

Nr 213.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till ändring i hälsovårdsstadgan samt omorganisation av distriktsvården m. m.; given Stockholms slott den 1 mars 1935.

Under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över social-ärenden för denna dag vill Kungl. Maj:t härmed

dels anhålla om riksdagens yttrande över härvid fogade förslag till kungörelse om ändrad lydelse av 36 § hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 (nr 566),

dels ock föreslå riksdagen att

1) godkänna de ändrade grunder för statsbidrag till distrikts- och dispensärvården, som av föredragande departementschefen förordats,

2) anvisa det anslag för utbildning av distriktsköterskor, varom föredragande departementschefen hemställt.

Under Hans Maj:ts

Min allernådigste Konungs och Herres frånvaro:

GUSTAF ADOLF.

Gustav Möller.

Förslag

till

kungörelse om ändrad lydelse av 36 § hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 (nr 566).

Härigenom förordnas, att 36 § hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 skall erhålla följande ändrade lydelse:

36 §.

Hälsovårdsnämnden skall, om ej särskild sådan nämnd blivit tillsatt, utgöras av kommunalnämnden.

Särskild hälsovårdsnämnd skall tillsättas för hälsovårdsområde med mera än 1,500 invånare, såframt ej medicinalstyrelsen på framställning av kommunalfullmäktige medgiver undantag. För hälsovårdsområde med 1,500 invånare eller därunder må sådan nämnd ock tillsättas, där så prövas erforderligt. Ledamöter i särskild hälsovårdsnämnd utses av kommunalfullmäktige eller, där sådana ej finnas, kommunalstämma, till nödigt antal, dock ej mindre än tre. Suppleanter för ledamöterna utses till minst dessas halva antal eller, om ledamöternas antal ej är jämnt, till minst det antal, som är närmast över hälften. Beträffande obehörighet att utöva uppdrag som ledamot eller suppleant i särskild hälsovårdsnämnd, rätt att avsäga sig sådant uppdrag, ledamots och suppleants tjänstgöringstid och avgång samt val av ordförande och vice ordförande gäller vad i lagen om kommunalstyrelse på landet är om kommunalnämnd stadgat.

Utgöres hälsovårdsnämnden av kommunalnämnden, skall en av nämndens ledamöter med särskild insikt i och intresse för hälsovårdsfrågor av kommunalstämma eller, där kommunalfullmäktige finnas, dessa utses att för den tid han är vald till ledamot bereda och inför hälsovårdsnämnden föredraga de ärenden, som ankomma på nämndens prövning.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1936.

*Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför
Hans Kungl. Höghet Kronprinsen-Regenten i stats-
rådet å Stockholms slott den 1 mars 1935.*

Närvarande:

Statsministern HANSSON, ministern för utrikes ärendena SANDLER, statsråden UNDÉN, SCHLYTER, WIGFORSS, MÖLLER, LEVINSON, VENNERSTRÖM, LEO, ENGBERG, EKMAN, SKÖLD.

Chefen för socialdepartementet, statsrådet Möller, anmäler dels fråga om *ändring i hälsovårdsstadgan*, dels fråga om *omorganisation av distriktsvården* dels ock *vissa i samband med dessa frågor stående spörsmål*.

Härvid anför departementschefen:

Inledning.

I anledning av en vid internationella arbetskonferensen år 1921 antagen rekommendation, åsyftande förbättring av lantarbetarnas bostads- och sovplatsförhållanden i olika länder, uppdrog Kungl. Maj:t den 12 oktober 1923 åt socialstyrelsen att i samråd med lantbruksstyrelsen verkställa utredning i ämnet samt inkomma med det förslag, som därav kunde för- anledas.

Innan detta uppdrag slutligt fullgjorts, anhöll riksdagen i skrivelse den 13 maj 1930, nr 188, att Kungl. Maj:t måtte föranstalta om fortsatt undersökning rörande lantarbetarnas bostadsförhållanden samt om utredning, huruvida och på vad sätt genom åtgärder från det allmännas sida bristfälligheter på detta område skulle kunna avhjälpas och för framtiden i möjligaste mån förhindras att uppstå, ävensom för riksdagen framlägga det förslag, vartill utredningen kunde föranleda. I skrivelsen anfördes, att utredningsarbetet på ifrågavarande område icke borde avslutas med den hos socialstyrelsen pågående undersökningen, även om därigenom omfattningen och arten av bristerna i fråga om lantarbetarnas bostäder och anledningen till desamma komme att bliva kända. Därest den ytterligare utredning, som alltså borde anordnas, gäve vid handen, att bristerna hos de bostäder, som upplätes åt stora grupper lantarbetare, vore av den art och omfattning, att särskilda åtgärder borde vidtagas för deras avhjälpande, borde därför undersökning ske, om och på vad sätt det allmänna skulle på annat sätt än nu gällande bestämmelser gjorde möjligt ingripa reglerande eller stödjande på området. Därvid syntes enligt riksdagens mening först böra prövas, huruvida icke inom gällande lagstiftnings ram förbättringar skulle kunna ernås, exempelvis genom en effektivare tillämpning av hälsovårdsstadgan och en fastare övervakning av denna stadgas tillämpning. Genom utvidning av

dispensärverksamheten syntes även förbättrade förhållanden kunna ernås. Hemkonsulentverksamheten syntes även kunna utvidgas och kraftigare ekonomiskt understödjas. Tillika borde uppmärksamhet riktas på anordnande av en särskild bostadsinspektion på landsbygden, varigenom sannolikt i ett icke obetydligt antal fall avhjälpande av förefintliga brister skulle kunna ske utan nämnvärda kostnader, samtidigt som en upplysningsverksamhet i bostadshygieniskt avseende av betydande värde borde kunna utövas. Vad angår nybyggnader eller större reparationsarbeten syntes det under nuvarande, för jordbruket tryckta förhållanden icke kunna ifrågasättas, att det skulle åläggas lantarbetsgivarna att för tillskapande av bostäder åt sina arbetare ikläda sig nya kostnader av sådan omfattning, att dessa komme att kännbart öka jordbruksnäringens ekonomiska svårigheter. En mycket viktig del av den blivande utredningen borde därför avse frågan, i vilken utsträckning och på vad sätt det allmänna i dylika fall borde träda hjälpande emellan.

I anledning av denna riksdagsskrivelse anbefalldes Kungl. Maj:t genom beslut den 11 oktober 1930 socialstyrelsen att i samband med avgivande av berättelse rörande den styrelsen genom omförmälda beslut den 12 oktober 1923 anbefallda utredningen inkomma med yttrande, huruvida med hänsyn till resultatet av nämnda utredning ävensom vid sidan därav inom styrelsen verkställda undersökningar sådan ytterligare utredning rörande åtgärder för förbättring av lantarbetarnas bostadsförhållanden, som i riksdagsskrivelsen ifrågasatts, borde åvägbringas ävensom att, därest så befundes böra bliva fallet, framlägga förslag till plan för en dylik utredning.

Till fullgörande av detta uppdrag överlämnade socialstyrelsen med skrivelse den 5 januari 1931 en omfattande utredning i förevarande hänseende. I skrivelsen framlade socialstyrelsen därjämte efter samråd med lantbruksstyrelsen förslag till ytterligare utredning, vilken borde utföras av särskilda utredningsmän med tillgång till erforderlig sakkunskap på området.

Enligt det sålunda framlagda förslaget borde i främsta rummet utredas följande fyra frågor:

1) huruvida och i vad mån hälsovårdsstadgans nuvarande bostadsbestämmelser borde förtydligas, konkretiseras och kompletteras samt huruvida det kunde vara lämpligt att utfärda byggnadsbestämmelser i en efter förhållandena avpassad form även för den rena landsbygden;

2) huruvida periodiska besiktningar av byggnader och bostäder lämpligen kunde göras till ett åliggande jämväl för landsbygdens hälsovårdsmyndigheter samt huruvida det vore lämpligt att vid sidan av och över en dylik kommunal bostadsinspektion anordna en sådan inspektion för större distrikt, exempelvis landstingsområden;

3) huruvida tryggare ställning borde beredas lantarbetarna i avseende på åt dem upplåtna lönebostäder; samt

4) huruvida såsom komplettering till de ifrågasatta lagstiftnings- och inspektionsåtgärderna anordningar av positivt hjälpande natur borde åstadkommas.

Vad angår de under 1) och 2) här ovan upptagna frågorna framhöll socialstyrelsen, att syftet mindre borde vara att skapa stränga bestämmelser och kontroll med karaktär av uppsikt från myndigheternas sida än att för landsbygdens del åstadkomma former och organ för rationell vägledning och upplysningsverksamhet rörande bostadsförhållandena. En dylik vägledning och upplysning, som särskilt på senare tid med framgång utövats av ett flertal olika befattningshavargrupper i statens, landstingens, hushållningssällskapens och kommunernas tjänst, borde avse dels det ur hygieniska och ekonomiska synpunkter lämpligaste sättet för ny- och ombyggnad av bostadsbyggnader och dels metoder för husägarna att med minsta möjliga omkostnader hålla lägenheterna i tillfredsställande och trivsamt skick, varjämte upplysning borde meddelas husmödrarna beträffande bostadsvårdens grunder.

Vid 1931 års riksdag väcktes flera motioner (I: 145 och II: 60, I: 146 och II: 224, II: 293 samt I: 132 och II: 199), vilka hade avseende å lantarbetarbostäderna eller landsbygdens bostäder över huvud taget. Även de förslag, som i dessa motioner framlades, låta sig i stort sett inordna under de fyra ovannämnda utredningspunkterna.

För att inom socialdepartementet biträda med den utredning, som sålunda från olika håll förordats rörande åtgärder till förbättring av lantarbetarnas bostadsförhållanden och därmed sammanhängande ämnen, tillkallade min företrädare i ämbetet, i enlighet med Kungl. Maj:ts bemyndigande den 6 februari 1931, såsom utredningsmän ledamoten i riksdagens andra kammare, redaktören Ivar Österström, åt vilken tillika uppdrogs att såsom ordförande leda utredningsmännens arbete, samt ledamöterna i riksdagens andra kammare, lantbrukarna Abel Andersson i Löbbo och Harald Andersson i Dunker, förste provinsialläkaren i Malmöhus län A. J. Ekelund, tillförordnade byråchefen i socialstyrelsen Bertil Nyström ävensom ledamoten av riksdagens andra kammare, hemmansägaren Martin Skoglund. Sedan Ekelund den 2 mars 1931 entledigats från uppdraget att vara utredningsman, tillkallades i hans ställe förste provinsialläkaren i Östergötlands län Nils Wranne. De tillkallade utredningsmännen antogo benämningen »Bostadsutredningen för landsbygden».

Då departementschefen den 6 februari 1931 anhöll om Kungl. Maj:ts bemyndigande att tillkalla utredningsmännen, anförde departementschefen, att vid utredningen borde samtliga i riksdagsskrivelsen den 13 maj 1930 och socialstyrelsens skrivelse den 5 januari 1931 påpekade moment upptagas till skärskådande. Tillika borde beaktas de i riksdagsmotionerna framställda kraven, i den mån dessa icke bleve föremål för omprövning i annan ordning. Utredningen borde emellertid begränsas till undersökning rörande sådana åtgärder, som *i nuvarande läge* och utan längre uppskov kunde vara praktiskt genomförbara. Närmare precisering av utredningsuppdraget varken kunde eller borde ske.

Sedan bostadsutredningen i skrivelse den 29 februari 1932 hemställt om medicinalstyrelsens medverkan till en undersökning angående möjligheterna att använda distrikts- och dispensärsköterskorna för handhavande av en

rådgivande, upplysande och övervakande verksamhet i avseende å landsbygdens bostäder, bemyndigade Kungl. Maj:t genom beslut den 18 mars 1932 medicinalstyrelsen, som redan tidigare hade under övervägande en utvidgning av berörda sköterskors verksamhet i den allmänna hygienens och den förebyggande vårdens tjänst, att tillkalla vissa sakkunniga för att biträda vid utredning och överläggning rörande undervisningsplanen för statens skola för utbildning av distriktssköterskor och revision av gällande bestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor m. m. Resultatet av ifrågavarande utredning, som i viss utsträckning verkställdes i samarbete med bostadsutredningen, redovisades av medicinalstyrelsen i skrivelse den 4 maj 1933 (statens offentliga utredningar 1934: 9). Häri framlade styrelsen åtskilliga förslag, åsyftande en omorganisation och utvidgning av distriktsvården. Genom remiss den 14 juli 1933 överlämnades medicinalstyrelsens skrivelse till bostadsutredningen för att tagas i övervägande vid fullgörandet av utredningens uppdrag.

Med skrivelse den 15 december 1933 har bostadsutredningen till mig överlämnat betänkande, vilket innefattar förslag till dels ändringar i vissa delar av hälsovårdsstadgan, avseende såväl effektivisering av hälsovårdsorganisationen som utvidgning och skärpning av bostadsbestämmelserna för landet, samt råd och anvisningar rörande bostads anordnande och skötsel dels ock anordnande av bostadsinspektion på landsbygden (statens offentliga utredningar 1933: 37). I sistnämnda del bygger bostadsutredningen väsentligen på medicinalstyrelsens förslag rörande omorganisation av distriktsvården, vilket därför upptagits till ingående granskning i betänkandet. Till betänkandet var fogad en av ledamoten Abel Andersson avgiven reservation.

Bostadsutredningen framhåller, att genom de förslag, som innefattas i betänkandet, för bostadsutredningens vidkommande de båda första av socialstyrelsen ifrågasatta utredningspunkterna och vad därmed ägde sammanhang torde få anses slutbehandlade. Vidare yttrar bostadsutredningen:

Vad angår frågan om tryggare ställning för lantarbetarna i avseende på åt dem upplåtna lönebostäder må erinras, att jämlikt Kungl. Maj:ts bemyndigande den 19 juni 1931 särskilda utredningsmän tillkallats med uppdrag att verkställa utredning och utarbeta förslag rörande frågan om rättslig reglering av de i enskild tjänst anställdas arbetsavtal och vad därmed äger samband (kommittén angående privatanställda). Jämväl under nämnda kommittés uppdrag torde — åtminstone till en del — nu ifrågavarande spörsmål få anses falla och enligt vad bostadsutredningen inhämtat har inom kommittén viss preliminär utredning verkställts i ämnet. Det är härvid att märka, att kommitténs uppdrag på förevarande område är antingen — om kommittén skulle anse uppdraget omfatta även lantarbetargruppen — mera vidsträckt än bostadsutredningens, då det omfattar jämväl andra anställda än lantarbetarna, eller också så att säga sidoordnat med bostadsutredningens, om nämligen kommittén skulle anse sig böra begränsa uppdraget så, att lantarbetarna icke falla därunder. Även i det sista fallet är angeläget, att kommitténs och bostadsutredningens riktlinjer sammanfalla. I viss mån kommer detta kanske likväl att visa sig ogörligt, ty man bör icke förbise,

att även om teoretiskt sett spörsmålet icke ställer sig annorlunda, så uppkomma dock i själva verket alldeles speciella svårigheter för frågans rationella lösning beträffande lantarbetarnas lönebostäder. Bostadsutredningens avsikt är att inom den närmaste tiden under uppehållande av nära samverkan med nämnda kommitté upptaga ifrågavarande spörsmål till närmare övervägande.

Vidkommande slutligen anordningar av positivt stödjande natur, får bostadsutredningen påpeka, att dylika — huvudsakligen i enlighet med av bostadsutredningen framlagt förslag — redan blivit vidtagna i betydande utsträckning. Bostadsutredningen syftar då på de förbättringsbidrag och nybyggnadslån till främjande av byggnadsverksamhet på landet, som för närvarande kunna beviljas. Nämnda verksamhet har enligt hittills kända siffror vunnit en utomordentligt stor anslutning, och det är bostadsutredningens uppfattning, att, såsom också riksdagen synes ha förutsatt, densamma bör bedrivas åtminstone under ytterligare ett år. Emellertid låter sig ännu ej utfallet av verksamheten närmare bedöma, och det lär där för icke vara möjligt att redan nu taga ståndpunkt till frågan, i vad mån ytterligare ekonomiska stödåtgärder äro erforderliga, särskilt då beträffande lantarbetarnas lönebostäder. Bostadsutredningen ämnar snarast möjligt upptaga denna fråga till närmare prövning.

Jag vill i detta sammanhang omnämna, att bostadsutredningen i en till mig avlämnad skrivelse av den 18 september 1934 framlagt förslag angående dels inrättande av en statens fond för lantarbetarbostäder dels ock bidrag av statsmedel till förbättring av bostadsförhållandena på landsbygden.

Över bostadsutredningens betänkande och medicinalstyrelsens förslag hava yttranden avgivits av socialstyrelsen, lantbruksstyrelsen, samtliga länsstyrelser, landsting och förste provinsialläkare, flertalet hushållningssällskap, distrikts- eller dispensärsköterskestyrelserna i vissa län, styrelserna för svenska landstingsförbundet, svenska landskommunernas förbund, svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet, svenska lantarbetsgivarnes centralförening och svenska lantarbetareförbundet, centralstyrelserna för Sveriges läkarförbund och svensk sjuksköterskeförening samt socialpolitiska institutet. Över enbart bostadsutredningens betänkande hava yttranden avgivits av medicinalstyrelsen — efter hörande av bland andra medlemmen av styrelsens vetenskapliga råd professor Wirgin samt förste stadsläkarna i Stockholm, Göteborg, Malmö och Norrköping — byggnadsstyrelsen, statens egna-hemsstyrelse, svenska arkitektföreningen samt de av mig efter Kungl. Maj:ts bemyndigande den 6 oktober 1933 tillkallade sakkunniga för utredning rörande städernas och stadsliknande samhällens slumbostadsbestånd m. m. Sistnämnda sakkunniga, vilka antagit benämningen »Bostadssociala utredningen», hava vid sitt yttrande fogat ett utlåtande i ämnet av de bostadshygieniska experter, docenterna Rolf Bergman och J. Axel Höjer, vilka tillkallats för att biträda utredningen. Slutligen har svenska nationalföreningen mot tuberkulos yttrat sig över medicinalstyrelsens förslag.

Jämväl bostadsutredningens förslag till ekonomiska stödåtgärder för förbättring av bostadsförhållandena på landsbygden har varit föremål för remiss till vissa myndigheter och sammanslutningar. Det är emellertid min avsikt att i annat sammanhang upptaga detta spörsmål till övervägande. Jag lämnar därför bostadsutredningens förslag i denna del här åsido.

Bostadsutredningens förslag i övrigt ävensom de av medicinalstyrelsen framlagda förslagen ha icke synt mig kunna utan begränsningar och jämförelser godtagas, varför jag gjort förslagen till föremål för vidare bearbetning inom socialdepartementet. Vid den följande behandlingen av förslagen börjar jag med de förslag, som ha avseende å *ändring i hälsovårdsstadgan*, varefter jag i ett sammanhang kommer att behandla de förslag, som röra en *omorganisation av distriktsvården*.

Ändring i hälsovårdsstadgan.

Gällande bestämmelser.

Hälsovårdsstadgan av den 19 juni 1919 är uppdelad i tre kapitel, därav det första handlar om allmänna hälsovården i stad och det andra om allmänna hälsovården på landet, medan det tredje upptager gemensamma bestämmelser. Bestämmelserna i första och andra kapitlet äro till övervägande del lika. De äro även grupperade under i huvudsak samma rubriker, såsom om hälsovårdsområde och hälsovårdsnämnd, om bostäder och samlingslokaler m. m., om vatten och is för hushållsbehov o. s. v. Skillnaden mellan de för stad och de för landet givna bestämmelserna är huvudsakligen den, att de förra i vissa hänseenden äro mera omfattande eller mera skärpta än de senare. De bestämmelser rörande landet, varom här närmast är fråga, äro bestämmelserna i 35 och 36 §§ om hälsovårdsområde och hälsovårdsnämnd, i 43 § om bostäder och samlingslokaler m. m. samt i 44 § om vatten och is för hushållsbehov.

35 § innebär, att varje kommun på landet, med undantag av sådant samhälle, där hälsovårdsstadgans föreskrifter för stad äga tillämplighet, skall utgöra ett hälsovårdsområde samt att för varje sådant område skall finnas en hälsovårdsnämnd. 36 § upptager ett stadgande av innehåll, att hälsovårdsnämnden skall, om ej särskild sådan nämnd blivit tillsatt, utgöras av kommunalnämnden samt att särskild hälsovårdsnämnd må tillsättas, där så med hänsyn till hälsovårdsområdets vidd, folkmängd eller andra förhållanden prövas erforderligt.

Bestämmelserna i 43 § — kallad bostadsparagrafen för landet — äro så gott som lika med motsvarande i 8 § för stad givna bestämmelser. I dessa båda bostadsparagrafer uppställas vissa minimikrav i fråga om bostäders anordnande och beskaffenhet, varjämte hälsovårdsnämnden tillägges rätt att i vissa fall då *hälsofara* föreligger inskrida till farans avlägsnande.

44 § innehåller vissa föreskrifter till förebyggande av att vatten och is för hushållsbehov bemängas med orenlighet.

Bostadsutredningens förslag rörande hälsovårdsstadgan.

Till 35 § föreslår bostadsutredningen ett tillägg av innehåll, att kommunalfullmäktige eller, där sådana ej finnas, kommunalstämma må, när sär-

skilda omständigheter därtill föranleda, besluta om utbrytning ur detta område av viss del för att särskilt för sig bilda ett hälsovårdsområde. För att giva gällande kraft åt sådant beslut skulle dock fordras länsstyrelsens godkännande. I 36 § föreslår bostadsutredningen införandet av bestämmelser, som innebära, att särskild hälsovårdsnämnd skall utses för hälsovårdsområde med mera än 3,000 invånare samt för sådant hälsovårdsområde, som utbrutits ur annat. Tillika föreslås att, där hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden, en av nämndens ledamöter med särskild insikt i och intresse för hälsovårdsfrågor skall av kommunalstämma eller, om kommunalfullmäktige finnas, dessa utses att för den tid han är vald till ledamot bereda och vara föredragande i de ärenden, som ankomma på hälsovårdsnämndens prövning. Ledamoten Abel Andersson var härutinnan sätillvida skiljaktig, att han ansåg gränsdragningen i fråga om särskild hälsovårdsnämnd böra ske vid en folkmängd av 1,500 personer eller samma gräns, som vore satt i fråga om skyldighet att välja kommunalfullmäktige.

Beträffande 43 § föreslår bostadsutredningen en genomgående skärpning av minimikraven i fråga om bostäders anordnande och beskaffenhet. Så lunda föreslås föreskrifter om belägenheten av boningshus till undvikande av fukt från marken eller osund luft från stall, fähus eller svinhus, om golvs beskaffenhet, om viss minimihöjd av nyinredda boningsrum, om fönsters beskaffenhet och läge, om uppvärmningsanordningar samt om vissa bekvämligheter såsom vindfång och skafferier. Vidare föreslår bostadsutredningen, att hälsovårdsnämnd tillägges rätt att inskrida *i alla fall*, då någon av de i paragrafen stadgade föreskrifterna icke är uppfylld. Då *hälsofara* föreligger föreslås som regel *skyldighet* för nämnden att inskrida. Enligt förslaget skall hälsovårdsnämnd även givas vidgad befogenhet att inskrida vid trångboddhet. Slutligen föreslår bostadsutredningen, att envar som ämnar uppföra byggnad, avsedd att inrymma boningsrum eller kök, eller företaga mera omfattande till- eller ombyggnad, som avser nyinredning av boningsrum eller kök, skall vara skyldig att göra anmälan därom hos hälsovårdsnämnden.

Till 44 § föreslår bostadsutredningen ett tillägg av innehåll, att om tillgång på gott vatten till dryck, matlagning och andra hushållsbehov saknas inom skäligt avstånd från byggnad, som inrymmer boningsrum, skall hälsovårdsnämnden, där särskilda omständigheter ej till annat föranleda, meddela föreskrift om vidtagande av erforderliga åtgärder för bristens avhjälpande.

Bostadsutredningen, som även avgivit förslag till vissa av de nya bestämmelserna i 43 och 44 §§ betingade ändringar i 52 § hälsovårdsstadgan, hänvisar vidare till socialstyrelsens uttalande, att syftemålet vid en revision av gällande bostadsbestämmelser mindre borde vara att skapa stränga bestämmelser och kontroll med karaktär av uppsikt från myndigheternas sida än att för landsbygdens del åstadkomma former och organ för rationell vägledning och upplysning rörande bostadsförhållandena. I anslutning härtill har bostadsutredningen utarbetat förslag till *råd och anvisningar rörande bo-*

stads anordnande och skötsel avsedda att tryckas och distribueras på statens bekostnad.

Innan jag går vidare torde till behandling böra företagas uppkommen fråga, i vilken omfattning bostadsutredningens förslag rörande hälsovårdsstadgan för närvarande böra upptagas till prövning.

Fråga i vilken omfattning bostadsutredningens förslag rörande hälsovårdsstadgan nu böra upptagas till prövning.

Såsom av den föregående redogörelsen framgår föreligger ett visst inre samband mellan bestämmelserna i hälsovårdsstadgans första och andra kapitel. Med hänsyn härtill har fråga uppkommit om lämpligheten av att vidtaga ändringar i 2 kap. hälsovårdsstadgan utan att samtidigt motsvarande ändringar genomföras i 1 kap. Denna fråga har av bostadsutredningen berörts såvitt angår bostadsbestämmelserna. Sålunda yttrar bostadsutredningen:

De i 43 § hälsovårdsstadgan intagna bostadsbestämmelserna ansluta sig nära till de i 8 § samma stadga givna, för städerna gällande föreskrifterna. En ändring av de förstnämnda gör otvivelaktigt den frågan aktuell, om icke jämväl de senare böra på motsvarande sätt ändras. Bostadsutredningen får i avseende å denna fråga, som ej faller under det utredningen givna uppdraget, allenast framhålla att, även om ändring av stadsföreskrifterna kan befinnas böra vidtagas, denna likväl icke bör tagas till intäkt för ett dröjsmål med effektuerande av ändringarna i bestämmelserna för landsbygden. Det är ju dock på landsbygden, varest byggnadsstadgans kompletterande bestämmelser saknas, som en konkretisering måste anses mest angelägen.

Förevarande fråga har jämväl berörts i några av de yttranden, som avgivits över bostadsutredningens betänkande.

Medicinalstyrelsen framhåller sålunda bland annat, att det å ena sidan vore ett önskemål att bostadsbestämmelserna för stad och land ändrades samtidigt, så att bestämmelserna finge ensartad utformning i den utsträckning, som vore möjlig. Men å andra sidan vore det enligt styrelsen mycket önskvärt att, utan avvaktan på ändrade bostadsbestämmelser för stad, söka tillgodose behovet av dylika bestämmelser för landsbygden, detta främst med hänsyn till statsmakternas beredvillighet att med anslag stödja bostadsförbättrande åtgärder på landsbygden, vilka åtgärders effekt i hög grad berodde på tillgången till mera konkreta och utförliga bostadsbestämmelser än dem som finnes. Detta syntes styrelsen kunna ernås genom antagande av bostadsutredningens förslag till ändringar av hälsovårdsstadgan.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län finner det vara riktigt, att det i hygieniskt avseende kräves lika mycket av ett boningshus på rena landsbygden som inom område, där byggnads- och hälsovårdsstadgans föreskrifter för stad äro tillämpliga. Ett genomförande av bostadsutredningens förslag till ändringar i hälsovårdsstadgans andra kapitel skulle emellertid, framhåller länsstyrelsen, nödvändig göra en översyn av hela hälsovårdsstadgan, enär

eljest strängare krav skulle bli gällande för rena landsbygden än för områden, där hälsovårdsstadgans föreskrifter för stad ägde tillämpning, vilket syntes länsstyrelsen uppenbart olämpligt.

Länsstyrelsen i Skaraborgs län anser lämpligast att avvakta de resultat, vartill en förbättrad rådgivande och inspekterande bostadshygienisk verksamhet å landsbygden kan leda, innan nya ändringar göras i hälsovårdsstadgans bostadsbestämmelser. Utan att därmed vilja underkänna värdet av föreskrifter i den av bostadsutredningen föreslagna riktningen, finner sig länsstyrelsen därför böra för närvarande avstyrka de ifrågasatta ändringarna i hälsovårdsstadgan, i vad de avse bostadshygienens förbättring.

Länsstyrelsen i Norrbottens län anser såväl rent sakliga som lagtekniska skäl tala mot en revision av gällande bostadshygieniska bestämmelser för landet utan att samtidigt omarbetning sker av motsvarande bestämmelser för stad.

Svenska landstingsförbundet förmenar, att genom bostadsövervakningens organisatoriska genomförande de av bostadsutredningen föreslagna förtydligandena och skärpningarna i hälsovårdsstadgans bostadsbestämmelser komme att förlora något i betydelse. En förbättring måste nämligen förväntas komma till stånd redan genom att det tillsåges, att gällande bestämmelser bleve iakttagna. Härtill komme, att det måste dröja åtskilliga år, innan distriktsvärden bleve fullt utbyggd. Det syntes styrelsen därför, som om frågan om bostadsbestämmelsernas lämpliga utformning utan olägenhet skulle kunna uppskjutas, så att den kunde behandlas i sammanhang med motsvarande spörsmål för städer och stadliksnande samhällen.

Svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet slutligen framhåller, att den föreslagna ändringen i 2 kap. hälsovårdsstadgan angående obligatorisk särskild hälsovårdsnämnd i vissa kommuner och särskild föredragande i hälsovårdsfrågor inom sådan kommunalnämnd, som tillika skulle vara hälsovårdsnämnd, komme att bli ett av de viktigaste leden i raden av beramade åtgärder för en effektivisering av hälsovårdsarbetet på landsbygden. Styrelsen vore därför av den uppfattningen, att förändringarna i 2 kap. hälsovårdsstadgan borde med avseende på tidpunkten företagas oberoende av ifrågasatta ändringsåtgärder i 1 kap. samma stadga. Kunde emellertid frågan om en ändring av bostadsbestämmelserna i 1 kap. bringas till samtidig lösning med de av bostadsutredningen föreslagna ändringarna, vilket kunde bereda tillfälle till att skapa enhetlighet i görligaste mån beträffande bestämmelserna för land och stad, vore därmed enligt styrelsen mycket vunnet.

I det utlåtande över bostadsutredningens betänkande, som avgivits av de för biträde åt bostadssociala utredningen tillkallade bostadshygieniska experterna, angivas vissa riktlinjer för en omorganisation av hälsovården berörande såväl stad som landet. Beträffande bostadsparagrafen för stad föreslås en genomgripande omarbetning. Härvid uppställas i huvudsak samma minimikrav i fråga om bostäders anordnande och beskaffenhet, som bostadsutredningen upptagit i sitt förslag till bostadsparagraf för landet. Dock föreslås experterna vissa utvidgningar härutinnan, vilka enligt deras mening

även böra givas tillämpning för landet. Vidare innebär experternas förslag en allmän *skyldighet* för hälsovårdsnämnd att ingripa vid bristande uppfyllelse av bostadsföreskrifterna samtidigt som åt nämnden medges en ganska vittgående rätt att *dispensera* från föreskrifterna. Experterna uttala tillika, att enligt deras mening tidpunkten nu torde vara inne att söka giva bostadsbestämmelserna för stad och landet en ensartad formulering.

