

Nr 211.

Av herr **Gustafsson, Per m. fl.**, *angående förlängt uppskov med ikraftträdandet av vissa bestämmelser i epidemilagen m. m.*

En viktig nyhet i epidemilagen den 19 juni 1919 var, att skyldigheten att sörja för epidemisjukvården överflyttades från primärkommunerna till landstingen. Även i övrigt infördes betydelsefulla ändringar, varav den mest genomgripande gjorde föreskriften om intagning av sjuka å sjukhusinrättning eller ombesörjande av isolering på annat tillfredsställande sätt ovillkorlig även för landsbygden.

Den nya lagen trädde i kraft den 1 januari 1920, ehuru med avseende på epidemidistrikt, som innefattar landsbygd, en övergångstid av åtta år stadgades för fullgörande av byggnadsskyldighet m. m. Vid 1924 års riksdag föreslog Kungl. Maj:t, att ifrågavarande övergångstid skulle utsträckas ytterligare fem år eller till den 1 januari 1933. Departementschefen fann det rådande ekonomiska läget för en del landsting resa oöverstigliga svårigheter att inom ursprungligen stadgad tid genomföra ordnandet av epidemivården. Men även den statsfinansiella situationen påkallade återhållsamhet, då storleken av de kostnader, som orsakas av statens bidrag, gjorde en långsammare takt synnerligen önskvärd. Utsträckt övergångstid vore således påkallad av hänsyn såväl till landstingens som till statens ekonomi. Båda kamrarna biföllo propositionen utan votering.

Fortfarande återstå åtskilliga landsting, som ännu ej ha ordnat byggnadsfrågan, och det torde kunna sägas, att det rådande ekonomiska läget alltjämt för en del av dem reser väsentliga hinder att även inom den år 1924 stadgade tiden genomföra ordnandet av epidemivården. Samtidigt vill det synas, som om nya uppfattningar angående epidemivårdens ordnande hölle på att arbeta sig fram på sakkunnigt håll, vilket gör det önskvärdt, att frågan i hela dess vidd upptages till ny prövning.

Vi vilja i detta avseende hänvisa till en uppsats i Social-Medicinsk Tidskrift, häft. 11, 1927, vari erinras om, att tidskriften redan vid sitt framträdande år 1924 gjorde sig till tolk för behovet av sparsamhet inom landets sjukvårdsadministration samt uttalade, att epidemivårdens ordnande genom landstingen enligt lagen av år 1919 syntes bliva ett allvarligt bekymmer för

landstingen, och att man även i denna fråga borde rätta mun efter matsäck. Dessutom uttalades den misstanken, att det icke var så alldeles tvärsäkert, att kampen mot de epidemiska sjukdomarna för all framtid, ja ej ens för en nära liggande framtid, komme att föras efter samma linjer som nu. Vissa fakta från immuniseringsforskningens område syntes peka på, att reduceringar i kraven på en mycket stor platsberedskap i dyrbara sjukhus med dyrbar beredskapsorganisation tämligen snart skulle komma att inställa sig.

Detta var år 1924. Sedan dess har tiden ej stått stilla, fortsätter tidskriften, och redogör bl. a. för en norsk undersökning på epidemisjukvårdens område, varav synes framgå att isoleringstvånget ej längre har den avgörande betydelse för epidemisjukdomarnas bekämpande, man tidigare velat tillmätta densamma.

Det framhålles vidare, att mellan Norges och Sveriges epidemibestämmelser en grundväsentlig skillnad föreligger. I Norge är det fritt överlämnat åt varje hälsovårdsenhet i stad eller kommun att mot de epidemiska sjukdomarna vidtaga de åtgärder, som under förhandenvarande förhållanden kunna vara lämpliga. Detta har lett därhän, att man i en del städer av rätt betydande storlek sedan länge slopat isoleringstvånget för scharlakansfebern och därigenom fått en mångårig erfarenhet, som nu i sin tur fört till att Norges medicinalstyrelse kunnat utfärda en rundskrivelse av den 24 mars 1927 till kommunerna, varigenom de, som förut haft isoleringstvång, omedelbart hävt eller rustat sig att häva detsamma.

