

Nr 406.

Av herrar **Lindley** och **Granath**, i anledning av Kungl. Maj:ts proposition, nr 69, med förslag till lag om ändrad lydelse av övergångsbestämmelserna till epidemilagen den 19 juni 1919.

I propositionen nr 69 till innevarande års riksdag har kungl. maj:t framlagt förslag om ändrad lydelse av övergångsbestämmelserna till epidemilagen den 19 juni 1919.

I dessa bestämmelser heter det bland annat: »Denna lag träder i kraft den 1 januari 1920; dock att med avseende å epidemidistrikt, som innefattar landsbygd, bestämmelserna i § 18 första och fjärde styckena icke skola äga tillämplighet förrän åtta år förfutit från det lagen trätt i kraft». I första stycket av § 18 föreskrives, att epidemidistrikt skall hava epidemisjukhus och i fjärde stycket av samma paragraf, att i distriktet skola finnas tillfälliga sjukvårdslokaler med nödig utrustning.

Beträffande övergångsbestämmelserna innehöll det betänkande, som avgavs av den för utredning av dessa frågor tillsatta s. k. hälsovårdsstadgекommittén, ingen motivering. I propositionen om epidemilagen vid 1919 års riksdag heter det, att avsikten med övergångsbestämmelserna vore att för epidemidistrikt, som innefattar landsbygd, medgiva en övergångstid »för anordnande av de i lagen föreskrivna epidemisjukhusen och anskaffande av utrustning för de tillfälliga sjukvårdslokalerna». Övergångstiden föreslogs i propositionen — i likhet med kommitténs förslag — till fem år. I en motion framhöll herr Zander det som en brist i förslaget, att ingenting där bestämts om formerna för landstingets övertagande av städernas epidemisjukhus. Han påyrkade, att en övergångstid av 10 år skulle stadgas i de fall, då landstingets landsbygd hade en från städerna skild epidemivård. Andra lagutskottet förutsatte i sitt utlåtande emellertid, »att landstingens övertagande av primärkommunernas epidemisjukhus skall fortgå utan slitningar», men uttalade utskottet tillika den förvissningen, »att kungl. maj:ts uppmärksamhet kommer att vara riktad på frågan, huruvida vid tillämpning av ifrågavarande bestämmelser behov skall visa sig av särskilda föreskrifter angående ordnandet av frågor om sjukhusens övertagande». Utskottet tillstyrkte en övergångstid av 8 år med motivering, att bestämmelser om statsbidrag till byggande av epidemisjukhusen skulle låta något vänta på sig och att förhandlingar mellan landsting och primärkommuner om övertagande av sjukhus komme att taga åtskillig tid. Även utskottet talade om uppskov endast med avseende å sjukhusen, ej beträffande landstingens övertagande av själva

epidemivården. I riksdagsdebatten synes frågan om övergångsbestämmelserna ej alls hava varit uppe.

Snart nog efter lagens ikraftträdande gjorde sig emellertid olika meningar gällande om övergångsbestämmelsernas innebörd. Från primärkommunalt håll förfäktades den åsikten, att övergångsbestämmelserna, i den avfattning de fått, *icke* avsåge tidpunkten för ikraftträdandet av landstingens skyldighet att övertaga ansvaret för epidemivården utan endast ett uppskov med den nybyggnadsskyldighet, lagen stipulerar. I den mån landsting kunde sörja för epidemisjukvården utan nyanläggning, vore enligt denna uppfattning landstinget också skyldigt att så göra. Å andra sidan har, särskilt från medicinalstyrelsens sida, hävdats, att någon skyldighet att sörja för epidemisjukhusvården överhuvud icke inträder under hela övergångstiden. Tillsvidare skulle alltså »epidemisjukhusvården fortgå som hittills».

Numera föreligga några denna fråga belysande prejudikat.

I Jukkasjärvi beslöto kommunalfullmäktige 1920 hemställa hos Konungens befallningshavande om inkallande av urtima landsting i och för beslut om epidemivårdens ordnande i länet. Denna begäran avslogs, »enär av stadgandena i epidemilagen måste anses framgå, att epidemisjukvården inom landstingsområdet under den i promulgationsbestämmelserna till samma lag stadgade övergångstiden av 8 år skulle som hittills ombesörjas av kommunerna själva». Anförda besvär medförde icke ändring i länsstyrelsens beslut (Regeringsrättens årsbok 1920 not. SO 15).

Gällivare sockens hälsovårdsnämnd hemställde samma år hos vederbörande Konungens befallningshavande om visst föreläggande för Norrbottens läns landsting och epideminämnd att omedelbart bekosta och ombesörja epidemisjukvården inom kommunen. Med samma motivering som i föregående referat ansåg emellertid länsstyrelsen framställningen icke böra föranleda någon åtgärd och vid ett överklagande av länsstyrelsens beslut vanns ej heller i detta fall ändring (Regeringsrättens årsbok 1920 not. SO. 16).

I Söderhamn anförde stadsfullmäktige besvär över ett beslut av Gävleborgs läns landsting rörande vissa anslag för år 1922 till epidemisjukvårdens ordnande inom länet. Fullmäktige yrkade, att Kungl. Maj:t måtte undanröja beslutet i vad det avsåg Söderhamns stad ävensom stadens samtliga skattepliktiga invånare, »enär beslutet innebure, att landstinget jämväl på staden och dess invånare uttaxerade landstingets kostnader under år 1922 dels för den å länets landsbygd och landstinget anordnade epidemisjukvården, dels ock för av landstinget anskaffade epidemisjukhus, men, då landstinget ännu icke övertagit epidemisjukvården inom staden, finge emellertid staden själv bekosta densamma och utgjorde i verkligheten ett eget epidemidistrikt samt borde förty vara befriad från berörda taxering». Regeringsrätten fann sig icke kunna bifalla besvären (Regeringsrättens årsbok 1922 not. S. 8).

I Hudiksvall anfördes också besvär över samma beslut och med samma utgång som i Söderhamn (Regeringsrättens årsbok 1922 not. S. 9).

Vad dessa städer angår, har någon uppgörelse med landstinget ännu icke träffats om övertagande av epidemisjukvården, utan städerna ombesörja alltjämt denna vård, samtidigt som de bidraga till bekostande av epidemivården i länet.

För att ytterligare belysa frågan om tolkningen av denna lag vilja vi hänvisa till bilagda, av Svenska landstingsförbundet gjorda sammandrag av landstingsbeslut i frågan (bil. 1) och tillägga, att för Gävleborgs läns landstings vidkommande epideminämnden gått in för ett helt nytt system, däri vissa primärkommunens epidemisjukstugor blivit förklarade såsom provisoriska sådana och till vilkas drift landstinget bidrager med halva kostnaden. Enligt vårt förmenande har denna anordning ännu mindre stöd i gällande lag än ett krav på landstingen att bekosta hela driften, men beslutet synes vara tillkommet för att i någon mån lugna vederbörande primärkommuner, som också resignerat och satt sitt hopp till utgången av övergångstiden.

