

Nr 206.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen angående ändrade grunder för statsbidrag till vissa grenar av den slutna sjukvården m. m.; given Stockholms slott den 28 februari 1936.

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

Under Hans Maj:ts
Min allernådigste Konungs och Herres frånvaro:

GUSTAF ADOLF.

Gustav Möller.

*Utdrag av protokollet över socialärenden, hållet inför
Hans Kungl. Höghet Kronprinsen-Regenten i statsrådet
å Stockholms slott den 28 februari 1936*

Närvarande:

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

Efter gemensam beredning med chefen för finansdepartementet anmäler chefen för socialdepartementet, statsrådet Möller fråga om *ändrade grunder för statsbidrag till vissa grenar av den slutna sjukvården* med mera och anför därvid följande.

Bihang till riksdagens protokoll 1936. 1 saml. Nr 206.

194 36 1

Inledning.

I skrivelse den 8 juni 1927, nr 318, anhöll *riksdagen*, att Kungl. Maj:t ville låta verkställa utredning, huruvida och på vad sätt en utjämning av kostnaderna för den allmänna sjukvården i riket kunde åvägabringas, samt för riksdagen framlägga de förslag, vartill denna utredning kunde giva anledning. Till grund för riksdagens hemställan lågo två grupper av inom båda kamrarna väckta, till avfattningen olika men med avseende å innebörden i huvudsak överensstämmande motioner om utredning av frågan om bidrag från statens sida till täckande av kostnaderna för den allmänna sjukvården. I motionerna hade bland annat framhållits, att inom flertalet sjukvårdsområden antalet vårdplatser för kroppsligt sjuka icke kunde anses tillräckligt samt att det måste framstå såsom synnerligen angeläget att inom en snar framtid öka antalet dylika sjukvårdsplatser. Tillika hade motionärerna emellertid betonat, att flertalet landsting redan för den nu löpande sjukhusdriften hade att vidkännas en utdebitering, som måste anses avsevärd, särskilt i förhållande till storstädernas utgifter för motsvarande ändamål, samt att förty en utjämning borde ske sjukvårdsområdena emellan av kostnaderna för fullgörande av ifrågakvarande uppgifter. I sammanhang därmed påtalades den ojämnhet i skattebördans fördelning över huvud, som vore rådande mellan olika beskattningsområden.

Riksdagen anförde för sin del i skrivelsen, att det visserligen med hänsyn till statens under de senaste åren alltmera ökade utgifter för sjukvård av skilda slag måste anses tvivelaktigt, huruvida staten åtminstone för närvarande kunde eller borde ikläda sig större utgifter för den allmänna sjukvården än de nu utgående, men att riksdagen dock ansett önskligt att, särskilt i betraktande av den ojämnhet i kostnaderna för nu ifrågakvarande ändamål, som förefunnes mellan de olika landstingsområdena och primärkommunerna, en utredning i den av motionärerna föreslagna riktningen komme till stånd. Riksdagen ansåge sålunda, att med hänsynstagande till de kostnader, som staten för närvarande finge vidkännas för den allmänna sjukvården, en undersökning borde verkställas, huruvida och på vad sätt en utjämning av kostnaderna för de olika sjukvårdsområdena kunde åvägabringas. Riksdagen hemställde för den skull om en dylik utredning men underströk, att den icke därvid intoge någon ståndpunkt till frågan, om staten borde i större mån än nu vore fallet bidra till vården ifråga.

Över riksdagens skrivelse avgavs den 6 juli 1927 utlåtande av *medicinalstyrelsen*. Styrelsen erinrade däri om den i vårt land förhandenvarande fördelningen av sjukvårdskostnaderna mellan staten, landsting och kommuner, enligt vilken fördelning en viktig del av den allmänna sjukvården, nämligen lasarettsvården, sedan lång tid tillbaka påvilat vederbörande landsting, respektive i landsting icke deltagande städer. Styrelsen framhöll, att de kostnader, som härigenom vållats nyssnämnda korporationer, på sista tiden stigit så avsevärt och dessutom kommit att på de olika landstingsområdena falla

så ojämnt, att det på många håll vore ovisst, huruvida de belopp, vilka lämpligen skulle kunna utdebiteras för ändamålet, hädanefter skulle visa sig tillräckliga för den fortsatta utveckling av sjukvården, som särskilt för vissa landsdelar vore mycket välbehövlig. Beträffande det principiellt riktiga eller oriktiga i att beträda den av motionärerna anvisade vägen ansåg sig styrelsen icke böra göra något uttalande. Styrelsen betonade emellertid, att därest en blivande utredning skulle ådagalägga behovet av att staten ekonomiskt trädde emellan i och för en ifrågasatt utjämning av sjukvårdskostnaderna, en sådan åtgärd skulle vara ägnad att medföra vissa andra fördelar än de rent ekonomiska, särskilt beträffande förläggningen av nya sjukvårdsanstalter samt anordnandet av nya specialavdelningar vid lasarett. I sistnämnda hänseende hade man, yttrade styrelsen, hållit före, att upprättande av en allmän sjukvårdsplan, vilken säkerligen bleve nödvändig för genomförande av åstundad skatteutjämning, skulle vara ägnad att underlätta utbyggandet på lämpligt sätt av specialsjukvården. Båda dessa så att säga lokalfrågor skulle måhända genom åstadkommande av den påyrkade skatteutjämningen kunna lösas på ett mera enhetligt och för landet i dess helhet fördelaktigt sätt än som för närvarande vore möjligt. Styrelsens utlåtande utmynnade i hemställan om frågans hänskjutande till utredning genom en särskild kommitté.

Den av medicinalstyrelsen berörda frågan om en enhetlig sjukvårdsplan har även behandlats av *centralstyrelsen för Sveriges läkarförbund*, som i en till Kungl. Maj:t ingiven, den 15 juli 1927 dagtecknad skrivelse hemställt om utredning, huru planmässighet skulle kunna uppnås i den utveckling av den slutna kroppssjukvården, som påginge och ytterligare vore att emotse. Centralstyrelsen framhöll därvid särskilt, att en splittring i den slutna sjukvårdens ledning blivit en följd av att ansvaret för sjukvårdens ordnande varit fördelat på så många olika myndigheter och att denna splittring innebure en fara för en rationell utveckling, särskilt beträffande sjukvårdens specialisering. För egen del ansåge centralstyrelsen, att en tillfredsställande organisatorisk utveckling av sjukhusväsendet icke kunde tryggas utan att en enhetlig plan härför upprättades samt att även de ekonomiska synpunkterna bäst skulle främjas genom en dylik plan.

Vid anmälan i statsrådet den 4 januari 1929 av frågan om regleringen av utgifterna under femte huvudtiteln för budgetåret 1929/1930 berörde *föredragande departementschefen* och vissa spörsmål, som sammanhånga med nyss angivna framställningar. Departementschefen yttrade bland annat.