Bostadssociala utredningen anser sig kunna i huvudsak biträda experternas förslag men vill erinra om att utredningen ännu icke tagit slutlig ståndpunkt till förevarande frågor. Utredningen betonar emellertid lämpligheten av att den definitiva utformningen av förslagen till bostadslagstiftning för landsbygden respektive städerna sker i ett sammanhang.

Departements-
chefen.

I gällande hälsovårdsstadga äro de för stad i 8 § och de för landet i 43 § givna bostadsbestämmelserna lika. Visserligen finnes i 43 § en bestämmelse om golvs belägenhet i förhållande till markytan, som saknas i 8 §, men denna bestämmelse återfinnes för städernas del i byggnadsstadgan. Den överensstämmelse, som sålunda föreligger mellan bostadsbestämmelserna för stad och landet, torde även vara av omständigheterna betingad. I varje fall lärer en åtskillnad härutinnan vara befogad, blott om den består i en utvidgning eller skärpning för städernas del. Vid sådant förhållande måste jag ställa mig tveksam till att nu — då frågan om en revision av bostadsbestämmelserna för stad ej samtidigt kan komma under prövning — till behandling upptaga bostadsutredningens förslag rörande utvidgningar och skärpningar av bostadsbestämmelserna för landet. Visserligen skulle ändringar i fråga om bostadsbestämmelserna för landet kunna genomföras såsom ett provisorium i avbidan på en senare samtidig revision av bostadsbestämmelserna för stad och landet. Men ett sådant tillvägagångssätt torde lätt äventyra den jämna och likformiga utveckling, som bör eftersträvas på ifrågavarande område. Vad åter angår bostadsutredningens förslag rörande hälsovårdsorganisationen på landet, synas dessa ej för sitt genomförande kräva motsvarande ändringar i städernas hälsovårdsorganisation. Ej heller eljest torde anledning föreligga att uppskjuta behandlingen av dessa förslag. Åtminstone gäller detta förslaget om obligatorisk hälsovårdsnämnd i område med visst större invånarantal samt förslaget om beredande och föredragande ledamot för hälsoärenden i kommun, där hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden. Beträffande förslaget om utbrytning av viss del av hälsovårdsområde hava väl, på sätt nedan skall närmare utvecklas, i ett flertal yttranden framkommit förslag och yrkanden om utredning i rakt motsatt riktning eller alltså om större hälsovårdsområden än de nuvarande, men denna omständighet synes mig dock knappast behöva föranleda uppskov med prövningen av bostadsutredningens ifrågavarande förslag.

Med hänsyn till det anförda har jag ansett bostadsutredningens förslag till ändringar av 43, 44 och 52 §§ hälsovårdsstadgan ävensom det i anslutning därtill upprättade förslaget till råd och anvisningar för bostads anordnande och skötsel ej böra för närvarande upptagas till behandling, utan torde med

prövningen av dessa förslag böra anstå till dess en samtidig lösning kan givas åt frågan om ändrade bostadsbestämmelser för stad och landet. I samband härmed torde vissa av arkitektföreningen m. fl. ingivna framställningar, berörande hithörande delar av bostadsutredningens förslag, få upptagas till närmare prövning.

Här återstår alltså att närmare skärskåda bostadsutredningens förslag till ändringar av 35 och 36 §§ hälsovårdsstadgan.

**Bostadsutredningens förslag till
ändringar av 35 och 36 §§ hälso-
vårdsstadgan.**

Bostadsutredningens förslag härutinnan avser, som nämnts, *dels* införande av skyldighet att tillsätta särskild hälsovårdsnämnd för hälsovårdsområde med mera än 3,000 invånare, *dels* tillsättande av beredande och föredragande ledamot för hälsoörenden i kommun, där hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden, *dels ock* tillskapande av möjlighet att utbryta del av kommun till särskilt hälsovårdsområde.

Till belysande av frågan om *obligatorisk särskild hälsovårdsnämnd* i större kommuner åberopar bostadsutredningen till en början en av utredningen företagen undersökning rörande förekomsten av särskilda hälsovårdsnämnder under år 1931. Resultatet av denna undersökning framgår av följande tablå.

Antal invånare	Kommuner		Med särskild hälso- vårdsnämnd		Utan särskild hälso- vårdsnämnd	
	Antal	% av samtliga kommun- er	Antal	%	Antal	%
—1,500	1,574	66.4	121	7.7	1,453	92.3
1,501—2,000	253	10.6	48	19	205	81
2,001—2,500	160	6.7	43	26.9	117	73.1
2,501—3,000	114	4.8	34	29.8	80	70.2
3,001—4,000	99	4.2	33	33.3	66	66.7
4,001—5,000	64	2.7	19	29.7	45	70.3
5,001—6,000	36	1.5	10	27.8	26	72.2
6,001—7,000	19	0.8	7	36.8	12	63.2
över 7,000	54	2.3	17	31.5	37	68.5
	2,373	100	332	14.0	2,041	86.0

I anslutning till denna tablå anmärker bostadsutredningen, att däri icke ingå särskilda hälsovårdsnämnder i municipalsamhällen utan endast hälsovårdsnämnder, tillsatta jämlikt 36 § hälsovårdsstadgan. Tillika påpekar bostadsutredningen, att i vissa län på sina håll tillsatts särskilda hälsovårdsnämnder för områden, vilka varken utgöra egna kommuner eller municipalsamhällen enligt 34 § hälsovårdsstadgan, men att ej heller dessa hälsovårdsnämnder medtagits i tablån.

Vidare framhåller bostadsutredningen, att landskommunerna skilja sig sinsemellan i hög grad i fråga om invånarantal och ytvidd samt att i stort sett

Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län inrymma större kommuner, såväl vad invånarantal som ytvidd angår, än rikets övriga län.¹⁾ Med hänsyn härtill har det syntts bostadsutredningen vara av intresse att undersöka förekomsten av särskilda hälsovårdsnämnder *dels* inom riket med undantag av nyssnämnda fem län och *dels* inom de fem angivna länen, och har resultatet av en sådan undersökning, avseende år 1931, sammanställts i följande tablåer.

Förekomsten år 1931 av särskilda, jämlikt 36 § hälsovårdsstadgan tillsatta hälsovårdsnämnder i riket utom Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Antal invånare	Kommuner		Med särskild hälsovårdsnämnd		Utan särskild hälsovårdsnämnd	
	Antal	% av samtliga utom de 5 länen	Antal	%	Antal	%
—1,500	1,544	71.4	116	7.5	1,428	92.5
1,501—2,000	234	10.8	46	19.7	188	80.3
2,001—2,500	135	6.3	42	31.1	93	68.9
2,501—3,000	102	4.7	33	32.3	69	67.7
3,001—4,000	72	3.3	28	38.9	44	61.1
4,001—5,000	36	1.7	11	30.6	25	69.4
5,001—6,000	19	0.9	5	26.3	14	73.7
6,001—7,000	5	0.2	2	40.0	3	60.0
över 7,000	14	0.7	5	35.8	9	64.2
	2,161	100.0	288	13.4	1,873	86.6

Förekomsten år 1931 av särskilda, jämlikt 36 § hälsovårdsstadgan tillsatta hälsovårdsnämnder i Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Antal invånare	Kommuner		Med särskild hälsovårdsnämnd		Utan särskild hälsovårdsnämnd	
	Antal	% av samtliga i de 5 länen	Antal	%	Antal	%
—1,500	30	14.1	5	16.7	25	83.3
1,501—2,000	19	9.0	2	10.5	17	89.5
2,001—2,500	25	11.8	1	4.0	24	96.0
2,501—3,000	12	5.7	1	8.3	11	91.7
3,001—4,000	27	12.7	5	18.5	22	81.5
4,001—5,000	28	13.2	8	28.6	20	71.4
5,001—6,000	17	8.0	5	29.4	12	70.6
6,001—7,000	14	6.6	5	35.7	9	64.3
över 7,000	40	18.9	12	30.0	28	70.0
	212	100.0	44	20.7	168	79.3

Ytterligare har bostadsutredningen meddelat följande sammanställningar, utvisande *dels* antalet kommuner med invånarantal överstigande vissa grän-

¹⁾ Bostadsutredningen anmärker härvid, att vad ytvidd men ej vad invånarantal beträffar äro kommunerna i Jämtlands län jämförliga med kommunerna i de särskilt nämnda 5 länen.

ser och dels i vad mån i dessa kommuner särskilda hälsovårdsnämnder år 1931 varit tillsatta jämlikt 36 § hälsovårdsstadgan.

I. Hela riket.

Antal invånare	Kommuner		Med särskild hälsovårdsnämnd		Utan särskild hälsovårdsnämnd	
	Antal	% av samtliga kommuner	Antal	%	Antal	%
Överstigande 1,500	799	33.6	210	26.3	589	73.7
» 2,000	546	23	162	29.7	384	70.3
» 2,500	386	16.3	119	30.8	267	69.2
» 3,000	272	11.5	85	31.3	187	68.7
» 4,000	173	7.3	52	30.1	121	69.9
» 5,000	109	4.6	33	30.3	76	69.7
» 6,000	73	3.1	23	31.5	50	68.5
» 7,000	54	2.3	17	31.5	37	68.5

II. Hela riket utom Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Antal invånare	Kommuner		Med särskild hälsovårdsnämnd		Utan särskild hälsovårdsnämnd	
	Antal	% av samtliga utom de 5 länen	Antal	%	Antal	%
Överstigande 1,500	617	28.6	171	27.7	446	72.3
» 2,000	383	17.8	125	32.6	258	67.4
» 2,500	248	11.5	83	33.5	165	66.5
» 3,000	146	6.8	50	34.2	96	65.8
» 4,000	74	3.5	22	29.7	52	70.3
» 5,000	38	1.8	11	28.9	27	71.1
» 6,000	19	0.9	6	31.6	13	68.4
» 7,000	14	0.7	5	35.6	9	64.4

III. Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län.

Antal invånare	Kommuner		Med särskild hälsovårdsnämnd		Utan särskild hälsovårdsnämnd	
	Antal	% av samtliga i de 5 länen	Antal	%	Antal	%
Överstigande 1,500	182	85.9	39	21.4	143	78.6
» 2,000	163	76.9	37	22.7	126	77.3
» 2,500	138	65.1	36	26.1	102	73.9
» 3,000	126	59.4	35	27.8	91	72.3
» 4,000	99	46.7	30	30.3	69	69.7
» 5,000	71	33.5	22	31	49	69
» 6,000	54	25.5	17	31.5	37	68.5
» 7,000	40	18.9	12	30	28	70

Härefter anför bostadsutredningen bland annat följande:

Från flera håll har givits uttryck åt den uppfattningen, att kommunalnämnderna, då de fungera såsom hälsovårdsnämnder, ofta icke ägnat bostadsförhållandena eller över huvud taget den allmänna hälsovården tillräcklig uppmärksamhet. Men även där särskilda hälsovårdsnämnder finnas inrättade, synas dessa på många håll ha visat en liknande överksamhet, när det gäller övervakandet av bostadsförhållandena. Ett indicium på den ringa omfattning, i vilken ingripanden mot bofälligheten på landsbygden ägt rum från hälsovårdsnämndernas sida, giva uppgifter, vilka bostadsutredningen införskaffat från länsstyrelserna angående de fall, som förekommit sedan hälsovårdsstadgans ikraftträdande den 1 januari 1920, då enligt beslut av vederbörande hälsovårdsnämnd, vilket sedermera efter besvär blivit föremål för länsstyrelses prövning och därvid ej av länsstyrelsen upphävts, förbud jämlikt 43 § hälsovårdsstadgan meddelats mot byggnads, lägenhets eller rums vidare användning för bostadsändamål. Från icke mindre än 17 länsstyrelser meddelas nämligen, att dylika fall icke förekommit, beträffande tre länsstyrelser uppgives att hos envar av dem ett sådant fall förekommit, en länsstyrelse redovisar två fall, medan återstående tre länsstyrelser handlagt ett något större antal dylika mål under angivna tid på över 10 år.

Orsakerna till det ringa initiativ från hälsovårdsnämndernas sida, som sålunda förekommit, må vara flera, men anledning finnes antaga, att i viss grad en av dem är den nuvarande kommunala hälsovårdsorganisationen, sådan densamma hittills utvecklats sig.

Tillsättandet av särskild hälsovårdsnämnd i en kommun kan vara motiveerat av skilda anledningar. Det skäl, man troligen oftast åberopat, torde vara, att plats eller platser med mera sammanträngd befolkning förekomme inom hälsovårdsområdet. Mera sällan läser däremot *enbart* större folkmängd ha ansetts böra föranleda tillsättandet av särskild hälsovårdsnämnd. I propositionen nr 152 till 1919 års riksdag med förslag till hälsovårdsstadga m. m. anfördes bland annat, att även i en del större kommuner, som omfattade ren jordbruksbygd, en särskild hälsovårdsnämnd knappast syntes få ett tillräckligt fält för sin verksamhet. I viss mån äger detta enligt bostadsutredningens mening sin riktighet, men vissa betydelsefulla reservationer måste dock göras. Sålunda torde den omständigheten, att en kommun omfattar ren jordbruksbygd, icke utan vidare tala för ett mindre krävande hälsovårdande arbete. I kommuner av storbrukskaraktär, där alltså en betydande lantarbetarbefolkning och även torpbefolkning förekommer, finnes säkerligen ofta ett rikt fält för hälsovårdande verksamhet. Sin relativa riktighet läser påståendet däremot ha i kommuner, där småbruk och bondgårdar förhärskar. Oavsett kommunernas sins emellan skiftande allmänna struktur torde emellertid vara uppenbart — och saken har kommit till tydligt uttryck i hälsovårdsstadgan — att större folkmängd redan i och för sig liksom även hälsovårdsområdes vidd äro betydelsefulla faktorer, då fråga uppkommer om behövligheten av särskild hälsovårdsnämnd. Inom kommuner med olika folkmängd men i övrigt av samma allmänna struktur är otvivelaktigt hälsovårdsarbetet mera krävande inom den större än i den mindre kommunen. Härtill kommer, att i större kommuner kommunalnämndernas arbete, i vad det angår andra ärenden än hälsovårdsfrågor, blir så avsevärt, att hälsovårdsfrågorna lätt bliva eftersatta. Den redogörelse, som i det föregående lämnats för förekomsten av särskilda hälsovårdsnämnder år 1931, och den erfarenhet, som sedan hälsovårdsstadgans ikraftträdande vunnits rörande hälsovårdsnämndernas verksamhet, giva vid handen, att dylika nämnder icke tillsatts i alla de fall, då så varit erforderligt, och näppeligen torde heller utvecklingen i detta hänseende motsvara de förhoppningar, som man gjorde sig vid hälsovårdsstadgans tillkomst.

Med hänsyn till vad sålunda anförts föreslår bostadsutredningen, att tillsättande av särskild hälsovårdsnämnd göres obligatoriskt för större kommuner. Det må i detta sammanhang framhållas betydelsen av att de särskilda hälsovårdsnämnderna erhålla en med hänsyn till hälsovårdens krav bestämd sammansättning. Lämpligt synes vara att, om så är möjligt, läkare är ledamot i nämnden. Föreskrift om obligatorisk särskild hälsovårdsnämnd lärer däremot icke böra meddelas i fråga om smärre kommuner. Möjligheterna att utse för uppdraget lämpliga, av andra kommunala bestyr icke alltför arbetstyngda personer, torde i fråga om dylika kommuner i regel vara begränsade.

Sedan bostadsutredningen härefter såsom en utväg till vinnande av effektivisering av hälsovårdsnämndernas arbete i smärre kommuner anvisat tillsättandet av särskilda föredragande för hälsovårdsfrågor i dylika kommuner, anför bostadsutredningen vidare:

Gränsdragningen mellan kommuner med större och mindre folkmängd synes i förevarande hänseende böra ske vid ett invånarantal av 3,000 personer. Avgörande bliva härvid förhållandena vid tidpunkten, då val av ledamöter skall äga rum. Med ledning av siffrorna för år 1931 skulle förslaget innebära, att 272 kommuner, med en sammanlagd folkmängd överstigande $\frac{1}{3}$ (c:a 37 %) av hela folkmängden på landsbygden (utom köpingar och municipalsamhällen) skulle bliva förpliktade tillsätta särskilda hälsovårdsnämnder. Härav äro 126 kommuner belägna inom Kopparbergs, Gävleborgs, Västernorrlands, Västerbottens och Norrbottens län samt 146 kommuner inom riket i övrigt. Av nämnda 272 kommuner hade 187 år 1931 icke tillsatt särskilda hälsovårdsnämnder.

Såsom redan omtalats var en ledamot av bostadsutredningen, Abel Andersson, skiljaktig i denna del. Han yttrar härutinnan i huvudsak följande:

Säkerligen kunde ett vida större intresse och rikare initiativ beträffande den hälsovårdande verksamheten påräknas från särskilt utsedda hälsovårdsnämnders sida än som för närvarande i övervägande antal fall ådagalades av kommunalnämnder, där dessa tillika vore hälsovårdsnämnder. Med hänsyn härtill borde helst samtliga landskommuner förpliktas att tillsätta särskilda hälsovårdsnämnder. Emellertid talade vissa skäl mot att föreskriva dylik skyldighet beträffande de minsta kommunerna. Inom dessa förekomme det nämligen ofta, att samma personer utsåges för olika kommunala förtroendeuppdrag. Föreskrift om skyldighet att utse särskild hälsovårdsnämnd i sådan kommun skulle därför sannolikt i åtskilliga fall endast föranleda, att kommunalnämndens ledamöter utsåges att tillika vara ledamöter i den särskilda hälsovårdsnämnden. Härigenom skulle knappast vinnas någon mera avsevärd uppryckning av hälsovårdsarbetet. Ett annat skäl, som talade mot att meddela en dylik allmän skyldighet, utgjorde den omständigheten, att i några visserligen sällsynta fall hälsovårdsområden förekomme, som ofta till ytvidden vore av ganska betydande storlek men hade ett invånarantal av blott något tiotal personer. I Göteborgs och Bohus län finnes exempelvis en kommun, Kärningön, där folkmängden den 1 januari 1933 utgjorde 495 personer. I denna kommun inginge ett municipalsamhälle, varest hälsovårdsstadgans föreskrifter om stad gällde och alltså särskild hälsovårdsnämnd funnes, med en folkmängd av 484 personer. Att tillsätta särskild hälsovårdsnämnd för återstående 11 personer kunde näppeligen vara i och för sig lämpligt. Även på andra håll förekomme liknande förhållanden. Då härtill komme, att tillsättande av särskild föredragande för hälsovårdsfrågor i sådan kommun, där hälsovårdsnämnden utgjordes av kommunalnämnden,

säkerligen skulle bidra till ett mera effektivt bedrivet hälsovårdande arbete inom kommunen, hade han icke velat motsätta sig det av övriga utredningsmän biträdda förslaget att i förevarande hänseende skilja mellan hälsovårdsområden med större och mindre folkmängd. Då emellertid med majoritetens förslag, att gränsen skulle sättas vid en folkmängd av 3.000 personer, särskilda hälsovårdsnämnder obligatoriskt skulle finnas i allenast 272 eller 11.5 procent av rikets 2,373 landskommuner, av vilka för övrigt 85 redan hade tillsatt särskilda hälsovårdsnämnder, syntes det honom lämpligare, att gränsdragningen skedde vid en folkmängd av 1,500 personer, eller samma gräns som vore satt i fråga om skyldighet att välja kommunalfullmäktige. I sådant fall skulle enligt siffrorna för år 1931 särskilda hälsovårdsnämnder obligatoriskt komma att finnas i 799 eller 33.6 procent av samtliga landskommuner, varav 589 icke hade tillsatt särskilda hälsovårdsnämnder nyssnämnda år.

Angående förslaget om tillsättande av *beredande och föredragande ledamot för hälsoärenden* i kommun, där hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden, uttalar bostadsutredningen följande:

I 7 § av lagen den 6 juni 1924 om samhällets barnavård är föreskrivet, att mindre kommun må, där så med hänsyn till förhållandena prövas lämpligen kunna ske, av Kungl. Maj:t för viss tid eller tills vidare befrias från skyldigheten att ha särskild barnavårdsnämnd. I sådant fall skall barnavårdsnämnden utgöras av fattigvårdsstyrelsen, förstärkt med präst samt lärare eller lärarinna. 8 § 2 mom. av samma lag föreskriver vidare, att kommun, där barnavårdsnämnden har sådan sammansättning, som i 7 § sägs, skall utse en av nämndens ledamöter med särskild insikt i och intresse för barnavårds- och uppfostringsfrågor att för den tid han är vald till ledamot eller, beträffande den som utan val är ledamot av nämnden, för en tid av fyra år, vara föredragande i ärenden, som ankomma på nämndens prövning. Sistnämnda föreskrift föreslogs på sin tid av socialstyrelsen, som därvid framhöll följande.

Om man av praktiska skäl funne det tillrådligt, att i mindre kommuner ett redan befintligt organ finge fungera såsom barnavårdsnämnd, kunde det icke undvikas, att detta organ finge sitt intresse delat mellan sina förutvarande uppgifter och de nya. Styrelsen, som erkänt detta såsom en brist, hade sökt utfinna en organisatorisk anordning, som vore ägnad att fylla densamma. I sådant hänseende föresloge styrelsen, att inom kommun, där fattigvårdsstyrelsen fungerade såsom barnavårdsnämnd, en ledamot av sistnämnda styrelse utsåges att fungera såsom föredragande ledamot för barnavårdsärenden. Det skulle åligga denne ledamot att förskaffa sig noggrann kännedom om gällande författningsföreskrifter på området, att aktgiva på alla förhållanden, som vore ägnade att påkalla nämndens uppmärksamhet, att förbereda och för nämnden föredraga barnavårdsärenden samt tillse, att av nämnden beslutade åtgärder bringades i verkställighet.

Motsvarande föreskrift torde av enahanda skäl böra meddelas för de fall, då hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden. Anmärkas må, att dylik anordning även finnes i fråga om nykterhetsnämnderna. Det skulle givetvis vara till föredraganden, som övriga bostadsövervakande organ — tjänsteläkare, sköterskor m. m. — hade att vända sig med eventuella anmärkningar.

Vad så angår förslaget om tillskapande av viss möjlighet att utbryta del av kommun till *särskilt hälsovårdsområde* anför bostadsutredningen bland annat följande:

Den kommunala hälsovårdsorganisationen bör för att arbeta med största

möjliga effekt så smidigt som möjligt kunna anpassa sig efter de å olika platser mycket olikartade förhållandena. Utan att äga direkt författningsstöd har en organisationsform utvecklat sig, liggande mellan municipalsamhälLEN enligt 34 § och hälsovårdsområden enligt 35 § hälsovårdsstadgan. Det utmärkande för denna är, att särskilda hälsovårdsnämnder tillsatts för kommundelar, där hälsovårdsföreskrifterna för landet med eller utan kompletteringar i enligt 54 § antagna hälsovårdsordningar tillämpas. Förekomsten inom olika delar av landet av dylika hälsovårdsnämnder tyder på att visst behov därav förefinnes, vilket också vitsordats från annat håll. Bostadsutredningen har i anledning härav funnit sig böra föreslå en komplettering av hälsovårdsstadgan sålunda, att del av kommun må, när särskilda omständigheter därtill föranleda, kunna utbrytas för att särskilt för sig bilda ett hälsovårdsområde. För dylikt hälsovårdsområde skall enligt bostadsutredningens förslag finnas särskild hälsovårdsnämnd. Specialföreskrifter angående tillsättandet av sådan nämnd, om behörighet att vara ledamot i densamma m. m. lära icke erfordras, utan böra även här följas de i fråga om särskilda hälsovårdsnämnder för landskommuner eljest tillämpliga reglerna. Härav följer bland annat, att även person, bosatt utanför det utbrutna hälsovårdsområdet, blir valbar i hälsovårdsnämnden för detta område, vilket understundom torde underlätta lämpliga personval. I överensstämmelse med vad fallet är vid uppdelning av kommun på två eller flera pensionsdistrikt bör länsstyrelsens godkännande erfordras för att giva gällande kraft åt beslut, som avser utbrytning av kommunel för att särskilt för sig bilda ett hälsovårdsområde. Det bör därför åligga kommunen att underställa dylikt beslut länsstyrelsen, som bör äga att antingen oförändrat fastställa eller ock, med angivande av skälen, ogilla detsamma. Vid prövningen av sålunda underställt beslut åligger det givetvis länsstyrelsen att beakta, att sådan utbrytning, som här avses, endast må äga rum, när särskilda omständigheter därtill föranleda. Bostadsutredningen vill understryka vikten av att i varje fall en ingående lämplighetsprövning företages av länsstyrelsen. Härvid är att märka, att några fixa regler för bedömandet knappast torde kunna uppställas. Den omständigheten, att viss kommunel är i fråga om bebyggelse eller dylikt väsentligen olikartad mot kommunen i övrigt, torde understundom, vare sig särskild hälsovårdsordning är antagen för kommundelen eller ej, tala för kommunelens utbrytning som särskilt hälsovårdsområde. Men någon allmängiltig regel är detta ej, och framför allt är angeläget framhålla att *enbart* den omständigheten att särskild hälsovårdsordning gäller för viss kommunel icke bör tagas till intäkt för densammes utbrytning. Ett annat skäl för utbrytning utgör kommuns betydande ytvidd. Ej heller i dylika fall bliva reglerna allmängiltiga. I varje särskilt fall får tydligen i hela dess vidd till prövning upptagas frågan om den lämpligaste formen för hälsovårdsarbetets bedrivande inom kommunen samt vägas fördelarna av en utbrytning mot de därmed förenade nackdelarna, varvid bör beaktas att sönderbrytande av den kommunala enheten i och för sig icke torde vara eftersträfvansvärt, framför allt icke i åtskilliga smärre delar. Det är här fråga om en bestämelse, vilken, såsom lämplig att tillämpa allenast i vissa undantagsfall, måste handhavas med stor urskillning.

Över av länsstyrelse vägrad fastställelse bör klagan få föras av kommunen. Med hänsyn till att, utan särskild föreskrift, stad anses äga rätt att besvära sig över vägrad fastställelse av sådan hälsovårdsföreskrift, som jämlikt 30 § hälsovårdsstadgan antagits av stadsfullmäktige, torde ej heller i förevarande fall erfordras något stadgande angående besvärsmätt utöver dem, som redan äro meddelade i 60 § hälsovårdsstadgan.

I detta sammanhang har bostadsutredningen diskuterat även det motsatta spörsmålet, nämligen huruvida ej i vissa fall ett förenande av mycket små grannkommuner i ett gemensamt hälsovårdsområde borde ske till gagn för hälsovårdsarbetet eller om över huvud taget, såsom hälsovårdsstadsekommittén på sin tid föreslog, primärkommunerna borde avskaffas såsom hälsovårdsområden och i stället större dylika områden tillskapas. Bostadsutredningen, som håller före, att ett samarbete smärre kommuner emellan kan vara av stor betydelse för genomförande av ett planmässigt hälsovårdsarbete på landsbygden, vill emellertid i avseende härå allenast peka på den möjlighet, som med tillämpning av 39 § hälsovårdsstadgan erbjuder sig, att för flera kommuner gemensamt antaga tillsyningsmän för den allmänna hälsovården. Denna väg bör enligt utredningen prövas, innan ytterligare åtgärder vidtagas.

Slutligen må här beröras en av bostadsutredningen anvisad ytterligare möjlighet till effektivisering av hälsovårdsnämndernas arbete. Denna gäller frågan om *utbildningen* av sådana *hälsovårdstillsyningsmän*, som hälsovårdsnämnd äger antaga jämlikt 39 § hälsovårdsstadgan. I skrivelse till Kungl. Maj:t den 1 november 1926 hemställde medicinalstyrelsen på framställning av svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet om anvisande av anslag för anordnande av kurser för utbildande av dylika tillsyningsmän, men ledde denna hemställan icke till någon Kungl. Maj:ts åtgärd. Bostadsutredningen har, då fråga nu är om åtgärder till förstärkning av den kommunala hälsovårdsorganisationen, ansett det ligga nära till hands att upptaga spörsmålet om utbildning av hälsovårdstillsyningsmännen till förnyat övervägande samt framhållit, att kommunernas intresse för anställande av tillsyningsmän troligen skulle ökas, därest sådana med god utbildning och alltså med större förmåga att göra en gagnande insats på hälsovårdsområdet stode till buds.

Yttrandena angående bostadsutredningens förslag till ändringar av 35 och 36 §§ hälsovårdsstadgan.

Det stora flertalet hörda myndigheter och sammanslutningar har i princip biträtt bostadsutredningens förslag i nu nämnda delar, om ock beträffande förslagets närmare utformning åtskilliga avvikande meningar uttalats. I en del yttranden hava något eller några av de framlagda förslagen tillstyrkts, medan andra avstyrkts.

Innan jag ingår härpå, vill jag emellertid återgiva några yttranden, som kunna sägas mera *generellt* beröra bostadsutredningens förslag i förevarande delar och deras allmänna motivering. De yttranden, som här närmast åsyftas, hava avgivits av bostadssociala utredningens experter och medicinalstyrelsen.

Bostadssociala utredningens experter beröra till en början hälsovårdsstadsekommitténs år 1915 avgivna förslag till hälsovårdsorganisation, enligt vilket varje provinsialläkardistrikt respektive extra provinsialläkar-

distrikt skulle utgöra ett hälsovårdsområde med en hälsovårdsnämnd, bestående av vederbörande tjänsteläkare som självskrivna ledamöter, en av länsstyrelsen förordnad landsstatstjänsteman samt fem av landstinget valda ledamöter. Härefter yttra experterna i huvudsak följande:

Erfarenheten gäve föga anledning till förhoppning, att av bostadsutredningen föreslagna anordningar, huru värdefulla de än i och för sig kunde vara, skulle komma att medföra önskvärd effektivisering. De tvenne huvudgrunder, som framför andra hindrat hälsovårdsnämnderna att igångsätta ett effektivt arbete, nämligen dels svårigheten att i smärre kommuner finna lämpliga representanter, dels hälsovårdsnämndernas lokala bundenhet, bleve nämligen icke genom bostadsutredningens förslag rubbade. Båda nämnda olägenheter syntes enligt experternas mening neutraliseras genom en lösning i den riktning, som angåves i hälsovårdsstadgekommitténs förslag av år 1915. Bostadsutredningen anförde själv, att ett sönderbrytande av kommuner i allmänhet icke vore eftersträfvansvärt, framför allt icke i smärre enheter. Men bostadsutredningen hade icke anført något skäl, som talade emot ett sammansläende av flera kommuner till ett hälsovårdsdistrikt i enlighet med den utvecklingstendens, som på andra sociala områden för närvarande gjorde sig starkt gällande. Det förefölle knappast rationellt att med anledning av att en liten kommun icke kunde ensam uppbära en hälsovårdsnämnd, låta dess invånare alldeles sakna denna förmån, isynnerhet då, såsom bostadsutredningen själv anført, dessa små eller fattiga kommuner ofta nog vore i behov av åtgärder för folkhälsans höjande. Enligt bostadsutredningens förslag skulle ungefär $\frac{2}{3}$ av landsbygdens befolkning komma att sakna särskild hälsovårdsnämnd. Enligt reservantens förslag skulle ett väsentligt större antal kommuner förpliktigas att tillsätta särskild hälsovårdsnämnd. Men ej ens i de kommuner, där särskild hälsovårdsnämnd komme att tillsättas, kunde arbetet principiellt sett kunna förväntas komma att ur effektivitetssynpunkt skilja sig från nuvarande förhållanden.

