fråga om klara riktlinjer, måhända beroende på svårigheten att på sakernas nuvarande ståndpunkt bringa de olika uppfattningar, till vilka medicinalstyrelsen velat taga hänsyn, i full samklang med varandra.

I fortsättningen deklarerar centralstyrelsen sin ståndpunkt i fråga om A-dispensärernas huvuduppgifter. Dessa skulle vara tre, nämligen i huvudsak *dels* utförandet av högkvalificerad diagnostik, inklusive röntgenundersökning å alla av de lokala dispensärläkarna eller de praktiserande läkarna dit remitterade fall av lungtuberkulos eller misstänkt sådan — att »uppspana» fall skulle däremot icke vara A-dispensärens uppgift utan ankomma på lokaldispensärerna — *dels* planläggandet av behandlingen och fördelningen enligt vårdbehov av de konstaterade lungtuberkulosfallen, *dels och* den statistiskt-

registrerande verksamheten av samtliga tuberkulosfall — icke blott lungtuberkulosfall — inom respektive A-dispensärdistrikt. A-dispensärläkarens egenskap att dels vara en väl utbildad tuberkulosspecialist, dels att handha och bearbeta tuberkulosstatistiken för sitt område — med den översikt detta gåve honom över tuberkulosens frekvens och epidemiologi inom området — torde vidare enligt centralstyrelsens uttalande göra det naturligt, att viktiga initiativ beträffande det perifera arbetets planläggning såväl i lokala som mera allmänna frågor komme att utgå från honom i form av förslag till de lokala dispensärerna eller till den centrala dispensär- eller distriktsvårdsstyrelsen.

Av samma mening rörande A-dispensärernas huvuduppgifter är jämväl *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse*. I anslutning till den i förslaget framförda tanken på möjligheten av ett samarbete mellan de fristående A-dispensärerna och lasaretten, i syfte att främja uppkomsten av självständiga röntgenavdelningar med specialutbildade lasarettsläkare, ifrågasätter styrelsen lämpligheten därav, såframt därmed avsåges att en A-dispensärs huvudstation skulle kunna vara förlagd till och disponera lasarettets röntgenutrymmen och apparater, varemot några hinder icke borde resas mot att A-dispensärledaren vid särskilda tillfällen finge disponera röntgenavdelning för s. k. filialmottagning.

I detta sammanhang bör anmärkas, att *förste provinsialläkaren i Kristianstads län* i sitt yttrande förutsätter, att samarbete — förutom mellan A-dispensär och lasarett — kommer till stånd även mellan de lokala dispensärerna, å ena, och lasaretten, å andra sidan, särskilt beträffande lasarett med röntgenläkare.

Svenska provinsialläkarföreningens styrelse — under framhållande av sin principiella anslutning till förslaget om tre olika dispensärtyper — finner förslaget i fråga om fördelningen av arbetet mellan de olika dispensärerna innehålla bestämmelser, som synas styrelsen dels i vissa avseenden inkonsekventa, dels mindre ändamålsenliga och mot vilkas realiserande styrelsen anser sig böra inlägga en gensaga. Styrelsen anför därefter:

Dispensärverksamhetens uppgifter vore huvudsakligen av förebyggande, d. v. s. hälsovårdande art. I andra hand kunde sjukvård i viss utsträckning tänkas förekomma, nämligen när hälso- och sjukvårdens krav sammanfölle. Främst bland de förebyggande uppgifterna stode övervakandet av smittkällorna och deras omgivning till förekommande av smittspridande samt jämsides härmed uppspanande av nya fall i så tidigt stadium som möjligt, dels till förhindrande av smittspridning från dem och dels för att bereda dem möjlighet till lämplig vård. Beträffande övervakandet av smittkällorna och vad därtill hörde, skulle det helt naturligt bliva en uppgift huvudsakligen för B- och distriktsdispensärerna, under det att uppspanandet av nya fall enligt förslaget skulle åligga A-dispensärerna. Det framhölles bland annat, att den tidiga diagnosen, »som givetvis är av allra största betydelse för en framgångsrik behandling, måste hädanefter säkerligen så gott som helt och hållet anförtros åt tekniskt fullt utbildade specialister». Gent emot detta ville styrelsen framhålla, att tidigdiagnosen av särskilt lungtuberkulos måste vara eller bliva en av tjänsteläkarens-allmänpraktikerns huvuduppgifter. Lungtuberkulosen vore ju en sjukdom, som den i allmän praxis verkande läkaren jämt och ständigt måste räkna med och i diagnostiskt hänseende överväga. I stället för att hava blivit försvårad, hade tidigdiagnosen numera blivit i hög

grad underlättad genom vetenskapens framsteg och uppfinnandet av nya diagnostiska hjälpmetoder, av vilka de flesta utan svårighet kunde behärskas av allmänpraktikern. Ett undantag härifrån utgjorde dock röntgenundersökningen. Emellertid vore det icke nödvändigt, att dispensärläkaren själv behärskade alla hjälpmetoder, men det krävdes obetingat, att han hade tillgång till snabb, billig och fullt sakkunnig röntgenkonsultation. Hade han detta och hade han vidare fått en för sin verksamhet lämplig utbildning så torde han vara fullt rustad att som dispensärledare i full utsträckning taga upp kampen mot tuberkulosen inom sitt distrikt. Det vore också styrelsens bestämda uppfattning, att distriktsdispensärerna måste bliva kärnan i organisationen och A-dispensärerna från här anförda synpunkter finge form av hjälpstationer. Så måste uppspanandet av nya fall i första hand bliva en lokal — d. v. s. distriktsdispensärens — uppgift, naturligtvis med biträde av A-dispensären för specialundersökningar i behövliga fall. Även familjeundersökningar torde huvudsakligen böra ske på initiativ av lokaldispensären, lämpligen efter samråd med ledaren av A-dispensären. Först genom en sådan anordning torde också det av styrelsen framhållna önskemålet, att varje tjänsteläkare bleve ansvarig för dispensärvården inom sitt distrikt, kunna bliva verklighet. Förlades däremot det uppspanande arbetet direkt till A-dispensären, innebure det, att den förebyggande tuberkulosvården alltjämt i väsentliga delar komme att ställas utanför distriktsvården, vilket såvitt styrelsen kunde finna, ingalunda vore avsett och under alla omständigheter måste betecknas såsom synnerligen olyckligt.

Styrelsen anser vidare det icke vara lämpligt, att sköterskan vid en B- eller distriktsdispensär såsom föreslagits finge direkt samarbete med A-dispensär; allt samarbete mellan B- och distriktsdispensärerna, å ena, och A-dispensärerna, å andra sidan, borde gå genom och förmedlas av ledaren för lokaldispensären. Först härigenom förmenades ett verkligt samarbete mellan denna och A-dispensärerna kunna komma till stånd.

Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott förordar — med utgångspunkt från de principiella erinringar i frågan om lämpligheten av särskilda distriktsdispensärer, för vilka tidigare redogjorts — en arbetsfördelning i dispensärarbetet efter i huvudsak följande linjer:

Vid A-dispensärerna borde finnas anställda en eller flera dispensärsköterskor, vilka efter det anmälningar om smittade eller misstänkta hem inkommit från distriktssköterskor, tjänste- och praktiserande läkare, vid behov skulle besöka hemmen och göra sig underrättade om familjernas förhållanden m. m. samt närvara vid mottagningarna. Dispensärläkaren borde efter verkställda undersökningar göra erforderlig anmälan till respektive tjänste- eller distriktsläkare, som beträffande hemmens sanering lämnade anvisningar till distriktssköterskan. På så sätt komme distriktssjukvårdsorganisationerna att tagas i anspråk för dispensärvården på det mest lämpliga sättet. I och med denna anordning kunde frågan om dispensärvården för städerna lösas på ett enkelt sätt genom att dispensärsköterskorna där själva bibehölle uppsikten över hemmen. Genom att dispensärläkarnas anmälan rörande sjuka eller misstänkta gjordes till tjänste- respektive distriktsläkaren, och denne i sin tur lämnade anvisning om erforderliga åtgärder till distriktssköterskan, komme läkaren och icke sköterskan att bära ansvaret för hemmens tillfredsställande sanering.

Därest familjeundersökningar — yttrar *Stockholms läns landstings förvaltningsutskott* — allenast finge ske vid A-dispensärerna, kunde detta för

länets vidkommande — där särskilt i skärgårdsdistrikten svårighet funnes att besöka dispensären — leda till att vederbörande av kostnadsskäl eller annan orsak underläte att avlägga besök. Det syntes utskottet därför, som om man borde inrikta sig på underlättande av dylika familjeundersökningar.

Med den föreslagna anordningen, att A-dispensärerna skulle kunna utsända sköterskor till lokala distrikt, som vore i behov därav, uttrycker *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse* sin tillfredsställelse. Däremot anser *förste provinsialläkaren i Örebro län* — i likhet med *dispensärstyrelsen i länet* — att en sådan anordning bör undvikas såsom ägnad att åstadkomma oreda i organisationen; anskaffande och utsändande av extra sköterskor förmenas enligt den förenämnde förste provinsialläkaren i stället böra åläggas vederbörande centralorgan för ledningen av dispensärarbetet.

På sina håll hava försports invändningar mot förslaget om s ä r s k i l d a m o t t a g n i n g a r vid de lokala dispensärerna.

Förste provinsialläkaren i Kristianstads län understryker, att det hittills vid en tredjedel av landets alla dispensärer visat sig ändamålsenligt, att dispensärmottagning hålles å läkarens allmänna mottagning, på grund varav det kunde ifrågasättas, om skilda mottagningar borde uppställas som oeftergivligt villkor.

Förste provinsialläkaren i Värmlands län framhåller, att dispensärläkarna på landsbygden allmänt uttrycka önskemål att få utföra undersökningarna på sina vanliga mottagningslokaler. Det uppstode eljest splittring i deras arbetsförhållanden, varjämte klientelet ofta vore ovilligt att inställa sig på särskilda dispensärlokaler, som endast användes för detta ändamål. En dylik motvilja vore av naturliga skäl mera vanlig på landsbygden än i städerna, där också dispensärläkarna önskade särskilda mottagningslokaler. Då den tuberkulösa sjukdomens så att säga akuta smittsamhet nödvändiggjorde ideliga undersökningar även vid tiderna mellan de särskilda dispensärmottagningarna, syntes förekomsten eller inrättande av särskilda mottagningslokaler på landsbygden näppeligen kunna vara eftersträvansvärt.

Förste provinsialläkaren i Kopparbergs län förordar, att tuberkulossjuka skola kunna söka läkaren på hans vanliga mottagningar, så att dessa patienter ej behöva känna sig utpekade.

Dispensärledaren i Kopparbergs län, sanatorieläkaren vid Högbo sanatorium V. Malmström håller före, att särskilda dispensärmottagningar icke böra göras obligatoriska. Desamma vore måhända nödvändiga i större städer, men i vidsträckta, glest befolkade landsdistrikt vore det tvivelaktigt, om de ens vore lämpliga. Sina viktigaste insatser komme dispensärläkaren i varje fall — även om särskilda mottagningar hölles — att göra under det dagliga arbetet, vid ordinarie mottagningar och sjukbesök samt vid de besök, som han borde åläggas att göra i varje nyupptäckt tuberkulospatients hem.

Norrbottens läns dispensärnämnd kan för länets del icke förorda särskilda dispensärmottagningar. Sådana hade tidigare försökts i länet men av praktiska skäl måst frångås. Patienterna, som ofta bodde på långt avstånd från

läkarens mottagning, hade svårt att passa tiderna och vid mottagningar ute i bygderna vore det orimligt att utestänga dispensärpatienter. Någon olägenhet härav, exempelvis för smittofara, ansåges ej föreligga.

Svenska sanatorieläkarföreningens styrelse anser visserligen en anordning med särskild dispensärmottagning önskvärd, där icke särskilda omständigheter försvåra dess tillämpning, men vill ifrågasätta lämpligheten av att anordningen göres obligatorisk.