Vid behandlingen av de särskilda punkterna under huvudtiteln kunde man icke undgå att erhålla ett ganska bestämt intryck av att vidtagna åtgärder för understöd från statens sida till olika slag av allmänt social och sjukvårdande verksamhet av icke statlig natur ej alltid vidtagits på ett tillräckligt planmässigt sätt. Då man ofta syntes hava handlat endast från fall till fall, hade statens understödjande verksamhet för skilda ändamål kommit att brista i enhetlighet, och beträffande bidragen hade olikheter kommit att uppstå, som knappast kunde anses tillräckligt betingade av omständigheterna i de särskilda fallen. Detta gällde särskilt i fråga om bidrag till vårdanstalter av skilda slag. Då dessa statsbidrag till största delen ginge till samma

håll, nämligen till landstingen och, i viss mån, primärkommunerna, syntes det i och för sig knappast nödvändigt, att bidragen utginge i så många former och med så varierande belopp, som nu vore händelsen. Av det sätt, varpå hithörande frågor behandlats, hade också följt, att avgränsningen mellan å ena sidan de vårduppgifter, som borde handhavas respektive understödjas av staten, och å andra sidan den verksamhet, som skulle helt eller med understöd av statsmedel ombesörjas av landstingen respektive primärkommunerna, blivit något obestämd. Även måste man i vissa fall fråga sig, huruvida fortsatt byggnadsverksamhet eller fortsatt utbyggnad av viss organisation alltjämt vore nödvändig eller om icke genom av utvecklingen möjliggjorda inskränkningar på andra områden eller ökat samarbete eller förbättrad organisation samma resultat skulle kunna nås på en enklare och billigare väg. Det måste enligt departementschefens mening anses som ett riksintresse, att de sålunda berörda frågorna — givetvis i samförstånd och samarbete med landstingen — upptoges till dryftande. Motsvarande gällde i vissa avseenden också primärkommunerna. Genom en undersökning i nu angivna hänseenden syntes departementschefen vidare kunna vinnas såväl betydande förmåner för sjukvården såsom en rikets gemensamma angelägenhet som ock besparingar för landsting och primärkommuner, samtidigt med att statens utgifter åtminstone icke skulle behöva ökas. Man borde vid bedömande av hithörande frågor hålla i sikte, att statens utgifter för sociala ändamål endast vore en del — och ingalunda den största delen — av det allmännas utgifter för dessa ändamål.

Med anledning av vad sålunda förekommit bemyndigade *Kungl. Maj:ts* genom beslut den 12 mars 1929 chefen för socialdepartementet att tillkalla högst fem sakkunniga för att i de hänseenden som angåves i statsrådsprotokollet över socialärenden samma dag, inom departementet biträda med utredning rörande den slutna kroppssjukvården i riket. I uttalande till nämnda statsrådsprotokoll angav vederbörande departementschef utredningens huvudsyfte vara att söka åstadkomma en riksplan för ett rationellt ordnande av den å anstalter och vårdhem bedrivna allmänna kroppssjukvården, i vad angår framtida åtgärder, så att den ej blott ur enskilda landsdelars eller enstaka vårduppgifters utan även ur hela rikets synpunkt och i sjukvårdens intresse över huvud efter hand komme att motsvara vad som för överskådlig tid rimligen borde krävas, samtidigt som detta resultat vunnas för minsta möjliga kostnad, fördelad på rättvisaste sätt. Departementschefen uppdrog tillika utförliga riktlinjer för utredningens bedrivande. Dessa torde i stora drag kunna sammanfattas sålunda.

1. Såsom utgångspunkt för utredningen borde verkställas en allmän inventering av förefintliga anstalter på kroppssjukvårdens område. Denna undersökning borde främst avse den allmänna lasarettsvården med dess specialavdelningar, men hänsyn borde ock tagas till andra vårdgrenar av större betydelse, såsom epidemivård, tuberkulossjukvård, behandling av kräftsjukdomar, vanförevård och kronisk sjukvård, eventuellt även vård vid barnsbörd och vård av reumatiska sjukdomar. I samband härmed borde göras en utredning angående eller sammanställning av befintliga uppgifter rörande de kostnader, som för närvarande äro förenade med den allmänna sjukvården. Utredningen borde omfatta såväl nedlagda engångskostnader som löpande driftkostnader samt jämväl avse kostnadernas fördelning på staten, landsting, primärkommuner och enskilda.

2. Nästa led i utredningen borde gå ut på en undersökning av vilka anordningar, som kunde anses behövlige för en tillfredsställande ordning inom de olika ifrågavarande grenarna av sjukvård. Undersökningen kunde ske i ganska stora drag och i första hand taga hänsyn till behovet ur rikssynpunkt. Genom en jämförelse med den verkställda inventeringen komme därefter att framgå vad som återstode att göra. Yppades behov av ökade vårdmöjligheter, borde man främst söka täcka detta genom effektivare utnyttjande av redan befintliga anstalter under särskilt beaktande av möjligheterna till samorganisation mellan olika sjukvårdsområden och mellan olika vårdgrenar ävensom de förbättrade kommunikationernas betydelse för sjuktransporter. Även borde övervägas, i vad mån vårdplatser, närmast avsedda för mera tillfälliga sjukvårdsbehov, lämpligen kunde användas för mera beständiga sådana. Vore åter en utökning av antalet totala vårdplatser ofrånkomlig, borde nog tillses, att icke dyrbarare sådana planerades, än tillgodoseendet av det avsedda sjukvårdsbehovet krävde.

3. Efter dessa mera tekniska undersökningar borde utredningsarbetet främst inriktas på att söka åstadkomma en i möjligaste mån klar avgränsning mellan å ena sidan vad staten i fråga om den slutna kroppssjukvården borde för framtiden åtaga sig och å andra sidan vad som därutinnan borde åligga landstingen, respektive primärkommunerna, eller eventuellt kunde lämnas åt enskilda sammanslutningars initiativ och omsorg. Väsentligast härvid vore att undersöka, huruvida icke en bättre och mera enhetlig ordning än den nuvarande kunde vinnas utan ökade totalkostnader för *det allmänna*, d. v. s. för staten, landstingen och primärkommunerna tagna såsom helhet. För främjande av nämnda syfte borde nog övervägas en sådan omläggning av statens ställning till olika sjukvårdsgrenar, att staten helt övertog någon eller några av de grenar, där nu i en eller annan form staten bidroge, under det att andra grenar, till vilka statsbidrag nu utginge, helt och hållet komme att vila på landstingen, vart för sig eller i samverkan med varandra.

4. Härmed vore man inne på utredningens kärnpunkt eller spørsmålet om ett rationellt ordnande, på sätt förut antytts, av ifrågavarande sjukvård. Utredningen borde härvid söka finna lämpliga former för den samverkan mellan de administrativa enheterna på sjukvårdens område, som i detta hänseende erfordrades. Övervägas borde ock, huruvida icke de spärar mellan olika sjukvårdsområden, som nu existerade i form av olika legosängsavgifter för sjuka, boende inom respektive utanför sjukvårdsområdet, kunde helt slopas eller deras hämmande verkningar på annat sätt övervinnas. Möjligen borde även fattigvårdslagens bestämmelser angående landstingens bidragskyldighet till vissa av primärkommunernas sjukvårdskostnader revideras i den riktning, att en del av ifrågavarande kostnader alltid stannade på primärkommunerna mot det att landstingsbidrag erhöles i ett större antal fall än nu. Slutligen borde prövas möjligheten och lämpligheten av att åstadkomma mera enhetliga bestämmelser rörande statsbidragen än de nu gällande, därvid hänsyn borde tagas jämväl till möjligheten att på denna väg vinna skatteutjämning mellan de olika sjukvårdsområdena.

Att verkställa nu skisserade utredning tillkallades såsom sakkunniga dåvarande riksgäldsfullmäktigen C. G. Ekman, åt vilken jämväl uppdrogs att såsom ordförande leda de sakkunnigas förhandlingar, dåvarande generaldirektören och chefen för medicinalstyrelsen N. E. Hellström, numera framlidne sekreteraren hos svenska landstingsförbundet S. A. Odén, ledamoten av riksdagens första kammare N. J. M. Svensson samt dåvarande ledamoten

av riksdagens andra kammare E. I. Lindley. Sedan Ekman i egenskap av statsminister den 26 juni 1930 entledigats från ifrågavarande uppdrag, tillkallades i hans ställe landshövdingen S. Lübeck att såsom ordförande leda utredningen. De sakkunniga antogo benämningen »Statens sjukvårdskommitté». Kommittén har i frågor rörande tuberkulossjukvården biträttats av sekreteraren hos svenska nationalföreningen mot tuberkulos, medicine doktorn G. Neander.