Om det icke kunde anses tillrådligt att på en gång överlämna samtliga ärenden enligt hälsovårdsstadgan till hälsovårdsnämnd, tillsatt i enlighet med förslaget av år 1915, skulle man kunna tänka sig att försöksvis till sådan nämnd endast överlämna bostadsärendena och låta den fungera såsom en bostadsnämnd, medan de gamla hälsovårdsnämnderna (respektive kommunalnämnderna) med de förändringar, som föresloges av bostadsutredningen och som tvevelsutan innebure förbättringar, handhade övriga hälsovårdsärenden. Personantalet i den av hälsovårdsstadgekommittén föreslagna hälsovårdsnämnden vore emellertid väl stort. Antalet av de av landstinget valda ledamöterna syntes utan skada kunna nedsättas från fem till tre, varvid de tvenne återstående skulle fungera såsom suppleanter. Provinsialläkaren borde helst vara självskrivna ordförande och föredragande, men i varje fall föredragande. Med en sådan anordning skulle varje nämnd få tillgång till behöflig medicinsk sakkunskap. Den lokala bundenheten skulle vara mindre, den diskretionära prövningen från fall till fall skulle vara mera likformig och antalet ärenden så pass stort, som vore nödvändigt för vinnande av en viss lämplig praxis. Den allmänna organisationen syntes också kunna komma att arbeta på ett mycket effektivare sätt. Erforderlig byggnadsteknisk sakkunskap kunde lämpligen tillgodoses genom anlåtande av den i 98 § byggnadsstadgan omförmålde lokale byggnadskonsulenten eller, om sådan ej funnes, av en för länet anställd bostadskonsulent.

Medicinalstyrelsen erinrar, att styrelsen på sin tid tillstyrkte hälsovårdsstadgekommitténs förenämnda förslag och till stöd därför bland annat uttalade:

För styrelsen vore det uppenbart, att en utveckling av hälsovården på landsbygden och ett tillfredsställande ordnande av landsbygdens sanitära förhållanden ovillkorligen krävde en ändamålsenligare och för sitt värv bättre kvalificerad organisation än den nuvarande. Med allt erkännande av det plikttrogna arbete, som många av våra kommunalnämnder nedlagt på lösandet av hälsovårdsfrågor, och utan att förbise det ökade intresse, som dessa frågor under årens lopp allt mer och mer ingivit dessa kommunala myndigheter, vore det dock tydligt, att kommunalnämnderna med deras mångahanda andra maktpåliggande uppgifter som regel icke vore fullt ägnade att på egen hand ombesörja här ifrågavarande angelägenheter. Därtill saknade de, bland annat, den nödiga sakkunskapen. Erfarenheterna bland tjänsteläkarna hade för övrigt visat, att dessa nämnders arbete för allmän hälso- och sjukvård oftast inskränkt sig till ingripande vid epidemiska sjukdomar. För förvärvande av nödig erfarenhet och praktisk rutin vore det icke mindre önskligt, att hälsovårdsnämndernas verksamhetsområden icke tillmättes för knappa. Den av kommittén föreslagna indelningen efter provinsial- respektive extra provinsial-läkardistrikt vore enligt styrelsens uppfattning väl funnen, icke minst med hänsyn till tjänsteläkarens självskrivnenhet till ledamotskap i nämnden. Skulle i ett eller annat fall hälsovårdsdistriktet bliva alltför stort och betungande eller på grund av särskilda förhållanden behöva delas, borde dock möjlighet till jämkning i distriktsindelningen finnas beredd i hälsovårdsstadgan.

Medicinalstyrelsen tillägger, att sedermera vunnen erfarenhet enligt styrelsens förmenande givit styrelsen rätt i dess nyss återgivna principella uppfattning. Styrelsen hade därför icke anledning att ändra sin ståndpunkt beträffande behovet av större hälsovårdsområden än primärkommunerna. Styrelsen framhåller emellertid samtidigt, att en dylik anordning förutsatte så pass stora omändringar av vår nuvarande hälsovårdsorganisation, att spörsmålet borde bli föremål för särskild utredning, som snarast borde igångsättas. De ändringar, som vore erforderliga för ett bättre tillgodoseende av bostadshygienen, borde dock genomföras utan att avvakta resultatet av denna utredning. Från denna utgångspunkt har styrelsen ock i huvudsak tillstyrkt bostadsutredningens förslag.

Däremot avstyrker styrelsen det av bostadssociala utredningens experter framförda förslaget att under tiden intill dess nu ifrågasatta hälsovårdsnämnder för större hälsovårdsområden blivit verklighet, tillskapa en provisorisk »bostadsnämnd» med ett arbetsfält motsvarande provinsialläkar-distrikten, främst av hänsyn till svårigheten att avgränsa bostadsärendena från övrig hälsovårdsverksamhet. En tillfredsställande handläggning av ett flertal bostadsärenden komme nämligen enligt styrelsen att ingripa på områden, som låge utanför bostadsnämndens uppgift, sådan man tänkt sig denna organiserad. Det syntes därför styrelsen riktigast, att frågan om den närmare utformningen av de organisatoriska frågorna i detta sammanhang finge sin lösning utan något provisorium i samband med av styrelsen föreslagna utredning av hela frågan om förändring av hälsovårdsområdenas omfattning.

Jag övergår härefter till de mot bostadsutredningens olika förslag riktade erinringarna av mera *speciell* natur.

Förslaget om *särskild hälsovårdsnämnd* i större kommuner och *särskild föredragande* för hälsovårdsärenden i mindre kommuner har i allmänhet rönt välvilligt mottagande. Beträffande *gränsen* mellan större och mindre kommuner i förevarande hänseende hava dock åtskilliga uttalat sin anslutning till ledamoten Abel Anderssons reservation. Så är fallet med bland andra länsstyrelserna i Uppsala, Jönköpings, Kalmar, Gotlands, Blekinge, Kristianstads, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län, vidare vissa landsting, förste provinsialläkare, hushållningssällskap i nu nämnda län ävensom statens egnahemsstyrelse, svenska lantarbetareförbundet och svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet. Länsstyrelsen i Blekinge län har alternativt yrkat, att gränsen sättes vid 2,000 invånare. Samma gräns föreslås av länsstyrelsen i Malmöhus län och förste provinsialläkaren i Stockholms län, av den senare med tillägg, att länsstyrelsen bör äga förordna om särskild hälsovårdsnämnd i kommun med mindre än 2,000 invånare. Från något håll har ock framkommit förslag att fastställa gränsen vid 1,000 invånare.

Några myndigheter, nämligen förste provinsialläkarna i Jönköpings, Kristianstads och Norrbottens län, hava ansett särskild hälsovårdsnämnd vara av den vikt, att sådan borde införas i varje kommun, oavsett folkmängden. Å andra sidan hava i vissa yttranden uttalats önskemål om uppmjukning av den föreslagna skyldigheten att tillsätta särskild hälsovårdsnämnd i kommun med mer än 3,000 invånare. Länsstyrelsen i Gävleborgs län anser sålunda, att dispens från nämnda skyldighet bör kunna meddelas, exempelvis där kommunalnämnd utser särskilda hälsovårds-kommitterade eller hälsovårdskontrollen eljest kan anses personligen väl tillgodosedd. Jämväl förste provinsialläkaren och landstinget i Gävleborgs län framhåller önskvärdheten av dispensmöjlighet i förevarande hänseende. Förste provinsialläkaren i Värmlands län förmenar, att behovet och ej folkmängden i och för sig bör vara avgörande för tillsättande av särskild hälsovårdsnämnd.

Några hushållningssällskap gå ännu längre och *bestrida behovet* av särskild hälsovårdsnämnd utöver vad gällande bestämmelser medgiva. Hushållningssällskapet i Gävleborgs län yttrar härutinnan bland annat:

Ehuru det kunde synas fördelaktigt att fördela den kommunala förvaltningens olika grenar på särskilda nämnder eller kommittéer för varje gren, såsom skett med fattigvård, barnavård, pensionsväsendet och arbetslöshet m. m., hade dock erfarenheten visat att detta medförde, utom ökade administrationskostnader, en fördyring av den kommunala omvårdnaden. Möjligt kunde denna fördyring hava sin grund uti, att förefintliga verkliga behov bleve bättre tillgodosedda, men erfarenheten hade även visat, att dylik desorganisation i förvaltningen lämnat rika tillfällen för mindre samvetsgranna personer att tillskansas sig bidrag och understöd från flera håll, utöver vad gällande lagar avsåge. Denna erfarenhet hade ock föranlett förslag om sammanförande av den sociala hjälpverksamheten till en nämnd. Genom förvaltningens uppdelning minskades icke heller kommunalnämndens arbete i motsvarande grad, enär kommunalnämnden såsom centralorgan för kommunens ekonomiska förvaltning icke blott bereddes svårigheter att fylla denna sin uppgift utan indirekt förhindrades däri, då varje nämnd såsom

ansvarig för sin speciella uppgift ställde fordran på att få sina krav tillgodosedda. Att i en tid då allmänheten genom skolor och på mångahanda andra sätt bereddes upplysning såväl i allmän hygien som i andra därmed sammanhängande frågor, vilken upplysning även visat sig lämna goda resultat, tillskapa ännu ett obligatoriskt särskilt organ för den gren av kommunala förvaltningen, varom nu vore fråga, torde därför knappast kunna sägas vara förestavat av behovet.

Beträffande hälsovårdsnämndens *sammansättning* har från olika håll, särskilt byggnadsstyrelsen och arkitektföreningen, hävdats angelägenheten av att den byggnadstekniska sakkunskapen bleve nöjaktigt tillgodosedd i nämnden, antingen så att kompetent person invaldes i nämnden att där vara föredragande för bostadsärenden eller så att för ändamålet anlätades en utomstående expert. Förste provinsialläkaren i Norrbottens län anser, att tjänsteläkare eller, om hinder därför möter, annan läkare obligatoriskt bör vara ledamot av nämnden, medan förste provinsialläkaren i Hallands län betonar önskvärdheten av att tjänsteläkaren obligatoriskt kallas till hälsovårdsnämndens sammanträden, vilket nu endast mera sällan skedde. Länsstyrelsen i Jämtlands län förordar ett av f. d. förste provinsialläkaren därstädes tidigare framlagt förslag, att hälsovårdsnämnden skulle bestå av representanter, förfarna i 1) kommunala ärenden och kommunens ekonomi, 2) barnavårdsärenden, 3) fattigvårdsärenden, 4) skolärenden och 5) rödakorsangelägenheter, där rödakorskrets finnes. Avsikten med denna sammansättning anges vara att dels underlätta samarbetet med andra nämnder inom kommunen och tillföra hälsovårdsnämnden nyttig erfarenhet dels ock åstadkomma ett centralt organ för hälsovård och förebyggande åtgärder inom kommunen, ett organ, som nu saknades men vore av behovet starkt påkallat.

Nämnas må i detta sammanhang, att svenska landskommunernas förbund förordar till övervägande, huruvida icke i kommun, där byggnadsnämnd finnes, denna nämnd och hälsovårdsnämnden skulle kunna förenas i en och samma nämnd, detta för undvikande av eljest förekommande dubbelarbete. Ätminstone borde *rätt* till dylik sammanslagning medgivas. Under alla förhållanden borde samarbete med tillgänglig byggnadsteknisk sakkunskap anordnas.

Från några håll har ifrågasatts lämpligheten av den föreslagna bestämmelsen om *särskild föredragande* för hälsovårdsärenden. Förste provinsialläkaren i Älvsborgs län framhåller, bland annat, att en dylik bestämmelse bleve en ren papperskonstruktion med hänsyn till svårigheten att i mindre kommuner erhålla kompetent person såsom föredragande. Å andra sidan anser svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet, att föredragande ledamot bör utses i alla kommuner, alltså även där särskild hälsovårdsnämnd tillsatts.

Vad härefter angår förslaget om möjlighet att utbryta viss del av kommun till *särskilt hälsovårdsområde*, har även detta i stort sett tillstyrkts i de avgivna yttrandena. Ett flertal myndigheter hava emellertid uttalat betänkligheter emot en bestämmelse av detta innehåll.

Medicinalstyrelsen har sålunda från sin principiella utgångspunkt för hälsovårdens effektivisering — större hälsovårdsområden — funnit en dylik bestämmelse mindre lämplig samt betonat angelägenheten av att uppdelning av nuvarande små hälsovårdsområden medgaves endast under alldeles särskilda undantagsförhållanden.

Länsstyrelsen i Stockholms län framhåller, att det icke kan vara lämpligt att sönderbryta den kommunala enheten och därigenom minska möjligheten för ett centralt kommunalt organ, i detta fall hälsovårdsnämnden, att i ett sammanhang överblicka alla hithörande frågor och lösa dem på det för kommunen lämpligaste sättet. Något behov av den föreslagna bestämmelsen hade icke gjort sig gällande i Stockholms län. Där det ansetts påkallat, att strängare bestämmelser i hälsovårdsavseende skulle gälla för visst område av en kommun, hade antingen särskild hälsovårdsordning fastställts för området eller ock i en för hela kommunen antagen hälsovårdsordning sådana strängare bestämmelser införts särskilt för området. I båda fallen hade ingen svårighet förefunnits för kommunens hälsovårdsnämnd att övervaka bestämmelsernas tillämpning. Att märka vore även, att i Stockholms län med dess särskilt rörliga befolkning områden, för vilka strängare bestämmelser erfordrades, hastigt kunde utvidgas till sina gränser. Kommunens hälsovårdsnämnd vore då givetvis mest ägnad att kunna iakttaga ett sådant förhållande och träffa på grund därav erforderliga åtgärder. Härtill komme, att länsstyrelsernas arbetsbörda skulle ökas genom nödvändigheten att arbeta med ytterligare ett antal kommunala nämnder. Länsstyrelsen betonar till sist, att om den föreslagna bestämmelsen godtoges, borde det uttryckligt understrykas, att densamma vore avsedd att tillämpas endast i undantagsfall.

Förste provinsialläkaren i Kronobergs län anser av liknande skäl bestämmelsen i fråga onödig.

Landstinget i Gävleborgs län hyser betänkligheter mot ifrågavarande bestämmelse framför allt ur den synpunkten, att den motverkade en önskvärd utveckling mot centralisering i det kommunala arbetet.

Länsstyrelsen och förste provinsialläkaren i Värmlands län medgiva visserligen, att med en delning av här ifrågasatt art hälsovårdsarbetet i vissa fall skulle kunna förbättras inom de skilda delarna av en kommun, men framhålla samtidigt, att vinsten realiter icke bleve så stor, om den utbrutna delen icke finge självständig ekonomisk myndighet. Eljest bleve nämligen den särskilda hälsovårdsnämndens förslag helt beroende av kommunalnämndens ekonomiska bestämmanderätt, och erfarenheten utvisade, att även de minsta utgifter ofta vägrades av denna myndighet. Därtill komme en annan nackdel. I det tätare bebyggda området, där ofta svårighet rådde att skaffa vatten, ordna avlopp etc., komme, därest området icke hade någon ekonomisk myndighet, envar att ordna för sig, ofta opraktiskt och med stora kostnader, och ville sedan i regel icke bidra till en planlig lösning av vatten- och avloppsledning för hela samhället. Denna fråga vore så viktig, att den borde göras till föremål för särskild utredning.

Förste provinsialläkaren i Malmöhus län slutligen förmenar, att utbrytning av hälsovårdsområde ej sällan komme att stöta på praktiska svårigheter, därest det utbrutna området vore avsett att utgöra en ekonomisk enhet.

Från ett håll, nämligen Blekinge läns landsting, har såsom en av bostadsutredningen förbisedd anledning till hälsovårdsnämndernas ringa aktivitet på bostadsvårdens område framhållits frånvaron av *ekonomiskt vederlag* åt ledamöterna för bostadshygieniska förrättningar. Härvid erinras, att förhållandena på landsbygden ställa avsevärt större krav på den enskilde ledamotens tid och offervilja än i städerna samt att det under sådana omständigheter knappast vore att förundra sig över, att det bostadshygieniska arbetet på landsbygden icke nått den utveckling, som avsetts. Det borde därför tagas under överbägande, om icke åtminstone dagtraktamente och reseersättning kunde tillerkännas hälsovårdsnämndernas ledamöter vid förrättningar av hithörande slag.

I ett par yttranden har jämväl berörts frågan om utbildande och anställande av särskilda *hälsovårdstillsyningsmän*. Medicinalstyrelsen betonar sålunda, att med de krav, man numera ställde på hälsovården, behovet av dylika tillsyningsmän blivit alltmer uppenbart samt att frågan om utbildningen av ett ökat antal hälsovårdstillsyningsmän icke syntes kunna tillfredsställande ordnas utan ingripande från statens sida. Även hälsovårdstjänstemannaförbundet har understrukt nödvändigheten av ökade utbildningsmöjligheter för ifrågavarande slag av tillsyningsmän. Tillsyningsmännen borde emellertid enligt förbundets bestämda mening anställas av landstingen och ej av primärkommunerna, därest tillsyningsmännen skulle kunna givas full sysselsättning och i övrigt en rationell hälsovårdstillsyningsorganisation ernås.

**Departement-
chefen.**

Bostadsutredningens förslag till ändringar i 35 och 36 §§ hälsovårdsstadgan åsyfta som nämnts en effektivisering av hälsovårdsnämndernas arbete. Bostadsutredningen har nämligen funnit, att hälsovårdsnämnderna på många håll icke ägnat bostadsförhållandena eller över huvud taget den allmänna hälsovården tillräcklig uppmärksamhet.

Det torde icke kunna förnekas, att hälsovårdsnämnderna i allmänhet icke kommit att motsvara de förväntningar, som vid tillkomsten av 1919 års hälsovårdsstadga ställts å dem såsom hälsovårdande organ inom kommunerna. Anledningen härtill torde till en del vara att söka i själva hälsovårdsorganisationen sådan densamma hittills utvecklats sig. Blott i ett jämförelsevis ringa antal kommuner har särskild hälsovårdsnämnd tillsatts. I det stora flertalet kommuner har således hälsovårdsärendena handhåfts av nämnder, som icke haft hälsovårdsfrågornas behandling till huvuduppgift och därför ej heller utsetts med särskild hänsyn härtill. Men även på annat håll lär anledningen vara att finna till det ringa initiativ, som hittills förekommit från hälsovårdsnämndernas sida, särskilt för förbättring av bo-

stadsförhållandena på landsbygden. I åtskilliga fall torde nämligen ekonomiska hinder legat i vägen för åtgärders vidtagande. Hälsovårdsnämnderna hava säkerligen ej sällan måst se genom fingrarna med svåra missförhållanden på grund av de konsekvenser ett ingripande från deras sida skulle komma att medföra för bostadsinnehavaren. Dessa hinder av ekonomisk natur torde dock numera hava väsentligen minskats tack vare statsmakternas beredvillighet att med lån och bidrag av statsmedel stödja byggnadsverksamhet och förbättring av bostäder på landet. Emellertid lärer denna understödsverksamhet å andra sidan ställa ökade krav på att sakkunskap i hörande frågor är vederbörligen företrädd i hälsovårdsnämnderna.

Under utredningen i ärendet har även från flera håll framhållits betydelsen av att åtgärder vidtoges till förstärkande av hälsovårdsmyndigheterna på landsbygden. Olika vägar härutinnan hava ock anvisats. Av bostads-sociala utredningens experter har förordats en lösning i den riktning, som angavs i hälsovårdsstadgekommitténs förslag av år 1915. Enligt detta förslag skulle, såsom tidigare nämnts, varje provinsialläkardistrikt utgöra ett hälsovårdsområde med en hälsovårdsnämnd, bestående av vederbörande provinsialläkare eller extra provinsialläkare såsom självskrivna ledamöter, en av länsstyrelsen förordnad landsstatstjänsteman samt fem av landstinget valda ledamöter. Såsom ett provisorium under tiden till dess en sådan omorganisation kunnat genomföras har av experterna föreslagits inrättandet av en bostadsnämnd, som skulle tillsättas huvudsakligen på sätt hälsovårdsstadgekommittén föreslagit om hälsovårdsnämnd men till vilken endast skulle överlämnas bostadsärendena, medan de övriga hälsovårdsärendena såsom hittills skulle handhavas av hälsovårdsnämnderna. Medicinalstyrelsen, som på sin tid i huvudsak biträdde hälsovårdsstadgekommitténs förslag, har förklarat sig alltjämt intaga samma ståndpunkt beträffande behovet av större hälsovårdsområden än primärkommunerna. Emellertid har styrelsen tillika framhållit, att en dylik anordning förutsatte så pass stora omändringar av vår nuvarande hälsovårdsorganisation, att spørgsmålet borde bli föremål för särskild utredning, och att de ändringar, som vore erforderliga för ett bättre tillgodoseende av bostadshygienen, borde genomföras utan att avvakta resultatet av denna utredning. Experternas förslag att i avbidan på omorganisationens genomförande inrätta bostadsnämnder har medicinalstyrelsen funnit sig böra avstyrka främst av hänsyn till svårigheterna att avgränsa bostadsärendena från övrig hälsovårdsverksamhet.

Från något håll har föreslagits en anordning, enligt vilken den medicinska sakkunskapen skulle tillförsäkras företräde i hälsovårdsnämnderna, och liknande förslag har jämväl framställts i fråga om den byggnadstekniska sakkunskapen. Förslag har ock framkommit om förening av byggnadsnämnd, där sådan finnes, med hälsovårdsnämnden, ävensom om samarbete mellan hälsovårdsnämnden och tillgänglig byggnadsteknisk sakkunskap.

Att nu söka genomföra en så vittgående omläggning av hälsovårdsorganisationen, som förordats av bostads-sociala utredningens experter, kan tyd-

ligen ej komma ifråga. Provinsiälläkar- och extra provinsiälläkar-distrikten torde, såsom de för närvarande äro reglerade, föga lämpa sig såsom enheter för en indelning i hälsovårdsområden. En genomgående omreglering av dessa distrikt måste sålunda först och främst komma till stånd. Men härför är en tidskrävande utredning av nöden. Innan en sådan utredning föreligger, lär det ej ens vara möjligt att taga ståndpunkt till lämpligheten av experternas förslag.

Emellertid torde möjligheter föreligga att inom den nuvarande organisationens ram uppnå en tillfredsställande förstärkning av hälsovårdsnämnderna på landsbygden. Av de förslag, som härutinnan framkommit, synes mig i första rummet böra beaktas bostadsutredningens förslag om obligatorisk särskild hälsovårdsnämnd i större kommuner. Vid tillsättande av en nämnd med uteslutande hälsovårdande uppgifter kan nämligen sammansättningen bestämmas främst av sanitära hänsyn. De krav, som framställts på att såväl medicinsk som byggnadsteknisk sakkunskap skola tillförsäkras företräde i hälsovårdsnämnderna, torde härmed kunna anses bli tillbörligt tillgodosedda. Tillgång till personer med sådan sakkunskap lär numera finnas i de flesta större kommuner. Där så ej är fallet, torde svårighet ej behöva möta mot anordnande av samarbete med sakkunnig person utom kommunen. Bostadsutredningens förslag i förevarande hänseende har även i allmänhet vunnit tillstyrkan. Från några håll har dock invänts, att behov av särskild hälsovårdsnämnd utöver vad gällande bestämmelser medgäve ej funnes och att en ytterligare splittring av den kommunala förvaltningen på särskilda nämnder lätt kunde leda till fördyring av den kommunala omvårdnaden. Gällande bestämmelser innebära väl icke något hinder mot tillsättande av sådan nämnd, där behov därav verkligen föreligger, men har den av bostadsutredningen företagna undersökningen just visat, att särskild hälsovårdsnämnd ej blivit tillsatt i den utsträckning, som varit av behovet påkallad. Beträffande farhågan för fördyring av den kommunala omvårdnaden lär en ökad sakkunskap hos hälsovårdsnämnderna icke behöva leda i en sådan riktning.

Även enligt min mening böra således åtgärder vidtagas för att särskild hälsovårdsnämnd tillsättes i väsentligt större utsträckning än hittills varit fallit. Att såsom från något håll påyrkats införa en sådan organisation i samtliga kommuner torde ej kunna komma ifråga. I mindre kommuner lär väl blott undantagsvis behov föreligga av särskild hälsovårdsnämnd. Däremot anser jag, att nödig effekt ej skulle vinnas, därest — såsom flertalet av bostadsutredningens ledamöter föreslagit — särskild hälsovårdsnämnd göres obligatorisk blott i kommuner med mera än 3,000 invånare. I stället synes det mig lämpligare att gränsen i förevarande fall sättes vid det invånarantal, som förordats av reservanten, eller 1,500 personer. Härigenom vinnes jämväl överensstämmelse med den gräns, som är satt i fråga om skyldighet att välja kommunalfullmäktige. Emellertid torde vid en sådan gränsdragning ej kunna undvikas, att här och var särskild hälsovårdsnämnd

bleve obligatorisk, utan att egentligt behov därav förefunnes. Detta skulle kunna inträffa i sådana kommuner, där småbruk och bondgårdar förhärskar. Med hänsyn härtill och för vinnande av smidighet i systemet, anser jag möjlighet böra finnas för dylik kommun att erhålla undantag från den allmänna regeln om obligatorisk särskild hälsovårdsnämnd. Rätten att medgiva sådant undantag synes mig böra anförtros medicinalstyrelsen såsom den högsta tillsynsmyndigheten över den allmänna hälsovården i riket. Undantag torde böra medgivas endast där särskild hälsovårdsnämnd uppenbarligen ej kan anses fylla något verkligt behov; och bör det ankomma å medicinalstyrelsen att sörja för fullständig utredning i ärendet, bland annat genom inhämtande av yttrande av vederbörande länsstyrelse. För hälsovårdsområde med 1,500 invånare eller därunder bör särskild hälsovårdsnämnd kunna utses, där så prövas erforderligt.

Även bostadsutredningens förslag om beredande och föredragande ledamot för hälsovårdsärenden i kommun, där hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden, synes mig ägnat att leda till en förstärkning av den hälsovårdande myndigheten i dessa kommuner. Visserligen kan, såsom från något håll framhållits, i mindre kommun uppstå svårighet att för uppdraget erhålla person med nödiga kvalifikationer. Men ett ej ringa värde torde ligga enbart däri, att en ledamot av kommunalnämnden har till särskild uppgift att ägna sin uppmärksamhet åt de frågor, som röra hälsovården. Sådan ledamot kan efter hand skaffa sig noggrann kännedom om gällande författningsföreskrifter på området och förvärva en ingående praktisk erfarenhet i hithörande frågor. I flertalet fall torde för övrigt samarbete med erforderlig sakkunskap låta sig anordnas. Jag har därför ansett mig böra förorda även detta förslag.

Däremot har jag ej funnit mig kunna godtaga bostadsutredningens förslag om tillskapande av möjlighet att utbryta del av kommun till särskilt hälsovårdsområde. Först och främst synes det mig ej tillrådligt att på detta sätt taga ett steg i riktning mot mindre hälsovårdsområden, innan möjlighet föreligger att samtidigt närmare pröva de krav, som från flera håll framställts i motsatt riktning. Vidare synes det svårt att överblicka de konsekvenser ett dylikt sönderbrytande av den kommunala enheten skulle kunna få särskilt beträffande ekonomiska frågor. För övrigt läser bostadsutredningens förslag härutinnan bliva av väsentligt mindre betydelse, därest — såsom jag förordat — särskild hälsovårdsnämnd i regel skall finnas i kommun med mera än 1,500 invånare.

Med hänsyn till det resultat, vartill jag sålunda kommit vid prövningen av bostadsutredningens förevarande förslag, skulle ändring av 35 § hälsovårdsstadgan ej påkallas. Inom socialdepartementet upprättat förslag till ändring i hälsovårdsstadgan avser därför blott 36 §, däri införts de av mig förordade bestämmelserna om särskild hälsovårdsnämnd samt om beredande och föredragande ledamot för hälsoärenden i kommun, där hälsovårdsnämnden utgöres av kommunalnämnden. Över förslaget bör riksdagens yttrande in-

hämtas. De nya bestämmelserna har jag ansett böra träda i kraft den 1 januari 1936.

Till sist vill jag nämna, att vad bostadsutredningen anfört rörande anordnande av kurser för utbildning av hälsovårdstillsyningsmän synes mig värt beaktande. Frågan tarvar emellertid närmare utredning, varför med prövningen av densamma torde få anstå till en senare tidpunkt.

Omorganisation av distriktsvården.

Nuvarande organisation.

Om den statsunderstödda *distriktsvården* gälla de bestämmelser, som äro meddelade i kungörelsen den 30 april 1920 (nr 234) angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor med däri sedermera genom följande kungörelser vidtagna ändringar, nämligen den 26 september 1921 (nr 556), den 23 januari 1922 (nr 50), den 8 juni 1923 (nr 196), den 8 maj 1925 (nr 330), den 16 oktober 1925 (nr 418) samt den 9 maj 1930 (nr 133).

Enligt dessa bestämmelser kan statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor utgå till såväl landsting som landskommun eller sammanslutning av landskommuner. För att statsbidrag skall utgå fordras, att medicinalstyrelsen godkänt plan för vården. Sådan plan skall, då fråga är om landsting, omfatta den i landstingsområdet ingående landsbygden i dess helhet. Har landsting icke genomfört distriktsvård över hela landstingsområdet, kunna statsbidrag tillkomma kommuner för av dem anordnad distriktsvård. Har landstinget däremot genomfört distriktsvård på sätt nyss sades och erhållit statsbidrag till densamma, kan statsbidrag icke tilldelas inom landstingsområdet belägen kommun, som till äventyrs funnit sig föranlåten att anställa särskilda sjuksköterskor. Därest emellertid den av landstinget genomförda distriktsvården allenast avser vissa vårduppgifter, möter ej hinder för kommun att erhålla statsbidrag för organisation av distriktsvård, som avser andra uppgifter än den av landstinget anordnade vården. Inom ett landstingsområde kan alltså distriktsvården vara anordnad på ettdera av följande tre sätt. Antingen kan landstinget ha hand om hela denna vård eller kunna kommunerna eller vissa av dem, var för sig, anordna dylik vård eller också kan landstinget anställa sköterskor för speciella uppgifter, medan kommunerna anställa andra sköterskor för andra uppgifter. För närvarande finnes exempel på samtliga tre former. Område, inom vilket landsting, landskommun eller sammanslutning av landskommuner utövar distriktsvård, benämnes sjukvårdsområde.

För ledning av distriktsvården skall inom varje sjukvårdsområde finnas en styrelse. Vidare skall distriktsvården vara så anordnad, att de däri sysselsatta sköterskorna stå under förmanskap av provinsial- eller extra provinsialläkare. Dock kan medicinalstyrelsen på framställning av sjukvårdsområdes styrelse förordna annan läkare att vara förman för distriktssköterska.