Mot ett uppskov intill den i kungl. propositionen föreslagna tiden beträffande § 18, första och fjärde styckena, torde i och för sig intet vara att invända, utan synes detta fullkomligt motiverat av den rådande ekonomiska situationen. Utan tvivel kommer emellertid detta förlängande av övergångstiden i praktiken att bliva ytterligare fem år av kaotiska förhållanden på detta område, beroende på att en, enligt vår mening förnuftig tolkning av lagen i övrigt ej synes möjlig att erhålla.

Inför ett förlängt provisorium framstår därför allt starkare ett behov av närmare föreskrifter rörande ordningen för epidemivårdens övertagande av landstingen. Lagutskottets ovan återgivna förhoppning, att inga svårigheter skulle möta vid den nya ordningens genomförande, torde i själva verket endast delvis hava gått i uppfyllelse. Även om i regel inga större slitningar uppstått mellan de kommuner, som hava egna epidemisjukhus och vederbörande landsting, torde ändock det läge, i vilket en del kommuner kommit, påfordra uppmärksamhet.

Före den nuvarande epidemilagstiftningens tillkomst voro som bekant städerna själva skyldiga att svara för epidemisjukvården inom sitt område. Med hänsyn till dessa bestående förhållanden ville hälsovårdsstadgekommittén på sin tid i förslaget till den nya epidemilagen också skilja mellan stad och landsbygd. Städerna skulle således enligt detta förslag fortfara att svara för sin epidemivård, naturligen med rätt för dem att i förekommande fall träffa avtal med vederbörande landsting om tillgång för staden till ett visst antal platser å ett för landsbygden avsett sjukhus eller tvärtom.

Den kungl. propositionen vid 1919 års riksdag med förslag till ny epidemilag ställde sig emellertid på en motsatt ståndpunkt. Med några få undantag skulle städerna tillsammans med landsbygden såsom en länsenhet bära ansvaret för epidemisjukhusvården. Som en motivering för denna ståndpunkt anfördes, att flera av rikets landsting redan då hade övertagit epidemisjukvården och att starka skäl syntes föreligga för att understödja denna utveckling. Det förutsattes emellertid därvid, att städer, som ordnat sin epidemi-

sjukvård på ett fullt tillfredsställande sätt, skulle i särskilda fall få bilda egna epidemidistrikt. Riksdagen följde den linje, som propositionen slagit in på.

I praktiken har rätten att bilda egna epidemidistrikt sedermera förbehållits, vill det synas, endast de städer, som nått den folkmängd, att de närma sig villkoren för utträde ur landsting; alla övriga till landsting hörande städer och landskommuner hava tvingats ingå i landstingets epidemidistrikt.

Situationen har sålunda regelmässigt blivit den, att städer och andra primärkommuner, som vid lagens tillkomst haft egna epidemisjukhus, stått inför tvenne eventualiteter, antingen uppgörelse med landstinget om sjukhusets övertagande eller också fortsatt ansvar för epidemisjukvården inom sitt eget område under övergångstiden. Det är klart, att dessa kommuners ställning som förhandlande part i detta läge icke kunnat vara särdeles stark. Emellertid har situationen blivit än betänkligare i de fall, där landstinget utan att övertaga hela ansvaret börjat ordna med epidemisjukhusvården i länet och anslagit medel för detta ändamål. Kommunerna i fråga hava då, som ovan visats, ansetts dels skyldiga ansvara för sjukvården inom sitt eget område, dels deltaga i landstingets kostnader. Att dessa primärkommuner bidra till nyanskaffningar av sjukhus för länet kan väl anses skäligt, men knappast att de skola bidra till driften av länsanstalterna.

Önskvärt hade helt visst varit, om vid epidemilagens genomförande bestämda regler faststälts för uppgörelser mellan landstingen och primärkommunerna; åtminstone i den mån en primärkommuns epidemisjukhus efter sakkunnigt bedömande befunnits användbart för landstingets behov och hinder icke mött för dess inordnande i en för hela länet ändamålsenlig epidemisjukhusorganisation, borde det varit landstingets skyldighet att omedelbart övertaga detsamma. Om ansvaret för sjukhusvården på detta område anses böra överflyttas från primärkommunerna på större enheter, synes billigheten fordra, att kommunernas sjukhus icke ställas vid sidan av den nya organisationen och kommunerna därigenom bliva utan ersättning för de kostnader deras sjukhus medfört. Städer och en del andra större samhällen hava i största utsträckning gjort betydande uppoffringar för epidemivården, och synes det därför skäligt, att hänsyn i görligaste mån tages härtill. I det skick frågan nu ligger, då den blivande sjukvårdsorganisationen för epidemiska sjukdomar redan i stor utsträckning varit föremål för beslut, torde det vara för sent att lagstifta på detta område. Däremot torde det i samband med en eventuell förlängning av provisorietiden få anses billigt och rättvist att söka avhjälpa de svårigheter, som uppstått för primärkommuner, där överenskommelse ej kunnat träffas om övertagande av epidemisjukhusvården. Enklarest torde detta låta sig göra på den väg, på vilken flera län slagit in, nämligen att landstinget bekostar driften vid befintliga anstalter inom länet.

Med hänvisning till ovanstående hemställes, det riksdagen ville besluta,

att, intill dess epidemilagen i sin helhet trätt i kraft, lands-
ting, som icke dessförinnan beslutat övertaga hela ansvaret för
länets epidemivård, skall vara skyldigt att helt bestrida drift-
kostnaderna för de kommunala epidemisjukhus och sjukstugor,
som före 1920 års ingång inom länet tillkommit, vare sig dessa
komma att ingå i den blivande sjukhusorganisationen eller ej,
samt

att utskottet må gå i författning om utarbetande av de änd-
ringar i gällande epidemilag, som vid ett bifall till hemställen
i punkt 1) kunna påkallas.

Stockholm den 10 mars 1924.

Ernst Lindley.

P. Granath.

Bilaga I.

Översikt av landstingens hittills vidtagna eller beslutade åtgärder för epidemisjukvårdens ordnande.

Historisk återblick, 1890—1910.

Före ikraftträdandet av nu gällande epidemilag ålåg som bekant omsorgen
om vård av epidemiskt sjuka primärkommunerna. Städerna hade härvidlag
mera vittgående skyldigheter än landskommunerna; städer och stadslignande
samhällen voro nämligen lagligen förpliktade att uppföra epidemisjukvårds-
anstalter, varemot åtgärder å landsbygden icke behövde vidtagas, förrän
farsot utbrutit. För landstingen förefanns ingen skyldighet att taga befatt-
ning med epidemisjukvården. Emellertid hade i några fall redan på 1890-
talet, och antagligen ännu tidigare, åtskilliga landsting anställt epidemisjuk-
sköterskor för landsbygden eller, såsom Stockholms, Kronobergs, Gävleborgs
m. fl. landsting, anslagit medel antingen årligen till bidrag åt kommuner,
vilka fått vidkännas särskilt dryga utgifter för sin epidemisjukvård, eller till
bidrag för uppförande av epidemisjukhus.

Redan innan 1909 års hälsovårdskommitté, vilken utarbetat nuvarande
epidemilag, tillsattes, hade vidare epidemisjukvården, särskilt på landsbyg-
den, mer eller mindre fullständigt övertagits av landstingen i Uppsala, Söder-
manlands, Östergötlands, Blekinge och Västmanlands län.