I fråga om antalet mottagningar vid de lokala dispensärerna ger *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* uttryck åt en jämväl i vissa andra yttranden återkommande uppfattning, att en dispensärmottagning, inskränkt på sätt förslaget anger till en var fjortonde dag, icke kunde på något sätt tillfredsställa behovet.

Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund anmärker, att förslaget ger rum för tveksamhet, huruvida dispensärvården gäller i första hand blott lungtuberkulos eller tuberkulos i allmänhet.

Särskilda önskemål av mera allmän räckvidd hava i förenämnda sammanhang kommit till uttryck i vissa av de avgivna yttrandena. Ett av dessa önskemål tager sikte på en allmän anmälningsplikt rörande inträffade tuberkulosfall.

Svenska sanatorieläkarföreningens styrelse anför därom i huvudsak följande.

Statistiken komme enligt förslaget att basera sig på rapportskyldighet från B- och D-dispensärerna. Någon allmän anmälningsplikt hade icke ifrågasatts. Sanatorieläkarföreningen hade tidigare ställt sig avvisande gentemot tanken på införande av dylik. I vissa avseenden hade emellertid därvidlag numera förändrade förhållanden inträtt. Det hade framhållits, att en anmälan av tuberkulosfall ej finge inskränka sig till statistisk registrering, utan för att vara motiverad borde den utmynna i praktiska åtgärder. Förutsättningarna därför hade hittills i väsentlig grad saknats. Man komme emellertid nu genom inrättandet av A-dispensärer att få ett lämpligt centralt organ för mottagandet och bearbetandet av anmälningarna, och dessa kunde i dispensärens hand giva anledning till åtgärder såväl av sjukvårdande som profylaktisk art. På de flesta håll funnes vidare numera tillräckligt antal vårdplatser för att kunna bereda erforderlig vård åt de rapporterade fallen. Det vore visserligen ovedersägligt, att det utgjort en värdefull tillgång för dispensärarbetet liksom för tuberkulosarbetet i allmänhet, att det hittills vad anginge anslutningen från de sjukas sida, varit baserat helt på frivilligheten grund och att dess attraktion av patienterna berott på dessas förtroende för den vård och det omhändertagande som erbjudits. Genom att nu i och med genomförande av den nya distriktsvårdsorganisationen praktiskt taget hela tjänsteläkarkåren inträdde i dispensärarbetet, komme emellertid automatiskt en mycket omfattande anmälningsplikt att införas, i det att varje av tjänsteläkaren-dispensärläkaren upptäckt fall anmäldes för A-dispensären. Det syntes då knappast finnas anledning att skapa en undantagsställning för de patienter, som vände sig till privatpraktiserande läkare. Anförda skäl syntes styrelsen tala för att samtliga fall av tuberkulos (alla former) skulle av den läkare, som först konstaterade sjukdomens art, i sådana sjukvårdsområden, där A-dispensär funnes inrättad, anmälas till denna. I

områden, där ännu ej A-dispensär inrättats, syntes däremot skäl ej föreligga för införande av anmälningsplikt.

Förste provinsialläkaren i Stockholms län yttrar till förmån för införande av anmälningsplikt, att flera läkare överhuvud icke anmälde några fall till dispensärerna, då därigenom befarades, att patienterna skulle gå ifrån dem. Även från en del sjukvårdsinrättningar vore anmälningarna mycket sporadiska.

Krav på skyldighet för tuberkulossjuk och dennes omgivning att låta undersöka respektive behandla eller isolera sig har vidare anmälts. *Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* anser emellertid anledning föreligga att tillsvidare lita till den nya organisationens förmåga att slå igenom av egen kraft och att alltså undvika tvångsåtgärder. Enligt *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse* borde tvångsåläggande till undersökning inskränkas till vissa fall. *Svensk sjuksköterskeförening* förmenar, att bestämmelse om tvångsbehandling enligt läkarutlåtande förutsatte inrättande inom vissa sjukvårdsområden av hem för kroniska bacillbärare.

Förslaget om dispensärvårdens ordnande i städerna har i flertalet av de yttranden, som ingått på denna punkt, icke mött allvarligare erinringar. Därvid har, bland annat, betonats önskvärdheten av att de städer, varom här är fråga, eller de, som icke bilda egna sjukvårdsområden, icke bleve undantagna från gemensamheten i det ifrågavarande förebyggande tuberkulosarbetet i avbidan på ett ordnande av distriktsvården för de större och medelstora städernas vidkommande. Från denna synpunkt vore intet att invända mot det provisorium i denna del, som av medicinalstyrelsen förordats. *Förste provinsialläkaren i Uppsala län* framhåller till förmån därför, att det under provisorietiden erbjöds tillfälle att samla erfarenhet rörande den i varje särskilt fall lämpligaste organisationsformen.

Dispensärledarna i Kopparbergs och *Norrbottens län* ävensom *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* inskränka emellertid sina uttalanden i förevarande avseende till en förklaring, att städer, som deltaga i landsting, liksom hittills borde — i avbidan på distriktsvårdsfrågans fullständiga ordnande för städerna — åtnjuta statsbidrag efter samma grunder som landsdistrikten.

Svensk sjuksköterskeförening framhåller nödvändigheten av att sjuksköterska vid stad angränsande distriktsdispensär ej medgives rätt att utöva dispensärvård även i staden med mindre hennes distrikt minskas i förhållande till denna utökning av hennes verksamhet. Enligt föreningens mening vore ett verksamhetsområde med ett invånarantal av 25,000 per stadsdispensärsköterska så krävande, att ett gott resultat därigenom äventyrades; i stället ville föreningen föreslå en stadsdispensärsköterska per 10,000 à 15,000 invånare.

I *styrelsens för svenska stadsläkarföreningen* yttrande — vilket i princip ger sin anslutning till provisorieförslaget — anföres, bland annat, följande.

Vad de största städerna beträffade, skulle enligt medicinalstyrelsens förslag under provisoriet städer med ett invånarantal överstigande 25,000 bilda

egna dispensärdistrikt såsom redan nu vore förhållandet, alltså med för dispensärvård särskilt utbildad sköterska eller sköterskor anställda enbart för arbetet ifråga. Styrelsen ville för sin del understryka vikten av att detta bleve fallet ej blott under provisoriet utan jämväl för den händelse, att distriktssköterskeinstitutionen infördes även i städerna. Enligt styrelsens mening skulle antituberkulosarbetet i de större städerna bli avsevärt lidande på dess uppdelning på en massa distrikt med omkring 5,000 invånares storlek och detta arbetes repartiserande med en hel del andra arbetsuppgifter. Styrelsen ville därvid föreslå, att gränsen sänktes ned till städer med 20,000 invånare. Den mellanliggande gruppen städer — upp till 20,000 invånare — hade tänkts kunna få sin dispensärfråga ordnad enligt olika linjer, likaledes under provisoriet. Vad dessa städer beträffade vill styrelsen som sin mening uttala, att — ej blott under provisoriet — specialsköterskor i största möjliga utsträckning finge tagas i användning jämväl i dem. Svårigheterna att erhålla för dispensärarbetet heltidsanställda specialsköterskor ökade givetvis i omvänd proportion med städernas storlek, men styrelsen ansåge, att allt vad som kunde göras i detta syfte borde göras och att distriktssköterskorna endast i sista hand anlitades för dispensärvården i städerna.

Vad i detta sammanhang särskilt angår tjänsteläkarnas i städerna ställning till dispensärverksamheten, yttrar stadsläkarföreningens styrelse vidare:

Det föreliggande förslaget gåve exempel på splittringen i städernas medicinalförvaltning. I de minsta städerna skulle sålunda angränsande provinsialläkardistrikts tjänsteläkare direkt övertaga dispensärvården — alltså ett eminent socialhygieniskt arbete — och detta t. o. m. utan att stadens tjänsteläkare på något sätt erhölle kännedom om tillståndet och vad som förehades i hans distrikt. Detta kunde uppenbarligen ej vara riktigt: så länge stadsläkartjänsterna överhuvudtaget existerade, finge deras innehavare icke ställas utanför mer eller mindre viktiga delar av tjänsteläkarverksamheten. Med samma rätt som för de mindre städerna gällde det sagda de större städer, där enahanda anordning föreslagits; alternativt föreslogs emellertid för dessa städer, att »någon av stadens tjänsteläkare» anställdes som dispensärläkare, men ingenstädes talades om att detta uppdrag i regel borde tilläggas den tjänsteläkare, som hade den allmänna hälsovården i övrigt om hand, eventuellt vid större städer, där annan dispensärläkare måste anställas, att denne skulle hålla den främste tjänsteläkaren underkunnig om sitt arbete. Styrelsen ville understryka vikten av att vid dispensärvårdens ordnande i städerna nu framförda synpunkter måtte vinna beaktande.

Svenska stadsförbundets styrelse — som enligt vad tidigare anmärkts granskat förslaget ur den speciella synpunkten av dispensärfrågans ordnande för städerna — finner statsmakternas ställningstagande i avseende å dispensärvården helst böra anstå, till dess frågan om en utsträckt distriktsvård varit föremål för avgörande. Skulle utsträckt distriktsvård icke komma till stånd, borde ifrågavarande städer inom ramen för kungörelsen i ämnet beredas stadigvarande möjligheter till statsbidrag för sin dispensärvård. Skulle emellertid vid beslut om distriktsvårdens utsträckande det anses påkallat att avvakta någon tids erfarenhet rörande verkningarna av detta beslut, innan man definitivt löste frågan om städernas dispensärvård, hade styrelsen dock ingenting att invända mot de nu för städernas del föreslagna övergångsbestämmelserna.

Gävleborgs läns landstings förvaltningsutskott ger sin anslutning till förslaget i denna punkt men uttalar önskemål, att i blivande dispensärkungörelse klart utsäges, att till landstingsområdet hörande städer skola innefattas i landstingets dispensärverksamhet.

En mera kritisk eller avvisande hållning kommer till synes i de uttalanden, som innefattas i de yttranden, som avgivits av *förste provinsialläkaren i Östergötlands län* och *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse.* Den förre, som påtalar förslagets vaga formulering i nu behandlade punkt, intager den ståndpunkten, att frågan om dispensärvårdens ordnande för de större och medelstora städerna borde anstå, till dess distriktsvård genomförts även för dylika städer. *Svenska sanatorieläkarföreningen* erinrar om förslagets provisoriska karaktär men finner dock de föreslagna organisationsformerna för städerna ej odelat lyckade. Lämpligast synes styrelsen vara, att i städerna dispensärer av B-typ i regel bibehölles. Vore städerna för små att ensamma utgöra särskilda B-dispensärdistrikt, borde enligt styrelsens åsikt till dem läggas viss del av kringliggande landsbygd.

Förste provinsialläkarna i Värmlands och Norrbottens län framföra vissa önskemål. Den förre ger sålunda uttryck för sin övertygelse, att städernas särställning såväl beträffande tjänsteläkarbefattningar som i fråga om distrikts-dispensärvården borde upphöra samt städerna ingå i en för hela riket — stad och landsbygd — likartad organisation, med den differentiering allenast, som betingades av de alldeles särskilda förhållandena beträffande befolkningens täthet etc. i städer. Den senare gör gällande, att distriktsvården i medelstora och större städer, tillhörande landsting, borde organiseras såsom för landsbygden. Nuvarande stadssjuksköterskor borde jämställas med distriktssköterskorna och givas i huvudsak förebyggande hälsovårdsarbete. Dispensärarbetet skulle övertagas av distriktssköterskorna. Dessa distriktsdispensärer komme då under distriktsvården, varigenom enhetlighet och kontinuitet i det förebyggande hälsovårdsarbetet kunde ernås.

Slutligen vill jag för fullständighetens skull erinra om det förut återgivna yttrandet av *Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott,* vari hävdades, att genom den av landstinget föreslagna anordningen av dispensärarbetet jämväl städernas dispensärvård skulle bliva tillgodosedd.