Genom särskilda beslut uppdrogs sedermera åt kommittén att dels verkställa utredning och avgiva förslag i fråga om befrielse från skyldighet att återbära uppburet statsbidrag vid användande av epidemisjukhus för annat allmännyttigt ändamål än såsom anstalt, för vars uppförande eller inrättande statsbidrag kan utgå, dels ock fullfölja av medicinalstyrelsen påbörjad utredning angående ifrågasatt statsbidrag till resor för ambulatorisk kvävgasbehandling av tuberkulösa samt inkomma med det yttrande eller förslag, vartill utredningen kunde föranleda.

Kommittén har den 17 maj 1934 avgivit betänkande i ämnet (statens offentliga utredningar 1934: 22). I betänkandet, som är enhälligt, redogöres först för det resultat, vartill kommitténs utredning angående sjukhusväsendets nuvarande ställning och behov av ytterligare vårdanordningar lett (Avd. I och II). Därefter upptagas till behandling frågorna om sjukhusvårdens ändamålsenliga handhavande och finansiering med de överväganden rörande kostnadsfördelning och samarbete mellan stat, landsting, primärkommuner och enskilda, som befunnits påkallade (Avd. III). Kommittén, som i denna del samrått med den under hösten 1929 tillsatta s. k. skatteutjämningsberedningen, har härvid ansett sig böra beröra vissa principiella spörsmål även angående sinnessjukvårdens samt dövstum- och blindvårdens handhavande och finansiering, ehuru dessa vårdgrenar ligga något vid sidan om kommitténs egentliga uppdrag. Betänkandet avslutas med en sammanfattande framställning, inrymmande en allmän sjukvårdsplan för såväl sjukvårdsbehovens tillgodoseende som de därmed förenade uppgifternas och kostnadernas fördelning (Avd. IV).

Betänkandet har i vanlig ordning varit föremål för *remiss* till åtskilliga myndigheter, sammanslutningar och stiftelser, som beröras av däri framlagda förslag. Yttranden hava avgivits av bland andra medicinalstyrelsen, pensionsstyrelsen, socialstyrelsen, riks försäkringsanstalten, arméförvaltningens sjukvårdsstyrelse, statskontoret, statens inspektör för fattigvård och barnavård, universitetskanslern, de medicinska fakulteterna vid Uppsala och Lunds universitet samt karolinska institutets lärarkollegium, överståthållarämbetet, efter hörande av Stockholms stad samt direktionerna vid vissa fristående sjukhus i staden, ävensom samtliga länsstyrelser, sedan förste provinsialläkaren, landstingen och dem underordnade sjukvårdsmyndigheter samt städerna utanför landsting och vissa andra primärkommuner beretts tillfälle att yttra sig. Härjämte hava hörts vederbörande styrelser för svenska fattigvårds- och barnavårdsförbundet, svenska landstingsförbundet, svenska stadsförbundet och svenska landskommunernas förbund, föreningen svenska röda

korset, nationalföreningen mot tuberkulos, ett flertal läkarsammanslutningar, svenska sjukhusförvaltningens tjänstemannaförbund, Konung Oscar II:s jubileumsfond, Konung Gustaf V:s jubileumsfond, stiftelsen Konung Oscar II:s och Drottning Sophias guldbrylllopsminne, de olika kustsanatorie- och vanföreföreningarna, Welanderhemmen samt allmänna barnhuset.

Till en början torde jag få lämna en sammanfattande

översikt av kommitténs allmänna sjukvårdsplan.

Vårdbehovens tillgodoseende.

Kommitténs förslag härutinnan går i huvudsak ut på följande.

Lasarettsvården bör utbyggas i enlighet med det s. k. centrallasarettssystemet, avseende sammanförande såvitt möjligt av erforderliga specialavdelningar till ett centrallasarett i varje sjukvårdsområde. De medicinska och kirurgiska avdelningarna bära jämte en röntgenavdelning bilda kärnan i ett centrallasarett. Till dessa avdelningar bära, i den mån ej så redan skett, efter hand anslutas specialavdelning för öron-, näs- och halssjukdomar, barnbördsvård och kvinnosjukdomar, barnsjukdomar samt i regel även för ögonsjukdomar. Vid vissa centrallasarett bära dessutom finnas avdelningar för hud- och könssjukdomar samt för reumatiska sjukdomar och eventuellt psykoneuroser. Nuvarande avdelningar och fristående anstalter för reumatiker- och psykoneurosvård bära framdeles avskiljas från pensionsstyrelsens verksamhetsområde och helt införlivas med den allmänna sjukvården. Ordningföljden mellan erforderliga nya specialavdelningar får, där dessa icke kunna samtidigt tillgodoses, bliva beroende av de lokala förhållandena.

Centrallasarettens röntgenavdelningar avses som regel ej skola meddela allsidig svulstbehandling. Sådan bör utövas på de tre radioterapeutiska centralanstalterna för kräfta i Stockholm (Radiumhemmet), Göteborg (Allmänna och Sahlgrenska sjukhuset) samt Lund. Skulle dessa tre anstalter icke visa sig tillräckliga, bör en liknande radiologisk centralanstalt inrättas i Norrland (förslagsvis Sundsvall eller Umeå). Kommittén ansluter sig i detta hänseende helt till det program, styrelsen för Konung Gustaf V:s jubileumsfond tidigare framlagt.

För landet i dess helhet bära inrättas dels en specialavdelning för neurokirurgiska sjukdomar vid Serafimerlasarettet, dels ock en centralanstalt för försöksverksamhet beträffande astmasjukdomarnas bekämpande, förslagsvis förlagd till det blivande karolinska sjukhuset. Härjämte förordas viss koncentring av behandlingen för kluven gom hos barn.

Den lasarettsvård, som icke är av beskaffenhet att bära meddelas vid centrallasarett, förutsättes alltjämt utövad å odelade lasarett och sjukstugor. Vid utbyggandet av denna del av lasarettsvården måste emellertid dessa sjukhustypers begränsning ur sjukvårdssynpunkt noga beaktas, något som hittills icke alltid skett. För att tillförsäkra sjukstugorna bästa möjliga läkarkrafter bör tillsättandet av sjukstuguläkar- och därmed förenade tjänster centraliseras till Kungl. Maj:t.

Härutöver föreslås särskilda anordningar för meddelande av sluten barnbördsvård utom centrallasaretten.

Vad härefter angår tillgodoseendet av den specialvård, som icke bör förläggas uteslutande till lasarett och därmed jämförliga sjukhus, räknar kommittén såsom hittills med olika slag av *specialsjukhus*, vilka vart för sig representera endast en specialitet. Hit höra i första hand vårdanstalter för lungtuberkulösa och epidemiskt sjuka. Till en särskild grupp hänföras sådana sjukhus, som avse att lämna en för stark centralisering ägnad specialvård eller specialbehandling, såsom anstalter för kirurgisk tuberkulos, för vanföra, för barn med medfödd eller i späda ålder ådragen syfilis samt för spetälskesjuka.

På *lungtuberkulosens* område förordar kommittén olika typer av anstalter, sanatorier respektive tuberkulossjukstugor, huvudsakligen i anslutning till nu rådande förhållanden, dock under obligatorisk samverkan mellan de olika sjukhustyperna inom ett och samma sjukvårdsområde i syfte att åstadkomma en mera rationell fördelning av patientmaterialet än hittills. Den ena typen (A-typen) avses för vård av akuta och mera komplicerade fall, den andra typen (B-typen) för övriga fall, inklusive konvalescenter. Särskilda avdelningar förordas för vuxna och för barn. Behovet av A-platser för vuxna finner kommittén i det närmaste fyllt för riket i dess helhet. I de sjukvårdsområden, där A-platser helt eller delvis saknas, bör behovet i första hand tillgodoses genom organiserat utnyttjande av förefintliga överskottsplatser inom annat sjukvårdsområde eller å folksanatorierna. Till underlättande härav föreslås vissa åtgärder. Behov av A-platser för barn samt B-platser anses föreligga i flertalet sjukvårdsområden.