I de norska läkartidskrifterna uppgives allmänt, att en av orsakerna till sjukhusisoleringens lättande varit, att man icke bör åsamka det allmänna kostnader, som ej enligt vetenskap och erfarenhet äro absolut nödvändiga. I Sverige har sedan 1875 förelegat ett strängt genomfört sjukhustvång för städerna, och år 1919 fastställdes även för landsbygden det absoluta isoleringstvånget. Vi säga *absolut*, anmärker tidskriften, ty bestämmelserna hava medfört, att en läkare i en svensk stad som regel icke vågat påtaga sig ansvaret och risken att vårda en epidemisjuk människa i hemmet, och detta ej ens då ett lätt fall föreligger eller goda isoleringsmöjligheter i bostaden finnas. Skulle under en dylik behandling den sjuke drabbas av komplikationer med svårare följder eller sekundärfall inträffa i omgivningen, så har han ansett sig icke kunna försvara sig för kritik från sitt klientel eller från sina kolleger, framför allt från epidemiläkarna. Trots isoleringstvånget i Sverige och den relativa friheten i detta avseende i Norge synas efter en norsk undersökning återgivna jämförande siffror tyda på att dödsfallen, vad scharlakansfebern beträffar, äro avsevärt talrikare i Sverige än i Norge.

I artikeln återgives även en bearbetning av det offentliga statistikmaterialet över Sveriges epidemiska sjukdomar alltsedan sjukhusisoleringens tillkomst. Det framgår därav, att för de sjukdomar, för vilka anmälningsskyldighet finnes, scharlakansfebern och difterien, morbiditetssiffrorna hållit sig ungefär

konstanta, under det att mortalitetsfrekvensen kraftigt nedgått. Isoleringen har, då sjukdomsutbredningen i det stora hela kvarstår oförändrad, just beträffande den omständighet, som den i första hand borde vara ägnad att befordra, icke medfört något resultat att tala om. Artikelförfattaren uttalar en förmodan, att vår tids behandlingsmetoder för difteri varit en av de viktigaste orsakerna till nedpressandet av denna sjukdoms mortalitet, men det synes, framhåller han, som om detta skulle kunna ha skett, även om fallen i väsentligt större utsträckning än som hittills skett vårdats i hemmen med serum och nutida hygien. I fråga om scharlakansfebern synes jämförelsen mellan mortalitetssiffrorna i Norge med där gällande mer fria, individuella behandlingssätt och dem i Sverige med dess synnerligen rigoröst genomförda sjukhusisoleringstvång så gott som kunna bevisa, att det icke är isoleringen, som fört till dödlighetens starka avtagande. I viss mån talar härför, att samtidigt mortalitetskurvan varit nedgående även för mässling och kikhosta, för vilka sjukdomar intet sjukhustvång föreligger eller knappast är genomförbart.

De stora epidemisjukhusen medföra ej heller enbart socialmedicinska fördelar för de sjuka utan även nackdelar, bland vilka senare sjukhussmittorisen intager en icke föraktlig ställning. Alla känna alltför väl till den fullkomliga omöjligheten att förhindra, att barn, som intagits på grund av någon epidemisk sjukdom, t. ex. difteri, under sjukhusvistelsen bevisligen smittas med en annan, t. ex. scharlakansfeber eller mässling. Ännu mera känt är, att en och annan av de från sjukhuset hemvändande patienterna medföra smittoämnen, som alstra ifrågavarande sjukdom hos omgivningen.