Vad härefter angår de gjorda uttalandena rörande den punkt i förslaget, som behandlar d i s p e n s ä r v å r d e n s l e d n i n g, må till en början återgivas vad härutinnan anförts om den föreslagna bestämmelsen, att dispensärverksamheten inom varje dispensärvårdsområde skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan.

Ett antal myndigheter — några *förste provinsialläkare, Stockholms läns landstings förvaltningsutskott* samt *länsstyrelserna i Uppsala* och *Norrbottens län* — framhålla därvid, att en ledande princip vid uppgörande av dylik plan borde vara smidigheten och anpassningen efter de inom varje landstingsområde rådande lokala förhållandena.

Dispensärledaren i Kopparbergs län anmärker, att mycket av framgången

i det nya förslaget komme att bero på huru dispensärarbetets detaljer komme att organiseras samt anför:

De anvisningar härom, som gåves i utlåtandet, vore i vissa avseenden ofullständiga. Avsikten torde ha varit att giva viss frihet åt varierande lokala önskemål vid avfattandet inom de olika dispensärområdena av planer och instruktioner, som skulle underställas medicinalstyrelsens godkännande. Det förefölle dock som om en av medicinalstyrelsen utfärdad, för alla dispensärer gällande plan för verksamhetens bedrivande bättre skulle kunna befrämja enhetlighet, ändamålsenlig organisation och önskvärd arbetsintensitet. Till denna plan kunde ju i de olika dispensär- respektive distriktsvårdsområdena göras de tillägg, som påkallades av lokala förhållanden.

Jämväl *förste provinsialläkaren i Kristianstads län* ifrågasätter, om icke för hela riket gällande normalbestämmelser — utöver förenämnda »plan» — borde utarbetas med ledning av hittills vunnen erfarenhet.

De i förslaget i övrigt uppdragna riktlinjerna för dispensärvårdens ledning hava i allmänhet godtagits eller lämnats utan erinran. *Skaraborgs läns landstings förvaltningsutskott* anför sålunda:

Vad anginge frågan om ledningen av dispensärarbetet i länen, ansåge utskottet i likhet med medicinalstyrelsen, att denna borde tillkomma landstingen, vilkas huvudmannaskap för den med dispensärarbetet intimt sammanhängande distriktsvården ytterligare hävdats genom författningen angående statsbidrag till distriktsvård. Huruvida verksamheten borde liksom hittills omhänderhavas av en särskild dispensärstyrelse eller om den i stället borde anförtros exempelvis åt distriktsvårdsstyrelsen torde lämpligen göras beroende av lokala förhållanden. Därest man i visst län gått in för systemet med endast A-dispensär och distriktsdispensärer, syntes dock praktiska skäl kräva, att ledningen jämväl av dispensärarbetet anförtroddes antingen distriktsvårdsstyrelsen eller eventuellt annat inom eller utom förvaltningsutskottet tillskapat centralt länsorgan, som enhetligt handhade ledningen av all socialhygienisk verksamhet inom länet.

Länsstyrelsen i Kalmar län finner emellertid i hög grad betänkligt, att landstingen genom förslaget åläggas ännu en ny uppgift.

Till de invändningar som i förevarande avseende anförts av *länsstyrelsen i Blekinge län* återkommer jag i samband med behandling av yttrandena i den del de avse de föreslagna statsbidragsgrunderna.

I några yttranden efterlysas — i analogi med vad som skett beträffande distriktsvårdsstyrelse — föreskrifter om dispensärstyrelses sammansättning.

Från åtskilliga håll förordas en sammanslagning av distriktsvårdsstyrelse och dispensärstyrelse. Till stöd därför anföres, bland annat, att dessa båda styrelsers arbetsuppgifter i åtskilliga punkter torde komma att sammanfalla.

I flera yttranden — såsom i de av *länsstyrelserna i Värmlands* och *Jämtlands län* samt *svenska landstingsförbundets styrelse* avgivna — understrykes vidare det i förslaget av medicinalstyrelsen framförda önskemålet, att frågan om centralisering av den socialhygieniska verksamheten inom länen upptages till prövning. Härom yttrar *länsstyrelsen i Jämtlands län,* att sammanhängande frågor inom detta gebit tydligtvis borde samlas under enhetlig ledning, varvid man dock icke borde gå så långt, att alla frågor rörande det hälsovårdande

arbetet förlades under en enda styrelse. Det skulle nämligen då enligt länsstyrelsen sannolikt stöta på stora svårigheter att såsom ledamöter i styrelsen få personer med verkligt intresse för alla de mångskiftande frågor styrelsen finge att handlägga, varjämte det låge nära till hands att antaga, att de ekonomiska synpunkterna komme att dominera besluten.

Förslagets förord för landstings rätt att bestämma om och i vilken utsträckning dispensärnämnder skulle vara verksamma samt att reglera desammas uppgifter har vunnit anslutning av *svenska landstingsförbundets styrelse*. Ett mera reserverat uttalande föreligger från *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund*. Däri yttras bland annat:

I förslaget förutsättes, att det ej skulle vara obligatoriskt med särskilda lokala dispensärnämnder. Måhända vore detta onödigt, eftersom det kunde förutsättas, att landstingen icke utan starka skäl komme att avkoppla kommunernas ekonomiska intresse för dispensärerna. Centralstyrelsen funne emellertid skäl poängtera den betydelse för dispensärernas organisatoriska uppgifter, som dessa nämnder åtminstone på många orter haft, samtidigt som de genom sin intima kontakt med befolkningen bidragit till att öka dennas förståelse för dispensärverksamheten och genom sin lokal- och personkännedom varit läkare och sköterskor till stor hjälp i arbetet. Någon form av dispensärnämnder torde alltså vara nödvändig på de håll, där medel för lokalt bruk skulle förvaltas (för koloniverksamhet, understöd etc.). Det syntes lämpligt, att man ej utan vidare avstode från dessa frivilliga medhjälpare i tuberkulosarbetet.

Liknande synpunkter anföras jämväl från några förste provinsialläkare.

I detta sammanhang må anmärkas, att *Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott* — i fråga om det lämpliga anordnandet av den statistiskt-registrerande verksamhet, som enligt förslaget lagts på A-dispensärerna — hävdar, att vederbörande dispensärstyrelse borde äga föreskriva, att anmälningarna rörande inträffade tuberkulosfall inom sjukvårdsområdet gjordes till en för hela länet gemensam central och icke endast till vederbörande A-dispensär. Särskilt i län med flera tuberkulossjukhus — anför utskottet — vore det av vikt, att det centrala organet sattes i tillfälle att överblicka antituberkulosarbetets bedrivande och att meddela anvisningar rörande vårdplatsernas disponerande, när så erfordrades. — *Länsstyrelsen i Västmanlands län* anför vidare härutinnan, att det ur statistisk synpunkt kunde vara lämpligt att äga ett centralt register för länet men att detta endast komme att bliva fallet i de län, där blott en A-dispensär funnes. Länsstyrelsen vore därför av den meningen, att ytterligare uppsikt utöver den, som utövades av de lokala dispensärerna, vilka hade de sjuka på nära håll, icke vore av nöden, då ju ledningen av dispensärverksamheten inom varje landstingsområde skulle handhavas av ett landstings centralorgan och icke av A-dispensärerna.

Vissa erinringar i avseende på frågan om dispensärernas personal hava framkommit.

Svenska landstingsförbundets styrelse kritiserar det föreslagna förfarandet vid tillsättande av dispensärläkare vid fristående A-dispensär. Såsom ett principiellt riktigare förfarande föreslås av styrelsen, att läkare vid fristående A-dispensär tillsättes i samma ordning som sanatorieläkare eller ock att lik-

nande tillsättningsprocedur komme i tillämpning som i fråga om underläkare, nämligen att dispensärstyrelse uppgjorde förslag å tre behöriga sökande och därvid lämnade förord åt en, varefter medicinalstyrelsen hade att i vanlig ordning företaga tillsättningsfrågan till avgörande.

Rörande förslagets uttalande, att det vid vissa sanatorier kunde visa sig erforderligt att — dock med sannolikhet endast i undantagsfall — anställa en biträdande sanatorieläkare åt den av sanatorieläkartjänsten och dispensärarbetet betungade sanatorieläkaren, förmenar *dispensärledaren i Kopparbergs län,* att denna uppfattning måste förutsätta, att sanatorieläkartjänsten gjordes till en bisyssla. Det förefölle tvivelaktigt, huruvida sanatorieläkarna över huvud taget lämpligen kunde fungera såsom A-dispensärledare i den utsträckning som föreslagits; i varje fall kunde detta icke ske utan en förstärkning av sanatoriernas både läkar- och sköterskekrafter. Dispensärarbetet vore säkerligen bäst betjänt med att även de till sanatorier förlagda A-dispensärerna leddes av läkare, som helt och odelat ägnade sina krafter och sitt intresse åt dispensärarbetet.

Uttryck för liknande uppfattning komma till synes i de av *Västerbottens läns landstings förvaltningsutskott* och *svenska landstingsförbundets styrelse* avgivna yttrandena.

Önskemål om utarbetande genom medicinalstyrelsens försorg av vägledande normalinstruktion för dispensärvårdens befattningshavare hava framkommit från, bland andra, *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* och *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse.*

Vad härefter angår de med ö v e r g å n g e n till de nya dispensärformerna förbundna spörsmålen uttalar *svenska landstingsförbundets styrelse* sin tillfredsställelse över att i förslaget beaktats behovet av en särskild dispensärorganisation för de svårast tuberkulosinfekterade länen. Styrelsen fortsätter:

Det vore att hoppas, att tack vare den kraft man med en dylik organisation skulle kunna sätta in i tuberkuloskampen, man småningom skulle lyckas nedbringa tuberkulosfrekvensen och därmed även kunna övergå till den andra typen av dispensärer, nämligen distriktsdispensärer. Vid en dylik övergång borde avgörandet enligt styrelsens mening tillkomma landstinget och icke allenast, såsom medicinalstyrelsen föreslagit, dess mening härom inhämtas. Över huvud taget syntes landstinget böra äga rätt, att även om tuberkulosdödligheten överstege den av medicinalstyrelsen angivna gränsen, övergå till systemet med distriktsdispensärer, om ur andra synpunkter en dylik övergång vore önskvärd.

Samma synpunkt i fråga om landstingens ställning till frågan om ny dispensärorganisation hävdas av *landstingens förvaltningsutskott* i *Skaraborgs* och *Kopparbergs län. Malmöhus läns landstings förvaltningsutskott* framhåller tillika önskvärdheten av att landstingen lämnas största möjliga medbestämmanderätt vid avgörandet av frågan om avveckling av B-dispensärerna.

Svenska provinsialläkarföreningens styrelse finner ej skäl föreligga att fördröja genomförandet av den nya organisationen på grund av dödlighetens något större frekvens å vissa orter. Däremot vore styrelsen övertygad om nödvändigheten av en viss övergångstid, ävensom därom att lokala förhållanden i

ett eller annat fall kunde motivera större eller mindre modifikationer i antituberkulosarbetets allmänna organisation.

Jämväl från andra håll betonas angelägenheten av att övergången till den nya organisationen — med beaktande av lokala förhållanden — göres så mjuk som möjligt. *Styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos* framhåller särskilt vikten av att vid övergång beträffande viss landsdel från B-dispensärer till distriktsdispensärer behovet att i särskilda fall, vilka icke torde bli alltför sällsynta, bibehålla särskild dispensärsköterska vinner tillräckligt beaktande.

Dispensärledaren i Kronobergs län, sanatorieläkaren J. O. Sundin, förordar för länets vidkommande en etappvis och rayonvis skeende övergång till distriktsdispensärer på det sätt, att vart och ett av de nuvarande dispensärdistrikten på en gång i sin helhet upplöses samt ersättes av den nya organisationen inom motsvarande delar av landstingsområdet. — En övergång i etapper finner också *förste provinsialläkaren i Örebro län* lämplig i detta län med hänsyn till där snart pensionsmässig personal.

Svensk sjuksköterskeförening erinrar i detta sammanhang, att vid övergången till en ny organisation hänsyn måste tagas till dispensärsköterskekåren, i vilket avseende föreningen gör i huvudsak följande uttalande.