På *epidemivårdens* område förordas en begränsning av antalet permanenta eller stadigvarande vårdplatser, avsett att motsvara det så att säga ordinarie platsbehovet. Där de geografiska förhållandena och befolkningstätheten så medgiva, bör hithörande vård koncentreras till större sjukhus. Befintliga epidemisjukhus, som icke erfordras för det »ordinarie» epidemivårdsbehovets tillgodoseende, böra förläggas i reserv eller upplätas för annat ändamål, i vissa fall mot skyldighet att återbära för sjukhusets uppförande uppburet statsbidrag. Härjämte tillstyrkes en närmare utredning om lättande av gällande isoleringstvång vid de epidemiska sjukdomarna, särskilt vid scharlakansfeber. Å andra sidan föreslås, att vissa infektiösa sjukdomsfall, som icke omnämnas i epidemilagen, främst fall av mässling, kikhosta och influensa, skola, där sjukdomens art så påfordrar och det kan ske utan men för övriga sjuka, få intagas på epidemisjukhus även under andra förhållanden än dem, som avses i epidemilagens 13 och 25 §§. Kommittén betonar ock vikten av att i de olika epidemidistrikten noggranna planer uppgöras för ej mindre den permanenta epidemivårdens ordnande än även för tillgodoseendet av det platsbehov, som ej bör eller kan täckas med den permanenta plats-tillgången.

Även på den *kirurgiska tuberkulovårdens* område räknar kommittén med olika anstaltstyper för vårdbehovets tillgodoseende. De högst kvalificerade

platserna, A-platserna, kustsanatorierna, avses främst för fall av ben- och ledtuberkulos samt svårare fall av körteltuberkulos. I den mån dessa fall övergå i konvalescentstadium, böra de överflyttas till särskilda konvalescenthem eller avdelningar, anordnade i anslutning till A-anstalterna. Övriga fall, närmast lindrigare former av körteltuberkulos, böra, i den mån de ej kunna återvinna hälsan å av dispensärer eller enskilda anordnade sommarhem, vårdas å länsvis inrättade, hela året runt öppna s. k. skrofuloshem. Riksbehovet av A-platser anses fyllt med inrättande — utöver nuvarande anstalter — av en anstalt om 150 platser, förlagd till Norrland. Rörande utbyggandet av konvalescent- och skrofuloshemplatserna lämnas ock vissa anvisningar. För att underlätta ett rationellt utnyttjande av lediga A-platser föreslås alternativa system för platsernas beläggande.

Vårdplatsbehovet för *vanföra* har befunnits i det närmaste tillgodosett vad angår kliniker för ortopedisk vård samt skol- och uppfostringshem. Där emot synes kommittén ökat behov av platser å yrkesskola föreligga. Med hänsyn till den avsevärt ökade platstillgång för vanföras utbildning, som under senare år beretts, anses emellertid frågan om ytterligare ökning av platser å yrkesskola icke böra slutligen prövas, förrän vidare erfarenhet vunnits. Under tiden bör man söka minska efterfrågan på hithörande platser genom att dels främja utvecklingen av den utomanstaltliga yrkesutbildning, som pensionsstyrelsen påbörjat, dels ock för de minst arbetsdugliga inrätta särskilda asylhem i anslutning till de egentliga vanförestalterna.

Vården av *barn med medfödd eller i späid ålder ådragen syfilis* finner kommittén kunna tillsvidare tillgodoses genom de nuvarande anstalterna, de s. k. Welanderhemmen, varvid dock förutsatts, att en modernisering och utbyggnad av Malmöhemmet snarast kommer till stånd. För vinnande av lämplig fördelning av patientmaterialet förordas viss rayonindelning mellan anstalterna.

I fråga om *spetälskevården* har konstaterats ett rätt avsevärt platsöverskott samt för vinnande av en mera rationell drift till övervägande förordats en förflyttning av vården till ett i närheten av nuvarande spetälskesjukhus beläget, för ändamålet mera lämpat epidemisjukhus. — På *lupusvårdens* område föreslås inga organisatoriska förändringar.

För att underlätta ett ändamålsenligt utnyttjande av de ur driftkostnads synpunkt mest dyrbara sjukhusen, främst lasaretten och de därmed jämförliga sjukhusen, förordar kommittén slutligen ett kraftigare utbyggande av hem för *kroniskt sjuka* och för *konvalescenter*, helst i anslutning till lasaretten. I enahanda syfte anbefalles ock en vidare utveckling av kuratorsverksamheten vid sjukhusen samt ett vidgat samarbete mellan öppen och sluten sjukvård.

Med avseende å förevarande del av sjukvårdsplanen må till sist framhållas, att kommittén även för andra grenar av den slutna sjukvården, än där detta nu uttryckligen nämnts, verkställt ingående utredningar i syfte att erhålla en i möjligaste mån tillförlitlig uppskattning av platsbehovet. Det har emellertid icke lyckats kommittén att annat än för mera underordnade vårdgrenar lämna några bestämda anvisningar om platsbehovets storlek. Kommittén

understryker därför angelägenheten av att respektive huvudmän vid förestående utvidgningar av sjukhusvården låta sina beslut i ämnet föregås av en omsorgsfull utredning angående detta behov och bästa sättet att fylla detsamma under en viss tidsperiod.

Huvudmannaskap, finansiering och samarbete.

I denna del har kommittén till en början uppdragit följande allmänna principer.

Landstingen böra handhava och, delvis med bidrag från staten, bekosta den vård, som lämpligen ordnas länsvis eller genom enkelt samarbete mellan angränsande län. Bidrag från landstingen böra icke ifrågakomma, där icke landstingets organisatoriska medverkan är för handen. Motsvarande gäller *icke-landstingsstäder*.

Staten bör handhava och bekosta eller ock kraftigt understödja den vård, som kräver anstalter, avsedda för hela riket eller ett flertal sjukvårdsområden, ävensom annan vård, i den mån icke administrativa synpunkter eller sparsamhetsskäl nödvändiggöra, att anstalterna handhavas kommunalt eller med kommunal bidragsskyldighet. Statsbidragen böra regleras efter mera rationella och enhetliga principer än hittills.

I landsting deltagande *primärkommuner* böra i största möjliga mån avkopplas från handhavande av och utgifter för slutet sjukvård, dock att vissa kommunala utgifter för ändamålet böra bibehållas eller införas, i den mån så kräves med hänsyn till administrationen eller sparsamhetsintresset.

Enskilda organisationers och personers initiativ, arbete och offervillighet på sjukvårdens område böra, i den mån sjukvårdsanordningarna låta sig inordna i en lämplig sjukvårdsplan, tillgodogöras och i viss omfattning ekonomiskt stödjas av det allmänna. Där det allmänna stöder och lämnar bidrag till dylik enskild verksamhet, bör den stödjande myndigheten sättas i tillfälle att kontrollera verksamheten.

I anslutning härtill anför kommittén.

Någon egentlig motivering torde dessa riktlinjer knappast erfordra. De utgöra i det stora hela uttryck för i och för sig rätt självklara grunder, enligt vilka det administrativa handhavandet av en uppgift bör paras med det ekonomiska ansvaret för densamma och tvärt om eller med andra ord, att den administrativa enhet, som beslutar en utgift, också i väsentlig mån bör bära de ekonomiska konsekvenserna av beslutet. Samtidigt som uppgifters överflyttande till staten eller sekundärkommun bör i skatteutjämnings syfte och ur rationaliseringssynpunkt eftersträvas, måste ovillkorligen även tillses, att skatteutjämnings- och rationaliseringssträvandena icke medföra väsentlig fördyring genom bristande sparsamhetsintresse från den myndighet, som direkt handhaver uppgiften, eller genom vidlyftiga kontrollanordningar till förebyggande av missbruk. Någon principiell meningsskiljaktighet beträffande ovannämnda riktlinjer har icke heller rått mellan sjukvårdskommittén och skatteutjämningsberedningen.