Distriktssköterskas verksamhet skall i regel omfatta icke blott sjukvård i patienternas hem utan därjämte även socialhygieniska angelägenheter. Sålunda föreskrives i § 3 mom. 2 av ifrågavarande kungörelse, att statsbidrag i allmänhet utgår till avlöning endast åt distriktssköterska, vars tjänstgöring omfattar såväl alla de grenar av sjukvård, vilka kunna utövas i hemmen, som ock upplysande och rådgivande verksamhet i avseende å barnavård, bostadsvård och hälsovård. Emellertid må enligt samma författningsrum, då särskilda skäl därtill föreligga, statsbidrag beviljas för anställning jämväl av distriktssköterska, vars tjänstgöring omfattar allenast viss eller vissa grenar av sådan vård, som nu sagts.

Huvudvikten av distriktssköterskornas verksamhet har hittills även varit förlagd till sjukvården och deras utbildning har ock varit anordnad med särskild hänsyn härtill, ehuru under senare tid krav på ökad undervisning i socialhygien framkommit och i möjligaste mån beaktats. Undervisningen har meddelats vid statens distriktssköterskeskola.

Distriktssköterskornas löneförmåner skola omfatta en kontant begynnelse-lön om minst 500 kronor för år och en kontant slutlön efter tio års väl vitsordad tjänstgöring om 700 kronor årligen samt därjämte fri kost, fri möblerad bostad, fri värme, fritt lyse och fri tvätt eller ock kontant ersättning för nämnda naturaförmåner. Härutöver äga distriktssköterskorna av bemedlade personer, av vilka de anlitas för sjukvård eller rådfrågning, erhålla ersättning enligt taxa, som fastställes av styrelsen för sjukvårdsområdet, så ock rese-ersättning. Ersättning enligt taxa utgår dock i många fall ej längre. I allmänhetens såväl som distriktssköterskornas eget intresse har det nämligen flerstädes befunnits lämpligare att gottgörelse för dylikt arbete beretts distriktssköterskorna genom en skälig höjning av lönerna. För förrättningsresor till och från mindre bemedlade erhåller sköterskan ersättning av sjukvårdsområdet.

Statsbidraget till varje distriktssköterskas avlöning utgår med 500 kronor om året. Den 1 juli 1934 voro i det närmaste 700 distriktssköterskebefattningar tillförsäkrade statsbidrag. Dock hade endast 474 distriktssköterskor tillsatts. Av dessa äro ungefär hälften anställda av landsting och hälften av kommuner.

Jämväl den statsunderstödda *dispensärverksamheten* faller inom socialhygienens område. Om denna verksamhet äro bestämmelser meddelade i kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet, vilken kungörelse i viss del ändrats genom kungörelse den 10 maj 1929 (nr 84).

Dispensär, vilken utgöres av upplysnings- och understödsbyrå för tuberkulossjuka, skall förestås av legitimerad läkare. Är vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor, skall dispensären förestås av den läkare, som enligt samma bestämmelser är förman för nämnda sjuksköterska.

Dispensärsköterskas verksamhet är huvudsakligen förlagd till de tuberkulösa hem och äsyftar att inom dessa åstadkomma hygieniska förbättringar

ägnade att motverka tuberkulosens spridning. Dispensärsköterska har sålunda, bland annat, till uppgift att åt de sjuka förmedla erforderlig vård vid anstalter eller i hemmet och att vidtaga åtgärder för att barn från tuberkulösa hem må skyddas mot tuderkulosmitta. Bland sådana åtgärder må nämnas inackordering av barnen hos friska familjer eller förflyttning till barnhem o. s. v. Dispensärsköterska har härjämte att lämna upplysningar och undervisning rörande lämpliga åtgärder till tuberkulösa sjukdomars förekommande, beträffande bostadshygien, barns uppfödande och vård samt födans beskaffenhet och tillredning.

Vid dispensär anställda sjuksköterskor skola hava erhållit såväl fullgod allmän sjukvårdsutbildning som ock undervisning vid särskild dispensärkurs. Denna specialutbildning är numera densamma som för distriktssköterskor och meddelas vid statens distriktssköterskeskola.

Dispensärsköterskorna åtnjuta i allmänhet en lön, som står i paritet med de bäst avlönade distriktssköterskornas.

För dispensärens utgifter, avseende bland annat sjuksköterskearvoden och resor i dispensärens tjänst, utgår statsbidrag med högst en fjärdedel. Statsbidrag må dock icke utgå för den del av dispensärens utgifter, som utgöres av arvode till sådan vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt gällande bestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor.

För närvarande omhänderhaves eller understödes dispensärverksamhet av samtliga landsting utom landstinget i Blekinge län. Sistnämnda landsting lämnar dock Blekinge läns förening mot tuberkulos särskilt bidrag för bostadsinspektionens handhavande.

Antalet på landsbygden tjänstgörande dispensärsköterskor utgör för närvarande i runt tal 230.

Medicinalstyrelsens förslag.

Den allmänna utgångspunkten för medicinalstyrelsens förslag har varit att med tillhjälp av förefintliga organisationer söka bättre tillgodose de ökade krav på socialhygien — särskilt i fråga om moderskaps- och barnavård samt bostadsvård — som efter världskrigets slut alltmera gjort sig gällande. Styrelsens förslag äro alltså ej enbart föranledda av bostadsutredningens förenämnda skrivelse, ehuru givetvis densamma i ej ringa grad övat inflytande på förslagens slutliga utformande. Såsom åtgärder från det allmännas sida för en förbättrad s. k. förebyggande vård i förevarande avseenden har styrelsen föreslagit en omorganisation av distriktsvården och en omläggning av de däri anställda sjuksköterskornas utbildning.

Huvuddragen av medicinalstyrelsens förslag till *distriktsvårdens omorganisation* äro följande.

Enbart landstingen skola vara huvudmän för distriktsvården. Kommuner och sammanslutningar av kommuner skola alltså i möjligaste mån avkopplas från sin befattning med hithörande vård. Område, inom vilket

landsting anordnar distriktsvård, skall benämnas distriktsvårdsområde och en distriktssköterskas verksamhetsområde distrikt.

Såsom centralt organ inom varje distriktsvårdsområde skall fungera en distriktsvårdsstyrelse, bestående av fem ledamöter, nämligen förste provinsialläkaren i länet samt tre av landstinget utsedda ledamöter och en av medicinalstyrelsen utsedd ledamot. En av ledamöterna bör vara kvinna. Ersättare för ledamöterna skola utses till erforderligt antal. Instruktion för styrelsen fastställs av landstinget. Den omedelbara tillsynen över distriktssköterskorna skall liksom hittills åligga provinsial- och extra provinsialläkarna eller särskilda, av medicinalstyrelsen förordnade läkare.

Distriktsvården skall, såsom även nu är fallet, vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan.

I distriktssköterskas åligganden skall främst ingå upplysande och rådgivande verksamhet med avseende å barnavård i såväl spädbarns-, kolt- och lekåldern som skolåldern, moderskapsvård i den mån denna ej utövas av barnmorska, bostadsvård och personlig hälsovård. Hon skall därjämte i allmänhet ombesörja all sådan sjukvård, som kan utövas i hemmen. Hinder möter dock ej att anställa sköterska, vars tjänstgöring omfattar allenast viss eller vissa av nämnda vårdgrenar. Behovet av hemvård vid långvariga sjukdomsfall, som fordra ständig övervakning och vård genom sjuksköterska, bör i varje fall tillgodoses genom särskilda ambulatoriska sjuksköterskor. Åt en distriktssköterska inom varje distriktsvårdsområde må uppdragas att biträda distriktsvårdsstyrelsen med tillsyn över distriktsvården. Slutligen skall det av nuvarande dispensärsköterskor bedrivna s. k. fältarbetet (uppspanandet av tuberkulosfallen, barnprofylaxen, hemmens sanering m. m.), i den mån så lämpligen kan ske, övertagas av distriktssköterskorna. De i anledning härav för dispensärväsendet överflödiga dispensärsköterskorna skola inordnas i distriktsvården. Distriktssköterskornas tjänstgöringsförhållanden skola närmare regleras genom en av medicinalstyrelsen godkänd instruktion.

Distriktens storlek skall så avvägas, att vid fullt utbyggd distriktsvård i allmänhet en distriktssköterska kommer på omkring 3,000 invånare. Distriktsvården skall omfatta den i vederbörande landstingsområde ingående landsbygden jämte städer med högst 3,000 invånare.

Varje distriktssköterska föreslås skola äga i avlöning åtnjuta dels en kontant begynnelselön av minst 1,800 kronor för år jämte två ålderstillägg, vartdera å etthundra kronor, efter fem och tio års väl vitsordad tjänstgöring, dels ock kostnadsfritt följande naturaförmåner: möblerad bostad jämte erforderlig köksutrustning, värme och lyse samt tvätt eller ock ersättning för dessa naturaförmåner efter ortens pris. Bostaden skall omfatta minst ett rum och kök jämte nödiga uthus. Dessutom skall hon åtnjuta resekostnadsersättning i den ordning och omfattning, som distriktsvårdsstyrelsen bestämmer, varjämte hon skall äga rätt till en månads semester årligen.

För varje på dylikt sätt avlönad distriktssköterska föreslås landstingen skola erhålla statsbidrag med 1,000 (mot nuvarande 500) kronor per år. Därjämte skola kostnaderna för ålderstilläggen bestridas av statsmedel.

Övergången till den nya organisationen är avsedd att försiggå efter hand. Sålunda skall till av landsting redan anordnad distriktsvård eller dispensärverksamhet, till vilka enligt gällande bestämmelser statsbidrag kunnat utgå, sådant bidrag fortfarande kunna utgå, dock endast med 500 kronor för varje sjuksköterskebefattning. Motsvarande skall gälla beträffande av landskommun eller sammanslutning av landskommuner anordnad distriktsvård, till vilken statsbidrag redan utgått, dock högst under en tid av fem år från dagen för ikraftträdandet av de nya bestämmelserna och under förutsättning att landsting icke dessförinnan övertagit distriktsvården inom området. Sjuksköterska, som vid 1933 års början innehade befattning såsom distrikts- eller dispensärsköterska eller jämlikt äldre bestämmelser ägt söka och innehava statsunderstödd dispensärsköterskebefattning, skall äga rätt att innehava anställning som distriktssköterska i den nya organisationen, dock att sköterska, som icke genomgått statens distriktssköterskeskola, skall vara skyldig att efter medicinalstyrelsens anvisningar genomgå en för ändamålet anordnad kompletteringskurs.

I *motiveringen* till sitt förslag beträffande huvudmannskapet för distriktsvården framhåller styrelsen, att gällande bestämmelser genom att uppställa olika grupper av huvudmän i ej ringa mån hindrat en rationell utveckling av distriktsvården. I sådana län, där landskommuner blivit huvudmän för distriktsvården, hade denna utvecklats lokalt. Vissa kommuner, särskilt de större och ekonomiskt mera bärkraftiga, hade kunnat utnyttja statsbidraget och anordna dylik vård, under det att små eller fattiga kommuner, som kanske mest vore i behov av socialhygieniska åtgärder, icke mäktat detta. De på många områden förekommande svårigheterna med samarbete kommuner emellan hade även härvidlag gjort sig gällande. Styrelsen yttrar vidare:

Den omständigheten, att sjukhusvården är en landstingens angelägenhet med stora kostnader och förvaltningsbestyr, syntes hava bidragit till att landstingen på sina håll ställt sig dröjande och tvekande inför uppgifter på den öppna sjukvårdens område. En dylik uppdelning av huvudmannskapet för den slutna och den öppna sjukvården vore dock icke gagnelig för sjuk- och hälsovården i dess helhet. Under nuvarande förhållanden, då vissa landsting ställde sig helt utanför den öppna sjukvårdens uppgifter, sökte kommunerna avlasta så mycket sjukvård som möjligt på landstingens sjukvårdsinrättningar. Blev åter landstingen i princip huvudmän även för distriktssjukvården, komme den slutna och den öppna sjukvården att närmare knytas samman. En mera av sociala än medicinska indikationer föranledd sjukhusvård skulle ock härigenom kunna inskränkas. Vid en jämförelse mellan å ena sidan ett landstings kostnader för anläggningen av en sjukhusplats och dess underhåll med å andra sidan kostnaden för en distriktsköterskas avlöning torde — med beaktande av de många fördelarna av en rationell distriktsvård — några grundade ekonomiska betänkligheter icke längre kunna anföras såsom skäl för landstingens tvekan att åtaga sig huvudmannskapet för ifrågavarande vårdform. På anförda skäl funne medicinalstyrelsen såsom ett nytt villkor för erhållande av statsbidrag till distriktsvård böra föreskrivas, att landstingsområde skall utgöra distriktsvårdsområde och landsting vara huvudman för vården.

Vad angår utvidgning av distriktssköterskans verksamhet på moderskaps- och barnavårdens område, erinrar styrelsen till en början om den försöks-

verksamhet rörande för- och eftervård vid barnsbörd, som för närvarande bedrivs under styrelsens överinseende. Styrelsen framhåller, att något slutgiltigt omdöme om denna försöksverksamhet ännu icke kan fällas, men att styrelsen med ledning av en i de olika försöksdistrikten verkställd inspektion kommit till den uppfattningen, att distriktsorganisationen finge anses lämplig för en vidgad verksamhet på ifrågavarande område under förutsättning, att distriktens omfång begränsades och sköterskorna erhöles ökad utbildning i såväl barnavård i allmänhet som barnsjukvård.

Beträffande bostadsinspektion och bostadsvård genom distriktssköterskorna anför styrelsen följande allmänna synpunkter.

Upplysningsverksamhet angående bostadsvård ingår visserligen redan nu i distrikts- och dispensärsköterskornas åligganden. Särskilt vid dispensärerna har i viss utsträckning sjuksköterskornas lämplighet för verksamhet på bostadshygienens område redan prövats. Dispensärsköterskorna hava — med sin i stor utsträckning på förebyggande vård inriktade verksamhet — väl fyllt sina uppgifter enligt givna riktlinjer för denna verksamhet. Nämnas må, att dessa uppgifter, förutom upplysande verksamhet rörande bostadens vård, såsom rådgivning rörande betydelsen av renlighet, städning, vädring etc. samt övriga sätt att tillvarataga bostädernas hygieniska möjligheter, omfatta rapportgivning till dispensären angående bostädernas beskaffenhet. I dessa rapporter ingår till exempel inom vissa län upprättandet av planskiss av bostaden med angivande av mått, antal fönster och dessas storlek, väggbeklädnad samt golvbeläggning, ävensom anmärkande av bristfälligheter såsom drag, fukt o. dyl. Distrikts- och dispensärsköterskor äro också de inom den nuvarande hälsovårdsorganisationen verksamma funktionärer, som bostadsutredningen för närvarande ifrågasatt lämpliga att medverka vid genomförandet av en förbättrad allmän hälso- och sjukvård å landsbygden. Även om någon ny uppgift beträffande bostadshygien icke skulle komma att härigenom tilldelas ifrågavarande sjuksköterskor, skulle dock antydde medverkan från deras sida bliva långt mera krävande och ansvarsfull än det arbete, dessa sjuksköterskor redan nu utföra för bostadsvården.

För en bostadsinspektion, sådan denne utbildats i våra större städer erfordras i regel funktionärer, som äga — utöver en allmän förmåga att bedöma beskaffenheten av en byggnad — jämväl så omfattande byggnadsteknisk kompetens, att de kunna i detalj föreslå erforderliga åtgärder för avhjälpan av brister hos en byggnad och avfatta sina förslag på sådant sätt att vederbörande myndighet kan lägga dylika förslag till grund för sina beslut.

Anställdes även på landsbygden specialutbildade, uteslutande för bostadsinspektionen verksamma befattningshavare, skulle detta självfallet medföra fördelar. Djupare insikter i bostadshygien och större förtrogenhet med byggnadstekniska spörsmål äro ägnade att giva ökad auktoritet åt verksamheten och fylligare underlag för vederbörande myndighets handhavande av till bostadsinspektionen hörande angelägenheter.

För en bostadsinspektion med krav på byggnadstekniskt utbildade organ skulle ifrågavarande sjuksköterskor endast undantagsvis kunna användas. Genom bostadsutredningens skrivelse ävensom under överläggningar i ämnet med representanter för bostadsutredningen har emellertid blivit upplyst, att bostadsutredningen icke åsyftar en bostadsinspektion med sådan byggnadsteknisk kompetens som nu antytts. Vad man från dess sida önskar är en kontinuerlig, på en gång rådgivande och övervakande verksamhet i bostadshygienens tjänst, med uppmärksamheten fäst på befintliga brister, för att i den mån dessa brister icke omedelbart efter av sjuksköterskorna givna an-

visningar kunna avhjälpas, bringa dem till vederbörande myndigheters kännedom. Med bibehållande av dispensär- respektive distriktssköterskorna nu åvilande andra uppgifter skulle dessa sjuksköterskors verksamhet även kunna inrymma från bostadsutredningens sida angivna syftemål.

Villkor för nöjaktigt uppfyllande av dispensär- och distriktssköterskornas uppgifter i bostadshygienens tjänst äro, även med denna begränsning, en förbättrad utbildning och efter den ökade arbetsbördan avpassade tjänstgöringsområden. Sjuksköterskornas verksamhet i detta avseende skulle nämligen icke enbart inskränka sig till en rådgivning i hemmen. Sjuksköterskorna måste även kunna nöjaktigt beskriva iakttagna fel och brister samt vid förefallande behov uppsätta rapport till vederbörande myndighet därom. De böra, om så påfordras, kunna biträda den lokala hälsovårdsmyndigheten vid handläggning av ärenden tillhörande bostadshygienen och äga nog om-döme att kunna skilja på fall, vilka kunna avhjälpas, utan myndighetens medverkan, och sådana som påkalla dess ingripande. Större fordringar lär man icke i detta avseende böra ställa på en funktionär, till vars uppgifter jämväl skulle höra en mycket omfattande verksamhet på sjuk- och hälsovårdens områden i övrigt.

Medicinalstyrelsen finner för sin del, att vid ställningstagandet till organisationen av en bostadsinspektion på landsbygden även andra synpunkter än de här ifrågavarande funktionärernas kompetens böra tagas under ingående övervägande. Tänker man sig speciellt för bostadsinspektionen tekniskt utbildade inspektörer eller inspektriser, torde deras besök, då ekonomiska hänsyn sannolikt förhindra att ett flertal dylika funktionärer tillsätts för varje län, bliva ganska sparsamt återkommande. Anförtros däremot sådan inspektion åt dispensär- respektive distriktssköterskor, kan tillsynen bliva mera kontinuerlig och desamma uppnå större förtrogenhet med ortsförhållandena än nyssnämnda byggnadstekniskt utbildade funktionärer. En organisation med inspektörer av sistnämnda slag komme även att medföra den olägenheten, att flera offentliga funktionärer skulle för likartade uppgifter besöka en och samma bostad. Det får icke heller förbises, att begreppet inspektion i den allmänna uppfattningen framstår såsom något föga tilltalande.

Nu framlagda synpunkter avse förnämligast verksamheten bland lantbefolkningen. Erinras må emellertid om att verksamheten beträffande bostadshygienen kan uti tätt bebodda samhällen såsom industricentra o. dyl. — med förhållanden jämförliga med städernas — bliva så omfattande och krävande, att densamma lämpligen bör anförtros åt särskilda funktionärer och sålunda en fördelning av det socialhygieniska arbetet på skilda händer äga rum.

Under förutsättning att kravet på byggnadstekniska insikter för sjuksköterskornas del icke ställes högre än ovan antytts, synas de bostadshygieniska uppgifter, som bostadsutredningen åsyftat, kunna anförtros sjuksköterskorna ifråga. En revision av gällande undervisningsplan för distriktssköterskeundervisningen med syfte att bibringa ökade kunskaper blir, såsom förut framhållits, en väsentlig förutsättning för tillskapandet av möjligheter för sådan medverkan. Även om den kommande erfarenheten skulle visa, att på så sätt utbildade sjuksköterskor icke i önskvärd utsträckning fylla sin uppgift inom bostadshygienen, har likvisst någon ny organisation icke blivit tillskapad. Den ökade utbildning, som ansetts erforderlig för sjuksköterskornas medverkan inom bostadshygienen i antydd utsträckning, måste emellertid, med hänsyn till den stora betydelse en förbättrad bostadshygien har för hälsovården i dess helhet, vara erforderlig under alla omständigheter.

Till stöd för sitt förslag, att distriktssköterskorna i viss utsträckning skola övertaga det av nuvarande dispensärsköterskor bedrivna fältarbetet, framhåller styrelsen bland annat, att den socialhygieniska undervisningen ävensom många viktiga arbetsuppgifter, främst inom barna- och bostadsvården, äro gemensamma för distrikts- och dispensärsköterskorna. Styrelsen förmenar ock, att någon djupare artskillnad icke föreligger mellan de båda sköterskegruppernas arbete än den, att dispensärsköterskornas arbete är inriktat på en viss sjukdom (tuberkulosen), medan distriktssköterskornas arbetsfält omfattar alla sjukdomar, samt erinrar, att dispensär- och distriktsvårdsuppgifterna i Norrbottens län sedan flera år i viss omfattning ombesörjas av samma funktionärer. Styrelsen yttrar vidare:

En sådan förening av dispensär- och distriktsskötersketjänsterna kan visserligen tänkas medföra, att det förebyggande tuberkulosarbetet i viss mån får stå tillbaka i och 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. Län finnas emellertid (till exempel Södermanlands län), där dispensärernas arbete minskat i den grad, att en inskränkning av dispensärsköterskornas antal är starkt ifrågasatt, för så vitt de icke kunna tilldelas även andra arbetsuppgifter inom hälsovårdens område. I vissa andra län i rikets södra del, vilka beträffande tuberkulosens ringa förekomst kunna jämföras med Södermanlands län, 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 emellertid, att ledningen för dispensär- och distriktsvården inom ett distrikt ligger hos samme läkare. I det stora flertalet län möter dock härför inga svårigheter, enär vederbörande tjänsteläkare tjänstgör inom såväl distrikts- som dispensärvården.

Såsom allmän bakgrund till sitt förslag att hos en och samma sköterska förena så många uppgifter inom både hälso- och sjukvård framhåller styrelsen, att det i praktiken icke torde vara möjligt att strängt skilja på sjukvårdande och hälsovårdande verksamhet, enär de båda verksamhetsformerna vore nära förbundna med varandra, samt att det flerstädes visat sig vara lättast, att vid de tillfällen, då sjukdom i hemmen förelegat, komma i sådan förbindelse med befolkningen, som erfordras för att få densamma att inse vikten och betydelsen av förebyggande åtgärder jämväl inom den allmänna hälsovårdens område. Styrelsen påpekar vidare, att besök på ett och samma ställe av ett flertal olika funktionärer vore ägnat att väcka motvilja och även förvirring, därest mot varandra stridande råd och anvisningar meddelades av olika funktionärer angående för skilda verksamhetsgrenar gemensamma eller närliggande spörsmål. Medicinalstyrelsen

anser att, särskilt då det gäller landsbygden, en inom ett visst begränsat område verksam och för samtliga uppgifter gemensam befattningshavare är att föredraga. Även om specialutbildningen inom de olika grenarna i viss mån måste inskränkas, uppvägs denna svaghet av de praktiska fördelar, enhetligheten i sig innebure. Styrelsen hade icke heller bortsett från att olägenheter kunde uppstå så tillvida att t. ex. sjukvården kunde fånga sköterskans intresse till men för hennes socialhygieniska verksamhet eller tvärtom, men risken härför syntes dock styrelsen minskas därigenom att sköterskans utbildning bleve väl avvägd med hänsyn till de olika arbetsuppgifterna.

I fråga om distriktens storlek yttrar styrelsen bland annat:

Erfarenheten har givit vid handen, att sjuksköterskorna i stora distrikt varit i mindre utsträckning upptagna av arbete, särskilt inom den förebyggande vården, än samma funktionärer i mindre distrikt. Detta har särskilt varit fallet där sjuksköterskans station varit förlagd till en stad. I ett sådant distrikt med stor ytvidd har det i vissa fall förekommit, att sjuksköterskans arbetstid i stor utsträckning upptagits av långvarig sjukvård i hemmen, ofta hos andra sjuka än de obemedlade. Följden härav har blivit att fattiga och i utkanten av distrikten boende personer endast tillfälligtvis kommit i åtnjutande av sjuksköterskans hjälp och biträde. Den kommitté, som på sin tid hade utredningen rörande ordnandet av distriktsvården om hand, beräknade, att distriktet i genomsnitt skulle komma att omfatta 3,000 invånare. Erfarenheten har ock visat, att i distrikt av ungefär denna storlek sjuksköterskornas verksamhet gjort sig bäst gällande. Beräknas sammanlagda antalet invånare på landsbygden, inklusive städer om högst 3,000 invånare, uppgå till något mera än 4 miljoner, blir med nyssnämnda proportion — en distriktssköterska på omkring 3,000 invånare — det för hela landet erforderliga antalet distriktssköterskor omkring 1,400. På sina håll och särskilt i kommuner med industriella anläggningar torde man möjligen komma att påfordra mindre distrikt, sådana som redan nu förekomma, under det att distrikt av annan typ lämpligen böra göras större än det ovan angivna genomsnittsdistriktet.

Styrelsen tillägger, att då vederbörande provinsialläkare i allmänhet äro distriktssköterskornas förmän, bör provinsialläkardistriktet i möjligaste mån tagas till utgångspunkt för distriktsindelningen. Därigenom undvikes, att en sköterska får flera förmän, varjämte distriktsvårdens utbyggande även i övrigt underlättas.

Vad angår distriktssköterskans avlöningsförmåner erinrar styrelsen, att vid den tidpunkt, då nuvarande avlöningsförmåner bestämdes, betraktades distriktssköterskans verksamhet delvis såsom en form av välgörenhet. En efter hand uppkommen förändrad uppfattning av sjuksköterskeverksamhetens natur ävensom förändrade förhållanden på löne marknaden hade emellertid återverkat på distriktssköterskornas löner och i viss mån stegrat dessas belopp. Ett försök att beräkna den genomsnittliga nivå, vid vilken de kontanta lönerna för närvarande läge, försvarades av olika omständigheter. Styrelsen hade emellertid med beaktande av samtliga omständigheter beräknat, att ifrågavarande sköterskor för närvarande uppbur

en kontant begynnelse-lön, exklusive bostadsförmån men inberäknat ersättning enligt taxa, av i genomsnitt 1,800 kronor. Styrelsen funne skälighet, att nu nämnda belopp fastställdes som begynnelse-lön för distriktssköterska i den nya organisationen. Med de föreslagna ålderstilläggen bleve slutlönen 2,000 kronor. Medeltalet mellan begynnelse-lön och slutlön bleve 1,900 kronor. Uppskattades förmånerna av bostad, bränsle och lyse till 360 kronor för år, bleve alltså sammanlagda utgifterna för distriktssköterskas avlöning och underhåll i medeltal (1,900 + 360) 2,260 kronor.

Med utgångspunkt härifrån anför styrelsen till stöd för det föreslagna statsbidraget i huvudsak följande.

I anledning av den faktiska stegringen av distriktssköterskornas avlöningsförmåner i jämförelse med vad tidigare beräknades motsvarade statsbidraget icke längre, såsom från början var avsett, en tredjedel av de totala kostnader, som anställning av en distriktssköterska under normala förhållanden kunde beräknas draga. Då avlöningsförmånerna i medeltal uppginge till ett värde av 2,260 kronor, borde rätteligen statsbidraget utgöra 753 kronor. Av olika skäl borde detsamma emellertid ytterligare höjas. Med hänsyn till landstingens skyldigheter beträffande den slutna sjukvården kunde det anses, att kostnaderna för distriktsvården lämpligen borde fördelas på så sätt, att vederbörande landsting bidroge till den del av kostnaderna, som motsvarade den sjukvårdande verksamheten, under det att kostnaderna för distriktsvården i övrigt, omfattande den förebyggande vården, bostadsvården etc., borde täckas av statsmedel. Sistberörda grenar av hälsovårdsarbete, som i stor utsträckning avse det uppväxande släktet, vore, liksom hygieniskt arbete i allmänhet, ställda på lång sikt och syntes med hänsyn därtill böra bliva en uppgift för staten. Ehuru i praktiken en sådan uppdelning mötte svårigheter, då hälso- och sjukvård vore nära förbundna med varandra, vore det dock, enär en mångfald staten närmast tillkommande uppgifter på socialhygienens område enligt styrelsens förslag hädanefter skulle ombesörjas av distriktssköterskorna, berättigat att med stöd av nämnda princip till staten överflytta en del av de bidrag, som nu utginge från landsting och kommuner. Vidare vore det över huvud taget otänkbart att genomföra en organisation som den föreslagna, utan att staten skänkte densamma ett rikligt tillmätt understöd. Fastställdes statsbidraget till det av medicinalstyrelsen angivna beloppet, skulle den föreslagna organisationen redan från början få en fast ekonomisk grund att bygga på. Ett ytterligare skäl för höjning vore, att nationalföreningen mot tuberkulos, enär dispensärverksamheten nu överskridit försöksstadiet och befunnits oumbärlig och därför borde ingå i statens och landstingens ordinarie budget, nyligen beslutat successivt indraga sina understöd till verksamheten. Vad särskilt anginge ålderstilläggen, skulle, därest staten åtog sig utgifterna för dem, vinnas enhetlighet i fråga om dessas utgående, så att en distriktssköterska kunde erhålla dylikt tillägg, oberoende av inom vilket distriktsvårdsområde hon först vunnit anställning. Till de landstingsområden, som ville kvarstå i den äldre organisationen, borde statsbidrag endast utgå med 500 kronor för varje distrikts- eller dispensärsköterska, detta för att kraftigt sporra landstingen att införa den nya organisationen.

Till belysande av kostnaderna för förslaget genomförande, jämfört med gällande organisation såsom den nu är utbyggd och såsom den är avsedd att utbyggas, hänvisar styrelsen till följande sammanställning:

Organisationsform	Totalkostnad Kronor	Statens bidrag Kronor	Beräknat antal sköterskor
1) <i>Nuvarande</i>	1,130,000 + 452,000 1,582,000	250,000 + 110,000 360,000	500 distriktssköterskor. 200 dispensärsköterskor.
2) <i>Nuvarande</i> (men fullt utbyggd betr. distr.-sköterskorna)	2,938,000 + 452,000 3,390,000	650,000 + 110,000 760,000	1,300 distriktssköterskor. 200 dispensärsköterskor.
3) <i>Omorganisationsförslaget</i> (med 700 sjuksköterskor = nuvarande disp.-o. distr.-sköterskor)	1,582,000	770,000	700 sköterskor.
4) <i>Omorganisationsförslaget</i> (fullt utbyggt)	3,164,000	1,540,000	1,400 sköterskor.