De dispensärsköterskor, som tjänstgjort i dispensärarbete 15—20 år och som genom omorganisationen bli utan arbete, skulle i första hand beredas plats i den omorganiserade dispensären som dispensärsköterskor. Skulle detta ej vara möjligt och vederbörande ej ansåge sig kunna åtaga sig en distriktssköterskas arbete, skulle hon erhålla förtidspension. Även skulle nuvarande dispensärsköterskor, som miste sina befattningar, efter antalet tjänsteår äga rätt välja på grund av omorganisationen uppkomna nya befattningar inom sjukvårdsområdet. Önskvärt vore att varje distrikts- och dispensärsköterska, som berördes av respektive omorganisationer och som innehade en tjänstetid av över 10 år inom något av ovannämnda områden, erhölle statsbidrag för genomgående av erforderlig kompletteringskurs för sina nya arbetsuppgifter.

Dispensärledaren i Kopparbergs län anmärker — under erinran att vid fullständig övergång till distriktsvård med enbart distriktsdispensärer de nuvarande dispensärsköterskorna komme att antingen entledigas eller övertaga befattning som distriktssköterskor — att dispensärsköterskorna i det senare fallet komme att få sina löneförmåner kännbart reducerade, såvida ej något tillägg för sådant fall kunde beviljas till den för distriktssköterskor fastställda avlöningen.

I fråga om de föreslagna statsbidragsgrunderna hava i åtskilliga yttranden framkommit anmärkningar mot bestämmelsen, att statsbidrag skall utgå »med högst hälften» av det belopp, som återstode, sedan sammanlagda beloppet av de till statsbidrag berättigade utgifterna minskats med summan av influtna övriga bidrag. Av *länsstyrelserna i Älvsborgs* och *Kopparbergs län* samt av *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* och *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse* understrykes önskvärdheten av att statens andel i kostnaderna för dispensärverksamhetens bestridande fixerades till hälften — alltså ej högst hälften — av angivna belopp, bland

annat av det skäl, att landstingen för undvikande av svårigheter vid budgetberäkningarna skulle kunna med visshet beräkna statens andel för de angivna utgifternas täckande.

Vidare framhåller *länsstyrelsen i Gotlands län* i anslutning till samma bestämmelse, att då man i förslaget utginge från att mycket avsevärda belopp fortfarande vore att påräkna genom gåvor från allmänheten, försiktigheten kanske borde bjuda att icke räkna med så stor enskild offervillighet som hittills, sedan stat och landsting övertagit det huvudsakliga ansvaret för dispensärverksamheten.

En liknande uppfattning företrädes av *länsstyrelsen i Västmanlands län* och *statskontoret*.

Den principiellt avvisande hållning till förslaget, som kan utläsas i det av *länsstyrelsen i Blekinge län* avgivna yttrandet — tidigare i skilda sammanhang omnämnt — har en av sina väsentligaste anledningar i den kritik, som i gemensamt utlåtande av landstingets förvaltningsutskott i länet och länets tuberkulosförening riktats mot, bland annat, förenämnda grunder för statsbidrags utgående. Härom anföres i huvudsak följande.

Huvudman för dispensärväsendet, d. v. s. överhuvud berättigad att uppbära statsbidrag, skulle enligt förslaget vara allenast landsting. Enligt förslaget skulle vidare statsbidrag — av medicinalstyrelsen föreslaget som regel till 50 procent — ej såsom nu beräknas på hela det belopp, vartill de utgifter, som i förevarande avseende överhuvud finge tagas i betraktande, sammanlagt uppginge, utan endast på den *del* av detta belopp, som återstode, sedan beloppet minskats med summan av under året till bestridande av dessa utgifter influtna övriga bidrag och gåvor. Det kunde konstateras, att medicinalstyrelsen vid utformandet av dessa bestämmelser ej tagit nödig hänsyn till vissa i Blekinge rådande särskilda förhållanden samt att till följd härav ett förverkligande av förslaget skulle i de avseenden, varom nu vore fråga, försätta Blekinge och dess landsting i en långt sämre ställning än för närvarande. Huvudman för dispensärverksamheten i Blekinge vore sedan gammalt Blekinge läns förening mot tuberkulos, som hittills helt omhänderhaft dispensärverksamheten inom länet, vartill landstinget ej alls behövt bidraga. Denna för det skattetyngda länet lyckliga anordning hade möjliggjorts därigenom, att föreningen till sitt förfogande för ändamålet haft bland annat dels ränteavkastningen på J. Ingmanssonska dispensärfonden — de senaste åren omkring 23,000 kronor om året — dels årliga kommunala bidrag på omkring 4,000 kronor om året och sparbanksbidrag på omkring 500 kronor, dels medlemsavgifter på omkring 1,150 kronor årligen. Såsom huvudman för dispensärväsendet hade föreningen därjämte efter samma grunder som huvudmännen i andra län — i regel landstingen — uppburit bidrag dels av staten och dels av svenska nationalföreningen mot tuberkulos. Genom föreskrifterna att statsbidrag för ändamålet skulle utgå endast till landsting samt att vid bestämmandet av bidragets storlek skulle tillämpas nyssnämnda nya grunder, skulle statens bidrag till dispensärväsendet i Blekinge komma att nedgå till ett minimum icke blott i förhållande till det nuvarande statsbidraget utan även och främst i förhållande till motsvarande bidrag till andra län. Med hänsyn till den ofördelaktiga ställning med avseende å tuberkulosens utbredning, som länet intoge, samt länets i stort sett fattiga befolkning och höga skattetryck måste antagas, att denna för länet synnerligen olyckliga följd av förslaget helt förbisetts av medicinalstyrelsen. För detta antagandes riktighet

torde föreligga desto större skäl, som medicinalstyrelsen på annat sätt visat sin önskan att verksamt stödja arbetet för tuberkulosens bekämpande i Blekinge.

Det borde i detta sammanhang tilläggas, att, när Ingmansson bildade sin storartade donationsfond till dispensärväsendets fromma inom Blekinge, han, enligt vad man med visshet visste, just därmed hade velat bidraga till lättande i någon mån av skattetrycket i Blekinge. Hade donator kunnat ana, att hans donation genom en bestämmelse av angiven art skulle bliva en gåva, som i framtiden skulle få till följd en mycket avsevärd nedskärning av statsbidragets storlek, torde man kunna taga för visst, att han i sitt donationsbrev meddelat bestämmelser i syfte att förhindra en dylik konsekvens eller förordnat, att donationen under nämnda förutsättning skolat användas för annat ändamål än dispensärvårdens befrämjande. På grund av vad nu sagts borde framställas som en oeftergivlig fordran, att förslaget ändrades så, att landstinget hade möjlighet att helt och oavkortat draga den nytta av Ingmanssonska donationsfonden, vilken donator avsett med sin gåva, samt tillgodogöra sig även andra frivilliga bidrag. Hur en dylik ändring borde utformas, kunde icke närmare angivas. Det förefölle emellertid, som om den rätta vägen skulle vara, att där särskilda förhållanden därtill föranledde, även annan än landsting skulle kunna vara huvudman för dispensärvården inom visst län, och dels det påtalade förslaget om avdrag för lokala gåvor och bidrag bortfölle. Det principiellt riktiga syntes vara, att kostnaderna för dispensärväsendet efter viss bestämd fördelningsgrund bestredes — frånsett eventuella bidrag från nationalföreningen — av staten, å ena, och med anlitande av lokala bidrag, å andra sidan, samt att frågan om hur dessa lokala bidrag uppbringades — genom anslag av landstinget eller kommuner, genom donationer eller på annat sätt — ej finge någon som helst inverkan på statsbidragets storlek.

Jämväl beträffande de med kostnaderna för den föreslagna organisationen sammanhängande spörsmålen hava erinringar i olika hänseenden framställts.

Från åtskilliga håll — däribland *länsstyrelserna i Stockholms och Norrbottens län, vissa förste provinsialläkare, centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund, svenska sanatorieläkarföreningens styrelse* och *styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos* — framhålles, att löneförmånerna till dispensärläkare vid fristående A-dispensär beräknats för lågt. Såsom motiv för en höjning därutinnan anföres dels betydelsen av att till ledare för de ifrågavarande dispensärerna kunde påräknas väl kvalificerade läkare, som ägnade sitt huvudintresse åt dispensärarbetet, dels vikten av att undvika täta ombyten av befattningshavare på dessa poster. *Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* anmärker, att det föreslagna läkararvodet understiger vad vissa förste sanatorieläkare hava i fasta förmåner. Vissa av de angivna myndigheterna föreslå arvodet beräknat med dels årligt arvode, dels ersättning per prestation. Vidare betonas från vissa håll, att läkarna vid de fristående A-dispensärerna borde garanteras rätt att på andra tider än dispensärmottagningen ha enskild mottagning på A-dispensären.

Erinringar hava även framställts mot den föreslagna beräkningen av arvode för utförda röntgenundersökningar åt dispensärläkare vid anslutna A-dispensärer.

Sålunda anför *Älvsborgs läns landstings förvaltningsutskott* i denna del följande.

Utskottet ville framhålla, att de föreslagna arvodena till A-dispensärernas läkare, 10 kronor per röntgenundersökning, borde utbytas mot fasta arvoden. Skedde detta ej, måste det beräknade totalarvodet, 5,000 kronor per läkare, betydligt höjas. Enligt berättelserna för år 1934 utfördes av länets olika dispensärläkare följande antal röntgenundersökningar: 807, 652, 451, 2,168 och 570, och då undersökningarnas antal icke kunde förväntas minskas, komme kostnaderna att bliva avsevärt högre än de av medicinalstyrelsen beräknade. Det föreslagna arvodet per undersökning, 10 kronor, måste dock anses alltför högt, särskilt om det toges i betraktande, att det stora flertalet läkare vid A-dispensärerna innehade denna befattning vid sidan av tjänst såsom sanatorieläkare och det dessutom i utlåtandet förutsattes, att i vissa fall en förstärkning av sanatoriernas läkarpersonal kunde bliva nödvändig genom den föreslagna anordningen. Utskottet skulle vilja föreslå, att fasta arvoden, beräknade efter 5 kronor per röntgenundersökning enligt medeltalet för vissa år och med lämpligt tillägg för med tjänsten förenade skriv- och registreringsgöromål, borde fastställas.

Svenska sanatorieläkarföreningens styrelse gör härom följande uttalande.

Under det att förslaget för läkarne vid de fristående A-dispensärerna upptoge fast arvode, beräknades gottgörelsen åt läkaren vid till sanatorier förlagda A-dispensärer efter antalet röntgenfotograferingar. Dessas antal angavs till i medeltal 500 per år, vilket antal säkerligen vore väl lågt beräknat, om spaningsarbetet skulle tänkas bliva bedrivet med önskvärd intensitet. Det syntes ock oegentligt att helt basera ersättningen på röntgenundersökningarna, då arbetet omfattade åtskilligt annat både medicinskt, organisatoriskt och statistiskt arbete. Detta arbete borde i någon mån honoreras. Det syntes därför styrelsen riktigast, att antingen ett fast arvode bestämdes för det hela eller ock ett mindre fast arvode jämte ersättning per prestation.

Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund frågar sig, varför sanatorieläkare, som fungerar som A-dispensärläkare, skulle ha ersättning per röntgenundersökning, under det fristående A-dispensärläkare skulle ha fast arvode, och ifrågasätter lämpligheten av att en läkare av den förra kategorien genom stegring av röntgenundersökningarnas antal skulle kunna bereda sig större arvode än läkare av den senare kategorien.

Beträffande nu berörda arvodesfrågor åt läkare vid A-dispensärerna finner *svenska landstingsförbundets styrelse* anledning framhålla, att de angivna arvodena endast kunde anses som ungefärliga och att det självfallet borde tillkomma respektive landsting att för dessa läkare liksom i fråga om övriga vid deras öppna och slutna sjukvård anställda läkare bestämma de löneförmåner, som i varje särskilt fall skulle utgå.