I Blekinge län tillsatte landstinget år 1899 en kommitté med uppdrag
att undersöka, huruvida och på vilka villkor sjukhusvård åt epidemiskt sjuka
från länets landsbygd kunde beredas å städernas epidemisjukhus. Förhand-
lingar härom ledde icke till något resultat, men år 1902 beslöt landstinget
att å länets landsbygd för en kostnad av 112,000 kronor uppföra sex epi-
demisjukstugor, i Lyckeby, Nättraby, Ronneby, Asarum, Jämshög och Söl-
vesborg. Påföljande år beslöts att ytterligare en epidemisjukstuga skulle
uppföras. Sjukstugan, som förlades i Jämjö, skulle rymma 10 sängar och
beräknades kosta 16,000 kronor.

År 1899 tillsattes jämväl i Västmanlands län en kommitté för utarbe-
tande av förslag till beredande av vård åt epidemiskt sjuka. Året därpå
beslöt landstinget att låta uppföra epidemisjukstugor vid Norberg, Heby,
Östervåla, Skinnskatteberg, Simtuna, Kolbäck, Väster-Färnebo och Ramnäs,
att ingå en överenskommelse med städerna Västerås, Sala och Köping om

upplåtande av 15 à 25 platser för vård av landsbygdens sjuka på vartdera av ifrågavarande städers epidemisjukhus samt att bekosta fri vård och underhåll för landsbygdens sjuka, som intogos på städernas epidemisjukhus.

Södermanlands läns landsting tillsatte år 1901 en kommitté för uppgörande av förslag till epidemisjukvårdens ordnande inom länet. Med den livliga förbindelse, som igde rum mellan stad och land, ansåg landstinget det vara riktigast att upptaga frågan för länet i dess helhet och ej blott för landsbygden.

I kommitterades år 1902 avgivna betänkande framhölls, att städerna voro lagligen förpliktade att uppföra epidemisjukvårdsanstalter, men att det för mindre stadssamhällen visat sig vara förenat med alltför stora kostnader att vidtaga erforderliga åtgärder. Epidemisjukvården kunde ej heller sägas vara tillfredsställande ordnad annat än av de största samhällena. Det bästa syntes därför även kommitterade ur alla synpunkter vara, att landstinget övertog hela epidemisjukvården och ordnade denna efter en gemensam plan och under enhetlig ledning. Landstingets förpliktelse att åtaga sig epidemisjukvården hade tinget redan år 1899 erkänt, då fem epidemisjuksköterskor anställdes och medel beviljades till bidrag för bekostande av vård å befintliga sjukhus inom länet av sjuka från andra kommuner än sådana, som själva hade epidemisjukhus.

På kommitterades förslag beslöt landstinget år 1902

1) att nya epidemisjukhus skulle uppföras år 1903 i Mariefred för 6 sängar, i Trosa för 10 sängar, i Oxelösund för 6 sängar samt i Vingåker och i Gnesta vartdera för 10 sängar samt år 1904 i Strängnäs för 10 sängar och i Björkvik, Julita och Björnlunda vartdera för 6 sängar;

2) att inköpa epidemisjukhusen i Torshälla och Flen samt i Stora Malms och Fors socknar;

3) att antaga anbud från Malmköping och Lilla Malms socknar om kostnadsfritt övertagande av deras epidemisjukstugor;

4) att träffa avtal med städerna Eskilstuna och Nyköping om vård å deras sjukhus mot viss ersättning av epidemiskt sjuka från landsbygden;

5) att för vård å landstingets epidemisjukhus på enskilt rum skulle erläggas en avgift av 2 kronor per dag, men att i övrigt all vård skulle vara kostnadsfri; samt

6) att för sjukhusens anläggande och anordnande upptaga ett lån å 180,000 kronor.

Uppsala läns landsting sökte till en början ordna epidemisjukvården på landsbygden genom kontrakt av år 1903 respektive år 1904 med städerna Uppsala och Enköping, enligt vilka kontrakt vid sagda städers sjukhus skulle mottagas sjuka jämväl från landsbygden mot särskild ersättning från landstinget; patienterna själva skulle vara befriade från avgift. För sjuka från länets norra delar befanns emellertid transporten till Uppsala epidemisjukhus vara alltför påkostande, och landstinget anslög därför år 1913 för uppförande av en epidemisjukstuga i nordöstra delen av länet ett belopp av 22,000 kronor. Sjukstugan, som rymmer 8 sängar och en observationsplats, förlades till Leufsta bruk å plats i närheten av extra provinsialläkarebo-staden. — År 1915 beslöt landstinget att uppföra en epidemisjukstuga, rymmande 18 patienter, i Älvkarleby för en beräknad kostnad av 95,290 kronor.

Hittills behandlade landsting togo som synes sikte huvudsakligen på epidemisjukvården på landsbygden och i de mindre städerna.

En fullständig plan för epidemisjukvårdens ordnande inom hela landstingsområdet synes tidigast hava framlagts för Östergötlands läns landsting. Enligt denna plan, som antogs av landstinget år 1907, skulle under åren 1908—1909 uppföras epidemisjukhus i Linköping och Söder-

köping, åren 1910—1911 i Kisa, Mjölby och Ödeslög, år 1912 i Tjällmo och Valdemarsvik, år 1913 i Vadstena, år 1914 i Reijmyre och Motala samt år 1915 i Klockrike, Östra Husby och Torpa. Det sålunda fastställda byggnadsprogrammet genomfördes inom avsedd tid med några smärre jämkningar.

Åtgärder vittagna eller behandlade åren 1910—1918.]

Exemplet från Östergötlands län följdes några år senare av Älvsborgs läns landsting, som efter långvariga utredningar år 1913 beslöt att fullständigt övertaga epidemisjukvården inom hela landstingsområdet, städerna inbegripna. Enligt beslutet indelades landstingsområdet i 16 epidemidistrikt, sammanfallande med provinsialläkardistrikten, vid vilkas läkarstationer sjukvårdsanstalterna skulle anordnas. 13 nya sjukhus skulle uppföras och 3 gamla övertagas. Av de övertagna sjukhusen rymde ett cirka 90, ett 34 och det tredje 8 sängar. De nya gjordes små, med högst 22 sängar. Byggnadskostnaderna för de nya sjukhusen beräknades till 570,000 kronor. Kommunerna befriades från alla kostnader för epidemisjukvården; kostnadsfri tomt skulle dock ställas till förfogande av den kommun, inom vilken sjukhus skulle uppföras. Vården av de sjuka lämnades alltifrån början avgiftsfritt.

Åren 1910—1915 var frågan om landstingens övertagande av epidemisjukvården föremål för utredning inom följande landsting: Stockholms läns, Kalmar läns norra och södra landsting, Gotlands, Kristianstads, Hallands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Värmlands, Västernorrlands och Västerbottens läns landsting. Inom flertalet av dessa framlades förslag om epidemisjukvårdens ordnande, vilka dock ingenstädes ledde till något resultat. De höga kostnaderna avskräckte, och vidare ville man avvakta det då väntade betänkandet angående ny hälsovårdsstadga. Två landsting, Jönköpings och Kronobergs, avslog väckta motioner om utredning i ärendet.