Vad särskilt angår regleringen av statsbidragen yttrar kommittén till utveckling av nyss angivna allmänna principer bland annat följande.

Vid regleringen av statsbidragen kan man enligt sjukvårdskommitténs mening tänka sig, att hänsyn toges till vårdbehovets olika storlek i olika delar av landet på så sätt, att för de landsdelar, där ett särskilt starkt vårdbehov föreligger, utöver de för landet i övrigt stadgade bidragen utgå särskilda bidrag, graderade efter vårdbehovet eller efter svårigheten att tillgodose det samma. Däremot bör vid vårdbidragens bestämmande icke någon gradering ske med hänsyn till det totala skattetrycket eller till det skattetryck, som den allmänna sjukvården förorsakar. En rationell skatteutjämning skulle nämligen icke befrämjas på denna väg, eftersom statsbidrag ju icke utgå och icke kunna utgå till alla de allmänna uppgifter, som bestämma skattetrycket i landstingsområdet eller primärkommunen. För övrigt skulle en gradering av vårdbidragen i skatteutjämnings syfte förutsätta ett synnerligen vidlyftigt och invecklat arbete vid varje vårdbidrags fastställande samt en omfattande och dyrbar kontroll för att förhindra vederbörande landsting eller primärkommun från att orättmätigt bereda sig för högt vårdbidrag. Vårdbidrag och skatteutjämningsbidrag böra därför ej sammanblandas. I den mån icke genom överflyttning av uppgifter från det mindre till det större administrationsområdet och genom lämpliga, av skattetrycket oberoende vårdbidrag en tillräcklig skatteutjämning kan åstadkommas, bör följaktligen den erforderliga lättningen åt de mest skattetyngda kommunala enheterna beredas genom särskilda skatteutjämningsbidrag. Även i detta hänseende har i stort sett enighet rått mellan sjukvårdskommittén och skatteutjämningsberedningen.

På grundval av dessa principer framlägger kommittén följande huvudsakliga förslag rörande den slutna sjukvårdens handhavande och finansiering.

Landstingen och icke-landstingsstäderna böra alltjämt i huvudsak handhava och utveckla den allmänna lasarettsvården, tuberkulosvården (med undantag för kustsanatorievården) samt epidemivården. I den mån så för ändamålet erfordras, bör samarbete mellan närgränsande sjukvårdsområden åvägabringas. Ifrågavarande huvudmäns verksamhet bör härjämte utvidgas till att omfatta den slutna förlossningsvård, som kan befinnas erforderlig vid sidan om lasarett och sjukstugor, och som för närvarande i huvudsak ombesörjes av primärkommuner och enskilda å särskilda förlossningshem. Landstingen böra ock i större utsträckning än hittills omhändertaga och organisera vården av kroniskt sjuka, lättskötta sinnessjuka samt konvalescenter, samtidigt som i landsting deltagande *primärkommuners* befattning med barnbördsvård samt anstaltsvård för fattiga sjuka bör i möjligaste mån begränsas. Där landstingen icke helt övertaga hithörande vård, bör samarbete ordnas med övriga huvudmän inom sjukvårdsområdet i syfte att åstadkomma ett rationellt utnyttjande av förefintliga anstalter.

I anslutning härtill förordas dels en reglering av nu utgående *statsbidrag* till lungtuberkulosvård, epidemivård, kronisk sjukvård och sinnesslövard, dels ock nya statsbidrag till av landsting och storstäder organiserad barnbördsvård samt vård av lättskötta sinnessjuka. För vinnande av rättvisare fördelning av kostnaderna för den slutna vården av könssjuka föreslås tillika, att staten skall ersätta ifrågavarande huvudmän deras kostnader för könssjuka utomlänspatienter. Såsom allmänna villkor för statsbidrag till länsvis ordnad vård föreslås, att vederbörande anstalt skall ingå som led i

en av medicinalstyrelsen godkänd plan för sjukvården inom länet respektive icke-landstingsstaden samt att vederbörande huvudman och anstaltsledning skall vara skyldig att ställa sig till efterrättelse de föreskrifter om samarbete beträffande statsunderstödd vårdgren, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt utfärda.

Vad härefter angår den för stark centralisering lämpade vården förordar kommittén, att till *staten* överflyttas dels landstingens, storstädernas och vissa andra huvudmäns driftbidrag till kustsanatorier och därmed jämförliga anstalter, vanföoreanstalter, Welanderhem samt radiologiska centralanstalter, dels ock Stockholms stads kostnader för behandling av sina lupus-sjuka. I samband härmed förordas jämväl en omläggning av grunderna för statsbidrag till vissa hithörande anstalter. Vidare tillstyrker kommittén, att *staten* övertager ej mindre landstingens ersättningsskyldighet jämlikt 40 § 1 mom. fattigvårdslagen och 63 § barnavårdslagen för av primärkommuner erlagda avgifter å statens sinnessjuk- och sinnesslöanstalter samt bereder storstäderna motsvarande lättnad i deras utgifter för sinnessjukvård, än även landstingens och storstädernas kostnader för dövstum- och blindundervisning samt vården av blinda med komplicerat lyte. Härjämte uttalar sig kommittén i princip för att *staten* framdeles skall i huvudsak bekosta vården av neurokirurgiska sjukdomar, kluven gom, astmasjukdomar, reumatiska sjukdomar och psykoneuroser.

Utöver vad sålunda nämnts framlägger kommittén förslag till reglering av dels gällande grunder för resebidrag, medförande bland annat en utvidgning av resebidragsrätten till andra vårdgrenar än nu, dels ock landstingens kvarstående ersättningsskyldighet gentemot primärkommunerna för vård av fattiga sjuka jämte vissa i samband därmed stående spörsmål rörande dagavgifts uttagande av enskild person. Slutligen föreslår kommittén vissa normer för samarbete mellan olika huvudmän på sjukvårdens område ävensom inrättande av ett centralt sjukvårdsråd med uppgift att yttra sig i sjukvårdsorganisatoriska frågor av mera allmän och principiell natur.

Kostnadsberäkningar.

Kostnaderna för ett genomförande av kommitténs förslag äro givetvis vanskligt att uppskatta. Kommittén har emellertid härutinnan gjort vissa approximativa beräkningar. Enligt dessa skulle förslagets genomförande för *statens* del medföra ökade årliga kostnader med ungefärligen följande belopp:

I. <i>Kroppssjukvård:</i>	Kronor
barnbördsvården	530,000
vården av könssjuka utomlänspatienter	200,000
lungtuberkulosvården	600,000
epidemivården	500,000
vården av kirurgisk tuberkulos	1,250,000
vanförevården	850,000
Welanderhemsvården	75,000

	Kronor
radiumvården	165,000
lupusvården	15,000
neurokirurgien	25,000
behandlingen av kluven gom	15,000
	Kronor 4,225,000

II. Sinnessjuk- och abnormvård:

statliga sinnessjuk- och sinnesslövården	3,900,000
landstingskommunala d:o	2,800,000
dövstum- och blindvård	1,340,000
	Kronor 8,040,000

eller tillsammans i runt tal 12,300,000 kronor. Medräknas de kostnader, som ett införlivande av pensionsstyrelsens kurortsverksamhet skulle medföra, skulle detta belopp stiga till omkring 13,800,000 kronor. Härtill komma de kostnader, som kunna föränledas av kommitténs förslag rörande byggnads- och resebidragen, vilka kostnader äro svåra att på förhand uppskatta.