I ett av mig tidigare anfört uttalande av dispensärledaren i Kopparbergs län har givits uttryck för behovet av personalförstärkning — utöver vad förslaget synes förutsätta — vid de anslutna A-dispensärerna. Samma synpunkt betonas jämväl av några förste provinsialläkare. *Förste provinsialläkaren i Norrbottens län* ifrågasätter, om vid en intensifiering av antituberkulosarbetet med därmed följande starka ökning av undersökningarnas antal sanatorieläkarna jämte sin egen krävande sjukhustjänst även kunna bära den arbets-

börda en A-dispensär utgör. Därvid erinras emellertid, att i län med utbredd tuberkulossjuklighet en undersökningsfrekvens av 500 röntgenundersökningar per år i och för sig väl kunde medge en kombination av sanatorieläkare och A-dispensärläkare. Vid en strävan efter utvidgning av dispensärarbetet visade den riktiga lösningen emellertid hän mot anlitande såsom regel av fristående A-dispensärer. *Förste provinsialläkaren i Östergötlands län* hävdar, att sjukhusläkaren skulle ägna huvuddelen av sin tid och arbetskraft åt det sjukhus han vore satt att sköta. Att möta de stegrade anspråken med att ropa på förstärkta läkarkrafter vid sjukhusen syntes i längden ej kunna fortgå.

Svensk sjuksköterskeförening erinrar, att i förslaget räknats med att vid ansluten A-dispensär redan befintlig anstaltssköterska skulle tjänstgöra som A-dispensärsköterska. Föreningen gör därvid gällande, att med de arbetsuppgifter som redan nu ålåge anstaltssköterskorna borde en särskild dispensärsköterska anställas vid dessa dispensärer, detta så mycket mer som av förslaget framginge, att A-dispensär skulle, där så befunnes lämpligt, även kunna fullgöra B-dispensärs uppgift för visst område, där A-dispensär vore förlagd.

I fråga om det till i medeltal fyra rum beräknade lokalutrymmet vid fristående A-dispensär göres i uttalanden av *förste provinsialläkaren i Stockholms län* och *landstingets förvaltningsutskott i länet* den erinran, att förutom rum och kök för sköterskan erfordrades ytterligare sex rum, nämligen väntrum, avklädningsrum, undersökningsrum, röntgenrum stort nog jämväl för halsundersökningar, framkallningsrum samt expeditionsrum med arkiv.

I åtskilliga yttranden — bland dem *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* och *svenska sanatorieläkarföreningens styrelse* — har slutligen uttalats förmodan, att det beräknade antalet A-dispensärer skulle komma att visa sig otillräckligt.

Rörande det för läkare vid distriktsdispensär föreslagna arvodet har i yttrandena en allmän åsikt framkommit, att detta arvode vore beräknat i underkant. *Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* betecknar detsamma som orimligt samt förordar bestämmelser om fast arvode, beräknat efter vederbörande dispensärdistrikts storlek och tuberkulosfrekvens samt därutöver ersättning per prestation, exempelvis efter provinsialläkartaxan. Dock anser centralstyrelsen samtidigt skäl föreligga för någon form av begränsning av större inkomster från dispensärverksamheten; detta skulle för övrigt gälla samtliga läkare inom dispensärorganisationen. *Förste provinsialläkaren i Norrbottens län* upplyser i detta hänseende, att enligt statistik för år 1933 provinsialläkarna i Norrbotten för dispensärarbetet uppburit i genomsnitt 1,300 kronor — samt att till sanatorieläkaren samma år utgått 11,500 kronor för undersökningar och annat dispensärarbete. Arvodet förmenades — enligt detta uttalande — lämpligen böra utgå med viss fast del samt ersättning per undersökning.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott påpekar, att vid bedömande

av kostnaderna för distriktsdispensär hänsyn även borde tagas till att vederbörande dispensärläkare skulle hålla lokal för mottagningarna.

Jämväl i övrigt hava framställts yttranden eller önskemål av beskaffenhet att böra anföras i detta sammanhang.

Bestämmelser om statsbidrag till resor till A-dispensär efterlysas av *länsstyrelsen i Uppsala län, förste provinsialläkarna i Östergötlands och Hallands län, dispensärledaren i Norrbottens län, centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund, svenska provinsialläkarföreningens styrelse, svensk sjuksköterskeförening* och *statskontoret*. Därvid framhålles, bland annat, att om A-dispensären skulle få avsedd betydelse för uppspårande av tidiga tuberkulosfall, syntes det böra undersökas, huruvida icke bidrag till dylika resor borde beräknas. *Svensk sjuksköterskeförening* betonar, att detta önskemål bleve mera utpräglat i sådana landstingsområden, där endast A-dispensär komme att finnas, kanske på långt avstånd från den plats, där vederbörande tuberkulosundersökte hade sin bostad.

Frågan om bemedlades rätt till kostnadsfri undersökning vid dispensär har i åtskilliga yttranden upptagits till behandling. *Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund* förordar, att åtgärder, som vidtagas i det allmännas intresse, bliva kostnadsfria för alla, under det åtgärder, som till väsentlig del tjäna den enskildes sjukvårdsintresse, ersättas av bemedlade. Den första undersökningen — innan tuberkulos konstaterats — borde måhända tillhöra den förra klassen. Senare undersökningar å tuberkulossjuk torde däremot även av den sjuke själv uppfattas som ett eget individuellt sjukvårdsintresse och därför, om han är bemedlad, böra ersättas av honom enligt taxa.

Här må slutligen anmärkas, att *styrelsen för svenska nationalföreningen mot tuberkulos* bekräftar sin beredvillighet att, tills vidare och i den mån föreningens resurser det medgiva, lämna bidrag till dispensärverksamheten i landet i den utsträckning, som förslaget förutsätter.

Departementschefen.

Medicinalstyrelsens framställning giver vid handen, att tuberkulosen i vårt land, att döma av de åberopade siffrorna för tuberkulosdödligheten, är stadd i en glädjande tillbakagång. Denna tillbakagång visar för den senaste femårsperiod, för vilken statistiskt material är tillgängligt, en fortskridande tendens. Föreliggande uppgifter rörande tuberkulosdödligheten i Sverige under tiden från och med 1911 till och med 1935 — siffrorna för 1934 och 1935 äro preliminära — utvisa sålunda, att dödstalet för år 1935 varit det hittills lägsta, uppgående till 0.94 på 1,000 invånare mot 1.02 för år 1934. Antalet dödsfall uppgick år 1934 till 6,317 men stannade år 1935 vid 5,882. En jämförelse mellan de båda femårsperioderna 1911—1915 och 1931—1935 ådagalägger vidare en nedgång av hela tuberkulosdödligheten med 44.3 procent. Minskningen är för städerna avsevärt större än för landsbygden, nämligen respektive 54.6 procent och 39.9 procent. Den största minskningen kommer på Södermanlands län med 57.3 procent, den minsta på Gotlands län med 21.1

procent. Det absoluta antalet döda i tuberkulos utgjorde för den förstnämnda femårsperioden i medeltal 10,891 och för den senare 6,689 årligen.

För närmare kännedom om relativiteten i dödlighetssiffrorna för de berörda perioderna hänvisar jag till en tabellarisk översikt över tuberkulosdödlighetens förändring inom länen, vilken såsom bilaga 3. torde få fogas till detta protokoll.

Till den sålunda konstaterade nedgången i tuberkulosdödligheten under det sist tilländalupna kvartsseklet — sannolikt jämväl åtföljd av en nedgång i sjukdomsfrekvensen — hava åtskilliga faktorer medverkat. Allmänt kan man sålunda peka på den stigande upplysningen, de förbättrade hygieniska förhållandena och den höjda levnadsstandarden; även till sin art ännu ej fullt utredda biologiska faktorer torde hava bidragit. I hög grad betydelsefulla äro förvisso de direkt mot tuberkulosen riktade åtgärderna, den aktiva tuberkuloskampen, till vilken, förutom i första hand beredande av vårdplatser vid sanatorier och andra sjukvårdsanstalter, jämväl dispensärvården hänför sig.

Att denna vårdform uppvisat gynnsamma resultat torde vara en allmänt omfattad mening bland dem, som i en eller annan egenskap haft att aktivt medverka vid densamma. Det finnes under sådana förhållanden all anledning att fullfölja denna under en lång följd av år bedrivna verksamhet. Därmed har samtidigt betonats, att den aktuella frågeställningen icke är den, huruvida dispensärverksamheten bör bibehållas som ett led i tuberkuloskampen, utan endast den, huru för denna verksamhet skola kunna skapas förutsättningar för en erfarenhetsmässigt betingad rationalisering och effektivisering.

Vissa tecken synas angiva, att den nuvarande dispensärorganisationen icke är tillfyllest. Vad som framför allt brister i organisationen är, att lätt tillgång till sakkunnigt utförda undersökningar medels röntgen och övriga specialmetoder icke finnes för alla dispensärer. Det må villigt erkännas, att vissa landsting gjort erkännansvärda försök att tillgodose detta behov, men det kan ännu icke med fog sägas, att röntgenundersökning blivit en lättillgänglig allmän egendom för hela dispensärarbetet.

Med hänsyn till det livliga och fruktbärande arbete, som för närvarande pågår inom tuberkulosforskningen, är det även ett önskemål, att ett ökat antal specialutbildade läkare knytes till dispensärarbetet.

Antalet årligen nyupptäckta tuberkulosfall motsvarar helt säkert icke på långt när hela verkliga antalet insjuknade. En tidig diagnos innebär alltid för den sjuke större möjligheter till läkning än en upptäckt i mera framskridet skede. Ett icke obetydligt antal av de fall, som uppdagats, har befunnits i sent och för behandling föga mottagligt stadium.

Tuberkulosforskningens framsteg under de senare åren ha också ställt dispensärerna inför åtminstone delvis nya uppgifter, för vilka de icke äro tillräckligt rustade. Enligt sakkunskapens vittnesbörd framträda åtskilliga allvarliga fall antingen med för den insjuknade knappast märkbara symtom eller med symtom, som snarast ange en akut infektion av övergående natur och

vilkas samband med en begynnande tuberkulos icke utan stor erfarenhet låter sig påvisa. Oftast har härvid en röntgenundersökning visat sig oundgänglig. Det sagda gäller även om en del försämringar av äldre tuberkulosfall. Erfarenheterna från senare tid — särskilt på grundval av de iakttagelser som gjorts vid de genom nationalföreningen mot tuberkulos understödda tuberkulosundersökningarna av vissa yrkesgrupper — ha visat, att först på nämnda väg tuberkulos kunnat konstateras hos ett stort antal personer, å vilka med anlitande av vanliga undersökningsmetoder några symtom av denna sjukdom icke framträtt. Vid nyligen företagna undersökningar bland typograf- och busspersonal i Stockholm — varvid röntgen anlitades i samtliga fall — befanns, att i icke mindre än 75 procent av samtliga de konstaterade sjukdomsfallen utslaget i fråga om förekomsten av tuberkulos gavs genom röntgenfotograferingen. Liknande erfarenheter lära hava gjorts vid tidigare massundersökningar av studenter.

Förhållanden av angivna art synas mig ägnade att med synnerlig skärpa framhäva nödvändigheten av att dispensärvården utrustas med förbättrade tekniska resurser och för anlitande av desamma speciellt utbildad och sakkunnig personal. Med utgångspunkt härifrån böra utvägar kunna öppnas för ett aktualiserande av de i skilda sammanhang framhävda önskemålen om ökande av dispensärernas förmåga att ställa tidiga och riktiga diagnoser, och därmed för förverkligande av det mål, som för tuberkuloskampen bör uppställas: uppspårande av varje förefintlig smittkälla av tuberkulös karaktär.