Under avvaktan på att det år 1915 framlagda förslaget till epidemistadga skulle antagas, vidtogos under åren 1916 och 1917 från landstingens sida inga åtgärder av intresse för epidemisjukvårdens ordnande.

Enligt hälsovårdskommitterades förslag till epidemilag skulle epidemisjukvården på landsbygden övertagas av landstingen. Städerna skulle däremot fortfarande själva handhava denna angelägenhet. Mot förslaget att fränkilja städerna och göra envar av dem till ett särskilt distrikt opponerade sig bland andra Stockholms läns landsting i ett år 1915 avgivet utlåtande. I första rummet anmärktes, att det skulle bliva alltför betungande för de minsta städerna att hålla egna epidemisjukhus av sådan beskaffenhet, att de kunde godkännas av medicinalstyrelsen. En annan anmärkning gällde, att, därest överenskommelse ej skulle kunna träffas mellan landsting och stad om gemensamt sjukhus för staden och omgivande landsbygd, det kunde inträffa, att två mindre sjukhus förlades till samma stad.

I överensstämmelse med landstingets sålunda intagna ståndpunkt beslöt tinget år 1918 att snarast möjligt övertaga all epidemisjukvård inom länet samt att för ändamålet till en början uppföra epidemisjukhus i Södertälje och Norrtälje.

Åtgärder i anledning av nya epidemilagen av år 1919.

Vid 1919 års riksdag antogs slutligen den länge väntade epidemilagen, enligt vilken, som bekant, landstingsområde skall utgöra epidemidistrikt. Inom varje landstingsområde skall finnas tillgång till erforderligt antal platser å sjukhus; dock äro landstingen icke skyldiga att förrän den 1 januari 1928 hava uppfört erforderliga byggnader.

Efter epidemilagens ikraftträdande hava formliga beslut om epidemivårdens fullständiga övertagande från viss tidpunkt eller snarast möjligt fattats år

1919 av Göteborgs och Bohus läns landsting, år 1920 av Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Gävleborgs och Norrbottens läns landsting, år 1921 av Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns norra, Kristianstads, Hallands, Kopparbergs och Jämtlands läns landsting samt år 1922 av Uppsala och Västerbottens läns landsting.

Den nya epidemilagen har vidare föranlett flertalet av de landsting, som tidigare ordnat epidemisjukvården, att vidtaga ytterligare åtgärder. Viktiga beslut om nybyggnader eller inköp av befintliga epidemisjukhus hava sålunda fattats av landstingen i Stockholms län (åren 1920, 1921 och 1922), Uppsala län (åren 1920 och 1922), Östergötlands län (åren 1920 och 1922), Älvsborgs län (åren 1920 och 1921) samt Västmanlands län (åren 1920 och 1921).

För de viktigaste av landstingens beslut under åren 1919—1922 angående epidemisjukvården lämnas i det följande en kortfattad översikt.

Stockholms läns landsting beslöt år 1918, som tidigare omnämnts, att uppföra epidemisjukhus i Södertälje och Norrtälje. Kostnaderna för dessa sjukhus, rymmande 84 respektive 40 sängar jämte observationsplatser m. m., beräknades till 970,000 kronor respektive 663,000 kronor. Härtill kommer för inköp av inventarier m. m. 250,000 kronor. År 1919 uppdrog landstinget åt epideminämnden att uppföra epidemisjukhus i Östhammar för 775,000 kronor och i Vaxholm för 347,000 kronor. Därjämte beslöt landstinget att inköpa Färingsö epidemisjukstuga med inventarier för 19,616 kronor. Påföljande år inköptes Djursholms epidemisjukhus för 57,629 kronor. För uppförande av ett epidemisjukhus vid Sundbyberg anvisade 1921 års landsting 1,150,000 kronor. Samma år beslöt landstinget att uppföra en observationspaviljong vid Djursholms epidemisjukhus för en kostnad av 91,500 kronor.

Med förmälan, att epidemisjukhusen i Södertälje och Norrtälje redan tagits i bruk, och att epidemisjukhusen i Östhammar och Vaxholm beräknades vara färdiga år 1922, föreslog epideminämnden 1922 års landsting att, innan det inläte sig på byggande av epidemisjukhus för sådana distrikt, för vilka sjukhus icke beslutats eller planerats, tills vidare ställa sig avvaktande för att vinna erfarenhet, huruvida uppförda sjukhus kunde fylla behovet. Landstinget delade emellertid icke epideminämndens ståndpunkt — ett bifall till nämndens förslag skulle medföra, att många kommuner under obestämd tid framåt skulle få 50 å 60 km. väg till närmaste epidemisjukhus — utan uppdrog åt epideminämnden att förebringa utredning, om och i vad mån ytterligare epidemisjukhus kunde erfordras. Vidare fullföljde landstinget sitt år 1920 fattade beslut, att ett epidemisjukhus skulle uppföras vid Knivsta, genom att för ändamålet bevilja ett anslag å 130,000 kronor. Därjämte anvisade landstinget 15,000 kronor för inköp av möbler och övriga inventarier till den av 1921 års landsting beslutade observationspaviljongen vid Djursholms epidemisjukhus.

Till följd av att Kungl. Maj:t i anledning av anförda besvär upplävt Lidingö kommunalfullmäktiges beslut att godkänna en med landstinget träffad överenskommelse om försäljning av köpingens epidemisjukhus, beslöt landstinget frånträda sitt beslut om inköp av sagda sjukhus.

Uppsala läns landsting anslag år 1919 58,000 kronor till utvidgning och modernisering av sjukstugan i Älvkarleö.

Sedan en av Uppsala stad gjord ansökan att bilda eget epidemidistrikt av landstinget år 1921 avstyrkts och därefter avslagits av Kungl. Maj:t, har landstinget år 1922 beslutat omedelbart inköpa epidemisjukhuset med tomt och inventarier i sagda stad för 1,077,527 kronor. Samtidigt beslöt tinget att inlösa epidemisjukhuset i Enköping för 125,312 kronor, att av länets landsbygd övertaga sjukstugan vid Leufsta bruk för 22,000 kronor samt att övertaga driften vid förenämnda sjukhus från och med ingången av år 1923.

Södermanlands läns landsting uppdrog år 1920 åt epideminämnden att utarbeta ritningar och kostnadsförslag till två nya epidemisjukhus för norra och mellersta delarna av länet. Nämndens följande ar framlagda förslag ledde emellertid icke till någon landstingets åtgärd. Däremot godkändes ett preliminärt avtal med Nyköpings stad angående landstingets förhyrande av stadens epidemisjukhus jämte tillhörande tomt under tiden 1 januari 1922—31 december 1924. Ar 1922 förklarades ett av epideminämnden framlagt förslag till uppförande av nytt epidemisjukhus i Flen vilande i avvaktan a fullständig utredning rörande epidemisjukhusfrågans ordnande för hela länet. Tills vidare bemyndigades nämnden att efter förvaltningsutskottets hörande träffa avtal med vederbörande markägare om inköp av tomt i närheten av lasarettet i Flen eller ock, i händelse godvillig överenskommelse icke kunde komma till stånd, att vidtaga åtgärder för tomtområdets exproprierande. För ändamålet ställdes 10.000 kronor till epideminämndens förfogande.