Det angivna beloppet å 12,300,000 kronor innebär till väsentlig del en motsvarande lättnad för *landstingen och storstäderna*. Denna lättnad skulle emellertid i viss omfattning komma att motsvaras av ökade kostnader för landstingen genom övertagande i stort sett av den primärkommunala anstaltsvården för fattiga sjuka och utbyggande av den slutna barnbördsvården ävensom av folktandvården, beträffande vilken senare vård kommittén den 31 augusti 1935 avgivit särskilt betänkande. Viss föreslagen lättnad i landstingens ersättningskyldighet gentemot primärkommun avses komma att helt uppvägas av den utvidgning i skyldigheter, som i andra dithörande avseenden förordats.

Fråga i vilken omfattning kommitténs sjukvårdsplan nu bör upptagas till prövning.

Den av kommittén framlagda sjukvårdsplanen berör, såsom av översikten framgår, nästan alla grenar av den allmänna sjukhusvården. Ett genomförande av planen skulle ock ställa stora krav på det allmänna, särskilt staten. Icke desto mindre har planen i stort sett rönt ett mycket välvilligt mottagande i de avgivna yttrandena. Även jag har vid en preliminär granskning av densamma fått det huvudintrycket, att kommitténs förslag i det hela äro väl avvägda och ägnade att läggas till grund för den slutna sjukvårdens framtida ordnande. Detta gäller främst de uppställda principerna för sjukhusvårdens handhavande och finansiering men även flertalet förslag av medicinskt-organisatorisk art. De vittgående ekonomiska konsekvenser, som för statens del äro förbundna med förslagen, göra det emellertid nödvändigt att tänka sig planen successivt genomförd under en följd av år. Med den upplägning, som

planen erhållit, synes hinder härför icke heller behöva möta ur organisatoriska eller andra synpunkter. Jag vill i detta sammanhang nämna, att man i några yttranden ifrågasatt lämpligheten av att genomföra kommitténs ekonomiska program, innan riktlinjerna för den allmänna skatteutjämningspolitiken överhuvudtaget blivit klarlagda. För min del kan jag icke dela dessa betänkligheter, då kommitténs förslag främst syftar till att åstadkomma en ur sjukvårdssynpunkt rationell fördelning av de med sjukhusvården förenade uppgifterna och kostnaderna.

Vid övervägande av spörsmålet, i vilka delar den av kommittén framlagda sjukvårdsplanen bör i första hand göras till föremål för prövning, har jag funnit det naturligt att statsmakernas intresse närmast inriktas på de vårdgrenar, beträffande vilka staten om icke formellt, så dock reellt tilldelats en mera central och ledande ställning samt pålagts det huvudsakliga ekonomiska ansvaret. Särskilt gäller detta sådana vårdgrenar, som hittills endast med stora ekonomiska bidrag från det allmänna kunnat upprätthållas av sina nuvarande huvudmän. I enlighet härmed förordar jag, att till behandling i första hand upptagas kommitténs förslag rörande vården av kirurgiskt tuberkulösa, vården av vanföra samt vården av hereditärsyflitiska barn. Kommitténs förslag rörande spetälskevården, avseende dess förflyttande från nuvarande sjukhus i Järvsö till ett i närheten beläget, reservlagt epidemisjukhus, har jag, efter prövning av från vederbörande sjukhusdirektion införskaffad utredning, ansett mig icke böra nu framföra. Beträffande flertalet övriga, här ej nämnda grenar av den för stark centralisation lämpade vården erfordras viss ytterligare utredning, innan definitiva förslag kunna framläggas. Sådan utredning har igångsatts beträffande reumatiker- och psykoneurosvården.

Vad härefter angår den slutna vård, som enligt planen bör i huvudsak handhavas länsvis, förtjänar kommitténs förslag rörande barnbördsvården och vården av lättskötta sinnessjuka främst uppmärksamhet. Det måste nämligen anses vara av synnerlig vikt, att den rådande avsevärda bristen på vårdplatser för dessa ändamål med det snaraste avhjälpes. Jag hänvisar beträffande barnbördsvården till befolkningsfrågans nuvarande läge samt vad angår vården av lättskötta sinnessjuka till en av statens fattigvårds- och barnvårdsinspektör den 30 mars 1935 ingiven framställning, vari angelägenheten av denna frågas snara ordnande med eftertryck framhålles. Jag återkommer till denna framställning längre fram. I nu berörda delar torde förty förslag jämväl böra föreläggas innevarande års riksdag. Frågan om barnbördsvårdens ordnande avser jag emellertid att anmäla senare i samband med vissa av befolkningskommissionen utarbetade kompletterande förslag. Med prövningen av kommitténs förslag i övrigt läser tills vidare böra anstå.

Jag övergår så till att behandla kommitténs förslag i de delar, som nu skola bli föremål för övervägande, och upptager därvid varje vårdgren för sig i den ordning, de av mig senast nämnts.

Vården av kirurgisk tuberkulos.

Nuvarande organisation och kostnadsfördelning.

Enligt kommitténs utredning har man att räkna med följande *platstillgång* för vård av kirurgisk tuberkulos:

A. För vård företrädesvis av svårare fall finnas fem anstalter, nämligen

1. Kustsanatoriet <i>Apelviken</i>	504 platser
därav 443 platser under hela året, övriga under sommaren;	
2. Kronprinsessan Victorias kustsanatorium vid <i>Barkåkra</i>	293 »
därav 259 platser under hela året, övriga under sommaren;	
3. Kustsjukhuset å <i>Styrsö</i>	188 »
därav 141 platser under hela året, övriga under sommaren;	
4. <i>Solhems</i> barnsjukhus, Borås	80 »
5. Sjukhuset <i>S:t Görans</i> avdelning för kirurgisk tuberkulos, Stockholm	102 »
	<hr/> Summa 1,167 platser

Dessa fem anstalter äro fullt utrustade för operativa ingrepp samt ljus- och sanatoriebehandling. Envar av anstalterna har ständig tillgång till där anställd läkare. De fyra fristående anstalterna mottaga patienter från hela landet, *Solhems* barnsjukhus dock med företräde för barn från Borås stad. Sjukhuset *S:t Görans* avdelning för kirurgisk tuberkulos är avsedd endast för patienter från Stockholms stad. Av de 1,167 vårdplatser, anstalterna inrymma, hållas 1,025 öppna hela året och de övriga 142 endast under viss del av sommaren. Å sommarplatserna vårdas i huvudsak barn med lindrigare körteltuberkulos. Av *Apelvikens* helårsplatser äro 87 inrymda i mera tillfälliga lokaler och närmast avsedda för vård av konvalescenter.

B. Härjämte finnas fyra anstalter, huvudsakligen avsedda för vård av lindrigare fall och konvalescenter, nämligen

1. <i>Guldbröllopsminnet</i> , Nynäshamn	23 platser
avsett för barn från Stockholms stad och Stockholms län;	
2. <i>Ljunghusen</i> , Falsterbo	105 »
(därav 20 platser hela året och övriga under sommaren) före- trädesvis avsett för patienter från Malmöhus läns landstings- område men villkorligt även för andra;	
3. Kustsjukhuset å <i>Amundön</i> vid Göteborg	33 »
(därav 20 platser för hela året och övriga under sommaren) avsett för barn från Göteborgs stad;	
4. Sommarhemmet <i>Höllviken</i>	60 »
öppet endast under sommarmånaderna (5½ månader) och avsett för barn från Malmö stad.	
	<hr/> Summa 221 platser

Dessa anstalter disponera icke själva full utrustning för specialvård men äro nära anknutna till anstalter, där sådan finnes, och äga tillgång till specialutbildad läkare från dessa. Anstalten i Nynäshamn är anknuten till sjukhuset S:t Görans avdelning för kirurgisk tuberkulos, anstalten i Ljunghusen till Lunds ortopediska klinik, kustsjukhuset å Amundön till Göteborgs barnsjukhus och sommarhemmet vid Höllviken till den ortopediska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus. Av anstalternas 221 vårdplatser hållas 63 öppna hela året och övriga 158 endast under sommarmånaderna.