Det är mot bakgrunden av nu anförda förhållanden, som medicinalstyrelsens förslag bör bedömas. Kravet på en tidig och säker diagnos har därvid beaktats genom uppslaget att inom varje sjukvårdsområde inrätta ett lämpligt antal centrala dispensärer, av styrelsen benämnda A-dispensärer, vilka skola utrustas med fullständig röntgeninstallation och ställas under ledning av läkare med sakkunskap i såväl allmän tuberkulosvård som röntgenteknik. Allt efter de lokala förhållandena skola dessa centraldispensärer kunna förläggas till sanatorier eller upprättas fristående utan direkt samband med sjukvårdsanstalt. Den diagnostiska verksamheten avses vara A-dispensärens huvuduppgift. Vid dem skall ock bedrivas en statistiskt-registrerande verksamhet rörande tuberkulossjukligheten inom området. Ett intimt samarbete skall vidare etableras mellan de centrala och de lokala dispensärerna samt med läkarna inom området och med sjukvårdsanstalterna. Familjeundersökningar ävensom mass- och gruppundersökningar skola därjämte utföras genom A-dispensärerna, den senare kategorien undersökningar dock endast i begränsad omfattning, då i detta avseende förutsatts, att nationalföreningen mot tuberkulos alltjämt biträder med anordnande av sådana. Vissa initiativ tänkas vidare utgå från A-dispensärerna; de skola exempelvis kunna inkalla tuberkulossjuka och deras familjer till röntgenkontroll samt låta vissa patienter undergå förnyad kontroll, allt i samförstånd med lokaldispensärernas läkare.

Anordnandet av sådana centraldispensärer utgör en påbyggnad av den nuvarande organisationen och kan betraktas som det reellt och principiellt viktigaste ledet i medicinalstyrelsens förslag. Vid sidan av dessa skulle finnas

särskilda lokala dispensärer under ledning av vederbörande provinsialläkare. Enligt det föreliggande förslaget skola sistnämnda dispensärer vara av två slag, dels B-dispensärer — motsvarande den nu allmänna typen av dispensärer — med särskild dispensärsköterska, dels ock distriktsdispensärer, vid vilka dispensärsköterska ersättes av distriktssköterska i anslutning till den allmänna planläggningen av 1935 års distriktsvårdsreform. I övrigt skola arbetsuppgifterna för de båda nämnda slagen av lokala dispensärer i det stora hela vara desamma. Frågan om B-dispensärernas bibehållande tillsvidare skall bedömas ur synpunkten av tuberkulosens frekvens. Å medicinalstyrelsen skall ankomma att efter vederbörande landstings hörande bestämma, när inom ett område, som anslutit sig till den nya distriktsvårdsorganisationen, B-dispensärerna skola upphöra.

I stort sett synes mig det framlagda förslaget, om vars grundlinjer jag velat erinra, innefatta en lycklig lösning till förverkligande av de nyss angivna kraven på omläggningen av dispensärarbetet. Förslaget synes mig ock ägnat att utan eftergivande av dessa krav möjliggöra en smidig anpassning efter de inom de olika områdena växlande förhållandena. Det är ur dessa synpunkter att beklaga, att den föreliggande utredningen i ämnet icke kan lämpligen läggas till grund för en hela riket överspännande organisation av dispensärvården. Jag bortser här från det förhållandet, att utredningen uteslutit de städer, som icke deltaga i landsting och som redan under nuvarande förhållanden äro undantagna från den statsunderstödda dispensärvården. Ifrågavarande städer kunna nämligen — på sätt förutsattes vid tillkomsten (1914) av den första dispensärkungörelsen — antagas hava tillräckliga resurser att utan statligt stöd tillgodose sin dispensärvård på ett enligt nutida krav fullt tillfredsställande sätt. Jag åsyftar i stället det förhållandet, att städer med invånarantal över 5,000 alltjämt äro ställda utanför distriktsvårdsorganisationen. Beträffande dessa städers inordnande i organisationen har medicinalstyrelsen först helt nyligen avgivit förslag. Då sagda förslag måste underkastas ytterligare beredning, som icke kan slutföras inom den närmaste tiden, ser jag mig nödsakad, med hänsyn till sambandet mellan distrikts- och dispensärvården, att i fråga om nämnda städer nu begränsa mig till provisoriska anordningar, i väsentlig anslutning till vad av medicinalstyrelsen förordats.

Jag övergår härefter till en prövning av förslagets olika delar och skall därvid uppmärksamma de väsentliga erinringar mot detsamma, som vid remissbehandlingen framkommit.

Vidkommande till en början de i förslaget använda beteckningarna synas mig skäl föreligga att, i enlighet med vad som från flera håll uttalats, utbyta beteckningen A-dispensär mot förslagsvis centraldispensär, vilken beteckning särskilt framhäver ifrågavarande dispensärers ställning inom organisationen. I analogi härmed synas mig de lokala dispensärerna lämpligen böra rubriceras distriktsdispensärer, av vilka jag i likhet med medicinalstyrelsen vill urskilja två typer, typ I, motsvarande styrelsens distriktsdispensär, och typ II, motsvarande styrelsens B-dispensär.

I fråga om den föreslagna organisationen av centraldispensärerna ansluter jag mig till de synpunkter, som i förslaget anförts till förmån för desammas inrättande, såsom regel, i anknytning till sanatorier. För denna ståndpunkt synas mig tala i första hand ekonomiska skäl — dessa centraldispensärer skulle därigenom ställa sig mindre kostsamma i såväl anläggning som drift — men även praktiska fördelar i övrigt. Härvid förutsätter jag givetvis, att tillgången på läkare vid sanatorierna blir tillräcklig, så att dispensärverksamheten icke länder till förfång för sanatoriernas ordinarie arbete. Å andra sidan torde icke kunna bestridas, att inom vissa landstingsområden på grund av lokala eller andra förhållanden jämväl fristående centraldispensärer äro av behovet påkallade. Det torde böra ankomma på medicinalstyrelsen att i samband med godkännande av de planer, som enligt förslaget skola upprättas för dispensärarbetet inom de olika sjukvårdsområdena, tillse, att den för varje område lämpligaste organisationen kommer till stånd, under skäligt beaktande av förefintliga önskemål.

Erinringar av den innebörd, som vid remissbehandlingen av medicinalstyrelsens tidigare förslag om distriktsvårdens omorganisation framkommit rörande befarade brister i dispensärarbetets effektivitet genom distriktssköterskornas ersättande med dispensärsköterskor, hava även nu anförts. Efter statsmakternas principiella ställningstagande i denna omstridda fråga saknar jag anledning att uppehålla mig vid spörsmålet. Jag vill emellertid betona, att nu förevarande förslag icke åsyftar att stadga obligatoriskt anordnande av distriktsdispensärer av typ I; förslaget har i stället i betydande mån beaktat de för de olika landstingsområdena speciella förhållandena, såsom tuberkulosfrekvens, distriktsvårdens utbyggnad o. s. v.

Beträffande de frågor, som hava samband med centraldispensärernas förhållande till distriktsdispensärerna och sjukvårdsanstalterna, den inre organisationen av dispensärerna m. m., biträder jag i huvudsak förslaget. Då förslaget förutsätter, att verksamheten inom de olika dispensärvårdsområdena skall vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, anser jag mig emellertid böra framhålla vikten av att styrelsen i all rimlig utsträckning beaktar lokala önskemål. Lämpligt synes mig därvid vara, att, såsom från några håll påyrkats, styrelsen tillhandahåller en normalplan för dispensärverksamhetens bedrivande.

I förevarande sammanhang hava tillika framställts vissa önskemål av mera allmän innebörd. Sålunda har hävdats vikten av anmälningsplikt rörande inträffade tuberkulosfall. Krav på skyldighet för tuberkulossjuk och dennes omgivning att låta undersöka respektive behandla eller isolera sig har därjämte gjort sig förnummet. Vad sålunda anförts förtjänar utan tvivel beaktande. Till dessa och närbesläktade frågor torde jag emellertid få anledning att återkomma vid prövningen av det förslag till tuberkuloslag, som under loppet av innevarande år kan förväntas komma att föreligga.

Av mitt i det föregående gjorda uttalande rörande frågan om dispensärvårdens ordnande i de till landsting anslutna städerna med invånarantal över

5,000 framgår, att jag funnit mig nödsakad att under förhandenvarande förhållanden räkna med allenast ett provisoriskt ordnande av dispensärvården i dessa städer. Beträffande utformandet av provisoriet har medicinalstyrelsen anvisat skilda vägar. Vad härutinnan anförts i fråga om städer med invånarantal överstigande 25,000 synes mig kunna innebära en acceptabel lösning. Däremot erbjuder det större vanskligheter att finna tillfredsställande former för vårdbehovets tillgodoseende inom de städer, vilkas invånarantal ligger mellan 5,000 och 25,000. De alternativ, som härutinnan av medicinalstyrelsen angivits, torde få anses acceptabla, även om jämväl andra sätt för frågans lösning måhända kunna övervägas. Att nu taga bestämd ståndpunkt härtill lärer icke vara görligt med hänsyn till de växlande lokala förhållandena såväl inom de ifrågavarande städerna som landstingsområdena i övrigt. Jag inskränker mig i denna del till att framhålla vikten av att vederbörande landsting vid avgivandet av förslag till plan för dispensärverksamheten inom området söker tillgodose önskemålen från de i landstingsområdet ingående städer, varom i detta sammanhang är fråga. Genom en dylik samverkan torde nödiga utgångspunkter erhållas för ordnande av de nämnda städernas dispensärvård på det i varje fall mest ändamålsenliga sätt.

Vad medicinalstyrelsen föreslagit i fråga om huvudmannaskapet och dispensärvårdens ledning synes mig kunna godtagas. Huvudmannaskapet bör sålunda liksom vid distriktsvården tillkomma landstingen. Ledningen av dispensärverksamheten inom varje dispensärvårdsområde torde normalt böra handhavas av samma organ, åt vilket inom landstingsområdet distriktsvården anförtrotts. Där önskemål i sådan riktning göra sig gällande lär dock särskild dispensärstyrelse jämväl kunna ifrågakomma. Emellertid vill jag även i detta sammanhang betona, att det obestridligen förefintliga behovet av ett enhetligt centralorgan för landstingens omfattande verksamhet på hälso- och sjukvårdens områden inom en snar framtid måste tillgodoses. De nu förordade åtgärderna för ledningens ordnande lära sålunda få betraktas såsom provisoriska. I landstingens hand bör ock läggas att bestämma, om och i vilken utsträckning dispensärnämnder skola vara verksamma ävensom att närmare reglera de uppgifter, som skola tillkomma dessa nämnder.

De av medicinalstyrelsen sammanfattningsvis gjorda uttalandena rörande dispensärernas personal — innefattande bland annat förslag om rätt för läkare vid fristående centraldispensär att tillgodoräkna sjukhusår samt om tillsättningen av läkare vid centraldispensärerna — synas mig i huvudsak kunna läggas till grund för de bestämmelser, som vid bifall till förevarande förslag böra meddelas. Med hänsyn till framställd erinran torde dock försiktigheten bjuda, att läkare vid fristående centraldispensär förordnas allenast för en femårsperiod.

Medicinalstyrelsen har framhållit, att olika omständigheter och förhållanden böra bliva bestämmande vid avgörandet av frågan var distriktsdispensärer i nuvarande form borde bibehållas och var de borde avvecklas. En viktig sådan omständighet vore tuberkulosdödligheten. I detta avseende har upp-

ställts som norm, att inom landstingsområden, där tuberkulosdödligheten genomsnittligt under senaste femårsperiod hållit sig under 1 promille eller ej nämnvärt överskridit denna siffra, en omläggning och förändring av dispensärarbetet vore befogad. Vidare har pekats på den nuvarande ojämna fördelningen av distriktssköterskor inom de olika landstingsområdena, och slutligen har hänvisats till geografiska och kommunikationsförhållanden. Förslaget lämnar därjämte frihet för sådana landstingsområden, vilkas nuvarande dispensärorganisation enligt vunnen erfarenhet visat sig lämplig och effektiv — särskilt har erinrats om organisationerna i Hallands och Älvsborgs län — att tills vidare oberoende av tuberkulosfrekvensens nedgång under det nyss angivna gränsvärdet bibehålla nuvarande organisation.