Slutligen uppdrogs åt epideminämnden att till 1923 års landsting inkomma med fullständig översikt utvisande huru epidemisjukvården enligt nämndens uppfattning lämpligen borde ordnas för länet i dess helhet.

Ostergötlands läns landsting, vilket successivt från år 1908 övertagit epidemisjukvården inom länet utom i Linköping och Motala, beslöt år 1920 att uppföra nya epidemisjukhus i Finspång för 250,000 kronor, varav 35,000 kronor tidigare beviljats, och i Österbymo för 110.000 kronor (enligt senare beslut har påbörjandet av sistnämnda byggnadsföretag tillsvidare uppskjutits). Samtidigt beviljades följande anslag: för tillbyggnad av epidemipaviljong i Linköping 60,000 kronor, för uppförande av köksbyggnad m. m. i Söderköping 68,920 kronor, för tillbyggnad av epidemisjukhusen i Atvidaberg och Boxholm 77,000 kronor, samt för inredningsarbeten i epidemisjukhuset i Mjölby 6,000 kronor, eller tillhopa 536,920 kronor, för vilka byggnadsföretag 312,000 kronor beräknades i statsbidrag. — År 1921 beviljades 215,000 kronor, av vilka 50,000 kronor i statsbidrag komme att återbäras, för tillbyggnad till epidemisjukhuset i Motala. Samma år beslöt landstinget att från och med år 1922 övertaga epidemisjukvården i Linköping samt att till driftskostnader år 1922 vid detta sjukhus anslå 75,000 kronor. Över beslutet anförde staden besvär, vilka ogillades av Kungl. Maj:t, och år 1922 godkände landstinget ett förslag till avtal med staden, enligt vilket landstinget skulle inköpa stadens epidemisjukhus med kringliggande område för 300.000 kronor samt inlösa staden tillhöriga inventarier efter värdering av en tremannanämnd.

För upprättande av tillfälliga epidemisjukhus beviljades ett förslagsanslag å 15,000 kronor.

Jönköpings läns landsting beslöt år 1921 att indela länet i 9 epidemidistrikt, att inköpa befintliga epidemisjukhus i Sävsjö, Gislaved och Eksjö samt att uppföra nya sjukhus i Jönköping, Nässjö, Vetlanda, Tranås, Värnamo och Södra Unnaröd. De sammanlagda kostnaderna härför beräknades, med frånräknande av statsbidrag, till 2,028,800 kronor. Till en början skulle de gamla sjukhusen ombyggas och nya uppföras i Jönköping, Värnamo och Vetlanda. Övriga nybyggnadsföretag skulle tills vidare anstå. Epidemisjukvården inom länet skulle övertagas av landstinget från den 1 juli 1922, och epideminämnden bemyndigades att, intill dess landstingets egna sjukhus bleve färdiga, förhyra erforderliga lokaler.

Kronobergs läns landsting beslöt år 1921 att bygga två större epidemisjukhus, ett i Växjö med 60 sängar och ett i Ljungby med 40 sängar samt, om behov framdeles skulle yppa sig, två mindre sjukhus, vardera om 20 sängar i respektive Lenhovda och Tingsryd. Med uppförande av epidemisjukhuset i Växjö skall, enligt beslut av 1922 års landsting, anstå, till dess att medicinalstyrelsen avgivit yttrande över uppgjorda ritningar m. m.

Kalmar läns norra landsting indelade år 1921 landstingsområdet i fem epidemistrikt. Sjukhus skulle uppföras i Västervik för 45, Gamleby för 20, Vimmerby för 26, Målilla för 20 och Mörtfors för 14 sängar. År 1922 beslöt landstinget att, utan hänsyn till sitt år 1921 fattade beslut angående epidemisjukhusens förläggning och storlek, förklara frågan vilande och att uppdraga åt epideminämnden att företaga förnyad och allsidig utredning i ämnet.

Kalmar läns södra landsting beslöt år 1922 att uppskjuta avgörandet av frågan om epidemisjukvårdens ordnande till år 1923.

Gotlands läns landsting, som år 1919 uttalade sig för länets uppdelande på tre sjukvårdsområden, beslöt år 1922 att tills vidare uppskjuta frågan om definitivt ordnande av epidemisjukvården.

Kristianstads läns landsting, som år 1920 i princip godkänt en av epideminämnden framlagd plan till länets indelning i 7 epidemidistrikt, beslöt år 1921 att uppföra epidemisjukhus i Broby och Brösarp för en sammanlagd kostnad av 150,000 kronor. Till byggnadernas inredning ansloges 50,000 kronor. Besluten upphävdes år 1922, och epideminämnden fick i uppdrag att verkställa förnyad utredning angående epidemisjukvårdens ordnande.

Malmöhus läns landsting, som vid flera tillfällen under de senaste åren behandlat frågan om epidemisjukvårdens ordnande, beslöt år 1922 att uppskjuta avgörandet till år 1923.

Hallands läns landsting förhandlade åren 1920 och 1921 med städerna Halmstad, Falkenberg och Varberg om tomtplatser m. m. för epidemisjukhus. År 1920 beslöts att inköpa epidemisjukhusen i Torup och Oskarsström. Sedan underhandlingar med ovannämnda städer slutförts, beslöt landstinget år 1921 att inköpa epidemisjukhuset i Varberg med tomt för 70,000 kronor och där uppföra ett nytt sjukhus med 40 sängar och 14 observations- och isoleringsplatser för en kostnad av 362,500 kronor, att uppföra ett epidemisjukhus med 40 sängar jämte 9 observations- och isoleringsplatser i Falkenberg för en kostnad av 435,500 kronor, att inköpa epidemisjukhuset med tomt jämte intilliggande områden i Halmstad för högst 260,879 kronor samt att bredvid gamla sjukhuset i Halmstad uppföra nya sjukhus och ekonomibyggnader för en kostnad av 516,100 kronor. I sin helhet skulle i Halmstad rymmas 85 sängar jämte 15 observations- och isoleringsplatser. För ovannämnda ändamål anvisade landstinget 1,670,979 kronor. I statsbidrag beräknade landstinget erhålla minst 422,000 kronor, då sjukhusen blivit uppförda.

Göteborgs och Bohus läns landsting beslöt år 1919 att för en kostnad av 456,000 kronor uppföra epidemisjukhus i Hårleby, Strömstad, Lysekil och Uddevalla. Enligt beslut av år 1921 skulle epidemivården inom landstingsområdet övertagas av landstinget från tid under senare hälften av år 1922, som förvaltningsutskottets sjukvårdsavdelning ägde bestämma.

År 1922 beslöt landstinget att uppföra ett epidemisjukhus i Mölndal för normalt cirka 50 sängar. Sjukhuset, som skulle förläggas intill lasarettstomten, beräknades kosta 300,000 kronor. Samtidigt beviljade landstinget 15,000 kronor till inköp av sjuktransportmedel.