C. Såsom en ytterligare platstillgång för vård av hithörande sjukdomar kunna i viss mån betecknas även några huvudsakligen för kirurgisk och ortopedisk vård inrättade sjukhus, där svårare fall av kirurgisk tuberkulos pläga mottagas och meddelas fullt sakkunnig behandling, ehuru sjukhusen icke utslutande äro avsedda för dylika fall. Hit höra:

Göteborgs barnsjukhus (kirurgiska avdelningen)	30 platser
Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg	40 »
Ortopediska kliniken vid lasarettet i Lund	45 »
Ortopediska avdelningen vid Malmö allmänna sjukhus	25 »
Vanförestalten i Hälsingborg omkring	10 »
	Summa 150 platser

Dessa platser, som äro tillgängliga året om, kunna ur behandlingssynpunkt närmast betecknas som A-platser, ehuru någon egentlig sanatorievård ej kan där lämnas.

D. Slutligen hava en del lokala tuberkulosföreningar och dispensärer inrättat särskilda anstalter för vård av lindrigare former av körteltuberkulos. De flesta utgöras av sommarhem, förlagda till västkusten, och hållas, såsom namnet antyder, öppna blott under sommarmånaderna. Ett 10-tal sådana hem finnas med plats för sammanlagt 500—600 barn. Den enda anstalt av detta slag, som hålles öppen under hela året, torde vara det s. k. skrofuloshemmet i Sunne, som äges av Värmlands läns landsting och inrymmer 30 vårdplatser, avsedda för barn från länet.

Sammanlagt finnes sålunda för vård av kirurgisk tuberkulos en tillgång av dels 1,088 mera kvalificerade vårdplatser, samtliga tillgängliga hela året, A-platser, dels ock inemot 1,000 mindre kvalificerade platser, huvudsakligen tillgängliga endast under sommaren, B-platser. Efter avgivandet av kommitténs betänkande hava härutinnan icke inträffat några nämnvärda förändringar.

Till de fristående, för hela landet tillgängliga centralanstalterna i Apelviken, Barkåkra, Styrso och Borås samt den för Stockholms stad och län avsedda anstalten i Nynäshamn, vilka samtliga ägas och drivas av för ändamålet bildade föreningar eller stiftelser, utgå för närvarande *driftbidrag* från såväl staten som landsting och icke-landstingsstäder. Statsbidragen utgöra kronor 1.35 per dag och patient, för vilken icke uttages högre dagavgift än kronor 1.75. Landstingens bidrag utgå som regel med dels visst belopp — i allmänhet kronor 1.75 — per dag och patient, dels viss andel — van-

ligen $\frac{2}{3}$ — av kostnaden för stödjebandage, som patienten vid utskrivningen erhåller. Dessa bidrag utgå allenast för vård av medellösa och mindre bemedlade patienter, varvid dock begreppet mindre bemedlade tolkas rätt vitt, så att bidrag i själva verket lämnas för det stora flertalet av de vid ifrågavarande anstalter vårdade. För dessa patienter har samtidigt fastställts en högsta legosängsavgift, som varierat mellan kronor 1.00 och 1.20. Storstädernas bidrag utgå i stort sett efter enahanda grunder. Landstingens och storstädernas utgifter för detta ändamål ha under senare år uppgått till sammanlagt omkring 650,000 kronor per år. Motsvarande utgifter för staten torde kunna uppskattas till cirka 400,000 kronor.

För kustsjukhuset å Amundön åtnjuter ägaren, Göteborgs stad, statsbidrag efter enahanda grunder som nyssnämnda enskilda huvudmän, medan för anstalten i Ljunghusen, vilken administrativt sett utgör en avdelning av det Malmöhus län tillhöriga lasarettet i Lund, utgår statsbidrag såsom för tuberkulosavdelning, d. v. s. kronor 1.25 per dag och patient, under förutsättning att av patient från sjukvårdsområdet (»inomlänspatient») icke uttages högre avgift än kronor 1.50. Till övriga anstalter för kirurgisk tuberkulos utgår ej statsbidrag, främst enär gällande bestämmelse, att stad utanför lands-ting icke må åtnjuta statsbidrag för flera vårdplatser för tuberkulösa än 1 per 1,000 invånare, ansetts lägga hinder i vägen.

Kommitténs förslag.

För ett rationellt ordnande av vården av kirurgisk tuberkulos synes det kommittén oeftergivligt, att en noggrannare uppdelning av sjukdomsfallen än hittills genomföres. De högst kvalificerade och dyrbaraste vårdplatserna, A-platserna, böra beläggas endast med sjukdomsfall, som äro i verkligt behov av de större resurser, dessa platser erbjuda, främst fall av ben- och led-tuberkulos ävensom svårare fall av körteltuberkulos, under det att fall, som för sin vård huvudsakligen behöva god hygien och allmänt stärkande behandling, böra hänvisas till enklare och billigare vårdplatser, B-platser.

Rörande *behovet av A-platser* har kommittén gjort ganska ingående undersökningar och därvid med ledning av antalet inträdessökande, lidande av ben- och ledtuberkulos samt svårare körteltuberkulos, vid såväl kustsanatorierna som lasaretten och sjukstugorna i början av år 1934 kommit till det resultatet, att utöver nu tillgängliga vårdplatser av ifrågavarande typ skulle erfordras i runt tal 325 sådana platser. Kommittén har då förutsatt, dels att en del av de nuvarande A-platserna vid Apelvikens kustsanatorium skulle slopas för vinnande av mera tillfredsställande vårdförhållanden därstädes, dels ock att varje annan A-plats av allmänhygieniska skäl som regel icke skulle beläggas mer än 330 dagar under året.

Med hänsyn till tuberkulosens starka tillbakagång under senare år har kommittén emellertid ansett sig böra stanna vid att tills vidare förorda en utbyggnad om 150 platser. Denna utbyggnad bör enligt kommitténs uppfattning ske i form av ett för ändamålet särskilt inrättat specialistsjukhus, med viss anslutning till ett därför lämpat centrallasarett och med förläggning helst

till Norrland. Såsom stöd för en dylik förläggning åberopas främst, att nämnda landsdel för närvarande helt saknar speciella vårdplatser för kirurgisk tuberkulos samt att vid kommitténs utredning rörande platsbehovet framgått, att ej mindre än 39 procent av exspektanterna vid de nuvarande kustsanatorierna vore hemmahörande i Norrland jämte Dalarna. Motsvarande procenttal för de vid samma anstalter ineliggande patienterna hade uppgått till 32. Kommittén anser sig så mycket mer kunna förorda ett utbyggnad i denna riktning, som enligt numera vunna erfarenheter ett gott behandlingsresultat för hithörande sjukdomar icke med nödvändighet förutsatte västkustklimat. Såsom lämplig förläggningsort för det nya sjukhuset ifrågasätter kommittén preliminärt Östersund, Umeå eller Örnsköldsvik men framhåller samtidigt, att ett definitivt ståndpunkttagande till förläggningsfrågan kräver en ingående undersökning rörande olika orters företräden.

I fråga om *B-platsvårdens utbyggnad* erinras, att bland de sjukdomsfall, som icke nödvändigtvis äro i behov av en A-anstalts resurser, kunna i huvudsak urskiljas tvenne grupper, nämligen a) fall, som undergått kirurgisk eller annan behandling på en A-anstalt men för sitt återställande till hälsan kräva en längre eller kortare tids konvalescentvård, sedan den egentliga specialbehandlingen avslutats, samt b) lindrigare former av körteltuberkulos, s. k. skrofulos. Vården av de förra fallen anses lämpligast och billigast kunna tillgodoses genom att i nära anslutning till A-anstalterna anordna speciellt för dessa fall avsedda, hela året runt öppna *k o n v a l e s c e n t h e m*, ställda under tillsyn och ledning av A-anstalternas läkare. Enligt vad kommittén inhämtat lära en utbyggnad motsvarande 10 procent av A-platserna vara tillräcklig för konvalescentvårdens tillgodoseende. För att i möjligaste mån underlätta erforderlig samverkan med A-anstalterna böra konvalescenthemmen lämpligen utbyggas genom samma huvudmän som A-anstalterna.