Att förslaget i denna punkt uppfyller alla rimliga anspråk på smidighet och anpassning har jag redan tidigare betonat. Från vissa håll har emellertid erinrats, att enligt förslaget det skulle tillkomma medicinalstyrelsen att — efter vederbörande landstings hörande — föreskriva när inom ett landstingsområde, där den nya distriktsvårdsorganisationen genomförts, den nuvarande dispensärorganisationen skulle avvecklas. Avgörandet härutinnan har i stället ansetts böra träffas av landstinget. Även om jag är villig medgiva, att det med hänsyn särskilt till de olika förhållanden, som enligt vad ovan nämnts kunna motivera en övergång till en ny organisation av det lokala dispensärarbetet, kan finnas anledning att inrymma ett vidsträcktare utrymme för landstingets bestämmanderätt, synes det mig dock principiellt betänkligt att avvika från förslaget i denna del. Jag känner mig förvissad därom, att medicinalstyrelsens avgörande härutinnan kommer att grundas på ett sorgfälligt övervägande av alla de synpunkter, som vid prövningen inställa sig. Nödigt hänsynstagande till viss personal vid pensionsgränsen eller andra för vissa landstingsområden speciella förhållanden kunna sålunda motivera en successiv övergång till den nya ordningen.

Jag övergår härefter till grunderna för statsbidrags utgående.

Vad därvid först angår de vid statsbidragets utmätande ifrågakommande utgiftskategorierna, innebär förslaget i denna del icke något väsentligt avsteg från nuvarande ordning. Däremot innefattar förslaget i andra avseenden vissa nyheter. Enligt nuvarande dispensärkungörelse föreskrives sålunda utan vidare inskränkning, att statsbidrag till dispensärverksamhet skall utgå med högst en fjärdedel av de till sådant statsbidrag berättigade utgifterna. Det föreliggande förslaget innebär en höjning av statsbidraget till högst hälften av det belopp, som återstår, sedan sammanlagda beloppet av de statsbidragsberättigade utgifterna för dispensärverksamheten under det år, statsbidraget avser, minskats med summan av under året till bestridande av ifrågavarande utgifter influtna övriga bidrag och gåvor, dock med undantag för landstingets anslag till ändamålet. För dispensärvårdsområde i län, där tuberkulosdödligheten enligt senast offentliggjorda statistik med mera än 25 procent överstigit rikets medeltal, kan vidare statsbidrag — utöver 50 procent — utgå med

så många procent, som motsvara en fjärdedel av det tal, med vilket länets tuberkulosdödlighet överstiger rikets medeltal. Detta tilläggsbidrag må dock jämte ordinarie bidrag icke uppgå till mer än högst 75 procent av berörda utgifter.

Mot statsbidragets höjning till 50 procent ha inga invändningar avhörts. Icke heller jag har något att erinra däremot. Den framkomna kritiken har riktat sig mot andra delar av de föreslagna villkoren. Till en början har i några yttranden anmärkts mot den ifrågasatta graderingen av statsbidraget till »högst» hälften, därvid man framhållit, att det för landstingen vore önskvärt att för undvikande av svårigheter vid budgetberäkningarna kunna med visshet beräkna statens kommande andel i täckandet av utgifterna för dispensärvården inom länet. Jag vill däremot endast erinra, att den föreslagna bestämmelsen endast avser att — såsom redan nu är fallet — inrymma en viss frihet för medicinalstyrelsen att vid prövning av inkommande framställningar om statsbidrag kunna i sådana fall, där utgifterna i något avseende befunnits oskäligt höga, eller ock för ernående av en viss likformighet i tillämpningen av statsbidragsreglerna utmäta statsbidrag efter en lägre beräkningsgrund än den högsta medgivna. Såsom ägnad att utgöra ett korrektiv mot missbruk vill jag därför förorda bibehållande av den angivna begränsningsregeln.

Vad vidare beträffar de speciella erinringar, som i detta sammanhang framställts av länsstyrelsen i Blekinge län, gentemot bestämmelserna om avdrag vid statsbidragets beräknande för influtna gåvor och bidrag, finner jag desamma böra föranleda en jämkning i förslaget. Lämpligen synes man böra göra en bestämd skillnad mellan å ena sidan bidrag från nationalföreningen och kommuner samt å andra sidan gåvor av enskilda personer eller lokala sammanslutningar. Mot att den förstnämnda gruppen tages i beräkning på sätt medicinalstyrelsen ifrågasatt, lär intet vara att erinra. Däremot synes det mig mindre välbetänkt att förfara på detta sätt med enskilda personers eller lokala sammanslutningars gåvor. Sådana böra enligt min mening mera fritt få disponeras för verksamheten i dess helhet och icke i allmänhet föranleda en minskning i landstingets och statens bidrag. Ett motsatt förfarande skulle lätteligen leda till att de enskildas intresse för att stödja verksamheten minskades. Å andra sidan måste det tillses, att icke statsbidraget utmätes på sådant sätt, att statsmedel kommer dispensärverksamheten till del i större utsträckning än utgifterna påkalla. Genom bestämmelsernas avfattning har sörjts härför. Vad speciellt Blekinge län beträffar, synas uppgifterna rörande tuberkulosdödlighetens utveckling under senare tid visa hän på ett behov av dispensärverksamhetens effektivisering. Jämväl vad angår tilläggsbidrag till vissa län med särskilt hög tuberkulosdödlighet, kan jag i princip biträda medicinalstyrelsens förslag, ehuru jag funnit mig böra formellt jämka bestämmelserna i denna del, på sätt bilagda författningsförslag angiver.

Jag anser mig härefter, innan jag övergår till frågan om kostnaderna för den nya organisationen, böra beröra vissa önskemål, som i övrigt framkommit vid remissbehandlingen.

Sålunda har till en början från vissa håll framhållits, att om centraldispensärerna skulle få avsedd betydelse för uppspårande av tidiga tuberkulosfall staten borde lämna bidrag till resor, som enligt förslaget tuberkulöst sjuka eller för tuberkulos misstänkta personer efter remiss från lokaldispensär skola företaga till centraldispensär för undersökning. Detta spörsmål är förvisso värt det största beaktande. Denna sida av det föreliggande problemet har emellertid icke berörts av medicinalstyrelsen. Då styrelsen likväl synes räkna med sådana resor som en förutsättning för att centraldispensärerna skola kunna fullgöra sina diagnostiska uppgifter och man tillika här torde kunna tala om ett allmänt sjukvårdsintresse, som är starkare betonat än det individuella, framstår det för mig som en brist i förslaget, att några vägar icke anvisats för det allmännas ekonomiska medverkan i de säkerligen ofta förekommande fall, då en medellös eller mindre bemedlad person har att inställa sig vid centraldispensär för undersökning. Vid bedömandet av frågan i vad mån staten bör lämna sådan medverkan bör emellertid ihågkommas, att staten för närvarande icke bidrager till enskildas resor till sjukvårdsanstalt i andra fall, än då de företagas till vissa riksanstalter. Däremot hava erforderliga resebidrag för utnyttjandet av länsvis organiserad sjukvård ansetts böra gäldas av landstinget. Med hänsyn till här föreliggande speciella förhållanden, synas mig emellertid goda skäl kunna anföras för att kostnaderna vid resor för undersökning vid centraldispensär, vilka företagas av medellösa eller mindre bemedlade personer, ersättas av allmänna medel. Lämpligen torde utgifterna för sådant ändamål böra bestridas på samma sätt som dispensärens övriga utgifter, och bidrag av statsmedel utgå enligt stadgade grunder.

I övrigt vill jag allenast förorda några mindre jämkningar. Sålunda torde tillräckliga skäl icke hava anförts för att de säkerligen blygsamma kostnaderna för det centrala organet skola ingå i de statsbidragsberättigade utgifterna. Och vad läkararvodenas beräkning angår, synes det mig visserligen skäligt, att tilläggsarvode utgår till läkare vid fristående centraldispensär i övre Norrland, medan anledning enligt min åsikt saknas för motsvarande anordning vid ansluten centraldispensär. Sättet för beräkning av sistnämnda läkares ersättning lärer ock böra ytterligare övervägas. I varje fall torde skäl icke stå att anföra för att arvodet må överstiga 5,000 kronor för år.

Tveksamhet har i några yttranden yppats, i vad mån personer i icke obemedlad ställning skulle äga utnyttja dispensärerna. Medicinalstyrelsens ställning till denna fråga torde knappast kunna anses präglad av önskvärd klarhet. Med den begränsningen att centraldispensärernas mottagningar icke böra vara direkt tillgängliga för allmänheten utan endast avse remisser från lokaldispensär synes det emellertid uppenbart, att ifrågavarande dispensärmottagningar böra vara i princip avgiftsfria. En person i en tuberkulossjuks omgivning, vilken på anmodan av en dispensärfunktionär underkastar sig såväl allmän undersökning som röntgenundersökning, bör icke skäligen vidkännas kostnader därför, även om han äger möjlighet att gälda desamma. Den an-

givna regeln om avgiftsfria dispensärmottagningar bör dock gälla allenast intill den tidpunkt, då dispensärernas förberedande undersökningar, därunder inbegripen jämväl den diagnostiska undersökningen vid centraldispensär, äro avslutade och klarhet vunnits om det i varje fall föreliggande vårdbehovet. Efter diagnosens fastställande bör det bemedlade klientelet visserligen äga rätt att anlita dispensärmottagningarna men endast mot fastställd avgift.

Slutligen vill jag med anledning av den tvekan, som kunnat utläsas ur vissa yttranden, framhålla, att det förevarande förslaget avser samtliga former av tuberkulos, sålunda icke enbart lungtuberkulos.

När jag härefter övergår till behandling av kostnadsfrågan, anser jag mig först böra erinra, att de föreliggande beräkningarna endast avse utgifterna för de närmaste åren efter den nya organisationens genomförande. Detta sammanhänger till övervägande del därmed, att organisationen icke är att anse såsom slutgiltigt utformad utan ställts i beroende av ett antal till sin natur tämligen svårbedömliga faktorer. Sålunda lära å ena sidan utgifterna för den lokala dispensärvården successivt komma att minskas därigenom, att inom områden, där förhållandena det medgiva, de nuvarande dispensärsköterskornas uppgifter övertagas av distriktsvården. Å andra sidan komma utgifterna för anordnandet av de föreslagna centraldispensärerna att medföra en ökning av dispensärkostnaderna, vilken möjligen kan komma att stegras därigenom, att man framdeles kan bliva nödsakad att räkna med ett större antal centraldispensärer än förslaget upptager. Denna omständighet bör sålunda jämväl beaktas vid bedömandet av de framtida utgifterna för organisationen i dess helhet.

Av vad jag nu anfört torde framgå, att det erbjuder betydande svårigheter att med någon större grad av exaktthet uppskatta de omedelbara ekonomiska konsekvenserna av en omläggning av dispensärvården. Medicinalstyrelsen har emellertid sökt att med anlitande, där så befunnits nödvändigt, av viss skäighetsprövning, så noggrant som möjligt angiva kostnaderna för organisationens skilda delar. Från de av medicinalstyrelsen valda utgångspunkterna synas mig de sålunda uppgjorda kostnadskalkylerna kunna i stort sett läggas till grund för ett bedömande av statens andel i utgifterna för den nyorganisation av dispensärverksamheten, som av mig förordats.

Enligt medicinalstyrelsens kalkyler skulle de årliga till statsbidrag berättigade utgifterna för dispensärverksamheten för den närmaste tiden kunna uppskattas till 2,183,700 kronor. Motsvarande utgiftssiffra för år 1933 utgör 2,197,529 kronor. För år 1934 stego kostnaderna enligt tillgängliga uppgifter till 2,256,147 kronor. Den föreslagna organisationen skulle sålunda vid jämförelse med nu angivna siffror draga något lägre kostnader.