De olika sjukhusen äro avsedda att vid normal beläggning rymma

i Hårleby	36 patienter,
» Strömstad.....	36 »
» Lysekil	48 »
» Uddevalla.....	56 »
» Mölndal.....	50 »

226 patienter,

samt vid överbeläggning cirka 300 patienter.

Älvsborgs läns landsting övertog, som tidigare nämnts, redan enligt beslut av år 1913, epidemisjukvården inom länet. År 1919 beslöt landstinget att uppföra en tillbyggnad till epidemisjukhuset i Svenljunga och år 1921 att för 100,000 kronor inköpa det dittills förhyrda sjukhuset i Trollhättan med tillhörande tomt.

Skaraborgs läns landsting godkände år 1920 i princip en plan för epidemisjukvårdens ordnande, enligt vilken inom länet skulle uppföras eller inköpas 12 medelstora eller mindre epidemisjukhus. På förslag av epideminämnden beslöt 1922 års landsting att upphäva förenämnda beslut samt att i stället låta uppföra epidemisjukhus om cirka 60 sängar i Skövde, Falköping och Mariestad, de två sistnämnda intill länslasarettan, samt ett epidemisjukhus för västra delen av länet på plats, som sedermera skulle bestämmas. Genom en sådan koncentrerung av byggnadsprogrammet beräknades landstingets egna utgifter (alltså frånräknat statsbidraget) för nybyggnader kunna minskas från 1,700,000 kronor till 650,000 kronor. De årliga utgifterna för personalens avlöning beräknades vid centralisering komma att understiga dem vid decentralisering med 50,000 à 60,000 kronor.

Värmlands läns landsting fastställde år 1920 en av epideminämnden uppgjord plan för epidemisjukhusens förläggning. 15 à 16 epidemisjukhus skulle uppföras; ett första utbyggnadsprogram omfattande sjukhus i Arvika (med 40 sängar), Sunne (med 35 sängar) och Storfors (med 20 sängar), varjämte epidemisjukhuset i Karlstad skulle inlösas för 50,000 kronor. Följande års landsting godkände ritningar till sjukhuset i Storfors, vilket beräknades kosta 218,505 kronor. År 1922 avslogos två motioner angående landstingets övertagande av epidemisjukvården inom respektive Näs härad och Ransåters socken. Landstingets beslut motiverades därmed, att en liknande framställning om övertagande av epidemisjukvården i Karlstad avslagits av landstinget år 1920.

Med Karlstad har landstinget träffat överenskommelse om vård å stadens epidemisjukhus av personer från länets landsbygd. Enligt densamma har landstinget förbundit sig att månadsvis enligt räkning för varje sådan å allmänt rum under året värdad person till stadens hälsovårdsnämnd betala ett bidrag till dagavgiften av 3 kronor, med rätt för hälsovårdsnämnden att vid intagandet genom infordrande av betryggande ansvarsförbindelse tillförsäkra sig erhållandet i övrigt av överenskommen dagavgift. För detta ändamål anvisades ett förslagsanslag för år 1923 av 10,000 kronor. Därjämte anvisade landstinget för år 1923 500 kronor med därtill hörande dyrtidstillägg till arvode åt läkaren vid sjukhuset att kvartalsvis utbetalas den 1 i tredje månaden i varje kvartal, ävensom ett förslagsanslag av 750 kronor att med 5 kronor utan dyrtidstillägg för varje nyintagen patient utbetalas till läkaren.

Örebro läns landsting beslöt år 1920, att epidemisjukhus skulle uppföras i Örebro för den omgivande landsbygden (35 sängar), Hällefors (15 sängar), Nora (15 sängar), Karlskoga (25 sängar), Kopparberg (20 sängar), Lindesberg (15 sängar), Fellingsbro (15 sängar), Fjugesta (15 sängar), Askersund (20 sängar) och Hallsberg (30 sängar).

År 1921 upptog landstinget åt epideminämnden att för en kostnad av högst 30,000 kronor inköpa en lämplig tomt i Örebro, där ovannämnda epidemisjukhus, rymmande 35 sängar, skulle uppföras. Följande år avslogos en av epideminämnden gjord framställning om uppförande av en epidemisjukstuga i Hallsberg. Såväl tomtfrågan som byggnads- och kostnadsfrågorna ansågos böra underkastas ytterligare utredning.

Västmanlands läns landsting, vilket sedan början av 1900-talet handhaft epidemisjukvården på länets landsbygd, beslöt år 1920 att inköpa inventarieutrustningen å städernas epidemisjukhus samt att förvärva epidemisjukhusen

i Sala och Köping. Kostnaderna för inköp av sistnämnda sjukhus uppgingo till 225,000 kronor respektive 165,000 kronor. Epideminämnden bemyndigades år 1921 att förhyra Arboga stads epidemisjukhus för en tid av tre år.

Kopparbergs läns landsting godkände år 1922 en av epidemikommittén framlagd plan, enligt vilken 13 sjukhus skulle uppföras inom länet, nämligen i Falun (44 platser), Borlänge (40 platser), Krylbo (24 platser), Hedemora (24 platser), Ludvika (40 platser), Hulan (22 platser), Malung (12 platser), Lima (10 platser), Särna (10 platser), Älvdalen (10 platser), Mora (24 platser), Leksand (24 platser) och Svärdsjö (12 platser). Sjukhusen skulle utbyggas i två perioder, därvid efter första utbyggandet skulle erhållas ett platsantal av 296, vilket ansågs tillräckligt för »normala epidemitider». Denna första utbyggnad beräknades kosta 1,301,000 kronor, därav i statsbidrag skulle återbekommas 617,000 kronor. Genom nybyggnader under den andra perioden skulle vinnas ytterligare 101 platser.

Gäleborgs läns landsting godkände år 1920 epideminämndens förslag till framtida ordnande av epidemisjukvården inom länet. Enligt denna skulle länet indelas i 17 distrikt, 9 nya sjukhus uppföras samt 8 sjukhus inlösas. För bestridande av kostnader härför under år 1921 beviljades 100,000 kronor, varjämte 50,000 kronor tidigare avsatts för ändamålet. År 1921 beslöt landstinget inlösa epidemisjukstugorna i Järvsö, Högbo, Storvik och Bergsjö mot erläggande av vederbörande kommuners andel i kostnader för deras uppförande, utgörande för Järvsö sjukstuga 29,405 kronor, för Högbo sjukstuga 53,849 kronor, för Storviks sjukstuga 76,483 kronor och för Bergsjö sjukstuga 13,000 kronor. Landstinget förband sig att bereda kostnadsfri vård av patienter från vederbörande kommuner från och med den dag överlätelserna ägde rum. Epideminämnden bemyndigades inlösa epidemisjukhusen i Delsbo och Njutånger, därest nämnden skulle finna skälig anledning därtill. År 1922 beslöt landstinget att inlösa epidemisjukstugan i Ockelbo för 35,148 kronor, att för en kostnad av 37,000 kronor låta om- och tillbygga epidemisjukstugan i Bergsjö samt att låta uppföra nya epidemisjukstugor i Ljusdal, rymmande 24 sängar, för en kostnad av 121,900 kronor, och i Bollnäs rymmande 35 sängar, för en kostnad av 175,000 kronor. Sistnämnda sjukstuga skall uppföras på den för lasarett därstädes inköpta tomten och hava ekonomibyggnad gemensam med lasarettet.