Rörande den ekonomiska sidan av frågan framhåller artikelförfattaren, att det allmännas utgifter för epidemisjukvården och främst epidemisjukhusvården sedan epidemilagens skärpning år 1919 nått en höjd, som torde ligga ej långt ifrån bristningsgränsen. Under åren 1921—1926 beräknades *landstingens* sammanlagda kostnader i avrundade tal till 39,5 miljoner, alltså per år i medeltal 6.5 miljoner kronor för epidemisjukvården, därav för år 1922 10,500,000 kr. och för år 1926 3,500,000 kronor. Under åren 1921—1926 uppgick statsbidraget för inlösen av de kommunala epidemisjukhusen, nybyggen och drift till drygt 15.5 miljoner kr. År 1925 tillstyrkte medicinalstyrelsen bl. a. 265,000 kr. för uppförande av epidemisjukhus i Jönköping. Den 1 febr. 1927 övertog Malmöhus läns landsting epidemisjukvården för länet, vid vilket tillfälle kostnaderna för nybyggnadsarbeten nått 2,200,000 kr.

Under det att epidemisjukdomarnas frekvens icke ökas och deras dödsfallsrisk alltmer minskas, huggnas Sveriges alla landsändar med det ena hundralet epidemivårdplatser efter det andra. Men i stället för utökning av förut existerande små enkla epidemisjukstugor, placerade här och var i bygderna och kostande kommunerna en bagatell såväl i uppförande som drift vid beläggning eller icke beläggning, nedläggas dessa, och stora anstalter byggas,

där ej endast engångskostnaderna utan även de årliga kostnaderna bli avsevärda. Och till kostnadernas förminskande ha ej heller bidragit de kompetensfordringar, Karolinska institutets lärarkollegium uppställt för erhållandet av överläkartjänsterna vid de större epidemisjukhusen och alla övriga krav, som stiga i samma tempo som sjukhusen växa i omfång.

Under nu relaterade omständigheter förvånar man sig icke över att landstingen, vilka i vissa fall även inköpt kommunernas föregående enkla epidemisjukstugor, börja knota alltmer, då de finna att epidemisjuksängarna stå tomma i massor.

Så inlämnades helt nyligen till Gävleborgs läns landsting en utredning av länets epideminämnd, vilken utredning visade, att epidemisjukstugorna i länet icke behövde vara så många, som man ursprungligen tänkt sig. Man anhöll om tillstånd att nedlägga en eller flera av de nyuppförda och godkända epidemisjukstugorna för att ha dem endast i reserv. Driftkostnaderna för en liten sjukstuga uppgingo nämligen till cirka 20,000 kr. per år, vare sig den var belagd eller inte. Ordnade man däremot så, att man anställde någon, som endast hade att tillse byggnaderna och inventarierna, bleve kostnaderna mycket lägre. Man konstaterade även, att en av de för länet planerade sjukstugorna ej behövde komma till stånd, och att arbetet med en annan, som redan påbörjats, borde avbrytas.

Här finna vi således erfarenhetsrön, som gå stiek i stäv mot funderingarna hos den av Kungl. Maj:t år 1909 tillsatta hälsovårdskommittén, vars utredning lades till grund för 1919 års epidemilagstiftning.

Från Stockholms län meddelas beläggningssiffrorna under åren 1924—1926 för trenne av länets epidemisjukhus, nämligen de i Södertälje, Norrtälje och Östhammar, vilka siffror kunna förtjäna att återgivas såsom ett stiekprov. Medelbeläggningssiffran vid Södertälje epidemisjukhus, som förfogar över 86 sängar, har under nyssnämnda år varit resp. 32.9, 35.8 och 17.2 per månad med en lägsta beläggning av 3 patienter under en månad och en högsta av 101 under en månad. Norrtäljes 51 epidemisängar ha haft en medelbeläggning av resp. 14.4, 17.5 och 11.9 per månad med en lägsta beläggning av 1 patient per månad under tvenne månader och en högsta beläggning av 41 patienter, likaledes under tvenne månader. Vid Östhammars epidemisjukhus med dess 40 sängar har beläggningen varit lägst, i medeltal under nämnda år 2.8, 1.5 och 1.5 patienter per månad. Under dessa trenne år har under 12 olika månader sjukhuset icke hyst en enda patient. Högsta antalet på en gång vårdade har uppgått till 14.