Styrelsen tillägger, att dessa uppgifter synas närmast tala för, att ett förenande av distrikts- och dispensärvård hos samma befattningshavare sannolikt kommer att ställa sig billigare än om var vårdgren för sig utbygges efter nu angivna linjer. Styrelsen betonar ock, att en distriktsvård av den omfattning, styrelsen föreslagit, med all sannolikhet kommer att öppna möjlighet för en begränsning av antalet sjukhusplatser till det oundgängligen erforderliga och sålunda indirekt medföra en minskning i det allmännas sjukvårdskostnader.

Som medicinalstyrelsen framhållit, förutsätter den av styrelsen föreslagna omorganisationen av distriktsvården i viss mån en omläggning av nuvarande distriktssköterskeutbildning. Styrelsen har ock till komplettering av sitt organisationsförslag framlagt en ny plan för *utbildningen av distriktssköterskor*.

Enligt gällande reglemente för statens distriktssköterskeskola av den 10 december 1920 (nr 813) kan inträde vid skolan vinnas endast av den, som genomgått av staten godkänd sjuksköterskeskola. Distriktssköterskeskolan utgör sålunda en påbyggnad å de godkända sjuksköterskeskolorna med syfte att meddela sjuksköterskor den specialutbildning, som kan vara erforderlig för blivande distriktssköterskor. I distriktssköterskeskolans studieplan, som är ettårig, ingår, förutom undervisning i vissa socialhygieniska ämnen, tjänstgöring i olika grenar av sjukvård såsom epidemivård, sinnessjukvård, barnavård, vanförevård samt dessutom utbildning i huslig ekonomi och matlagning. Skolans styrelse kan dock befria en elev från deltagandet i undervisningen i visst ämne, vari eleven visar sig besitta erforderliga kunskaper.

Under de senare åren hava allt flera elever kunnat erhålla sådan befrielse, enär de redan i sjuksköterskeskolorna erhållit undervisning i många av de i distriktssköterskeskolans undervisningsplan ingående specialgrenarna av sjukvården. Den rastlöst fortskridande utvecklingen inom läkekonstens skilda områden har nämligen medfört betydligt ökade anspråk på sjuksköterskornas yrkeskunnighet och föranlett sjuksköterskeskolorna att under de senare åren betydligt utvidga sina lärokurser. Utbildningstiden vid dessa skolor är numera i allmänhet 3-årig, varav de två första åren avse allmän sjukvårdsutbildning och det tredje året utbildning i åtskilliga grenar av

specialsjukvård. Till grund för undervisningen har medicinalstyrelsen utarbetat en allmän plan i syfte att under denna tid tillförsäkra eleverna fullständigast möjlig sjukvårdsutbildning.

För att bereda blivande distriktssköterskor möjlighet till fullständig utbildning under samma tidsperiod, som nu angivits, har medicinalstyrelsen utarbetat en särskild plan för de av sjuksköterskeskolornas elever, som önska bereda sig för distrikts- respektive dispensärsköterskeverksamhet, med den erforderliga specialutbildningen för dessa elever förlagd till distriktsköterskeskolan. Utbildningen i övrigt skall vara densamma som för skolans övriga elever. Den praktiska utbildningen är enligt planen avsedd att omfatta tjänstgöring vid medicinsk och kirurgisk avdelning, operationsavdelning eller kirurgisk poliklinik, barnbördshus eller barnbördsavdelning, sinnessjukhus eller sinnessjukavdelning, epidemisjukhus samt sanatorium eller tuberkulosavdelning.

I enlighet härmed har i den föreslagna planen för distriktssköterskeskolan den rena sjukvårdsutbildningen i stort sett kunnat utgå och den socialhygieniska undervisningen i stället utvidgas. Elever, som tidigare icke erhållit tillräcklig utbildning å barnsjukhus, måste dock genomgå en av skolan anordnad kurs i barnsjukvård à 6 månader. Utbildningen i socialhygien omfattar 6 månader, fördelad på lika lång teoretisk och praktisk undervisning. Den teoretiska undervisningen har utökats från nuvarande 160 till 275 föreläsningstimmar. Av dessa äro 105 avsedda för personlig och allmän hygien samt vissa därmed besläktade ämnen, 75 för samhällskunskap samt social och medicinsk lagstiftning, 25 för moderskaps- och barnavård, 10 för invalid- och vanförevård, 15 för distriktsvård och andra ämnen samt 45 för undervisnings- och demonstrationsövningar. Den praktiska utbildningen, som f. n. huvudsakligen består av en månads tjänstgöring å dispensär, har i förslaget utökats med tjänstgöring i bostadsinspektion, moderskapsvård och barnavård samt skolsköterskearbete.

Ett genomförande av den föreslagna planen för distriktssköterskeskolan har av medicinalstyrelsen beräknats medföra en ökad kostnad för skolan av 1,000 kronor per kurs, eller en höjning från nuvarande 18,000 till 19,000 kronor. Styrelsen vill emellertid ifrågasätta, huruvida icke åtminstone under de närmast följande åren två eller flera sådana kurser böra anordnas för att underlätta den föreslagna omorganisationens genomförande. Med två kurser om året skulle kostnaden bli 38,000 kronor och med tre kurser 57,000 kronor.

Härutöver föreslår styrelsen anordnande av särskilda kompletteringskurser för dem av de nuvarande distriktssköterskorna, som icke genomgått statens distriktssköterskeskola. En dylik kurs beräknas omfatta 50 undervisningstimmar och draga en kostnad av 1,500 kronor, förutsatt att lokalfrågan ordnas utan särskild kostnad. Därest två sådana kurser anordnades årligen under de närmast följande åren och till varje kurs avdelades 40 sköterskor, skulle enligt styrelsen kompletteringen av de dispenserade sköterskornas utbildning kunna genomföras inom loppet av fyra år.

Med utgångspunkt från den på detta sätt planlagda undervisningen har medicinalstyrelsen utarbetat förslag till ändring i vissa delar av reglementet för statens distriktssköterskeskola samt av kungörelsen den 30 april 1920 (nr 233) med vissa bestämmelser angående statens godkännande av sjuk sköterskeskolor och sjuksköterskebyråer. I samband härmed har styrelsen bland annat föreslagit, att i sistnämnda kungörelse intagna stadganden om arbetsförmedling åt sjuksköterskor (§§ 6—11) skola utbrytas till en särskild kungörelse.

Till sist må nämnas, att styrelsen i sin förenämnda skrivelse den 4 maj 1933 tillkännagivit sin avsikt att inom närmaste framtiden inkomma med förslag till omorganisation av *dispensärverksamheten* i de delar, vilka efter genomförandet av den nya distriktsorganisationen icke anses kunna ombe sörjas genom distriktssköterskorna.

***Bostadsutredningens yttrande över
medicinalstyrelsens förslag.***

Bostadsutredningen erinrar inledningsvis, att då utredningen övervägt frågan om lämpligt organ för handhavande av den rådgivande, upplysande och övervakande verksamhet i avseende å landsbygdens bostäder, som vore erforderlig, hade utredningsmännen ansett, att man i första hand borde söka för detta ändamål utnyttja redan befintliga organ. Tidigare hade anförts vissa skäl mot att hälsovårdsnämndernas nuvarande skyldigheter i fråga om tillsynen över landsbygdens bostäder på så sätt utökades, att nämnderna gjordes till organ för den kontinuerliga bostadsövervakningen, ävensom emot tjänsteläkarnas anlitande för dylik verksamhet. Och vad anginge bostadsinspektörer eller bostadsinspektriser för landstingsområden hade framhållits, att genom dylika den erforderliga kontinuiteten i övervakningen icke ernåddes. Vad som enligt bostadsutredningens mening med nödvändighet måste läggas till grund för en effektiv bostadsövervakning på landsbygden vore en organisation med inom smärre områden oavlätligt sysselsatta funktionärer, vilka därjämte borde vara självständiga i förhållande till de kommuner, inom vilka de verkade. Redan tidigt hade bostadsutredningen uppmärksamheten riktad på den för närvarande å landsbygden praktiserande vårdpersonalen, i första hand distrikts- och dispensärsköterskorna, då det föreföll bostadsutredningen antagligt, att denna skulle kunna på ett effektivt och samtidigt smidigt sätt utföra den ifrågasatta verksamheten. Härför syntes dock i viss mån erfordras en omläggning av nuvarande organisation och utbildning inom ifrågavarande vårdgrenar i syfte att dels bereda arbetet i den allmänna hälsovårdens tjänst en mera framskjuten plats än hittills, dels göra sköterskorna oberoende av kommunerna, dels ock söka åstadkomma en ordnad samverkan mellan sköterskorna och hälsovårdsmyndigheterna.

Främst ur nu angivna synpunkter har bostadsutredningen underkastat medicinalstyrelsens förslag en genomgående granskning. Utredningen har

därvid funnit sig kunna i allt väsentligt biträda styrelsens förslag. Med avseende å *organisationen* konstaterar utredningen sålunda bland annat, att genom styrelsens förslag det hälsovårdande arbetet skulle bli en uppgift för distriktsvården, fullt jämställd med sjukvården, utan att sjukvården därför bleve lidande, ävensom att distriktssköterskorna genom distrikts- och dispensärvårdens överflyttande på landstingen skulle bli fullt självständiga i förhållande till de landskommuner, inom vilka de skola verka. Bostadsutredningen framhåller vidare som sin uppfattning, att genom den av styrelsen föreslagna föreningen av distrikts- och dispensärvården betingelser skulle skapas för en enhetlig och i möjligaste mån likformig utveckling av den förebyggande hälso- och hemsjukvården å landsbygden, varav i sin tur kunde förväntas större effekt i arbetet.

Bostadsutredningen, som sålunda finner den av medicinalstyrelsen föreslagna distriktsorganisationen väl ägnad för handhavandet av den kontinuerliga bostadstillsynen, säger sig emellertid härvid förutsätta, att den bostadshygieniska verksamheten i viss utsträckning bedrivs som självständig verksamhet och att i instruktionerna för distriktssköterskornas tjänstgöringsförhållanden, så fram fråga ej är om specialsköterskor med annan uppgift än bostadsvården, inrymtes föreskrift, enligt vilken distriktssköterskorna äro skyldiga att vid särskilda tillfällen årligen uteslutande bedriva bostadshygienisk verksamhet efter på förhand uppgjorda, av vederbörande distriktsvårdsstyrelser godkända planer. Utredningen föreslår ock utförligare bestämmelser rörande distriktssköterskas rapportskyldighet i syfte att ernå erforderlig samverkan mellan de olika organen i bostadshygienens tjänst. Härvid anför utredningen i huvudsak följande:

En distriktssköterska förfogar icke själv över några legala maktmedel för att bliva åtlydd. Det kan ej heller gärna anses lämpligt att utrusta henne härmed, giva henne rätt att meddela förelägganden och dylikt. Hennes möjligheter inskränka sig alltså till att påpeka bristfälligheter och att giva råd och upplysningar samt därigenom söka i godo komma tillrätta med förefintliga missförhållanden. Givet är, att detta är det medel, som bör i första hand prövas. Vinnes emellertid icke framgång härmed äro också distriktssköterskans möjligheter uttömda och ärendet måste bringas under myndigheternas prövning. I sådana fall bör det enligt bostadsutredningens mening, såvida saken ej är av ringa betydenhet, åligga sköterskan att göra anmälan om förhållandet hos vederbörande hälsovårdsnämnd. Vidtager i sin tur hälsovårdsnämnden icke erforderliga åtgärder i anledning av sköterskans anmälan, bör den sistnämnda vara skyldig att härom underrätta sin närmaste förman, alltså i regel provinsialläkaren, ävensom distriktsvårdsstyrelsen. Jämlikt sin instruktion har ju provinsialläkare att övervaka bostädernas beskaffenhet inom distriktet. Han skall också, då sanitärt missförhållande föreligger, allt efter sakens beskaffenhet söka bereda rättelse eller anmäla förhållandet till förste provinsialläkaren. Kan provinsialläkare, till vilken distriktssköterska gjort anmälan, icke på annat sätt åstadkomma rättelse, bör han således anmäla saken till förste provinsialläkaren, varigenom också distriktsvårdsstyrelsen, däri förste provinsialläkaren är ledamot, lär erhallå kännedom om förhållandet. Förste provinsialläkaren kan i sin ordning vidtaga erforderliga åtgärder, i sista hand genom att göra anmälan till

länsstyrelsen. Denna har att, där sådant finnes vara av nöden, förelägga lämpliga viten. Distriktsvårdsstyrelsen, vilken direkt från sköterskorna erhåller uppgifter angående de fall, som anmälts till provinsialläkarna kan slutligen genom hänvändelse till dessa bereda sig kännedom om de åtgärder, de vidtagit i anledning av anmälningarna.

Bostadsutredningen tillägger, att därest rapportskyldighet, på sätt utredningen föreslagit, stipuleras i de för distriktssköterskorna gällande instruktionerna, torde förutsättningar ha skapats för ett effektivt bostadsövervakande arbete på landsbygden. Det finge nämligen antagas, att genom de föreslagna åtgärderna de myndigheter och funktionärer, som det redan nu ålège att öva tillsyn över bostadsförhållandena, skulle på ett helt annat sätt än hittills, tack vare ordnad samverkan, bliva sysselsatta på detta område.

Beträffande *utbildningen* har bostadsutredningen inhämtat, att enligt medicinalstyrelsens mening eleverna under den praktiska tjänstgöringen skulle erhålla utbildning under en månad i vart och ett av ämnena bostadsinspektion, dispensärvård samt moderskaps- och barnavård, ävensom att eleverna härutöver — och alltså utöver den ordinarie tiden för den praktiska tjänstgöringen — skulle beredas tillfälle att tjänstgöra som auskultanter i vissa instruktionsdistrikt på landsbygden, där ledningen av arbetet handhades av lämplig distriktssköterska. Med utgångspunkt härifrån och från den av medicinalstyrelsen föreslagna undervisningsplanen för distriktssköterskeutbildningen i övrigt har bostadsutredningen verkställt en jämförelse mellan å ena sidan den utbildning, som distriktssköterskorna sålunda skulle erhålla, och å andra sidan dels den undervisning, som vid socialpolitiska institutet i Stockholm lämnas i allmän hälso- och sjukvård jämte bostadshygien, dels ock den utbildning i hygien, som lämnas våra blivande läkare. Rörande resultatet av denna jämförelse anför utredningen:

Av en jämförelse, begränsad, på sätt ovan skett, till allenast en viss utbildningsgren, kan man icke draga några säkra slutsatser angående vederbörandes större eller mindre lämplighet att vara verksamma på det område, den ifrågavarande specialutbildningen avser, ty otvivelaktigt spelar även utbildningen i övrigt en betydelsefull roll liksom också vissa andra faktorer. Emellertid är det tydligt, att den utbildning i bostadshygien och närstående ämnen, som distriktssköterskorna skulle erhålla enligt medicinalstyrelsens plan, ingalunda står tillbaka för vare sig motsvarande utbildning, vilken lämnas eleverna vid socialinstitutet, eller — åtminstone kvantitativt sett — den hygieniska undervisning, som meddelas de blivande läkarna. Såvitt bostadsutredningen har sig bekant, ha krav icke rests på utökning av den vid socialinstitutet lämnade bostadshygieniska utbildningen, ehuru förutvarande elever vid nämnda institut i viss omfattning tagas i anspråk för städernas bostadsinspektion. Bostadsutredningen har också — under beaktande tillika av utbildningen i övrigt samt andra för frågan betydelsefulla omständigheter — funnit den av medicinalstyrelsen för distriktssköterskorna föreslagna utbildningen kunna betecknas såsom tillräcklig för att giva sköterskorna möjlighet att — med år från år ökad erfarenhet och insikt — på ett tillfredsställande sätt utöva en lokalt anordnad, kontinuerlig bostadstillsyn.

Med hänvisning härtill förordar bostadsutredningen, att tillräckliga medel ställas till styrelsens förfogande för anordnande av flere, minst tre kurser årligen vid distriktssköterskeskolan i syfte att fortast möjligt utfylla nuvarande luckor i distriktsvården. Bostadsutredningen tillstyrker jämväl de av medicinalstyrelsen föreslagna kompletteringskurserna för nuvarande distriktsköterskor.

Vad slutligen angår den *ekonomiska sidan* av medicinalstyrelsens förslag tillstyrker bostadsutredningen den föreslagna höjningen av statsbidragen. I princip torde, yttrar bostadsutredningen, vara riktigt att kostnaderna för distriktsvårdens uppgifter i allmän hälsovård bestridas av staten, medan med hänsyn till skyldigheterna beträffande den slutna kroppssjukvården på landstingen falla kostnaderna för den sjukvårdande verksamheten. Härav följer också, att statsbidrag till de av medicinalstyrelsen ifrågasatta ambulera sjuksköterskorna för långvariga sjukdomsfall icke bör utgå, desto mindre som anställandet av dylika sjuksköterskor direkt torde inverka på behovet av fasta sjukvårdsplatser. Utredningen understryker, att styrelsens förslag att höja statsbidraget icke i och för sig medför kostnadsökning för det allmänna utan allenast överflyttning till staten av en del av de bidrag, som nu utgå från landsting och kommuner. Då samtidigt överflyttning till landstingen skulle äga rum av kommunernas nuvarande kostnader för distriktsvården, anser utredningen tydligt, att förslaget skulle verka i skatteutjämnande riktning.

Den av styrelsen gjorda sammanställningen angående kostnaderna för den nuvarande och den föreslagna organisationen finner utredningen emellertid vara i flera hänseenden ofullständig. Å ena sidan borde man enligt utredningen räkna med 230 i stället för 200 anställda dispensärsköterskor i den nuvarande organisationen, varför totalkostnaderna för denna borde höjas med $(30 \times 2,260)$ 67,800 kronor och statens bidrag med (30×550) 16,500 kronor. Därigenom skulle totalkostnaderna för nuvarande organisation efter dess fulla utbyggnad överstiga kostnaderna för den föreslagna organisationen med 293,800 kronor, medan statens bidrag skulle ökas med sammanlagt 763,000 kronor. Å andra sidan borde för den nya organisationen medräknas kostnader för specialsköterskor och särskilda befattningshavare hos distriktsvårdsstyrelsen, vilket ej skett i medicinalstyrelsens tablå. Dessa kostnader komme dock enligt utredningen sannolikt icke att överstiga 10 % av totalkostnaderna och alltså uppgå till högst 31,000 kronor. Vidare borde hänsyn tagas till de ökade utbildningskostnaderna. Om, såsom bostadsutredningen förordat, minst tre kurser anordnades per år, skulle under de närmaste åren uppkomma en årlig kostnadsökning av $(57,000 - 18,000)$ 39,000 kronor. Allenast en mindre del av denna ökning behövde emellertid anses vara föranledd av omorganisationsförslaget, eventuellt blott 3,000 kronor, då, även om den föreslagna omorganisationen icke skulle komma till stånd, det likväl icke vore en gagnlös åtgärd att under närmaste åren utöka elevantalet vid distriktssköterskeskolan. Det sålunda åstadkomna tillskottet av från

nämnda skola utbildade elever kunde nämligen utan svårighet vinna anställning i nuvarande dispensär- och distriktsvård. Till kostnaderna för omorganisationsförslaget borde däremot i sin helhet räknas utgifterna för de kompletteringskurser för distriktssköterskor i nuvarande distriktsvårdsorganisation, vilkas anordnande i det föregående tillstyrkts. Omkostnaderna för varje dylik kurs hade av medicinalstyrelsen beräknats till 1,500 kronor, för två kurser således 3,000 kronor.

Med hänsyn till vad sålunda anförts vore det, framhåller utredningen, endast möjligt att approximativt angiva totalkostnaderna för den nya organisationen. Med ledning av de förut angivna siffrorna kunde man dock våga det påståendet, att, såvitt nu kunde bedömas, utan kostnadsökning för det allmänna en rationalisering av distriktsvården skulle ske av mycket stor samhällelig betydelse.

Bostadsutredningens förslag till särskild bostadsinspektion.

I några landstingsområden finnas för närvarande anställda särskilda befattningshavare med uteslutande uppgift att ägna sig åt bostadsinspektion. I Västernorrlands och Malmöhus län äro sålunda sedan år 1918 anställda en särskild bostadsinspektör respektive bostadsinspektris. Den förras verksamhet avser såväl tätare bebyggda områden som rena landsbygden, den senares huvudsakligen rena landsbygden. Tidigare har jämväl i Blekinge län varit anställd en bostadsinspektris, men sedan hennes avgång år 1924 handhaves bostadsinspektionen av länets fyra dispensärsköterskor. Förslag om anordnande av särskild bostadsinspektion hava väckts inom ytterligare 11 landstingsområden och i 5 fall föranlett utredning i ämnet. I övriga landstingsområden hava förslagen avböjts, varvid stundom hänvisats till gällande distrikts- och dispensärorganisation. För anställande av bostadsinspektör liksom för anställande av bostadsinspektris i landstingsområde, där landstinget ej anordnat distriktsvård, har kvalificerad majoritet ansetts erforderlig. Riktigheten av denna uppfattning har bestyrkts genom utslag av regeringsrätten.

Bostadsutredningen ifrågasätter nu, huruvida icke för vinnande av en i möjligaste mån effektiv bostadsövervakning på landsbygden böra som komplement till distriktssköterskorna anställas för landstingsområdet i dess helhet eller inom vissa större delar därav verksamma *särskilda bostadsinspektörer* eller *bostadsinspektriser*.

Rörande dessas uppgifter och berättigande i den föreslagna organisationen anför bostadsutredningen:

Bostadsinspektörer eller bostadsinspektriser, som skulle ägna hela sin tid och arbetskraft åt bostadsövervakningen, skulle inom sina större distrikt företaga inspektioner och då missförhållanden påträffas, som ej avhjälpas efter gjorda påpekanden, vidtaga enahanda åtgärder som angivits beträffande distriktssköterskor. Då för dylika speciella bostadsfunktionärer kunde krävas en mera omfattande bostadshygienisk och social utbildning och även viss byggnadsteknisk kompetens, är det uppenbart, att de såväl under inspek-

tionsförrättningarna som vid rådgivning åt distriktssköterskor och andra på bostadshygienens område sysselsatta organ skulle kunna utföra ett arbete av betydande värde. Med hänsyn till de särskilda bostadsinspektörernas betydande verksamhetsområden blir risken för dubbla besök i ett och samma hem ej så stor och dylik dubbelinspektion torde i allmänhet kunna undvikas genom att vid upprättandet av inspektionsplan för bostadsinspektören hänsyn toges till de planer för bostadshygienisk verksamhet, som upprättats av de lokalt verksamma distriktssköterskorna och vederbörligen godkänts. I särskilda fall torde emellertid sådan dubbelinspektion, som här avses, kunna anses lämplig. Bostadsinspektören skulle också kunna för distriktsvårdsstyrelsen underlätta dess centralt ledande arbete i avseende å bostadstillsynen.

Härefter ingår bostadsutredningen på möjligheterna att anställa särskilda befattningshavare för bostadsinspektion och yttrar därvid med avseende å bostadsinspektriser följande:

Redan enligt de för distriktsvården nu gällande föreskrifterna torde landsting, som anordnat distriktsvård å den i landstingsområdet ingående landsbygden i dess helhet, under förutsättning av medicinalstyrelsens godkännande kunna anställa särskild eller särskilda enbart för bostadsvården verksamma distriktssköterskor, för vilka statsbidrag skulle kunna utgå, eller således statsunderstödda bostadsinspektriser. Såvitt bostadsutredningen har sig bekant, har en sådan anordning icke i något fall blivit prövad. Motsvarande möjlighet öppnar medicinalstyrelsens ovannämnda förslag. Enligt det sistnämnda kan jämväl anställas särskild distriktssköterska för att biträda distriktsvårdsstyrelsen med tillsyn över distriktsvården. Medicinalstyrelsen har framhållit, att det i avvaktan på att distriktsvården inom ett distriktsvårdsområde blivit fullt utbyggd, kunde för vissa vårdgrenar, exempelvis bostädernas tillsyn, visa sig önskvärt, att distriktsvårdsstyrelsen ägde möjlighet att anställa särskilda befattningshavare, för vilka i så fall statsbidrag borde utgå. Det torde väl närmast vara styrelsens avsikt, att dylika i vissa vårdgrenar verksamma befattningshavare skola tillsättas såsom specialsköterskor. Bostadsutredningen vill i avseende å speciellt för bostadsvården anställda, inom landstingsområdet i dess helhet eller större delar därav verksamma specialsköterskor under åberopande av vad förut anförts ifrågasätta, om ej sådana sköterskor även efter övergångstidens slut kunna vara önskvärda. I varje fall böra landstingen äga möjlighet att på sådant sätt effektivisera det bostadshygieniska arbetet. Medicinalstyrelsens författningsförslag bereder tillräckliga möjligheter härför.

Möjligheterna att anställa särskild bostadsinspektör äro, som tidigare antytts, betydligt mindre, enär därför alltid erfordras kvalificerad majoritet i landstingen. Bostadsutredningen anser för sin del det knappast vara tillfredsställande, att beslutanderätten är på detta sätt inskränkt för landstingen, som enligt landstingslagen hava att besluta om för landstinget gemensamma angelägenheter, avseende bland annat hälso- och sjukvård. Med hänsyn härtill och då det även för andra uppgifter än bostadstillsynen kunde befinnas lämpligt att till distriktsvårdsstyrelsens biträde anställa särskilda befattningshavare, som icke äro distriktssköterskor, föreslår bostadsutredningen att medicinalstyrelsens författningsförslag kompletteras med en föreskrift, enligt vilken distriktsvårdsstyrelse må, om landstinget därtill anslagit medel, anställa befattningshavare för att under styrelsen vara verksamma inom distriktsvården eller viss eller vissa grenar av denna. Syste-

matiskt bör enligt utredningen en på så sätt tillsatt bostadsinspektör ingå som befattningshavare under distriktsvården. I detta sammanhang framhåller bostadsutredningen att hinder ej synes möta att utse en av ledamöterna i distriktsvårdsstyrelsen att särskilt ha hand om bostadsvården, för vilket uppdrag efter landstingets bestämmande särskilt arvode torde kunna utgå.

Bostadsutredningen berör slutligen förhållandena under *övergångstiden* och framhåller, att även om flera distriktssköterskekurser anordnades årligen, komme en fullständig utbyggnad av den föreslagna organisationen med avseende å kompetenta befattningshavare att draga en tidrymd av omkring 10 år. Under övergångstiden finge man vidtaga särskilda åtgärder och eventuellt tänka sig såväl en distriktsvård med större distrikt än vad slutligen avsåges som att i vissa fall en kompetent sköterska bedreve hälsovårdsarbetet både inom sitt eget distrikt och inom angränsande. I sist avsedda fall skulle alltså en för den nya ordningen fullt kompetent sköterska vara verksam förutom inom sitt egentliga distrikt jämväl i fråga om hälsovårdsarbetet inom närliggande distrikt, där sköterskorna icke hade tillräcklig utbildning. Därjämte borde särskilt under övergångstiden anordningar med specialsköterskor vidtagas.

I samband härmed betonar bostadsutredningen, att en förutsättning för att det av utredningen förordade systemet skall kunna bli ett verksamt medel för höjande av bostadshygienen å landsbygden givetvis är, att systemet blir allmänt genomfört. Med hänsyn härtill kunde ifrågasättas att föreskriva ovillkorlig skyldighet för landsting att anordna distriktsvård inom landstingsområdet enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan. Bostadsutredningen har dock för sin del icke funnit en dylik åtgärd böra vidtagas för närvarande, främst enär det ännu icke kunde med visshet förutsägas, hur systemet inom de skilda landstingsområdena borde närmare utformas för att verka så effektivt som möjligt. Bristen på kompetenta sköterskor under övergångstiden vore också en faktor, som i detta sammanhang borde beaktas. Enligt bostadsutredningens uppfattning bör man alltså avvakta ytterligare erfarenhetsrön, innan avgörande träffas i frågan om obligatorisk distriktsvård eller ej. Emellertid säger sig bostadsutredningen vara livligt övertygad om önskvärdheten av att det nya systemet blir allmänt genomfört och att detta sker på kort tid. Skulle så ej bliva fallet, anser bostadsutredningen, att laglig skyldighet för landstingen att anordna distriktsvård i enlighet med det nya systemet bör föreskrivas.

Avgivna yttranden.

Det stora flertalet yttranden kunna sägas gå i tillstyrkande riktning. I åtskilliga hänseenden hava emellertid erinringar framställts och önskemål uttalats om modifiering av olika punkter i förslagen. Rent avstyrkande yttranden hava endast avgivits av länsstyrelserna i Jönköpings, Hallands samt Göteborgs och Bohus län ävensom landstingen i Kristianstads och Hallands län. Några myndigheter, såsom länsstyrelsen och landstinget i Söderman-

lands län ävensom centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund hava ställt sig tveksamma mot förslagen i deras helhet eller väsentliga delar därav.

Jag skall först behandla yttrandena i vad de avse *omorganisationen av distriktsvården*.

Om landstingens *huvudmannaskap* för distriktsvården har full enighet rått. Från några håll har emellertid betydelsen av samarbete med primärkommunerna betonats.

Landstinget i Göteborgs och Bohus län framhåller sålunda, att den inom länet vunna erfarenheten gäve vid handen, att därest man ifråga om distriktsvården vill uppnå en effektiv organisation och icke endast en organisation på papperet, det vore nödvändigt att på ett eller annat sätt försäkra sig om kommunernas medverkan. Sådan medverkan borde enligt landstingets mening bl. a. bestå däri, att kommunerna åtog sig kostnaderna för sköterskornas bostäder med värme och lyse.

Även landstinget i Gävleborgs län anser ett samarbete både ekonomiskt och i övrigt med primärkommunerna vara till fördel, enär samhället därigenom lättare kunde nå och hjälpa dem av dess medlemmar, som vore mest i behov av hjälp, nämligen de mindre bemedlade och fattiga, som samtidigt vore sjuka.

Rörande den föreslagna *distriktsvårdsstyrelsen* har bland andra landstinget i Södermanlands län erinrat om den tendens till centralisering, som på senare tid gjort sig alltmera gällande beträffande ledningen av landstingens hälso- och sjukvård och att det förty måste anses såsom ett steg i fel riktning att för distriktsvården föreslå en särskild styrelse. Distriktsvården kunde enligt landstingets uppfattning lämpligen handhas av landstingets sjukvårdsavdelning. Den medicinska sakkunskapen kunde tillförsäkras avdelningen genom att förste provinsialläkaren bleve bisittare i densamma med rätt att väcka förslag och få sin mening antecknad till protokollet. Skulle dispensärvården sammanslås med distriktsvården, borde motsvarande gälla överläkaren vid länets största tuberkulossjukhus.

Av liknande uppfattning äro länsstyrelsen i Södermanlands län, landstingen i Stockholms, Göteborgs och Skaraborgs län, några förste provinsialläkare samt svenska landstingsförbundet.

Särskilda önskemål om distriktsvårdsstyrelsens utseende och sammansättning hava framkommit från olika håll.

Så ifrågasätta länsstyrelserna i Blekinge och Gävleborgs län, huruvida icke en av distriktsvårdsstyrelsens ledamöter lämpligen borde utses av vederbörande länsstyrelse.

Landstinget i Gävleborgs län och förste provinsialläkaren därstädes anse, att praktiska och ekonomiska skäl tala för att antalet ledamöter i styrelsen inskränkes till tre, varav två skulle utses av landstinget och den tredje utgöras av förste provinsialläkaren.

Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund m. fl. förorda, att en tuberkulosläkare *alltid* skall ingå som ledamot av distriktsvårdsstyrelsen, därest denna jämväl skall taga befattning med dispensärverksamhet.

Nationalföreningen mot tuberkulos erinrar, att nuvarande dispensärnämnder och dispensärstyrelser, inom vilka länsanatoriernas läkare i allmänhet haft ledningen, gjort värdefulla insatser, stimulerat det lokala intresset och offervilligheten för dispensärsaken samt tryggt nödig samverkan mellan dispensärvård och anstaltsvård. Om nu dessa styrelser och nämnder slopades och ersattes av mångsysslande distriktsvårdsstyrelser, kunde detta knappast lända till fromma för dispensärbetet, helst som de föreslagna bestämmelserna om distriktsvårdsstyrelsernas sammansättning ej gäve bebyggande garanti för att tuberkulosintresset och sakkunskapen på området bleve på tillfredsställande sätt representerade. Det vore därför önskligt, att en särskild dispensärstyrelse för varje län även efter en sammanslagning finge sig anförtrott att leda tuberkulosarbetet och förvalta de medel, som ställdes till förfogande för speciella dispensärändamål. Om detta eventuellt stötte på organisatoriska svårigheter, borde åtminstone i författningen intas bestämmelse, som tillförsäkrade sakkunskapen tillbörligt inflytande inom distriktsvårdsstyrelserna.

I några yttranden, bl. a. av bostadssociala utredningens experter och hälsovårdstjänstemannaförbundet, påyrkas, att en byggnadstekniskt sakkunnig person, t. ex. länsarkitekten, skall vara ledamot av distriktsvårdsstyrelsen.

Förste provinsialläkaren i Hallands län slutligen framhåller önskvärdheten av att medicinalstyrelsen till ledning för landstingen fastställer en normalinstruktion för distriktsvårdsstyrelserna.

Om sålunda beträffande organisationen i nu berörda delar i allmänhet rått enighet, ha däremot meningarna varit mera delade då det gällt distriktsvårdens organisation i övrigt. Vad som härvid i främsta rummet föranlett erinringar är förslaget att använda distriktsköterskorna för den *kontinuerliga bostadsövervakningen*.

Socialstyrelsen yttrar sålunda bland annat:

Socialstyrelsens erfarenhet från yrkesinspektionens område har givit vid handen, att stora krav med avseende å utbildning, erfarenhet och personlig lämplighet måste ställas på ifrågavarande personal för tryggheten av en framgångsrik inspektionsverksamhet. Det rör sig här om en tekniskt kvalificerad personal, som alltid har en flerårig praktik som arbetsledare inom industrien och därefter undergått långvarig träning för de speciella inspektionsuppgifterna, innan mera självständiga dylika uppgifter anförtros den samma. Det har visat sig vara ett ofrånkomligt faktum, att man endast genom att för inspektionsverksamheten anlita verkligt kompetent och tränad personal kan i samförståndets tecken och utan användning av legala tvångsmedel få till stånd bestående, verkligt gynnsamma resultat av en inspektionsverksamhet.

Det kan icke förbises, att en bostadsinspektionsverksamhet av här ifrågavarande art ställer stora krav på vederbörandes sakförståndighet på olika områden, därest inspektionen skall kunna genomföras med nödig auktoritet och leda till avsett gynnsamt resultat i fråga om vidtagandet av påkallade rättelser och andra lämpliga åtgärder. Verkligt sakförståndighet kräves sålunda ej endast i hygieniska frågor utan jämväl på de sociala och byggnadstekniska områdena. Inspektrisen bör nämligen kunna ej endast konstatera

förhandenvaron av missförhållanden i fråga om en bostad och dess vård utan även på ett sakförståndigt sätt diskutera erforderliga åtgärder och vinna förståelse för sin mening från husägarens och bostadsinnehavarens sida. Vikten av nu anförda synpunkter understrykes av det förhållandet, att enligt förslaget inspektion av hemmen tydligen skulle företagas även utan att ur hälsovårdssynpunkt direkt anledning därtill givits. En sådan inspektion, som av vederbörande lätt torde kunna uppfattas såsom opåkallad, lär ställa stora anspråk på inspektrisens takt och omdöme. Förglömmas må ej heller, att även i övrigt distriktssköterskorna torde i sin verksamhet komma att ställas inför situationer, som kräva ett moget och erfaret bedömmande. Man tänker härvid på sådana fall, då exempelvis en fackförening begär vittagande av åtgärder från bostadsinspektionens sida med anledning av bostadsförhållandena för de anställda hos viss lantarbetsgivare.

Styrelsen förklarar sig på nu anförda skäl icke kunna tillstyrka bostadsinspektion genom distriktssköterskor utan förordar för ändamålet anställande av särskilda bostadsinspektörer.

Byggnadsstyrelsen, lantbruksstyrelsen och statens egnahemsstyrelse betona, att distriktssköterskan även med den föreslagna utbildningen skulle komma att sakna erforderlig kompetens att giva råd och anvisningar i byggnadstekniska frågor och att hennes uppgift därför borde inskränkas till rådgivande och upplysande verksamhet i enbart bostadshygieniskt hänseende. Den byggnadstekniska sidan av bostadsövervakningen kunde enligt sistnämnda styrelse lämpligen handhas av exempelvis länsarkitekterna eller särskilda byggnadskonsulenter.

Länsstyrelsen i Göteborgs och Bohus län framställer erinringar främst ur psykologisk synpunkt. Efter erinran om de vidgade uppgifter, som framdeles skulle komma att åvila distriktssköterskorna, yttrar länsstyrelsen sålunda bland annat följande:

Det torde kunna ifrågasättas, om en distriktssköterska även med den bättre utbildning i social- och bostadshygien, som nu föreslagits, tillfredsställande skall kunna till verklig nytta för samhället utöva en så mångskiftande verksamhet. Det torde kunna befaras, att den tilltro, som invånarna åtminstone inom detta län hava till de nuvarande distriktssköterskorna och deras sätt att sköta sina åligganden, skulle komma att utsättas för starka påfrestningar, om det skulle bliva ett åliggande för distriktssköterskorna att handhava den kontinuerliga bostadsinspektionen. Det är nämligen med säkerhet att vänta, att därest en särskild bostadsinspektion kommer till stånd å den rena landsbygden den kommer att mötas med mindre förståelse. En distriktssköterska skulle jämväl med hänsyn till sin ställning och sina i berörda frågor bristande kunskaper komma till korta vid de kontroverser med befolkningen, som skulle komma att uppstå. För övrigt torde det verkligt omständiga förfarande, som skulle genomgås, innan rättelse i svårare fall kunde ernås, uppamma en stämning mot myndigheterna, som säkert icke komme att ha karaktären av villig åttlydnad. Dessa missförhållanden, som med säkerhet komme att bliva en följd av den föreslagna lagstiftningen, torde bliva så allvarliga att de utgöra ett hinder för den föreslagna organisationen.

Enligt länsstyrelsens mening bör man först undersöka huruvida man icke med rådande organisation utan alltför stora kostnader skulle kunna åtminstone för närvarande vinna ett något så när tillfredsställande resultat i av-

seende å bostadstillsynen. Något hinder bör sålunda, särskilt med hänsyn till de ifrågasatta ändringarna av 35 och 36 §§ hälsovårdsstadgan, icke möta att även för den rena landsbygden anordna sådan bostadsinspektion, som omförmåles i 8 § 7 mom. i hälsovårdsstadgan. Fortfarande kvarstår provinsialläkarnes bostadstillsyn samt vederbörande sköterskors upplysande och rådgivande verksamhet rörande bostadsvård. Länsstyrelsen anser sig därför icke kunna för närvarande tillstyrka den av bostadsutredningen föreslagna bostadsinspektionen på landsbygden.

Länsstyrelserna i Uppsala, Jönköpings, Hallands och Örebro län ävensom vissa landsting, hushållningssällskap, förste provinsialläkare och förste stadsläkare samt svenska hälsovårdstjänstemannaförbundet hysa liknande betänkligheter och framhålla önskvärdheten av att distriktssköterskors verksamhet med avseende å bostadsvården liksom hittills inskränkes till enbart rådgivande och upplysande. Under alla förhållanden vore det, framhålles i några yttranden, olämpligt att distriktssköterskorna under vissa tider av året helt ägnade sig åt bostadsövervakning, på sätt bostadsutredningen förutsatt. Av här avsedda myndigheter och sammanslutningar förorda landstinget i Norrbottens län, förste provinsialläkaren i Jämtlands län samt hälsovårdstjänstemannaförbundet, att särskilda hälsovårdstillsyningsmän tillsättas med uppgift bland annat att i distriktssköterskans ställe handhava den egentliga bostadstillsynen, medan länsstyrelserna i Uppsala och Hallands län anse tveksamt, om utöver hälsovårdsnämnderna erfordras särskilda organ för ifrågavarande uppgift.

Landstinget i Hallands län åberopar ett av distriktsstyrelsen i länet avgivet yttrande, vari, förutom här berörda psykologiska olägenheter, påtalas den ojämnhet i fråga om bostadsövervakningen inom ett län, som skulle bli följden, därest övervakningen anförtroddes åt ett så stort antal personer med olika anlag för uppgiften som distriktssköterskorna. Den ena sköterskan vore svag och efterlåten, den andra energisk och påstående. Vad som vore tillåtet i det ena distriktet, kunde därför ofta bli förbjudet i ett annat, vilket icke kunde anses lämpligt. Landstinget ansåge sig förty icke kunna tillstyrka förslaget i denna del.

I några yttranden ifrågasattes överhuvudtaget lämpligheten att förena hälsovård, speciellt bostadsvård, av den omfattning förslagen avse med sjukvård.

Enligt landstinget i Södermanlands län, med vilket länsstyrelsen därstädes instämmer, skulle sålunda å ena sidan den sjukvårdande verksamheten, som fortfarande borde vara sköterskans huvudsakliga uppgift, bli lidande därpå, å andra sidan bleve icke heller bostadsvården gagnad, enär en sköterska, som hade att utöva såväl sjukvård som bostadsinspektion, med all sannolikhet komme att dragas åt den sjukvårdande uppgiften. Sjukvårdande och förebyggande verksamhet borde därför helt utövas av skilda sköterskor, om den förebyggande verksamheten skulle bli av den art och omfattning, som medicinalstyrelsens förslag innebure. Bostadstillsynen kunde lämpligen anförtros åt dispensärsköterskorna, vilkas ställning icke vore så känslig för allmänhetens och de kommunala myndigheternas sympatier som

distriktssköterskornas. Dispensärsköterskornas arbetsfält omfattade ett flertal kommuner och gäve henne en friare ställning än den distriktssköterskan innehade. Hennes arbetsfält vore dock i allmänhet icke större än att hon borde kunna tjänstgöra även som bostadsinspektris. Därutöver borde hennes verksamhet inriktas på andra grenar av sjukvården, som vore i särskilt stort behov därav, t. ex. reumatikervården.

Centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund framhåller, att en förnuftig arbetsfördelning mellan öppen och slutna sjukvård, vilken icke kunde gå i annan riktning än att söka begränsa den slutna och höja effektiviteten av den öppna (perifera) sjukvården, ställde större krav på distriktssköterskans direkta biträde i den sjukvårdande verksamheten än förr. Detta hade medicinalstyrelsen icke beaktat utan i stället pålagt distriktssköterskorna betydligt vidgade uppgifter inom hälsovården, enkannerligen bostadsvården. Centralstyrelsen betonar ock, att distriktssköterskans hälsovårdande verksamhet regelmässigt bör utgå från den sjukvårdande och att distriktssköterskan förty, i den mån hon anses böra tagas i anspråk för bostadsvård, i varje fall icke lämpar sig för en mera fristående kontinuerlig bostadsövervakning på sätt, bostadsutredningen i viss utsträckning förutsatt. För en sådan verksamhet hade hon ej heller tillräcklig kompetens, liksom hennes tid med all säkerhet komme att helt tagas i anspråk för andra uppgifter, för vilka hon vore mera skickad. Åtminstone den fristående kontinuerliga bostadsövervakningen borde därför från början anförtros åt andra än distriktssköterskorna.

Hushållningssällskapen i Uppsala och Jönköpings län hava i detta sammanhang riktat uppmärksamheten på hemkonsulentverksamheten och framhålla som högst anmärkningsvärt, att en utvidgning av denna verksamhet icke upptagits till prövning i betänkandet. Hushållningssällskapen hålla före, att hemkonsulenter kunna och böra tilläggas betydelsefulla arbetsuppgifter, då det gäller rådgivning och upplysning i fråga om bostadsförhållanden, och förorda, att åtgärder vidtagas för anställande mera allmänt av hemkonsulenter.

Andra myndigheter åter hava tillkännagivit en mera tillmötesgående ståndpunkt till förslagen i förevarande del.

Länsstyrelsen och förste provinsialläkaren i Värmlands län samt förste provinsialläkaren i Malmöhus län anse sålunda, att en viss övervakningsskyldighet lämpligen kan åvila distriktssköterskorna men att deras huvuduppgift fortfarande bör ligga inom sjukvården. Huvudparten av bostadsövervakningen föreslås skola åvila de särskilda hälsovårdsnämnderna, som därvid skulle åtnjuta stöd av, förutom distriktssköterskorna, tjänsteläkarna och särskilda bostadsinspektörer.

Av övriga myndigheter, som yttrat sig i denna fråga, hava förste provinsialläkarna i Södermanlands, Kronobergs och Gävleborgs län ävensom några hushållningssällskap direkt uttalat sin anslutning till förslaget härutinnan, under förutsättning att bostadsövervakningen genomföres med nödig varsamhet, medan länsstyrelserna i Östergötlands och Norrbottens län förklarar sig anse anordningen värd att försöksvis provas.

I anslutning härtill må nämnas, att vissa myndigheter framställt erinringar jämväl beträffande den föreslagna *rapportskyldigheten* för distriktssköterskorna såsom bostadsövervakande organ.

Förste provinsialläkaren i Kronobergs län samt landstinget i Norrbottens län finna sålunda det föreslagna rapportsystemet ägnat att skapa oreda och förorda i stället, att sköterskan i *alla* fall av ohörsamhet skall vända sig direkt till sin närmaste förman, d. v. s. provinsialläkaren, vilken sedan har att vidtaga erforderliga åtgärder. Förste provinsialläkaren i Skaraborgs län föreslår enahanda ordning, dock främst av det skäl, att sköterskan icke vore kompetent att på egen hand avgiva sådana rapporter, som kunde läggas till grund för direkta åtgärder från hälsovårdsnämndens sida.

Några andra myndigheter, såsom byggnadsstyrelsen samt länsstyrelsen och landstinget i Gävleborgs län, anmärka, att det icke kan vara lämpligt att göra sköterskan till någon slags förmyndare för hälsovårdsnämnden, vilket skulle bli fallet, därest hon ägde anmäla hälsovårdsnämnden till sin förman för underlåtenhet att vidtaga åtgärd i visst av henne rapporterat fall.

Med det redan anförda har ock i åtskilliga fall angivits den ställning, som i yttrandena intagits till bostadsutredningens förslag om *särskilda bostadsinspektörer* och *bostadsinspektriser*.

Medan sålunda t. ex. socialstyrelsen anser, att bostadsinspektionen bör helt anförtros åt särskilda bostadsinspektörer, befara andra, såsom länsstyrelserna i Uppsala, Hallands samt Göteborgs och Bohus län, att dylika inspektörer skulle komma att utgöra en icke önskvärd överorganisation. Enahanda ståndpunkt hävdas av landstinget i Västerbottens län samt ett flertal hushållningssällskap, som framhålla, att bostadsinspektion aldrig kan bli en populär institution och att man därför bör gå fram med stor försiktighet. Länsstyrelsen i Stockholms län och landstinget i Skaraborgs län betona för sin del önskvärdheten av att landstingen i denna fråga beredas full frihet.

En mellanställning intaga statens egnahemsstyrelse, länsstyrelsen i Kopparbergs län och landstinget i Jämtlands län, vilka till komplettering av distriktssköterskornas bostadsövervakande verksamhet, sådan bostadsutredningen tänkt sig denna, vilja för varje län anställa en eller flera i byggnadstekniska frågor fullt kompetenta personer att i egenskap av byggnads- eller egnahemskonsulenter tillhandagå hälsovårdsmyndigheterna och allmänheten med råd och upplysningar.

En liknande mening företräda i viss mån bostadssociala utredningens experter, vilka förorda, att en byggnadskonsulent anställs såväl för varje distrikt, varvid distrikten dock avsåges bliva större än de nuvarande, som ock för varje län. Dessutom böra enligt experterna inrättas ett för hela riket gemensamt bostadsråd, som skulle lämna distriktsvårdsstyrelserna råd och anvisningar samt tillse, att bostadsbestämmelserna icke bleve alltför ojämnt tillämpade i landet.

Även beträffande distriktsvårdens befattning med *barnvården* har framkommit avvikande meningar.

I skrivelse den 1 september 1933 har styrelsen för svenska barnmorskeförbundet, med anledning av medicinalstyrelsens förslag i förevärande hänseende, hemställt, att åt distriktsbarnmorskorna måtte anförtros förutom såsom för närvarande hela förvården, förlossningsvården och barnsängsvården, jämväl vården av det friska naturligt uppfödda barnet efter barnsängstiden fram till det första levnadsårets slut, eller med andra ord den egentliga spädbarnsvården. Som skäl för denna utvidgning anför barnmorskeförbundet i huvudsak följande:

Barnmorskan hjälpte modern under barnsängstiden med amningen under dess allra första period. Amningens eller den naturliga uppfödningens bibehållande intill avvänjningen vid en normal tidpunkt vore en mycket väsentlig sak i spädbarnsvården. Barnmorskan hade en utbildning som gäve vida större kompetens än sjuksköterskans ifråga om den naturliga uppfödningen. Sjuksköterskan återigen hade genom sin utbildning en vida större vana vid den artificiella uppfödningen och vore på den grund mera benägen till en ogrundad kapitulation gent emot krav på en för tidig avvänjning. Barnmorskan vore därför den, som borde övervaka det friska naturligt uppfödda spädbarnets vård, men distriktssköterskan den, som borde omhändervärd spädbarnssjukvården, inklusive den sjukvård som den konstgjorda uppfödningen egentligen i grund och botten utgjorde.

För en dylik utvidgning av barnmorskans arbetsfält talade jämväl den av medicinalstyrelsen anförda omständigheten, att det ej vore lämpligt att flera funktionärer samtidigt gäve råd i ett och samma hem om varandra närliggande spörsmål. Utvidgningen vore slutligen ägnad att medföra viss rationalisering och besparing så till vida, att barnmorskekåren, vars arbetsbörda genom nativitetsminskningen och den slutna barnbördsvårdens utveckling minskats och framdeles komme att än mer minskas, skulle kunna bättre utnyttjas samtidigt som distriktssköterskekåren icke skulle behöva utökas till det antal, som medicinalstyrelsen avsett.

Landstingen i Göteborgs och Bohus samt Örebro län hava uttalat sin anslutning till de synpunkter, barnmorskeförbundet sålunda framlagt. Även förste provinsialläkaren i Stockholms län finner en begränsning av distriktssköterskans tillämnade befattning med spädbarnsvården befogad.

Länsstyrelsen i Örebro län anser en begränsning i förhållande till barnavårdsnämndernas verksamhet erforderlig och förordar, att resultatet av pågående utredning om barnavårdens organisation avvaktas, innan definitivt beslut fattas i denna del av förslaget.

I anledning av remiss har medicinalstyrelsen i skrivelse den 14 maj 1934 yttrat sig över barnmorskeförbundets framställning. Med hänsyn till viss i barnmorskeförbundets skrivelse yppad tveksamhet beträffande distriktssköterskas befattning med förvården framhåller styrelsen till en början, att det ingalunda varit styrelsens avsikt att på något sätt inskränka barnmorskornas verksamhetsområde. Det vore alltså fortfarande styrelsens mening, att barnmorskan skulle utöva den egentliga förvården. Genom att bereda distriktssköterskan någon kännedom om denna vård hade styrelsen endast velat vinna, att distriktssköterskan, när hon på grund av lokala förhållanden eller

annorledes först komme i beröring med en blivande moder, skulle vara i stånd att ge vissa råd om moderns levnadssätt och om kvinnan borde vända sig till barnmorska eller läkare.

Styrelsen ingår härefter på spädbarnsvården och uttalar som sin uppfattning, att den av barnmorskeförbundet föreslagna gränsen mellan barnmorskans och distriktssköterskans verksamhetsområden härutinnan icke vore lämplig. Till stöd härför anför styrelsen bland annat följande:

Vid en diskussion av detta spörsmål faller det sig naturligt att först göra klart för sig, huru barnmorskans utbildning i barnavård är ordnad. Hennes utbildning fullgöres å barnmorskeläroanstalten, där helt naturligt och riktigt det centrala är utbildningen ifråga om förlossningen och allt vad därmed sammanhänger. Lika naturligt är, att hon också får vana vid vård av de nyfödda barnen, så länge dessa vårdas på barnbördshuset, d. v. s. under barnsängstiden — låt vara att denna i ett fåtal fall blir längre än normalt. Angående denna del av spädbarnsvården — det nyfödda barnets vård — får barnmorskeeleven en egen och genom praktisk övning levande erfarenhet. Efter denna tid lämnar modern med sitt barn barnmorskeläroanstalten. Om modern sedan vill ha sitt barn övervakat och undersökt, går hon ej tillbaka till barnbördshuset — en dylik spädbarnsvård ingår ej i barnbördshusets uppgifter — utan vänder sig till en läkare eller till en barnavårdscentral, där hon får råd och där barnet ställes under övervakning av läkaren och sjuksköterskan vid densamma. Eller också, om det gäller mera tveksamma och svåra situationer eller sjukdomstillstånd, kommer det späda barnet, eventuellt tillsammans med sin mor, in på ett barnsjukhus. Efter vårdtiden på barnbördshuset får barnmorskeeleven ej följa de fall, där svårigheter i fråga om amningen eller i andra avseenden yppa sig hos barnet. Om dessa svårigheter och om de sjukdomstillstånd, som då kunna inträffa, får barnmorskeeleven under sin utbildning på barnbördshuset ingen praktisk erfarenhet.

Till jämförelse härmed erinrar styrelsen, att distriktssköterskan under sin tjänstgöring på barnsjukhus och barnavårdscentral förvärvar en icke ringa praktisk erfarenhet om amningens betydelse och om övervinnandet av de svårigheter, som kunna yppa sig inom den del av spädbarnsvården, det här är fråga om. Styrelsen betonar ock, att sjukhusvård av späda barn främst har ett profylaktiskt syfte, nämligen att genom digivning rädda barnen för infektioner under den närmaste framtiden, och sålunda utgör en verkningsfull propaganda för den naturliga uppfödningen. Med hänsyn till vad sålunda anförts anser styrelsen, att distriktssköterskan är avsevärt bättre rustad att handhava den egentliga spädbarnsvården än barnmorskorna.

Styrelsen framhåller tillika, att det ofta ej går att draga någon gräns mellan naturligt och onaturligt uppfödda barn, på sätt barnmorskeförbundet tänkt sig, och att handledning behöves icke minst i sådana fall, då den naturliga näringen är otillräcklig och således blandad mjölkuppfödning måste anordnas. Det naturliga är enligt medicinalstyrelsens uppfattning, att barnmorskan under barnsängstiden sköter både mor och barn och även således under denna tid ger råd angående det nyfödda barnets skötsel och uppfödning under normala förhållanden. Om det nyfödda barnets vård, om amningen och amningssvårigheterna under denna tid har barnmorskan större

erfarenhet än sjuksköterskan. När modern ej längre behöver barnmorskans hjälp eller när modern utskrivs från barnbördshuset, har barnmorskans i regel och i stort sett för den gången fullgjort sitt värv. Det blir då också naturligt att modern, när hon behöver råd angående sitt barn, vänder sig till läkare eller barnavårdscentral, vilka med sjuksköterskors tillhjälp ge de råd och den handledning, som behöves. Vaktombytet blir på så sätt en helt naturlig sak, och bör ej ge anledning till några svårare konflikter. Detta bekräftas också av erfarenheterna från den s. k. försöksverksamheten i fråga om förvård och eftervård, som medicinalstyrelsen anordnat.

Styrelsen tillägger, att distriktssköterskans socialhygieniska verksamhet är avsedd utgöra ett organiskt helt och att ett utbrytande ur denna helhet av en viss och därtill svårigen avgränsbar del av den förebyggande spädbarnsvården efter barnsängstiden enligt medicinalstyrelsens bestämda mening ej vore till gagn just ur den synpunkt, som förbundsstyrelsen liksom medicinalstyrelsen i denna fråga vill sätta främst, nämligen folkhälsans befrämjande. Styrelsen erinrar till slut att, även om barnmorskorna komme att utöva tillsyn över det naturligt uppfödda spädbarnet, detta enligt medicinalstyrelsens förmenande icke kunde minska behovet av s. k. ambulatoriska sjuksköterskor så att några besparingar av betydelse stode att vinna. Det vore visserligen sant, att de naturligt uppfödda spädbarnen utgjorde flertalet, men det finge icke lämnas ur sikte, att övervakningen av dessa icke vore den mest krävande delen av den förebyggande spädbarnsvården och att tillsynen av dessa barn icke behöfde återkomma på bestämda mellantider. Hänsynen till denna del av spädbarnsvården hade därför icke spelat någon som helst väsentlig roll för styrelsen, då den framlagt sitt förslag beträffande ambulatoriska sjuksköterskor.

Styrelsen vidhåller alltså sitt förslag i förevarande del.

Svenska landstingsförbundet ansluter sig till medicinalstyrelsens förslag på denna punkt och förmenar, att barnmorskeorganisationen bör avvecklas, i den mån deras verksamhetsfält genom minskad nativitet och ökad slutna barnbördsvård minskas.

En annan punkt, där meningarna brutit sig skarpt, gäller förslaget att distriktssköterskorna i viss utsträckning skola övertaga det av nuvarande *dispensärsköterskor* bedrivna fältarbetet.

I några yttranden har detta förslag bestämt avstyrkts.

Förste provinsialläkaren i Södermanlands län bestrider sålunda, att tuberkulosfrekvensen i länet skulle ha minskat så, att en inskränkning av dispensärverksamheten kunde ifrågakomma, på sätt medicinalstyrelsen antytt. Samtliga tre dispensärsköterskor hade full sysselsättning. Att man i ett län kunde reda sig med ett så litet antal dispensärsköterskor talade bestämt emot en sammanslagning med distriktsvården. En uppdelning av dessa dispensärsköterskors arbete på ett stort antal distriktssköterskor bleve säkerligen ingen vinst utan snarare motsatsen.

Förste provinsialläkaren i Skaraborgs län och dispensärstyrelsen i Kalmar läns norra landstingsområde framhålla, att dispensär-

sköterskorna ännu fylla ett stort behov och att det under sådana förhållanden icke vore lämpligt att splittra en beprövad organisation.

I andra yttranden har man i princip ställt sig mera tillmötesgående men påyrkat full frihet för landstingen i fråga om sammanslagningens genomförande.

Nationalföreningen mot tuberkulos anför sålunda:

Nationalföreningens styrelse inser till fullo behovet av en enhetligt genomförd, lämplig organisation av distriktssköterskevården och hälsar med tillfredsställelse medicinalstyrelsens strävan att genom det framlagda förslaget tillgodose förut föga beaktade grenar av socialhygien som moderskaps- och barnvården, helst som det förebyggande tuberkulosarbetet uppenbarligen har en värdefull bundsförvant i denna strävan. Däremot kan styrelsen ej frigöra sig från vissa farhågor beträffande den planerade omorganisationens inverkan på dispensärbetet mot tuberkulos, vars främjande varit och alltjämt är en av föreningens angelägnaste uppgifter och vars ytterligare utbyggande sedan någon tid står på föreningens program. Styrelsen håller före, att en sammanslagning av distriktsvård och dispensärvård kan och bör komma till stånd, i den mån som motiveringen för en särskild dispensärorganisation bortfaller i och med tuberkulosens tillbakaträngande från dess dominerande ställning såsom sjukdoms- och dödsorsak. I större delen av vårt land är emellertid denna förutsättning ännu icke för handen och tiden, enligt föreningens mening, ännu icke mogen för en sammankoppling. I vissa landsdelar har tuberkulosfrekvensen dock nedgått så avsevärt, att en sammanslagning torde kunna försökas. Enligt föreningens mening böra våra landsting tillerkännas frihet att vid sidan av den organiserade distriktsvården behålla den nuvarande dispensärorganisationen med obesekuret statsbidrag enligt nu gällande grunder, om en sakkunnig prövning ger skäl för det antagandet, att en förening av de båda ännu icke lämpligen kan ske.

Landstinget i Göteborgs och Bohus län yttrar — efter erinran att länet intager en synnerligen ogynnsam ställning i fråga om tuberkulosfrekvensen och med stora kostnader uppbyggt en ändamålsenlig dispensärorganisation — bl. a. följande:

Vissa av de uppgifter, som tillämnats de blivande distriktssköterskorna, särskilt då deras befattning med bostadsinspektionen, åt vilken verksamhet den enligt bostadsutredningens förslag viss tid av året skulle ägna hela sin tid, äro ägnade att ingiva allvarliga betänkligheter ifråga om den nya organisationens inverkan på tuberkulosarbetets effektivitet. Det är möjligt att vissa områden redan nu kunna lämpa sig för sammanslagning, och uteslutet är kanske icke att en fortsatt tillbakagång av tuberkulosen kan medgiva en sådan utveckling även på andra områden i framtiden, men det måste anses nödvändigt att åt landstingen lämnas frihet att efter hörande av de inom dess område verkande sakkunniga på sjukvårdsområdet, avgöra om och när en sådan omläggning för dess område bör genomföras. Det bör även medgivas att sådan omorganisation kan ske successivt, möjligen även partiellt för vissa delar av området, utan att statsbidrag äventyras helt eller delvis.

Liknande synpunkter hävdas av länsstyrelserna i Östergötlands, Hallands, Älvsborgs, Västmanlands och Gävleborgs län, landstingen i Östergötlands, Jönköpings, Älvsborgs och Skaraborgs län, vissa provinsialläkare samt landstingsförbundet och landskommunernas förbund.

En del myndigheter — såsom länsstyrelserna i Stockholms, Jämtlands och Västerbottens län, landstingen i Stockholms, Uppsala,

Malmöhus, Gävleborgs och Jämtlands län samt vissa provinsialläkare — hava förklarat sig vilja avvakta medicinalstyrelsens förslag angående omorganisation av dispensärvården, innan de taga ställning till ifrågasvarande spörsmål.

Slutligen hava några myndigheter direkt uttalat sig för medicinalstyrelsens förslag på denna punkt.

Så anför förste provinsialläkaren i Värmlands län, med vilken länsstyrelsen och landstinget i länet instämma, bl. a. följande.