Västernorrlands läns landsting beslöt år 1922 att uppskjuta avgörandet om epidemisjukvårdens ordnande till år 1923.

Jämtlands läns landsting beslöt år 1921 att låta uppföra två epidemisjukhus, ett i Bräcke med 15 sängar och ett i Strömsund med 13 sängar samt att för en tid av 6 år förhyra epidemisjukhuset i Östersund för en årlig hyra av 5,000 kronor. Enligt det av epideminämnden sagda år framlagda förslaget borde epidemisjukvården centraliseras i så stor utsträckning som möjligt. Länets stora ytvidd, kommunernas vidsträckt och de svåra transportförhållandena vintertid förhindrade emellertid en långt driven koncentration. För epidemisjukvårdens definitiva ordnande skulle därför enligt nämnden erfordras 8 sjukhus.

Västerbottens läns landsting behandlade år 1921 förslag till uppförande eller anordnande av dels tre större epidemisjukhus om vardera 45 à 60 sängar, dels 7 epidemisjukstugor om vardera 16 à 20 sängar, dels ock 7 isoleringsplatser om vardera 4 à 8 sängar. Landstinget ställde sig emellertid då tveksamt beträffande lämpligheten av planen och ifrågasatte, om det ej vore bättre med en större decentralisation av sjukvården. År 1922 godkände landstinget följande ändrade plan: Epidemisjukhus uppföras i Umeå (30 sängar) och Skellefteå (25 sängar), epidemisjukstugor inrättas i Byske (10 sängar), Burträsk (10 sängar), Robertsfors (14 sängar), Nordmaling (14

sängar), Stensele (10 sängar), Åsele (18 sängar), Jörn (10 sängar), Norsjö (10 sängar), Vindeln (10 sängar), Lycksele (12 sängar) och Bjurholm (10 sängar), vartill komma isoleringsplatser för vardera 4 å 6 patienter på 14 orter.

Norrbottnens läns landsting underhandlade åren 1919 och 1920 med statsmyndigheterna angående gemensamt epidemisjukhus i Boden. År 1920 godkände tinget en plan för epidemisjukvårdens ordnande, enligt vilken sjukhus till en början skulle uppföras i Haparanda för 160,000 kronor, i Övertornea för 97,000 kronor samt i Kalix för 155,000 kronor. Följande år bestämdes, att sjukhuset i Haparanda skulle uppföras å samma tomt som lasarettet. För ett nytt epidemisjukhus i Nederkalix uttaxerades år 1922 35,000 kronor och skall under vart och ett av åren 1923—1926 uttaxeras 31,000 kronor.

År 1922 beslöts att uppföra epidemisjukstugor för Arvidsjaurs och Arjeplogs socknar i samband med därstädes planerade eller påbörjade distriktsjukstugor. Kostnaderna beräknades för epidemisjukstugan i Arjeplog till 63,000 kronor och för epidemisjukstugan i Arvidsjaur till 102,000 kronor. För ifrågavarande byggnadsarbetens igångsättande beviljades ett belopp av 100,000 kronor, vilket skulle anskaffas genom upplåning.

Landstinget gottgör sedan år 1920 kommunerna inom länet deras kostnader för epidemisjukvården, i vad dessa kostnader avse löner och arvoden, kosthåll, medicin, förband, tekniska artiklar, andra förbrukningsartiklar, lyse, värme, vatten, tvätt och renhållning samt ersättning för vård å främmande anstalter, allt i den mån uppgifterna angående kostnaderna äro bestyrkta antingen genom verifikationer eller genom bevis om uppgifternas överensstämmande med vederbörligen granskade räkningar. För ändamålet har till epideminämndens förfogande för år 1923 ställts ett belopp av 200,000 kronor.

Sammanfattning.

Centraliserad eller decentraliserad vård.

Vid epidemilagens antagande år 1919 hade epidemisjukvården, särskilt på landsbygden, mer eller mindre fullständigt övertagits av landstingen i Uppsala, Södermanlands, Östergötlands, Blekinge, Älvsborgs och Västmanlands län, varjämte Stockholms läns landsting beslutat att snarast möjligt övertaga all epidemisjukvård inom länet. Efter lagens ikraftträdande hava principella beslut i fråga om epidemisjukvårdens ordnande fattats av Jönköpings, Kronobergs, Kalmar läns norra (som dock sedermera upphävt tidigare beslut), Kristianstads (som ävenledes sedermera upphävt tidigare beslut), Hallands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs, Värmlands, Örebro, Kopparbergs, Gävleborgs, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens läns landsting. Kalmar läns södra, Gotlands, Malmöhus och Västernorrlands läns landsting hava däremot uppskjutit frågans avgörande till år 1923.

När landstingen började övertaga epidemisjukvården inom länen, funnos i regel epidemisjukhus i samtliga städer och mindre epidemisjukstugor här och var på landsbygden. I allmänhet inlöstes befintliga sjukhus, och landstingens strävan inriktades närmast på att anskaffa mindre sjukstugor för områden, som saknade dylika. De län, där landstingen tidigast övertogo epidemisjukvården, utmärkas också på ett undantag när, Uppsala län, av en långt driven decentralisation av densamma. Inom Västmanlands län finnas sålunda 12 epidemisjukvårdsanstalter, inom vardera av Södermanlands, Östergötlands och Älvsborgs län cirka 15 anstalter samt inom det lilla Blekinge län 9 anstalter. Endast i Uppsala län sökte man från början koncentrera sjukvården till några få sjukhus.

Samma decentralisation utmärker de nyligen antagna sjukvårdsplanerna för Jönköpings län, Kalmar läns norra landstingsområde, Värmlands, Örebro, Kopparbergs, Gävleborgs samt Västerbottens län.

Mot denna decentralisering av epidemisjukvården utgör, som ovan nämnts, Uppsala län det äldsta undantaget. Ursprungliga avsikten var där att förlägga all vård till två sjukhus, nämligen i Uppsala och Enköping. De långa avstånden till länets norra delar föranledde sedermera landstinget åren 1913 och 1915 att vid Leufsta bruk och Älvkarleby uppföra mindre epidemisjukstugor.

Under de senaste åren har epidemisjukvården ordnats eller planlagts efter centraliserat system i Stockholms, Kronobergs, Hallands, Göteborgs och Bohus, Skaraborgs samt Jämtlands län. I sistnämnda län kan någon långt driven koncentration på grund av länets stora ytvidd, kommunernas vidsträcktethet och de svåra transportförhållandena vintertid icke genomföras. Enligt ett av epideminämnden år 1921 avgivet betänkande skulle vården dock kunna koncentreras till 8 sjukhus, ett med hänsyn till förhållandena inom länet anmärkningsvärt lågt antal.

Vid landstingens förhandlingar liksom vid beredande kommittéers och utskotts överläggningar rörande lämpligaste sättet att ordna epidemisjukvården hava sålunda delade meningar under de sista åren gjort sig gällande beträffande frågan om sjukvården skall centraliseras till några få stora sjukhus eller decentraliseras till ett större antal mindre sjukhus.