Författaren av artikeln anser, att man redan före 1919 bort ur statistiken kunna avläsa de epidemiska sjukdomarnas stationära utbredning såväl som den snabbt fallande dödlighetskurvan, och att särskilt senare tidens missriktade nyorganisation av epidemisjukhusvården åtminstone i viss mån kunnat undvikas, om det statistiska materialet tillräckligt beaktats, och nyoriente-

ringen skett efter de rön, som därur framgått. Slutsatsen blir, att Sverige bör lätta på tvångsbestämmelserna för de epidemiska sjukdomarna, så att dessa mer än hittills må kunna behandlas i de hem, där möjligheter härtill finnas, samt att för underlättande härav epidemibestämmelserna böra utfärdas genom kungl. stadga, som tillåter ett smidigare anpassande efter eventuellt ändrade förhållanden beträffande sjukdomarna, och ej i lag, vars ändringar måste bliva beroende av det omständligare förfarande, som ett riksdagsbeslut innebär.

Enligt vår uppfattning äro här refererade synpunkter av så stor vikt, att ett förnyat upptagande av frågan om epidemisjukvårdens ordnande till allsidig granskning därav tillfullo motiveras. Även om de flesta länen, såsom departementschefen framhåller, numera ordnat epidemivården, torde dock i många fall antalet vårdplatser understiga, vad den kommitté, som utarbetade förslag till epidemistadga, räknade med i sin motivering. Åtskilliga epidemisjukhus stå oanvända, samtidigt som lokaler ofta saknas för andra sociala ändamål. För att ge tillfälle till denna granskning torde de nuvarande övergångsbestämmelsernas giltighetstid böra förlängas på ytterligare fem år eller till den 1 januari 1938.

Vinner vårt förslag om uppskov bifall, följer därav att statens utgifter för uppförande, inrättande eller inlösen av epidemisjukhus fördelas över en längre tidrymd, varjämte en ny utredning kan väntas giva vid handen, att antalet vårdplatser tidigare beräknats för högt. Vi anse därför, att det av departementschefen begärda anslaget å 750,000 kronor bör kunna nedsättas till 500,000 kronor. Då det emellertid torde vara förenat med stor svårighet att någorlunda exakt beräkna medelsbehovet, hålla vi före, att anslaget fortfarande bör bibehållas såsom förslagsanslag.

Med anledning härav få vi hemställa,

att riksdagen måtte besluta följande ändring av övergångsbestämmelserna till epidemilagen av den 19 juni 1919.

”Denna lag träder i kraft den 1 januari 1920, dock att med avseende på epidemidistrikt, som innefattar landsbygd, bestämmelserna i 18 § första och fjärde styckena icke skola äga tillämplighet förrän från och med den 1 januari 1938.

Den skyldighet, som enligt 3 § 1 och 2 mom. åligger hälsovårdsnämnd, skall beträffande hälsovårdsnämnd på landet icke inträda, förrän från och med den 1 januari 1938 i annat fall, än då tillgång till plats finnes å sådan sjukvårdsinrättning, som i 3 § 1 mom. omförmäles.

Ledamöter och — — — — år 1919.”

samt att i skrivelse till Kungl. Maj:t anhålla om förnyad utredning angående beräkningen av erforderligt antal vård-

platser vid epidemisjukhus jämte plan för övertaliga vårdplatser användning för andra ändamål ävensom undersökning om lämpligheten av mildring i fråga om de stränga bestämmelser i övrigt, som nu gälla rörande epidemivården.

Stockholm den 21 januari 1928.

Per Gustafsson.

Johan Johansson,
Friggeråker.

Alexander Nilsson.