En sjukdom, som så intimt sammanhänger med individens och familjens livsföring som tuberkulosen, kräver av naturliga skäl stöd av många samhällets sociala organ och även uppmärksamhet av de samhällsorgan, som hava att övervaka hälsan hos andra än den sjuke. Ju mera vidgat verksamhetsområde de nämnda organen hava desto större möjligheter måste de hava icke endast till stöd och övervakning utan ock till förebyggande åtgärder. En specialisering av dispensärsköterskeväsendet var fullt förklarlig på sin tid med den inställning, man då hade till tuberkulosen, och framförallt med de bristande vårdmöjligheter, man då hade speciellt för bacillära fall. Med hänsyn till de vårdmöjligheter, som nu finnas, och med vår kännedom om sjukdomens ofta akuta insättande har en speciell dispensärsköterskeinstitution enligt min åsikt blivit icke endast onödigt utan även mindre effektiv än en distriktssköterskeinstitution på sätt medicinalstyrelsen i förslaget angiver, synnerligast som distriktssköterskan enligt detta får det vidare sociala verksamhetsområde, som ovan avses, men samtidigt inom ett geografiskt mycket mindre område och med en mycket rikare kontakt med alla hem inom detta mindre område. Distriktssköterskan kommer enligt min åsikt som dispensärsköterska att utträtta mera i förebyggande syfte än denna. Intet hinder finnes ju enligt förslaget att låta någon eller några av distriktssköterskorna i ett län få särskilda uppgifter i dispensärangelägenheter.

Landstingen i Örebro och Västernorrlands län samt centralstyrelsen för svensk sjuksköterskeförening förorda ock medicinalstyrelsens förslag härutinnan under framhållande av att de framförda betänkligheterna mot sammanslagningen sannolikt äro överdrivna.

I fråga om de föreslagna distriktens storlek har ett flertal myndigheter uttalat sig för en reglering eller uppmjukning, främst i utvidgande riktning.

Landstinget i Malmöhus län yttrar sålunda:

I medicinalstyrelsens föreliggande förslag framhålles i första hand såsom skäl för en omorganisation av distriktsvården, att denna vård överlämnats till tvenne olika huvudmän, landsting och primärkommuner eller sammanlutning av de sistnämnda, genom vilket förhållande hinder lagts i vägen för en rationell utveckling av distriktsvården. För Malmöhus läns landstings vidkommande torde detta icke hava varit orsaken. Snarare torde inom detta landstingsområde den ordningen vara rådande, att den vårdbehövande hellre söker sig in till någon landstingets sjukvårdsinrättning än anförtro sig åt distriktssköterska, i följd varav primärkommunernas dröjsmål med organiserandet av sköterskedistrikt torde vara förklarligt. Den utbyggnad, som landstinget tillhöriga sjukvårdsanstalter för det närvarande erhållit, befrämjar jämväl en sådan ordning. Vid dylikt förhållande finner landstinget det mycket tvivelaktigt, huruvida den av medicinalstyrelsen föreslagna omorgani-

sationen bör genomföras i den av styrelsen tilltänkta omfattningen. Utan att vilja ingå på en mera detaljerad granskning av förslaget kan landstinget dock icke underlåta att beträffande distriktens storlek framhålla, att mycket synes tala för, att dessa till en början icke bör göras så små, som medicinalstyrelsen föreslagit. Såväl kravet på sköterskans fulla sysselsättning som ekonomiska synpunkter hänvisa till att ett mindre antal sköterskor bör tillsättas. Största möjliga frihet bör härvidlag medgivas, ty det eventuellt växande sjukvårdsbehovet och andra omständigheter komma säkerligen sedermera att bestämma, om och när större antal sköterskor är behöfligt.

Landstinget i Göteborgs och Bohus län varnar för en alltför schematisk organisation och åberopar härutinnan, att landstinget omedelbart efter utfärdandet av nu gällande kungörelse angående statsbidrag åt distriktsköterskor den 30 april 1920 antagit en plan för distriktsvården till en början med 14 sköterskor eller en för varje provinsialläkardistrikt. Det hade emellertid ganska snart visat sig att sköterskorna inom de rena landsbygdsområdena icke i tillnärmelsevis den utsträckning, som avsetts, utnyttjades, samtidigt som i vissa orter med tät bebyggelse särskilda behov gjorde sig gällande. Landstinget måste därför år 1925 avveckla distriktsorganisationen och övergå till den organisation med ambulerande eller länssköterskor, som nu existerade och befunnits göra god nytta. Samtidigt understödde landstinget de distrikt, som ordnat egen distriktsvård. Distriktsvård i egentlig mening för hela landstingsområdet vore sålunda nu ej ordnad annat än i fråga om dispensärvård.

Jämväl landstingen i Östergötlands, Jönköpings, Kronobergs, Gotlands och Skaraborgs län, det sistnämnda med instämmande av länsstyrelsen därstädes, ävensom hälsovårdstjänstemannaförbundet anse, att distrikten böra göras större, upp till 6,000 invånare, åtminstone till en början. I varje fall borde landstingen i detta hänseende beredas större frihet än förslaget medgiver.

Länsstyrelserna i Kopparbergs och Gävleborgs län påyrka större hänsyn till geografiska och andra lokala förhållanden. Där så påfordrades med hänsyn till dessa förhållanden borde distrikten kunna göras såväl större som mindre än med 3,000 invånare.

Bostadssociala utredningens experter anse det vara ur bostadsvårdens synpunkt önskvärt, att distriktsvården även omfattar städer från 3,000 upp till 6,000 invånare. För sådana städer kunde lämpligen två sköterskor tillsättas, var och en för sin del av staden.

Vad härefter angår *utbildningen* har jag redan förut berört de erinringar, som framkommit mot distriktssköterskans *byggnadstekniska* kompetens i egenskap av bostadsinspektris. Jag vill härtill endast lägga, att bostadssociala utredningens experter föreslagit vissa grunder för distriktssköterskans praktiska utbildning i förevarande ämne. Denna borde enligt experterna förläggas till städer med ordnad bostadsinspektion och omfatta deltagande i byggnadsnämndens inspektion av byggnader under uppförande, varigenom bättre möjlighet skulle givas till förvärvande av kännedom om byggnadstekniska elementer. I tvistiga fall borde dock sköterskan alltid ha möjlighet att vända sig till en specialist på området.

Socialstyrelsen och socialpolitiska institutet finna jämväl distriktssköterskans *socialhygieniska* utbildning otillräcklig.

Socialstyrelsen yttrar härutinnan:

I betraktande av omfattningen av de arbetsuppgifter, som enligt förslagen skulle tillkomma den nya distriktsvårdsorganisationen inom olika sociala arbetsområden, synes anledning vara att befara, att den föreslagna utbildningen skall visa sig vara otillräcklig. Den teoretiska undervisning i sociala ämnen, varom här torde kunna bliva fråga, lärer näppeligen kunna bliva annat än av elementär art och torde väsentligen åsyfta att giva en allmän orientering rörande den sociala lagstiftningen och organisationen; någon möjlighet att inom ramen för den föreslagna utbildningsplanen lämna eleverna en principiell bakgrund för den sociala verksamheten torde knappast bliva för handen. Ej heller torde tillräckliga möjligheter komma att föreligga för elevernas fostran att självständigt bedöma och behandla sociala arbetsuppgifter. Med avseende härå må framhållas, att distriktssköterskorna i sitt arbete på landsbygden i väsentlig mån torde få lita till det egna initiativet och omdömet, vilket förhållande understryker vikten av att de i tillräcklig grad förberedas för utförande av praktiska sociala uppgifter. Vidare må framhållas, att därest distriktssköterskorna, såsom remitterade förslagen avse, skulle utöva bostadsinspektion, den i medicinalstyrelsens förslag avsedda provtjänstgöringen under ledning av instruktionsköterska i särskilt utbildningsdistrikt måste anses vara av behovet särskilt påkallad och lämpligen böra göras obligatorisk. En sådan provtjänstgöring, som icke synes böra tillmätas för knapp, lärer få anses vara ofrånkomlig, innan sköterskan kan anförtros uppgifter som självständig bostadsinspektris.

Socialpolitiska institutet anför bland annat:

Mot dispositionen av tiden för den egentliga sociala utbildningen finner institutet icke anledning till annan anmärkning än att tiden för den allmänna socialpolitiska orienteringen synes alldeles för knapp för att kunna lämna en principiell bakgrund för den sociala verksamheten och att möjlighet inom denna undervisnings ram icke föreligger att bibringa eleverna på praktiska iakttagelser grundad kännedom om den sociala verksamheten på olika områden och ännu mindre att självständigt visa sig kunna behandla en social arbetsuppgift. Institutet anser sig vid sådant förhållande kunna konstatera, att ifrågasvarande utbildning till sin art är elementärt skolmässig och närmast har samma karaktär som de kortare upplysningskurser, vilka understundom bruka anordnas i olika ämnen; något annat lärer ej heller av de remitterade förslagen att döma hava åsyftats. Det kan emellertid enligt institutets mening ifrågasättas, huruvida en sådan elementär tremånaderskurs kan anses vara tillfyllest för att giva eleverna det intresse för det sociala arbetet och den sakkunskap och erfarenhet i fråga om dess natur och verksamhets-sätt, som enligt vad medicinalstyrelsen anfört måste vara en förutsättning för att de i sin kommande verksamhet skola på ett fullt tillfredsställande sätt kunna fylla sina uppgifter.

Enligt institutets mening bör frågan om distriktssköterskornas utbildning upptagas i ett större sammanhang. Institutet yttrar härom:

Förslagen hava utarbetats med tanke främst på behoven inom sjukvårdens och hygienens områden, vilket satt sin prägel på såväl den föreslagna utbildningen för distriktssköterskorna som den ifrågasvarande organisationens inställning i större organisatoriskt sammanhang. Från denna speciella utgångspunkt upprullas emellertid vittutseende och betydelsefulla spørsmål. Ett sådant spørsmål avser de krav i fråga om utbildning och kompetens,

som rimligen böra uppställas i fråga om med allmänna medel avlönade funktionärer för social verksamhet. Härmed sammanhänger hela den sedan länge i vårt land aktuella frågan om den sociala utbildningen och dess ordnande. Vidare upprullas frågorna om den lokala och centrala tjänsteorganisationen för det allmännas sociala verksamhet, vilka frågor för närvarande äro föremål för särskild utredning genom de s. k. organisationsakkunniga. Under återopande härav finner sig institutet böra hemställa om uppskov med förslagens genomförande och deras upptagande till förnyat övervägande i nu antytt större sammanhang.

Förste provinsialläkaren i Hallands län betonar önskvärdheten av att särskilda repetitionskurser i socialhygien anordnas för sköterskorna.

Från några håll, bland annat medicinalstyrelsen och bostadssociala utredningens experter, har tillika påpekats behovet av ökad undervisning i socialhygien för *tjänsteläkarna*, detta framför allt med hänsyn till de ökade krav på deltagande och insikt i bostadsövervakning, som bostadsutredningens förslag förutsätter. Medicinalstyrelsen har ock numera inkommit med förslag om anordnande av särskilda tjänsteläkarkurser, i vilka bland annat undervisning i bostadshygien är avsedd att lämnas.

Jämväl beträffande *kostnaderna* för den föreslagna distriktsorganisationen ha erinringar i olika hänseenden framställts.

Detta gäller först och främst distriktssköterskans *avlöningsförmåner*.

Från åtskilliga håll, såsom länsstyrelserna i Uppsala, Blekinge och Älvsborgs län, landstingen i Blekinge, Göteborgs och Bohus, Älvsborgs och Örebro län, vissa förste provinsialläkare samt bostadssociala utredningens experter, har sålunda framhållits, att såväl de kontanta löneförmånerna som framförallt ersättningen för naturaförmånerna beräknats för lågt i förhållande till gängse prisnivå. Landstinget i Göteborgs och Bohus län upplyser, att för distriktssköterska i länet för närvarande utgår lön och ålderstillägg med i medeltal 2,500 kronor samt för möblerad bostad, värme och lyse 900 kronor. Enligt landstinget i Blekinge län bör ersättningen för naturaförmånerna upptagas till minst 400 à 450 kronor.

Vissa av nu nämnda myndigheter ävensom ett flertal andra jämte centralstyrelsen för svensk sjuksköterskeförening betona ock angelägenheten av att distriktssköterskan beredes en bostad om två rum och kök, detta med hänsyn till hennes mottagningskyldighet. Från något håll påyrkas jämväl fri telefon för distriktssköterska.

Länsstyrelsen i Blekinge län åter anser att, då det här ej gäller sköterska vid anstalt, fri tvätt ej bör ingå i löneförmånerna samt att möblering och köksutrustning bör ersättas i stället för att utgå in natura.

Landstinget i Gävleborgs län finner för sin del olämpligt, att fri köksutrustning ingår i naturaförmånerna, enär detta lätt kunde vålla slitningar vid ombyte av tjänstinnehavare.

Landstingen i Södermanlands och Kopparbergs län framhålla, med instämmande av respektive länsstyrelser, att den av medicinalstyrelsen föreslagna anordningen med två ålderstillägg efter 5 à 10 år är otidsenlig, och förorda, att ålderstillägg i stället utgår efter exempelvis 3, 6 och 9 år.

Bostadssociala utredningens experter slutligen påpeka, att effektiviteten av distriktssköterskans bostadsinspektion i viss grad beror på med vilken lätthet och hastighet hon kan förflytta sig från trakt till annan i sitt distrikt. Särskilt i vidsträckta distrikt förefölle det mycket önskvärt, att sköterskan utrustades med egen personbil. Vilket fortskaffningsmedel hon använde, syntes staten ur synpunkten av organisationens effektivitet ha ett klart intresse av, att resan kunde göras tillräckligt snabbt och att ersättningen bleve skälig, så att icke distriktssköterskan av ekonomiska skäl behövde draga sig för att göra besök i sitt distrikt. Därför syntes resekostnadsersättningen för resor i tjänsten böra fastställas enligt av distriktsvårdsstyrelsen uppgjort och av medicinalstyrelsen fastställt förslag och icke, såsom föreslås i förslaget, av distriktsvårdsstyrelsen. Det syntes också rimligt, att ersättningen komme att utgå efter något så när likformiga grunder över hela landet.

Även mot medicinalstyrelsens *kostnadsberäkningar i övrigt* ha framkommit anmärkningar.

Svenska landstingsförbundet m. fl. påpeka sålunda, i likhet med bostadsutredningen, att hänsyn icke tagits till de ambulerande sköterskorna, som landstingen förutsattes skola tillhandahålla utan statsbidrag, och sannolikt icke heller till de bostadsinspektriser, dispensärsköterskor m. fl., som förutsattes bliva i större eller mindre grad erforderliga för speciella arbetsuppgifter. De anförda beräkningarna utvisade redan härigenom icke de verkliga kostnaderna för landstingen. Vidare hade sköterskornas avlöning beräknats efter genomsnittet av de löner utan dyrtidstillägg, som landstingen nu betalade till dispensär- och distriktssköterskor. Den beräknade genomsnittliga lönen låge alltså för lågt i förhållande till de löner, som faktiskt utbetalades, och differensen komme att helt och hållet åvila landstingen. Slutligen hade ingen hänsyn tagits till landstingens kostnader för den nya organisationen av distriktsvården och för semestervikarier åt distriktssköterskorna, varjämte kostnaderna för sköterskornas resor drabbade landstingen utan möjlighet till statsbidrag. Av allt att döma komme sålunda landstingens kostnader för hithörande vård att bli väsentligt högre än medicinalstyrelsen angivit i de beräkningar, som låge till grund för förslaget angående statsbidragens storlek.

Länsstyrelsen i Uppsala län erinrar, att den nya organisationen i åtskilliga fall sannolikt komme att framtvinga en nyrekrytering av distriktssköterskor med därav följande anspråk på pensionering av äldre sköterskor samt att kostnaderna härför icke syntes hava tagits i beräkning av medicinalstyrelsen.

Med utgångspunkt bland annat från nu berörda erinringar har från flera håll framställts yrkanden om högre *statsbidrag* till distriktsvården.

Svenska landstingsförbundet yttrar sålunda:

Medicalstyrelsen hade själv anslutit sig till principen, att landstinget skulle bidra till den del av kostnaderna som motsvarade den sjukvårdande verksamheten, medan staten skulle svara för den hälsovårdande delen av di-

striktsvården. Medicinalstyrelsen syntes emellertid icke hava vid utformandet av sitt förslag tagit tillräcklig hänsyn till förenämnda i och för sig riktiga princip, utan med hänsyn till det statsfinansiella läget ansett sig böra stanna vid föreslagna 1,000 kronor jämte ålderstillägg. Förbundet ville härutinnan erinra, att om staten befunde sig i ett bekymmersamt ekonomiskt läge, så vore å andra sidan läget för primärkommuner och landsting minst lika svårt. Härtill komme, att de även i normala tider rådande stora skiljaktigheterna olika kommuner emellan ifråga om skattebelastning under svåra tider i allmänhet ytterligare accentuerades. Ett tryckt finansiellt läge för det allmänna borde sålunda snarare vara ett skäl för att staten bland annat ur skatteutjämnings synpunkt påtoge sig en större del av sådana för det allmänna nödvändiga (framför allt nya) bördor, beträffande vilka det ej kunde bli tal om några besparingsmöjligheter genom att i högre grad lägga dem på de lokala enheterna. På grund av vad sålunda anförts och med hänsyn till förut anförda erinringar beträffande medicinalstyrelsens kostnadsberäkningar borde statsbidraget sättas väsentligt högre. En dylik höjning vore för övrigt även motiverad såsom en uppmuntran för landstingen att så småningom utbygga distriktsvården till full effektivitet. Statsbidraget kunde bestämmas antingen till fixt belopp, t. ex. 1,500 kronor, eller till viss del av distriktssköterskans avlöningsförmåner. Förbundet saknade emellertid anledning att för närvarande ingå på denna fråga.

Förbundet tillägger, att förenämnda princip rörande kostnadsfördelning mellan stat och landsting syntes böra föranleda, att statsbidrag skulle utgå jämväl till särskilda bostadsinspektörer.

Landstingen i Östergötlands, Göteborgs och Bohus samt Kopparbergs län hava påyrkat ett till 1,500 kronor förhöjt statsbidrag till distriktsköterskorna. Sistnämnda landsting och landstinget i Skaraborgs län hava härjämte påkallat statsbidrag till särskilda bostadsinspektörer.

I åtskilliga yttranden har man ock vänt sig mot den föreslagna bestämmelsen, att lägre statsbidrag skall utgå till de landsting, som kvarbliva vid gällande organisation av distrikts- och dispensärvården.

Svenska landstingsförbundet framhåller i detta hänseende, att mot bakgrunden av medicinalstyrelsens moderata uttalande rörande föreningen av distrikts- och dispensärvård det knappast kunde anses fullt riktigt att beträffande statsbidragen föreslå en anordning, som direkt premierade sammanslagningen ifråga. Om man såsom medicinalstyrelsen klart erkände, att en sammanslagning i vissa fall kunde vara till men för den ena eller andra vårdgrenen och att en delad organisation därför kunde vara fördelaktigare, fordrade konsekvensen, att båda alternativen jämfördes i fråga om statsbidrag.

Enahanda ståndpunkt intages av länsstyrelserna i Södermanlands och Gotlands län, landstingen i Södermanlands, Göteborgs och Bohus samt Skaraborgs län ävensom centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund.

Av landstinget i Kalmar läns södra landstingsområde har uttalats önskemål, att statsbidrag allt framgent finge utgå jämväl till sådan av primärkommun anordnad distriktsvård, som av medicinalstyrelsen till sin beskaffenhet godkändes.

Å andra sidan har landstinget i Södermanlands län, med instämmande av länsstyrelsen, förordat, att ålderstillägg måtte såsom hittills be-

stridas av landstingen, enär ålderstilläggen för närvarande utginge efter olika och oftast bättre grunder och en ändring enligt förslaget härutinnan skulle medföra, att sköterskorna komme att ställas i sämre ställning än landstingens övriga befattningshavare.

Landstinget i Stockholms län anser, att primärkommunerna böra svara för distriktssköterskan tillkommande naturaförmåner. Enligt landstinget i Örebro län bör åtminstone bostaden tillhandahållas av primärkommunerna.

Länsstyrelsen i Hallands län och landstinget i Kristianstads län finna för sin del kostnaderna för landstingen alltför stora för att uppväga fördelarna av omorganisationen och avstyrka förty densamma. Enligt sistnämnda landsting gäve erfarenheten från de kommuner i länet, där distriktssköterska nu finnes, icke skäl för medicinalstyrelsens förmodan, att en vidgad distriktsvård skulle minska tillströmningen till lasaretten.

Vad slutligen angår *övergången* till den nya organisationen uttala sig åtskilliga, bland andra länsstyrelsen och förste provinsialläkaren i Kronobergs län ävensom landstingsförbundet för ett utbyggande etappvis och efter hand. Landstinget i Östergötlands län anser en övergångstid av minst 10 år erforderlig.

Statens egnahemsstyrelse och bostadssociala utredningens experter framhålla till sist önskvärdheten av att distriktsvården göres obligatorisk efter vissa övergångsår, förslagsvis 10 år.

Sedan yttrandena avgivits, har medicinalstyrelsen i skrivelse den 25 januari 1935 — under förmälan, att styrelsen icke ansåge sig kunna förrän senare framlägga det förslag till omorganisation av dispensärvården, som styrelsen i sin skrivelse den 4 maj 1933 omnämnt — framlagt visst tilläggsförslag till övergångsbestämmelserna i den föreslagna kungörelsen angående statsbidrag till distriktsvården. Enligt detta förslag skall landsting, som inom sitt område anordnar distriktsvård enligt den nya kungörelsen, äga rätt att för uppehållande av den inom området förefintliga dispensärverksamheten jämväl uppbära statsbidrag enligt nu gällande bestämmelser för understödande av dylik verksamhet i den utsträckning, som medicinalstyrelsen bestämmer. Detta tillägg, som endast är avsett att gälla under en tid av högst fem år, möjliggör alltså ett uppehållande i viss utsträckning av statsunderstödd dispensärvård vid sidan av distriktsvård enligt den nya kungörelsen.

Som framgår av den lämnade redogörelsen, har medicinalstyrelsen med sitt förslag åsyftat att anpassa distriktsvården efter de ökade socialhygieniska krav, som på senare tid framkommit. De områden, på vilka förbättringar härvid främst eftersträfvats, ha varit bostadsvårdens samt moderskaps- och barnavårdens. Bostadsutredningens förslag till särskild bostadsinspektion är närmast att anse som ett komplement till medicinalstyrelsens förslag beträffande bostadsvården.

*Departements-
chefen.*

I stort sett torde de förslag, som framlagts, vara väl grundade och ägnade att befordra ett mera effektivt socialhygieniskt arbete. Det synes mig vara ett riktigt grepp att, såsom skett i medicinalstyrelsens förslag, i största utsträckning sammanföra den förebyggande vårdens olika grenar till en enhetlig organisation och med utgångspunkt därifrån sörja för att erforderliga krav på specialisering bli tillgodosedda. Av vad jag förut anfört framgår ock, att det stora flertalet hörda myndigheter och sammanslutningar ansett sig kunna i huvudsak tillstyrka de framlagda förslagen, ehuru på olika punkter erinringar eller önskemål om modifiering av desamma framställts. Delvis synas dessa erinringar bottna i missuppfattning av förslagen eller av andra skäl vara obefogade. Andra erinringar åter hava föranlett mig att i vissa hänseenden föreslå ändringar i eller tillägg till förslagen.

Härmed övergår jag till att närmare pröva de framställda erinringarna.

Om lämpligheten av att endast landstingen göras till *huvudmän* för distriktsvården har meningsskiljaktighet i princip icke rätt, men från några håll har betonats, att därest man vill uppnå en effektiv organisation, vore det nödvändigt att på ett eller annat sätt försäkra sig om primärkommunernas medverkan.

Tydligt är att den omständigheten, att landstingen ensamma skola vara huvudmän för distriktsvården, icke utesluter medverkan från kommunernas sida. Tvärtom synes det böra förutsättas, att distriktsvårdens utbyggande och bedrivande även i fortsättningen sker under viss samverkan mellan landstingen och kommunerna. Sålunda lärers få antagas, att landstingen såväl vid uppgörande av plan för distriktsvården som vid dess handhavande i övrigt i största möjliga utsträckning komma att beakta de särskilda kommunernas intresse av ifrågavarande vårdangelägenhets ordnande. Å andra sidan torde man, särskilt i fråga om distriktssköterskas bostad och därmed sammanhörande naturaförmåner, hava rätt utgå ifrån, att primärkommunerna, som äga väsentligt större förutsättningar än landstingen att för en ringa kostnad ordna denna angelägenhet, i regel icke skola undandraga sig önskvärd medverkan. Att ålägga kommunerna skyldighet till samverkan härutinnan torde dock knappast vara nödigt eller lämpligt.

Rörande *distriktsvårdsstyrelsen* hava vissa erinringar framställts, som till en del synas mig böra vinna beaktande. Vad först angår styrelsens sammansättning torde, därest — såsom jag kommer att förorda — i dispensärverksamhet sysselsatta sköterskor skola kunna sortera under styrelsen, sakkunskap å tuberkulosområdet böra erhålla representation i styrelsen. Att härvid föreskriva, att en särskild tuberkulosläkare alltid skall ingå i styrelsen, anser jag dock ej erforderligt, utan synes det vara tillräckligt med en föreskrift, att en läkare med särskild utbildning i tuberkulosvård bör vara ledamot av distriktsvårdsstyrelsen. Med en dylik föreskrift lärers det nämligen ankomma å medicinalstyrelsen att — eventuellt med tillämpning av sin rätt att utse en ledamot — bevaka, att sakkunskapen i fråga, där så kan anses erforderligt, blir vederbörligen företrädd i distriktsvårdsstyrelsen. Givetvis

kan det med hänsyn till distriktsvårdsstyrelsens befattning med bostadsövervakningen synas önskvärt att på motsvarande sätt garantera den byggnadstekniska sakkunskapen tillbörligt inflytande. Det torde emellertid knappast vara lämpligt att på förhand alltför mycket binda styrelsens sammansättning. En utökning av det föreslagna antalet ledamöter åter skulle göra styrelsen väl tungrodd. Man lär för övrigt kunna utgå ifrån, att landstingen i eget intresse skola låta den byggnadstekniska sakkunskapen på ett eller annat sätt komma till sin rätt. Jag har därför icke ansett mig böra på denna punkt vidtaga någon jämkning i förslaget.

Med denna ståndpunkt har jag ej heller ansett mig kunna förorda, att en av distriktsvårdsstyrelsens ledamöter skall utses av länsstyrelsen, enär landstingens rörelsefrihet därigenom skulle onödigtvis begränsas. Att såsom från något håll påyrkats inskränka antalet ledamöter till tre låter sig knappast göra, därest vid sidan av förtrogenhet med allmän kommunal förvaltning speciell sakkunskap skall tillförsäkras utrymme.

Däremot håller jag i likhet med åtskilliga av de hörda myndigheterna före, att landstingen böra beredas möjlighet anförtro distriktsvårdens handhavande åt vederbörande förvaltningsutskott eller viss avdelning därav, dock under förutsättning att utskottet eller avdelningen är i huvudsak sammansatt efter av mig rörande distriktsvårdsstyrelsen förordade grunder. För giltighet av landstings beslut härutinnan bör med hänsyn härtill erfordras godkännande av medicinalstyrelsen.

Att medicinalstyrelsen till ledning för landstingen fastställer en normalinstruktion för distriktsvårdsstyrelsen synes lämpligt, men torde särskild föreskrift härom icke vara behöflig.

Vad angår distriktsvårdens organisation i övrigt hava som nämnts erinringar i första hand framställts mot *distriktssköterskans befattning med bostadsövervakningen*. Kritiken i denna del går i huvudsak ut på att distriktsköterskan icke innehar erforderliga byggnadstekniska förutsättningar för ifrågavarande uppgift samt att en bostadsövervakande verksamhet av den art och omfattning, som föreslagits, svårligen låter sig förena med distriktsköterskans uppgifter i övrigt. De sålunda framförda erinringarna synas emellertid delvis härröra av en missuppfattning av innebörden i medicinalstyrelsens förslag. Detta torde nämligen avse, att distriktssköterskans uppgift i fråga om bostadsvården skall inskränka sig till en upplysande och rådgivande verksamhet, varjämte hon i förekommande fall skall hava att till vederbörande myndighet avgiva rapport om sådana förhållanden, som kunna tarva ett ingripande från myndighetens sida. För en sådan verksamhets behöriga utövande synes distriktssköterskan ej behöva besitta byggnadstekniska insikter i egentlig mening. Där hon avgivit rapport om av henne uppmärksammade bristfälligheter, bör det ankomma å hälsovårdsmyndigheterna att med hjälp av till buds stående sakkunskap — eventuellt särskild bostadsinspektör — bedöma vad som i varje särskilt fall är att åtgöra. Stor vikt har i förslaget lagts vid det förhållandet, att en bostadsövervakning genom distriktssköterskorna i motsats till en sådan genom sär-

skilda bostadsinspektörer kan bli kontinuerlig. Vad angår den befarade konflikten mellan distriktssköterskans uppgift i förevarande hänseende och hennes arbete i övrigt, lär det väl icke kunna förnekas, att en även på angivet sätt begränsad bostadsövervakning är en mycket grannlaga uppgift, som, därest den icke handhaves med takt och omdöme, kan framkalla misstro mot sköterskan och därigenom bli till men för hennes verksamhet i allmänhet. En långt driven bostadsövervakning kan ock lätt motverka en lämplig arbetsfördelning mellan sköterskans olika uppgifter. Emellertid torde medicinalstyrelsen, som skall hava att utfärda instruktion för distriktssköterskorna, däri kunna uppdraga linjerna för deras verksamhet på sådant sätt, att faran för berörda olägenheter i huvudsak undanröjes. Under nu angivna förhållanden och då en kontinuerlig bostadsövervakning icke utan avsevärt större kostnader lär stå att vinna på annat sätt, har jag icke ansett de anförda erinringarna vara av den betydelse, att de böra föranleda modifiering i medicinalstyrelsens av bostadsutredningen understödda förslag på förevarande punkt.

Från några håll har i detta sammanhang påpekats lämpligheten av att för bostadsövervakningen utnyttja den av vissa hushållningssällskap bedrivna hemkonsulentverksamheten, som i så fall skulle utvidgas med stöd av staten. Förutom att staten härigenom skulle påtaga sig bidrag för utvecklingen av en helt ny kår, skulle den enhetlighet i fråga om den förebyggande verksamheten, som av medicinalstyrelsen och flertalet hörda myndigheter tillmätts så stor betydelse, gå till spillo. Jag anser mig därför förhindrad att medverka till en dylik anordning.