Till förmån för centralisering har anförts,

att det medför lägre byggnadskostnader och årliga driftsutgifter,

att möjligheterna bliva större att erhålla på epidemisjukdomar specialiserade läkarekrafter och sjuksköterskor,

att på ett större sjukhus särskild läkare kan anställas, vilken alltid finnes att träffa, och sålunda ej, såsom vid mindre sjukhus, på grund av annan tjänst nödgas företaga sjukresor, samt

att betryggande isoleringsanordningar för olika slags sjukdomar kunna anordnas.

Förläggas dessutom epidemisjukhusen till befintliga lasarett eller sjukstugor, kunna ytterligare fördelar vinnas. Anläggningskostnaderna bliva lägre, genom att nya ekonomiafdelningar m. m. icke behöva anordnas, och driftskostnaderna kunna reduceras, genom att åtskillig personal kan vara gemensam för lasarettet eller sjukstugan och epidemisjukhuset. Vid behov kunna också de epidemiskt sjuka erhålla behandling av lasarettets kirurger.

Tanken att förlägga epidemisjukhus i förbindelse med länslasarett har vunnit sin hittills fullständigaste tillämpning i Skaraborgs län, där man, som ovan nämnts, år 1920 beslutat, att 12 epidemisjukhus eller -stugor om vardera 20 à 40 sängar skulle anläggas. Följande år ändrades planen därhän, att epidemisjukhusen i Falköping och Mariestad, i vilka städer två av länets tre lasarett äro belägna, skulle utvidgas att omfatta 50 à 60 sängar i stället för tidigare beslutade resp. 41 och 26. År 1922 togs steget till fullständig centralisering genom beslut, att endast fyra epidemisjukhus skulle uppföras. I epideminämndens skrivelse till 1922 års landsting framhölls bland annat, att därest fyra större sjukhus uppföras, behovet av vårdplatser inom länet torde säkerställas med ett ej obetydligt lägre antal platser än vid tolv à tretton sjukhus, nämligen med 250 à 260, vilket skulle innebära en minskning med cirka 150 platser.

Till liknande resultat beträffande behövt antal sjukplatser har man kommit i Malmöhus län, där epideminämnden funnit att med 6 större sjukhus erfordras $1\frac{1}{4}$ vårdplats per 1,000 invånare, under det att med 11 sjukhus erfordras $1\frac{1}{2}$ vårdplats per 1,000 invånare. Att antalet vårdplatser blir så väsentligt större vid decentraliserad vård i jämförelse med centraliserad har sin grund däri, att varje sjukstuga måste utbyggas för åtminstone två olika epidemiska sjukdomar. Relativa antalet behövt vårdplatser blir därigenom större för ju mindre område ett epidemisjukhus uppföres.

Med decentraliserad vård bliva transporterna korta och lätta att anordna. Den sjuke kan därigenom tidigare komma under sakkunnig läkarbehandling, och hans anhöriga kunna lättare och med mindre kostnader besöka honom.

Byggnadskostnaderna kunna även vid decentraliserad vård genom ett rationellt tillvaratagande av utrymmet hållas relativt låga. Beaktansvärda synpunkter på denna fråga hava framlagts av arkitekten Birch-Lindgren i fjärde häftet av Sveriges landstings tidskrift årgång 1922.

Läkarefrågan vid epidemisjukhus.

I lasarettstadgekommitténs den 18 oktober 1922 avgivna förslag till allmän sjukhusstadga föreslås, att epidemisjukhusen, oavsett vårdplatsernas antal, skola räknas som mindre sjukhus, därest icke Kungl. Maj:t på särskild framställning för visst fall annorlunda förordnat. Kommittén motiverar detta sitt förslag därmed, att epidemisjukhusens nominella storlek vanligen är betydligt större än deras medelbeläggning, och att läkaretjänsten vid dessa sjukhus i regel kan betraktas som en bisyssla.

Ur sparsamhetssynpunkt är det givetvis av största vikt, att stadsläkare eller provinsialläkare fortfarande som hittills kunna påräknas såsom läkare vid epidemisjukhus, och detta kan ske allenast under förutsättning, att dessa sjukvårdsinrättningar få karaktären av mindre sjukhus. Skulle däremot, såsom från vissa håll yrkats, epidemisjukhus obligatoriskt räknas till större, då platsantalet överstege en viss siffra, 40, 50 eller 60, så måste för sådant sjukhus särskild läkare anställas och sjukhuset inrättas efter de ökade krav, som ställas på ett större sjukhus. Det torde därför för landstingen vara lyckligast att, såsom kommittén föreslagit, få betrakta epidemisjukhusen som mindre, vilket ju icke utesluter, att ett landsting av en eller annan anledning kan finna lämpligt att inrätta ett av sina epidemisjukhus såsom större.

Uppfattningen om stadsläkare såsom de lämpligaste läkarna vid epidemisjukhusen hävdas kraftigt bland annat i en av Svenska stadsläkareföreningen den 27 november 1922 till Svenska landstingsförbundet avgiven framställning, som genom förbundets försorg bringats till landstingens och epidemikommittéernas kännedom — jfr Sveriges landstings tidskrift, årg. 1922, häfte 4, sid. 251 o. ff. — I denna framställning heter det bland annat, att stadsläkarna för närvarande sitta inne med den största kunskapen och erfarenheten beträffande epidemisjukvården, samt att desamma, om de fungera såsom läkare vid epidemisjukhuset i staden, till gagn för dess sundhetsvård kunna erhålla snabba och säkra underrättelser om inträffade epidemifall och därmed komma i tillfälle att omedelbart och i första hand förskaffa sig noggrann kännedom om epidemiens uppkomst och utbredning såväl inom staden själv som inom angränsande delar av landsbygden. »Genom den överblick, som stadsläkaren-epidemisjukhusläkaren på grund av sin dubbla verksamhet erhåller, bliver han bättre än någon annan i stånd att raskt och energiskt ingripa med förebyggande åtgärder, till fördel för såväl land som stad.» De i sagda skrivelse framlagda lönepretentionerna för stadsläkare, som tjänstgör å epidemisjukhus, och än mera de arvoden, som för närvarande faktiskt utgå till vid landstingens epidemisjukhus anställda stadsläkare (eller provinsialläkare), utgöra också belägg för att möjligheten att oberoende av antalet sängplatser kunna besätta läkartjänst vid epidemisjukhus med stadsläkare innebär en ej oväsentlig ekonomisk fördel för landstingen. Vad som i denna skrivelse framhålles beträffande stadsläkare såsom läkare vid epidemisjukhus gäller även i stort sett beträffande provinsial- eller extra provinsialläkare.

För landstingen synes det vara lyckligast att hava fria händer vid tillsättande av ifrågavarande tjänster. Landstingen böra för varje särskilt fall kunna pröva, vilken som är den lämpligaste läkaren, provinsialläkaren, stadsläkaren eller någon praktiserande läkare utan officiell ställning. Något monopol för vare sig provinsialläkare eller stadsläkare bör icke ifrågakomma, en synpunkt som kraftigt framhållits i en till landstingsförbundet från provinsialläkareföreningens styrelse den 28 maj 1923 ingiven framställning.