Med utgångspunkt från först nämnda utgiftssiffra, 2,183,700 kronor, minskat med summan av det till bidrag och gåvor beräknade beloppet, 665,000 kronor, kommer styrelsen till att ett belopp av 1,518,700 kronor skulle täckas av stats- och landstingsmedel. Statens andel skulle utgöra högst hälften därav, 759,350 kronor eller i avrundat tal 750,000 kronor. Vid bifall till styrel-

sens förslag om förhöjt bidrag till vissa norrlandslän skulle sistnämnda belopp komma att ökas med 50,000 kronor och sålunda kunna angivas till 800,000 kronor. De jämkningar i fråga om kostnaderna för vissa patienters resor samt beträffande gåvomedlens disponerande, som jag förordat, torde föranleda, att sagda belopp undergår någon höjning.

I förhållande till de för budgetåret 1935/1936 redovisade utgifterna för dispensärverksamheten, uppgående till i runt tal 465,000 kronor, medför den föreslagna organisationen en årlig utgiftsökning för staten av omkring 350,000 kronor. Då de av landstingen för åren 1933 och 1934 beviljade anslagen till dispensärverksamheten i avrundade tal belöpte sig till respektive 1,045,000 kronor och 1,025,000 kronor, motsvaras sålunda statens beräknade utgiftsökning av en minskning för landstingen, som kan uppskattas till omkring 300,000 kronor.

De nya grunderna torde böra vinna tillämpning från och med den 1 januari 1938. Med hänsyn till eljest tillämpad ordning för statsbidragens utbetalande kommer emellertid genomförandet från och med nämnda tidpunkt av omorganisationen icke att påverka anslaget för nästa budgetår. Statsbidrag för kalenderåret 1938 kommer nämligen att utbetalas först under budgetåret 1938/1939.

Till komplettering av den här lämnade redogörelsen för de ändrade grunderna för statsbidrag till dispensärverksamheten torde såsom bilaga 1. vid detta protokoll få fogas inom departementet — på grundval av medicinalstyrelsens förut omnämnda kungörelseförslag — uppgjort förslag till kungörelse angående statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande.

Under åberopande av vad sålunda anförts får jag hemställa, att Kungl. Maj:t måtte föreslå riksdagen,

att godkänna de grunder för statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande, som av mig förordats, att tillämpas från och med den 1 januari 1938.

Med bifall till denna av statsrådets övriga ledamöter biträdda hemställan förordnar Hans Maj:t Konungen, att proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar skall avlåtas till riksdagen.

Ur protokollet:

Sven Forssberg.

Bilaga 1.

Förslag
till
Kungörelse
angående statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande.

Härigenom förordnas som följer:

1 §.

Statsbidrag till dispensärverksamhet för tuberkulosens bekämpande må utgå till landsting, som med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse anordnat dylik verksamhet inom landstingsområdet.

2 §.

I denna kungörelse benämnes område, inom vilket landsting anordnat dispensärverksamhet, dispensärvårdsområde och varje dispensärs verksamhetsområde dispensärdistrikt.

Centraldispensär benämnes för röntgenundersökning utrustad dispensär, som förestås av läkare med behörighet till läkarbefattning vid annat sanatorium än kustsanatorium och därmed jämförligt sanatorium och som förfogar över minst en dispensärsköterska. Vid centraldispensär skall finnas sjuksköterska med röntgenutbildning. Centraldispensär är antingen fristående eller förlagd till sjukvårdsanstalt.

Distriktsdispensär, typ I, benämnes dispensär, som förestås av legitimerad läkare, kallad dispensärläkare — i regel den tjänsteläkare som är distriktssköterskas förman — och vid vilken distriktssköterska tjänstgör såsom sköterska.

Distriktsdispensär, typ II, benämnes dispensär, vid vilken legitimerad läkare — i regel tjänsteläkare — är dispensärläkare och särskild dispensärsköterska är anställd.

Med dispensärsköterska avses i denna kungörelse sjuksköterska, som nöjaktigt genomgått fullständig kurs vid statens distriktssköterskeskola.

3 §.

Ledningen av dispensärverksamheten inom varje dispensärvårdsområde skall utövas antingen av distriktsvårdsstyrelsen inom landstingsområdet eller ock av en av landstinget utsedd dispensärstyrelse.

4 §.

Dispensärverksamheten skall inom varje dispensärvårdsområde vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan, innefattande även områdets indelning i dispensärdistrikt. Inom varje dispensärvårdsområde skall finnas minst en centraldispensär.

Inom dispensärvården verksamma befattningshavares tjänstgöringsförhållanden skola vara närmare reglerade genom av medicinalstyrelsen godkända instruktioner.

Dispensärverksamheten skall stå under överinseende av medicinalstyrelsen och vederbörande förste provinsialläkare.

5 §.

Statsbidrag till dispensärverksamhet må allenast avse utgifter för:

1. vid *centraldispensär:*
a) drift och underhåll samt
b) kostnader för medellösa eller mindre bemedlade personers resor till och från dispensären för undersökning;
2. vid *distriktsdispensär, typ I:*
a) läkararvode,
b) expedition samt inköp av sjukvårdsförnödenheter ävensom
c) organiserad tuberkulosförebyggande barnavård;
3. vid *distriktsdispensär, typ II:*
a) läkar- och sjuksköterskearvoden,
b) sjuksköterskas resor i dispensärens tjänst,
c) hyra och underhåll av dispensärlokal,
d) expedition samt inköp av sjukvårdsförnödenheter ävensom
e) organiserad tuberkulosförebyggande barnavård.

Med undantag av vad i första stycket under 1 b) stadgas må bidrag av statsmedel icke utgå för vad som lämnats såsom understöd åt enskilda personer.

Har landstinget inom dispensärvårdsområdet anordnat distriktsvård enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till distriktsvård, må statsbidrag icke utgå för den del av dispensärs utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för hennes resor i dispensärens tjänst.

6 §.

Statsbidrag för visst år utgår med högst hälften av det belopp, som återstår, sedan sammanlagda beloppet av de utgifter under året, för vilka enligt 5 § statsbidrag må utgå, minskats med summan av under året till bestridande av dessa utgifter influtna övriga bidrag från kommuner och riksorganisationer, det anslag, som för ändamålet utgått från landstinget, oberäknat.

För dispensärvårdsområde i län, där tuberkulosdödligheten i medeltal för senast förflutna femårsperiod med mera än 25 procent överstigit rikets medeltal för samma tid, må det enligt första stycket beräknade statsbidraget ökas med halva det procenttal, varmed länets ifrågavarande tuberkulosdödlighet överstigit rikets medeltal, dock högst med 50 procent.

7 §.

Ansökan om statsbidrag för visst år skall, ställd till medicinalstyrelsen, före den 1 mars nästföljande år till nämnda myndighet insändas.

Vid ansökningen skola fogas

specificerad uppgift angående sådana dispensärernas utgifter under det sistförflutna året, för vilka enligt 5 § statsbidrag må utgå,

uppgift rörande under sagda år influtna bidrag från kommuner och riksorganisationer, vilka varit avsedda till bestridande av nyssnämnda utgifter,

av vederbörande förste provinsialläkare utfärdat intyg rörande nämnda år, att dispensärerna föreståtts av läkare, som omförmälas i 2 §, och att vid dispensärerna anställda sjuksköterskor ägt föreskriven kompetens, samt

årsberättelse enligt av medicinalstyrelsen fastställt formulär.

8 §.

Efter granskning av ansökningshandlingarna har medicinalstyrelsen att besluta om statsbidrags beviljande. Beviljat statsbidrag skall till landstinget utbetalas av medicinalstyrelsen, som det ock tillkommer att meddela de närmare föreskrifter, vilka kunna finnas erforderliga.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1938. Från och med nämnda dag skall kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet med däri sedermera vidtagna ändringar upphöra att gälla utom vad avser statsbidrag för tid före den nu utfärdade kungörelsens ikraftträdande.

Utan hinder av vad i 5 § sista stycket stadgas må, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag tills vidare kunna utgå jämväl för den del av dispensärs utgifter, som utgöres av arvode till vid dispensären anställd sjuksköterska och ersättning för hennes resor i dispensärens tjänst, dock allenast om till sjuksköterskans avlöning icke utgår statsbidrag enligt bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård.

Statsbidrag må jämväl kunna utgå för bidrag till avlöning åt av stad anställd sjuksköterska, vilken efter överenskommelse mellan staden och distriktsvårdsstyrelse skall utöva dispensärvård inom stad, där landsting icke anordnat distriktsvård enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till distriktsvård.

Bilaga 2.

Tuberkulosdödligheten pro mille i medeltal under perioderna 1926—1930 samt 1931—1933.

(Siffrorna inom parentes ange medeltalet under perioden 1911—1915.)

		1926—1930	1931—1933	Minskning från 1926—1930 till 1931—1933 %
Stockholms stad	(2.75)	1.59	1.32	17
Stockholms län	(1.94)	1.28	1.07	16
Uppsala »	(1.74)	1.15	1.01	12
Södermanlands »	(1.64)	0.82	0.73	11
Östergötlands »	(1.50)	0.90	0.75	75
Jönköpings »	(1.43)	1.05	1.00	5
Kronobergs »	(1.68)	1.27	1.15	9
Kalmar »	(1.59)	1.20	1.04	13
Gotlands »	(1.75)	1.45	1.37	6
Blekinge »	(1.91)	1.44	1.44	0
Kristianstads »	(1.58)	1.03	0.98	5
Malmöhus »	(1.66)	0.97	0.83	14
Hallands »	(1.73)	1.13	0.97	14
Göteborgs o. Bohus län	(2.44)	1.43	1.36	5
Älvsborgs län	(1.72)	1.11	0.99	11
Skaraborgs »	(1.41)	0.99	0.82	17
Värmlands »	(1.93)	1.34	1.10	18
Örebro »	(1.59)	1.10	0.98	11
Västmanlands »	(1.95)	1.13	1.01	11
Kopparbergs »	(2.06)	1.41	1.23	13
Gävleborgs »	(2.12)	1.48	1.30	12
Västernorrlands »	(2.10)	1.65	1.48	10
Jämtlands »	(2.39)	1.87	1.39	26
Västerbottens »	(2.35)	1.94	1.70	12
Norrbottens »	(3.29)	2.67	2.37	11
Hela riket	(1.94)	1.32	1.15	13

Bilaga 3.

Tuberkulosdödligheten pro mille i medeltal under femårsperioderna 1911—1915 och 1931—1935.

	Tbcdödlighet		Minskning	
	1911—1915	1931—1935	absoluta tal	i procent
Stockholms stad	2.75	1.24	1.51	54.9
Stockholms län	1.94	0.98	0.96	49.5
Uppsala »	1.74	0.96	0.78	44.8
Södermanlands »	1.64	0.70	0.94	57.3
Östergötlands »	1.50	0.71	0.79	52.7
Jönköpings »	1.43	0.93	0.50	35.0
Kronobergs »	1.68	1.11	0.57	33.9
Kalmar »	1.59	0.96	0.63	39.6
Gotlands »	1.75	1.38	0.37	21.1
Blekinge »	1.91	1.37	0.54	28.3
Kristianstads »	1.58	0.91	0.67	42.4
Malmöhus »	1.66	0.78	0.88	53.0
Hallands »	1.73	0.91	0.82	47.4
Göteborgs o. Bohus län	2.44	1.20	1.24	50.8
Älvsborgs län	1.72	0.90	0.82	47.7
Skaraborgs »	1.41	0.77	0.64	45.4
Värmlands »	1.93	1.05	0.88	45.6
Örebro »	1.59	0.92	0.67	42.1
Västmanlands »	1.95	0.96	0.99	50.8
Kopparbergs »	2.06	1.12	0.94	45.6
Gävleborgs »	2.12	1.19	0.93	43.9
Västernorrlands »	2.10	1.37	0.73	34.8
Jämtlands »	2.39	1.27	1.12	46.9
Västerbottens »	2.35	1.63	0.72	30.6
Norrbottens »	3.29	2.23	1.06	32.2
Hela riket	1.94	1.08	0.86	44.3