Beträffande distriktssköterskans *rapportskyldighet* lära väl vissa skäl tala för en föreskrift, att distriktssköterska i alla de fall, hon icke på egen hand kan vinna rättelse, skall vända sig direkt till sin förman. Det naturliga synes mig emellertid vara, att sköterskan, såsom redan nu vanligen torde ske, först vänder sig till den lokala hälsovårdsnämnden i syfte att få rättelse till stånd, innan hon går vidare till den mera centrala hälsovårdsmyndighet, som provinsialläkaren utgör. Ett motsatt förfaringssätt skulle i avsevärda delar av vårt land, där ett stort antal småkommuner ingå i ett provinsialläkardistrikt, medföra en betydande omgång och onödigt besvär. Man torde ock ha rätt att förvänta, att hälsovårdsnämnderna i regel skola visa full förståelse för distriktssköterskans verksamhet och självmant vidtaga de åtgärder, som kunna befinnas påkallade i anledning av konstaterade missförhållanden. Jag finner sålunda mindre lämpligt att giva en föreskrift av det innehåll, som förut antytts. Det torde för övrigt få ankomma på medicinalstyrelsen att i samband med fastställandet av instruktionen för distriktssköterskorna se till, att sköterskans rapportskyldighet ordnas på lämpligaste sätt.

Redan enligt de för distriktsvården nu gällande föreskrifterna kunna distriktssköterskor, för vilka statsbidrag utgå, anställas enbart för bostadsvård. Möjlighet att anställa dylika statsunderstödda *bostadsinspektorer* öppnar även medicinalstyrelsens föreliggande förslag. Emellertid torde det med

den begränsning av distriktssköterskornas bostadsövervakande verksamhet, som i förslaget avsetts, vara önskvärdt, att organisationen kompletteras med organ, som besitta ett högre mått av sakkunskap på området, framförallt i byggnadstekniskt hänseende. Jag anser därför i likhet med bostadsutredningen och flertalet hörda myndigheter, att åtgärder böra vidtagas till underlättande av landstings möjligheter att anställa särskilda *bostadsinspektörer*. För landstings beslut om inrättande av dylika befattningar har hittills kvalificerad majoritet ansetts erforderlig. Emellertid lärer, därest såsom bostadsutredningen föreslagit bostadsinspektörerna inordnas i distriktsvården och därmed kostnaderna för desamma falla inom ramen för landstingens ordinarie utgiftsstat, för besluts fattande endast erfordras enkel majoritet. Med hänsyn härtill synes medicinalstyrelsens förslag angående distriktsvården böra kompletteras med en bestämmelse, som berättigar distriktsvårdsstyrelse, att, om landstinget därtill anslagit medel, anställa särskilda bostadsinspektörer för att under styrelsen vara verksamma inom distriktsvården. Då det även för andra distriktsvården tillkommande uppgifter än bostadsvård kan finnas lämpligt anställa särskilda befattningshavare till distriktsvårdsstyrelsens biträde, torde bestämmelsen ifråga böra givas en mera vid omfattning, på sätt bostadsutredningen jämväl föreslagit.

Vid anställande av bostadsinspektörer bör tillses, att de, förutom erforderlig bostadshygienisk sakkunskap, äga ett sådant mått av byggnadsteknisk kompetens att de kunna giva råd och vägledning rörande enklare reparationer och ombyggnader av befintliga bostäder. De böra ock kunna lämna anvisningar på lämpliga typritningar och byggmästare för uppförande av nybyggnader. Större krav på deras byggnadstekniska kompetens torde man knappast behöva ställa för tillgodoseende av det syfte, som bostadsövervakningen avser att tjäna. Vad som därutöver kan erfordras, torde böra fyllas på annat sätt, t. ex. genom anlitande av vederbörande länsarkitekt. Intet hinder lärer finnas att till bostadsinspektör utse byggnads- eller egnahems-konsulent, därest denne besitter erforderlig bostadshygienisk sakkunskap. Att såsom bostadssociala utredningens experter föreslagit inrätta ett för hela riket gemensamt bostadsråd synes ej för närvarande påkallat.

I fråga om den i distriktsvården ingående *barnavårdens* avgränsning till barnmorskornas arbetsfält ansluter jag mig helt till medicinalstyrelsens förslag. Den gräns härutinnan, medicinalstyrelsen förordat, synes mig fullt naturlig med hänsyn till såväl olikheten i distriktssköterskans och barnmorskans utbildning som de faktiska förhållandena i övrigt. Ett bifall till barnmorskeförbundets framställning skulle för övrigt innebära ett avsteg från den huvudprincip, som legat till grund för omorganisationen av distriktsvården, nämligen att uppnå största möjliga enhetlighet i fråga om det socialhygieniska arbetet. Därest erfarenheten skulle ådagalägga, att distriktssköterskan anförtrotts alltför omfattande arbetsuppgifter, får man taga under övervägande olika sätt att lätta hennes arbetsbörda. Därvid synes bland annat en förskjutning av gränsen mellan distriktssköterskans och barnmorskans verksamhetsområden, på sätt barnmorskeförbundet m. fl. ifråga-

satt, böra komma under bedömande. Dessförinnan anser jag emellertid av nyss anförda skäl, att någon inskränkning icke bör göras i distriktsvårdens av medicinalstyrelsen föreslagna omfattning.

Om medicinalstyrelsens förslag, att distriktssköterskorna i viss utsträckning skulle övertaga det av nuvarande *dispensärsköterskor* bedrivna fältarbetet, hava meningarna varit mycket delade. Särskilt från sakkunskapen inom tuberkulosvårdens område har befarats, att en dylik anordning skulle komma att inverka menligt på dispensärvårdens effektivitet, och önskemål har uttalats om full frihet för landstingen att avgöra, om och i vad mån förslaget härutinnan bör för varje område genomföras. I åtskilliga yttranden har man ställt sig avvaktande till förslaget på denna punkt i avbidan på medicinalstyrelsens bebådade förslag till omorganisation av dispensärvården.

Jag vill då till en början nämna, att enligt vad jag från medicinalstyrelsen under hand inhämtat, dess kommande förslag angående dispensärvården i huvudsak går ut på följande. Tills vidare skola tre olika slag av dispensärer finnas: A-dispensärer, B-dispensärer och distriktsdispensärer. Inom varje landstingsområde skall finnas minst en A-dispensär. Övriga dispensärer skola finnas till det antal, som inom varje landstingsområde är erforderligt. A-dispensär skall vara utrustad med röntgenanläggning, varemot sådan ej behöver finnas vid övriga dispensärer. A-dispensär skall förestås av läkare med sanatorieläkarekompetens. Vid de övriga dispensärerna skall tjänsteläkaren i regel fungera som dispensärläkare. Vid B-dispensär skall särskild dispensärsköterska vara anställd, medan dispensärsköterskans åligganden vid distriktsdispensär skola fullgöras av distriktssköterska. Arbetsuppgifterna för en B-dispensär och en distriktsdispensär skola i det stora hela vara desamma. Den egentliga skillnaden skall vara, att vid B-dispensär skall finnas särskild dispensärsköterska samt att B-dispensär alltjämt skall sortera under en särskild dispensärstyrelse i länet. Huru länge B-dispensärer, vilka motsvara den nuvarande allmänna typen av dispensärer, skola bibehållas, skall i varje särskilt fall göras beroende av tuberkulosens frekvens. Det skall tillkomma medicinalstyrelsen att efter landstingets hörande föreskriva, när inom ett sjukvårdsområde, som anslutit sig till den nya distriktsvårdsorganisationen, B-dispensärerna skola avvecklas.

Såsom synes åsyftar medicinalstyrelsens förslag till dispensärvårdens omorganisation en förstärkning av dispensärvården utan att rubba den grund, varpå distriktsvårdsförslaget bygger. Vid sådant förhållande torde hinder ej föreligga att nu upptaga sistnämnda förslag i förevarande del till prövning.

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 detta arbete 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 dispen-

särvården 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 medgivnas 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 afgivna tilläggsförslag förordat, i stort sett innebär en tillfredsställande anordning, helst som erfarenheterna från Norrbottens län, där dock tuberkulosfrekvensen är störst, utvisat, att distrikts- och dispensärvårdens uppgifter med fördel kunnat förenas i en hand. 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.

Beträffande *distriktens storlek* må i anledning av vissa yttranden i ämnet till en början erinras, att det enligt förslaget aldrig avsetts att varje distrikt skulle omfatta 3,000 invånare. Medicinalstyrelsen har tvärtom framhållit, att det exempelvis inom industrialiserade trakter kan vara erforderligt med mindre distrikt, medan i trakter av annan typ distrikten lämpligen böra göras större. Vad styrelsen med sitt uttalande i förevarande del närmast velat framhålla är endast, att det i genomsnitt torde bliva erforderligt med en sköterska per 3,000 invånare. Med utgångspunkt härifrån hava landstingen full frihet att vid uppgörande av plan för distriktsvårdens utbyggande beakta geografiska och andra lokala förhållanden.

Från vissa håll har man velat göra gällande, att distrikten även med en dylik tolkning av medicinalstyrelsens förslag skulle bli för små, samt påyrkat, att distrikten åtminstone till en början över lag göras större. Det är uppenbart, att behovet av distriktsvård kan växla i skilda landsändar. Medicinalstyrelsens förslag är emellertid grundat på hittills vunnen erfarenhet och det torde för närvarande icke föreligga tillräcklig anledning att i princip frångå förslaget på denna punkt. Därest — såsom jag kommer

att förorda — ett successivt och partiellt genomförande av den nya organisationen i varje landstingsområde medgives, beredes åt landstingen därjämte möjlighet att närmare pröva sig fram i fråga om distriktens storlek.

I några yttranden har slutligen ifrågasatts, huruvida icke jämväl städer med över 3,000 och upp till 6,000 invånare borde ingå i den föreslagna distriktsvårdsorganisationen. Frågan om distriktsvården i dessa städer torde emellertid lämpligen böra lösas i samband med prövningen av det förslag, bostadssociala utredningen för närvarande förbereder.

Jag ansluter mig alltså även beträffande distriktens storlek till medicinalstyrelsens förslag, därvid jag dock vill framhålla, att under tiden intill dess distriktsvård enligt den nya ordningen hinner i full utsträckning genomföras, stor frihet bör medgivas landstingen i förevarande hänseende.

Vad härefter angår *utbildningen* har av socialstyrelsen och socialpolitiska institutet starkt ifrågasatts, huruvida den för distriktssköterskorna avsedda socialhygieniska utbildningen vore tillräcklig som underlag för en självständig verksamhet på hithörande områden. Farhågorna härutinnan synas mig betydligt överdrivna. De praktiska socialhygieniska uppgifter, som anförtrotts distriktssköterskan, äro i regel icke av den art, att de kräva en mera ingående sakkunskap. Distriktssköterskan har dessutom möjlighet att i mera tvistiga fall rådgöra med sin förman. Frågan om en grundligare socialhygienisk utbildning åt distriktssköterskorna kan i varje fall icke upptagas nu utan måste, på sätt socialpolitiska institutet framhållit, behandlas i ett större sammanhang. Att på denna grund uppskjuta ett genomförande av den utav medicinalstyrelsen föreslagna omläggningen av nuvarande distriktsköterskeutbildning anser jag icke böra ifrågakomma.

Med hänsyn till önskvärdheten att påskynda utbildningen av kompetenta distriktssköterskor har, i enlighet med en av medicinalstyrelsen i skrivelse den 12 september 1934 gjord hemställan, i årets statsverksproposition föreslagits, att riksdagen måtte, i avbidan på förevarande proposition, för nästa budgetår beräkna ett belopp av 38,000 kronor, avsett för två distriktssköterskekurser enligt den nya undervisningsplanen. Tidigare har blott en kurs årligen anordnats. Av nämnda belopp beräknas 15,600 kronor åtgå till arvode åt föreståndarinnan och lärarekrafter, 2,400 kronor till expenser m. m. samt 20,000 kronor till stipendier. Mot styrelsens beräkningar härutinnan har jag intet att erinra. På grund härav och då den av styrelsen föreslagna utbildningsplanen synes mig motsvara de krav, som under nuvarande förhållanden böra ställas på en distriktssköterskas utbildning, förordar jag nu, att till riksdagen göres slutlig hemställan i ämnet i enlighet med medicinalstyrelsens förslag.

För att sätta de nuvarande distriktssköterskor, som icke genomgått statens distriktssköterskeskola, i stånd att fylla de nya uppgifterna, är det oundgängligt att tillfälle till kompletterande utbildning omedelbart beredes dem. Medicinalstyrelsen har för detta ändamål beräknat medel för två kompletteringskurser vid distriktssköterskeskolan, tillsammans 3,000 kronor. Detta förslag anser jag mig böra förorda. Det totala anslags-

behovet för budgetåret 1935/1936 utgör alltså 41,000 kronor, vilket belopp med 3,000 kronor överstiger det preliminärt beräknade.

Stat för användningen av ifrågavarande anslag torde sedermera böra fastställas av Kungl. Maj:t. I samband härmed torde jag få anmäla frågan om erforderliga ändringar i reglementet för statens distriktssköterskeskola samt i kungörelsen med vissa bestämmelser angående statens godkännande av sjuksköterskeskolor och sjuksköterskebyråer.

Spörsmålet om förbättrad utbildning i socialhygien för tjänsteläkarna anser jag mig icke i detta sammanhang böra upptaga till övervägande.

Jag övergår så till erinringarna rörande medicinalstyrelsens ekonomiska kalkyler. Vad främst angår *distriktssköterskornas avlöningsförmåner* kunna väl dessa för vissa delar av riket anses för lågt beräknade. Men å andra sidan lära på åtskilliga håll högre avlöningsförmåner än de av medicinalstyrelsen beräknade icke utgå. Ifrågavarande förmåner äro även att anse såsom minimiförmåner, avsedda för de minsta distrikten. Normallönen bör alltså ligga högre. Särskilt önskvärt är, att distriktssköterskan i sådana distrikt, där allmänhetens besök äro eller kunna förväntas bliva talrika, beredes en bostad om två rum och kök. På mångt håll kan det även vara lämpligt att bereda sköterskan fri telefon. Detta bör emellertid avgöras från fall till fall och bör därför icke göras till villkor för statsbidrag. Huruvida fri tvätt och köksutrustning skall ingå i löneförmånerna kan diskuteras. Då emellertid bestämmelsen härom öppnar möjlighet för en reglering av lönen i denna del efter ortens sed, anser jag mig ej böra frångå medicinalstyrelsens förslag härutinnan. Ej heller finner jag tillräcklig anledning föreligga att avvika från styrelsens förslag beträffande ålderstillägg. Visserligen skulle med den föreslagna anordningen distriktssköterskorna på en del håll kunna komma att intaga en särställning i förhållande till övriga befattningshavare hos landstingen, men anser jag denna omständighet väga mindre tungt än att olikhet i förevarande hänseende skall råda inom distriktsvården såsom sådan. Att på sätt från något håll påyrkats medicinalstyrelsen skulle fastställa resplaner för distriktssköterskorna, kan jag ej finna lämpligt eller erforderligt.

Erinringarna rörande styrelsens kostnadsberäkningar i övrigt torde i huvudsak vara befogade. Härav följer emellertid enligt min mening icke utan vidare, att staten skall åtaga sig högre *statsbidrag*. Principen att staten bör svara för den del av kostnaden, som faller på hälsovården, och landstingen för den del, som avser sjukvården, är endast att betrakta som en önskvärd norm vid kostnadsfördelningen och icke som en absolut fastslagen regel. I förhållande till gällande bestämmelser skulle dock staten enligt föreliggande förslag åtaga sig över dubbelt så stor andel av kostnaderna, vilket torde mer än väl motsvara de ökade uppgifter inom socialhygienens område, som skulle åligga distriktssköterskorna. Jag anser mig därför icke böra tillstyrka högre statsbidrag till den nya distriktsorganisationen än vad medicinalstyrelsen föreslagit. I detta sammanhang vill jag tillägga, att det ur

likformighetssynpunkt synes mig lämpligast, att staten och ej landstingen bekostar ålderstilläggen.

Som nämnts hava yrkanden framställts om högre statsbidrag även till de landsting, som kvarbliva vid den gamla organisationen. I vad dessa yrkanden avse distriktsvården, torde motiven för desamma i huvudsak ha bortfallit i och med att landstingen på sätt jag föreslagit medgivits möjlighet att vid sidan av distriktsvård enligt de nya bestämmelserna tillsvidare bibehålla dispensärvård i dess nuvarande skick. Jag anser mig ej heller kunna tillstyrka, att statsbidrag får utgå till av kommun eller sammanslutning av kommuner bedriven distriktsvård längre än medicinalstyrelsen föreslagit eller 5 år efter de nya bestämmelsernas ikraftträdande. Man torde hava rätt förvänta, att med de förhöjda statsbidrag, som landstingen avses skola erhålla, dessa skola innan utgången av nämnda tid hava övertagit och sörjt för distriktsvården uti ifrågavarande kommuner, särskilt om samverkan mellan vederbörande landsting och primärkommuner anordnas i enlighet med vad jag förut berört. Spörsmålet om och i vad mån högre statsbidrag bör utgå till sådana dispensärsköterskor, som tills vidare icke inordnas i distriktsvården, torde få upptagas till behandling i samband med prövningen av medicinalstyrelsens förslag angående ifrågavarande vårds organisation.

De nya bestämmelserna torde böra träda i kraft den 1 januari 1936. Beträffande *övergången* till den nya distriktsvårdsorganisationen kan jag väsentligen ansluta mig till de grunder, medicinalstyrelsen härför uppdragit. Dock anser jag i likhet med ett flertal av de hörda myndigheterna och sammanslutningarna, att ett utbyggande av den nya organisationen bör kunna ske etappvis och efter hand. För ett sådant utbyggande torde emellertid vissa närmare föreskrifter vara erforderliga. Bland annat synes böra föreskrivas, att utbyggandet skall ske enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan. Angående de grunder, som enligt min mening böra gälla för en övergång till den nya organisationen i vad den berör dispensärvården, har jag tidigare redogjort.

Med de av mig sålunda förordade reglerna för en övergång till det nya systemet bör denna kunna ske smidigt och utan förhastande. Jag vill emellertid som ett bestämt önskemål betona, att den nya organisationen genomföres inom rimlig tid. Skulle så ej bli fallet bör, på sätt bostadsutredningen framhållit, tagas under övervägande lämpligheten av ett åläggande för landstingen i förevarande hänseende.

Till komplettering av den här lämnade redogörelsen för de ändrade grunderna för statsbidrag till distrikts- och dispensärvården torde vid detta protokoll få fogas inom departementet uppgjorda förslag till kungörelse angående statsbidrag till distriktsvård samt till kungörelse om ändring av §§ 2 och 5 kungörelsen den 8 maj 1925 angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet.

Slutligen bör nämnas, att, bortsett från förut angivna utbildningskostnader, ett genomförande av distriktsvårdens omorganisation från och med den

1 januari 1936 icke kommer att inverka på statens utgifter under nästa budgetår. Enligt gällande bestämmelser utbetalas nämligen under innevarande budgetår de på kalenderåret 1934 belöpande statsbidragen för distriktsvården. Nästkommande budgetår skola utbetalas statsbidragen för kalenderåret 1935. Utbetalning enligt omorganisationsförslaget av statsbidragen för kalenderåret 1936 kommer således att äga rum först under budgetåret 1936/1937. Motsvarande gäller för dispensärsköterskorna.

Under återopande av vad jag här i skilda hänseenden anfört får jag hemställa, att Kungl. Maj:t ville

dels anhålla om riksdagens yttrande över härvid fogade förslag till kungörelse om ändrad lydelse av 36 § hälsovårdsstadgan den 19 juni 1919 (nr 566),

dels ock föreslå riksdagen att

1) godkänna de ändrade grunder för statsbidrag till distrikts- och dispensärvården, som av mig förordats,

2) till statens skola för utbildning av distriktssköterskor för budgetåret 1935/1936 anvisa ett anslag av kronor 41,000.

Till denna av statsrådets övriga ledamöter biträdda hemställan lämnar Hans Kungl. Höghet Kronprinsen-Regenten bifall samt förordnar, att proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar skall avlätas till riksdagen.

Ur protokollet:

Bertil Wirseen.

Förslag
till
kungörelse angående statsbidrag till distriktsvård.

Härigenom förordnas som följer:

1 §.

Statsbidrag till distriktssköterskas avlöning må utgå till landsting, som med iakttagande av bestämmelserna i denna kungörelse anordnat distriktsvård å den i landstingsområdet ingående landsbygden jämte städer med högst 3,000 invånare.

2 §.

I denna kungörelse benämnas område, inom vilket landsting anordnat distriktsvård, distriktsvårdsområde och en distriktssköterskas verksamhetsområde distrikt.

3 §.

1. Ledningen av distriktsvården inom varje distriktsvårdsområde skall utövas av en distriktsvårdsstyrelse.

2. Denna styrelse skall bestå av fem ledamöter. Förste provinsialläkaren i det län, inom vilket distriktsvårdsområdet är beläget, skall vara självskriven ledamot av styrelsen. Av övriga ledamöter utses en av medicinalstyrelsen samt tre av landstinget. Läkare med särskild utbildning i tuberkulosvård bör vara ledamot av distriktsvårdsstyrelsen. Därjämte bör en av ledamöterna i styrelsen vara kvinna. För ledamöterna i distriktsvårdsstyrelsen utses erforderligt antal ersättare efter samma grunder. Ledamöter och ersättare utses för fyra år, räknade från den 1 januari nästföljande år. Styrelsen utser inom sig ordförande och vice ordförande.

3. 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. Sådant må meddelas endast, där utskottet eller dess avdelning är i huvudsak sammansatt efter de grunder, som under 2. stadgas i fråga om distriktsvårdsstyrelse.

4. Instruktion för distriktsvårdsstyrelsen fastställs av landstinget.

4 §.

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.

5 §.

1. Distriktsvården skall inom varje distriktsvårdsområde vara anordnad enligt av medicinalstyrelsen godkänd plan.

2. Distriktssköterskas tjänstgöring skall i allmänhet omfatta såväl upplysande och rådgivande verksamhet i avseende å barnavård, bostadsvård och hälsovård jämte övriga grenar av förebyggande vård, som ock all sådan sjukvård, som kan utövas i hemmen. Dock må hennes tjänstgöring kunna omfatta allenast viss eller vissa grenar av sådan vård, som nu sagts.

3. Distriktssköterskas tjänstgöring må även omfatta sjukvård, som är förlagd till inom ödemarksområde inrättat sjukhärberge med högst fyra sjukängar. Å annan sjukvårdsanstalt må distriktssköterska ej tjänstgöra, men skall hon vara skyldig att inom distriktet biträda den, som handhar vid sjukvårdsanstalt anordnad verksamhet för bistånd i personliga angelägenheter åt sjuka eller tillfrisknade.

4. Åt en distriktssköterska inom varje distriktsvårdsområde må anförtros uppgift att biträda distriktsvårdsstyrelsen med tillsyn över distriktsvården.

5. Distriktssköterskas arbete skall så anordnas, att nödig vila och ledighet beredes henne.

6. Distriktssköterskas tjänstgöringsförhållanden skola vara närmare reglerade genom en av medicinalstyrelsen godkänd instruktion.

6 §.

Distriktssköterska skall hava genomgått av staten godkänd sjuksköterskeskola samt dessutom hava bevistat fullständig kurs vid statens distriktssköterskeskola.

7 §.

1. Distriktssköterska skall åtnjuta *dels* kontant lön av minst 1,800 kronor för år jämte två ålderstillägg, vardera å 100 kronor, efter fem och tio års väl vitsordad tjänstgöring *dels ock* kostnadsfritt möblerad bostad jämte erforderlig köksutrustning, värme och lyse samt tvätt eller ock ersättning för dessa naturaförmåner efter ortens pris. Bostaden skall omfatta minst ett rum och kök jämte nödiga uthus.

Ålderstillägg utgår från och med ingången av kalenderåret näst efter det, varunder den för ålderstilläggs erhållande stadgade tjänstetiden blivit uppnådd. Rätt till ålderstillägg inträder dock icke förrän distriktssköterskan under tid, motsvarande minst fyra femtedelar av den stadgade femårsperioden, med goda vitsord bestritt distriktsskötersketjänst eller annan därmed likvärdig befattning eller på grund av förordnande fullgjort annat offentligt uppdrag. Vid bestämmande av denna tid må avdrag ej göras för den tid, hon åtnjutit semester eller i särskilt fall efter medicinalstyrelsens anvisningar använt till att förskaffa sig ytterligare utbildning.

Har distriktssköterska, då hon tjänstgjort stadgad tid för erhållande av ålderstillägg, redan uppnått den levnadsålder, vid vilken hon, enligt vad därom är särskilt stadgat, skall vara skyldig avgå från tjänsten, utgår icke ålderstillägg.

Medicinalstyrelsen fastställer den tidpunkt, från och med vilken varje särskilt ålderstillägg skall börja utgå.

2. Distriktssköterska skall av distriktsvårdsområdet åtnjuta ersättning för kostnader för resor i tjänsten i den ordning och omfattning, distriktsvårdsstyrelsen bestämmer.

3. Distriktssköterska skall äga rätt till en månads semester på tid, distriktsvårdsstyrelsen bestämmer.

8 §.

Statsbidrag utgår med 1,000 kronor om året för varje distriktssköterskebefattning för tid, under vilken befattningen uppehålls av ordinarie befattningshavare eller av vikarie med kompetens, varom i 6 § förmåles. Därjämte skola av statsmedel bestridas de i 7 § 1. angivna ålderstilläggen åt distriktssköterskor.

9 §.

Landsting, som önskar erhålla statsbidrag till distriktsvård, har att till länsstyrelsen ingiva till medicinalstyrelsen ställd ansökan om sådant bidrag.

Ansökan skall innefatta en plan för distriktsvårdens bedrivande, uppgjord under iakttagande av vad i denna kungörelse stadgas, ävensom förslag till indelning i distrikt med uppgift å varje distriktssköterskas tjänstation.

Länsstyrelsen har att efter förste provinsialläkarens hörande jämte eget yttrande överlämna ansökningen till medicinalstyrelsen, som meddelar beslut i ärendet.

10 §.

1. Rekvisition av statsbidrag till distriktsvård skall vara avfattad i enlighet med av medicinalstyrelsen fastställt formulär.

Vid rekvisitionen skall avdrag göras för pensionsavgift, som jämlikt reglementet för statens pensionsanstalt åligger distriktssköterska och belöper å den tid, som statsbidraget avser.

Rekvisitionen skall efter ingången av november månad det år, för vilket bidrag sökes, upprättas av distriktsvårdsstyrelsen i ett sammanhang för samtliga distriktsvårdsområdet tillhörande distrikt, varefter rekvisitionen senast före den 15 i nästföljande månad skall vara inlämnad till länsstyrelsen.

2. Har beslut, varigenom distriktsvårdsområde förklarats berättigat att erhålla statsbidrag till distriktsvård, meddelats å sådan tid, att rekvisition av bidrag icke kunnat äga rum inom den under 1. angivna tiden, äger distriktsvårdsstyrelsen göra dylik rekvisition inom tre månader, sedan styrelsen fick kännedom om beslutet.

3. Länsstyrelsen skall, efter hörande av förste provinsialläkaren, granska de inkomna rekvisitionerna och därvid tillse, att distriktsvården anordnats i överensstämmelse med av medicinalstyrelsen godkänd plan samt genomförts i den omfattning, förhållandena medgivit, att de vid distriktsvården anställda sjuksköterskorna äga i denna kungörelse föreskriven kompetens samt att i övrigt för statsbidrags erhållande uppställda villkor blivit uppfyllda.

Till utbetalning godkänt belopp bör, såvitt möjligt, före utgången av det år, varunder rekvisition inkommit, av länsstyrelsen utanordnas.

4. Då statsbidrag rekvireras till avlönande av distriktssköterska, som erhållit tillstånd att kvarstå i tjänsten efter uppnådd pensionsålder, skall medicinalstyrelsens beslut därom bifogas rekvisitionen.

5. Till distriktsvårdsstyrelse skall under juli månad varje år länsstyrelse utan särskild rekvisition utanordna förskott på statsbidraget för löpande år. Förskott må utgå endast under förutsättning att länsstyrelsen vederligen distriktsvård, varom i denna kungörelse förmäles, funnits anordnad inom vederbörande distriktsvårdsområde under den dittills förflutna delen av året. Beloppet av dylikt förskott må uppgå till högst tio tolfedelar av det belopp, som på grund av distriktsvårdsstyrelsens under nästförflutna år gjorda rekvisition tillerkänts distriktsvårdsområdet ifråga. Utbetalat förskott skall avräknas, då statsbidraget för löpande år slutligen utanordnas.

6. Det åligger länsstyrelsen att varje år före mars månads utgång till medicinalstyrelsen inkomma med uppgifter, enligt av medicinalstyrelsen fastställt formulär, å beloppet av de statsbidrag, som blivit för det nästföregående året till varje särskilt distriktsvårdsområde utbetalda, och å antalet distriktssköterskor, till vilkas anställning medlen utgått.

11 §.

Distriktsvårdsstyrelse må, om landstinget därtill anslagit medel, anställa särskilda befattningshavare för att under styrelsen vara verksamma inom distriktsvården eller viss eller vissa grenar av densamma.

Instruktion för sådana befattningshavare fastställas av landstinget.

12 §.

Distriktsvård, för vilken statsbidrag åtnjutes, skall i allt som rör hälso- och sjukvård och de i distriktsvården anställda befattningshavarnas arbetsförhållanden stå under medicinalstyrelsens överinseende. Det åligger distriktsvårdsstyrelse att årligen före den 1 mars till medicinalstyrelsen avgiva berättelse enligt av styrelsen fastställt formulär över distriktsvårdens tillstånd och utveckling inom distriktsvårdsområdet.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1936.

Härigenom upphäves kungörelsen den 30 april 1920 (nr 234) angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor med iakttagande likväl av följande undantag och bestämmelser:

1. 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.

2. 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, anställas allenast för viss eller vissa vårdgrenar, må enligt distriktsvårdsstyrelsens bestämmande utöva denna sin verksamhet jämväl inom distriktsvårdsområdet i övrigt.

3. Utan hinder av vad i 6 § nya kungörelsen är stadgat 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.

4. 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 uppehålls av sjuksköterska, som icke uppfyller de i 6 § nya kungörelsen föreskrivna kompetensvillkor.

*Bilaga.***Förslag**

till

kungörelse om ändrad lydelse av §§ 2 och 5 kungörelsen den 8 maj 1925 (nr 329) angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet.

Härigenom förordnas, att §§ 2 och 5 kungörelsen den 8 maj 1925 angående statsbidrag för understödjande av dispensärverksamhet skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan angives:

§ 2.

Dispensär, till vilken statsbidrag utgår, skall förestås av läkare, som är lagligen behörig att utöva läkarkonsten. Är vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt gällande bestämmelser 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.

§ 5.

Statsbidrag utgår — — — omförmälda ändamål.

Har landstinget inom området för dispensärens verksamhet 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.

Denna kungörelse träder i kraft den 1 januari 1936, men skola äldre bestämmelser fortfarande äga tillämpning inom område, där distriktsvård alltjämt är anordnad enligt förut gällande bestämmelser angående statsbidrag till avlöning åt distriktssköterskor.

Utan hinder av vad i § 5 andra stycket stadgas må, när medicinalstyrelsen finner skäl därtill föreligga, statsbidrag 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. Vad sålunda stadgas skall dock icke äga tillämpning med avseende å sådan vid dispensären anställd sjuksköterska, till vars avlöning statsbidrag utgår enligt bestämmelserna angående statsbidrag till distriktsvård.