De lindrigare formerna av körteltuberkulos, den s. k. skrofulosen, lära i stor utsträckning kunna med framgång vårdas å av dispensärer eller enskilda inrättade sommarhem. För en del av dessa fall kan emellertid vistelsen under den långa vintern i det ofta fattiga, trångbodda och eljest ohygieniska egna hemmet vara synnerligen ogynnsam. Kommittén finner därför önskvärt, att vårdhem, som hållas öppna hela året, komma till stånd i större omfattning än hittills. Såsom norm härvidlag angives, att en utbyggnad motsvarande 10 procent av tuberkulosdödligheten synes vara tillräcklig för att tillgodose vårdplatsbehovet. Vårdhemmen, vilka benämnas *s k r o f u l o s h e m*, anses kunna anordnas för en tämligen låg kostnad beträffande såväl uppförande som drift, varvid i åtskilliga fall redan befintliga byggnader förutsätts bliva tagna i anspråk för ändamålet. Skrofuloshemmen böra enligt kommitténs mening inrättas länsvis genom landstingens försorg samt för underlättande av erforderlig läkartillsyn i möjligaste mån anknytas till någon befintlig sjukvårdsanstalt, t. ex. lasarett eller länssanatorium. Av vikt är, att barnen före intagningen på skrofuloshem noggrant undersökas och arten av deras sjukdom fastställs. Erforderlig medicinsk tillsyn och övervakning i övrigt torde som regel kunna tillgodoses genom ett å två läkarbesök i veckan.

I syfte att underlätta ett ändamålsenligt utnyttjande av de för hela riket avsedda centralanstalterna föreslår kommittén härjämte, att samtliga ansökningshandlingar för inträde å dessa anstalter insändas till en central myndighet, medicinalstyrelsen, vilken därefter med ledning av från anstalterna månadsvis inkomna rapporter angående disponibla platser på lämpligaste sätt placerar de vårdbehövande vid de olika anstalterna. Även ett annat förfarande anses kunna komma till användning, nämligen att vart och ett av nyssnämnda sjukhus till medicinalstyrelsen insänder uppgift på antalet å bestämd dag ineliggande patienter och inträdessökande. Med ledning härav skulle medicinalstyrelsen sedan meddela anvisningar för de inträdessökandes fördelning å de olika anstalterna.

Vidkommande frågan om den kirurgiska tuberkulosvårdens *handhavande och driftkostnadernas bestridande* skiljer kommittén mellan de av föreningar och stiftelser drivna, i regel för patienter från hela riket tillgängliga anstalterna å ena sidan samt de av vissaorstäder och landsting drivna, huvudsakligen för vederbörande sjukvårdsområde avsedda anstalterna jämte skrofuloshemmen å andra sidan.

Vad först angår de av föreningar och stiftelser drivna anstalterna, har kommittén av sina allmänna principer i förevarande hänseenden ansett utan vidare följa, att staten skall övertaga landstingens ochorstädernas nuvarande driftbidrag till kustsanatorierna vid Apelviken, Barkåkra och Styrso ävensom de därmed i viss mån jämförliga anstalterna i Borås och Ny-näshamn. Kommittén framhåller, att ifrågavarande anstalter äro avsedda för vida större områden än länen samt att någon egentlig medverkan från landstingens respektiveorstädernas sida beträffande anstalternas förvaltning och drift knappast lämnas; den kan i allt fall lika väl och med lika gott resultat lämnas av staten. Ur skatteutjämningsynpunkt erbjuder däremot en överflyttning på staten av de nuvarande landstingsbidragen en given fördel. Kommittén förordar därför, såsom i översikten berörts, att en sådan överflyttning kommer till stånd.

Enär med en dylik kostnadsöverflyttning staten ensam skulle komma att bära den ojämförligt drygaste andelen av den totala driftkostnaden för dessa anstalter, kan det givetvis ifrågasättas, om icke anstalterna borde helt förstatligas. Kommittén har för sin del icke ansett sig böra tillstyrka en sådan omläggning och hänvisar härutinnan till ett den 17 mars 1933 avgivet utlåtande i anledning av då föreliggande framställningar om nya stadgar för kustsanatorieföreningarna, vari kommittén i huvudsak anført följande.

För en fortsatt enskild ledning av ifrågavarande anstalter talade såväl pietetsskäl som framför allt det förhållandet, att med denna organisation möjligheterna att erhålla framstående och för vården intresserade läkare syntes väsentligt större än om verksamheten helt förstatligades. Med hänsyn härtill borde nuvarande organisation i princip bibehållas. Staten borde emellertid tillerkännas en väsentligt starkare ställning med avseende å anstalternas ledning än då vore fallet. Detta motiverades redan av dittills beviljade statsbidrag till såväl byggnader som drift, och skälen härför bleve uppenbar-

ligen ännu starkare, därest kommitténs förslag angående anstalternas framtida finansiering vunne statsmakternas gillande. Kommittén ville därför förorda, att föreningarnas styrelser skulle bestå av sex ledamöter, varav Kungl. Maj:t skulle utse ordförande och två ledamöter. Beträffande övriga ledamöter kunde, under förutsättning av landstingsbidragens slopande, nuvarande lokala landstingsrepresentanter lämpligen ersättas med en av svenska landstingsförbundets styrelse utsedd ledamot samt återstående två ledamöter utses av vederbörande förening. Vice ordförande borde väljas av styrelsen inom sig, varjämte för varje ledamot borde utses en suppleant i enahanda ordning som ledamoten. För beslutförhet syntes böra erfordras minst fyra ledamöters eller deras suppleanters närvaro, varigenom staten alltid komme att genom en representant kunna bevaka sina intressen vid styrelsens överläggningar. Kungl. Maj:t borde vidare äga dels utse en revisor att på föreningens bekostnad deltaga i granskningen av föreningens räkenskaper och styrelsens förvaltning, dels ock vid behov verkställa inspektion av anstalten. Med dessa åtgärder syntes erforderliga garantier föreligga för att det allmännas synpunkter och behov bleve tillbörligen beaktade.

Enligt kommitténs uppfattning böra alltså ifrågavarande anstalter bibehållas under enskild ledning, låt vara med förstärkt statligt inflytande. Med denna uppfattning finner kommittén det vara i princip riktigast, att statens bidrag till berörda anstalters drift alltjämt utgå med fixa belopp, om ock kommittén medgiver, att skäl kunna anföras för att staten direkt åtog sig ansvaret i sista hand för anstalternas driftkostnader.

För bestämmande av de närmare grunderna för statsbidragens utgående hänvisar kommittén först till en av kommittén verkställd utredning, avseende femårsperioden 1927—1931, enligt vilken i genomsnitt 84 procent av driftkostnaderna vid de fristående kustsanatorierna täckts genom bidrag från staten, landstingen och storstäderna. Den faktiska driftkostnaden per dag och patient uppgick nämligen för åren 1927—1928 till kronor 3.75, för år 1929 till kronor 3.82, för år 1930 till kronor 3.78 samt för år 1931 till kronor 3.84 eller i medeltal för hela perioden till kronor 3.79, medan motsvarande bidrag från det allmänna utgjorde kronor 3.10. Uti nu angivna driftkostnadssiffror ingå dock icke utgifter för förräntning och amortering av lån för ny-, till- och ombyggnader.

Härefter anför kommittén bland annat följande.

Vill man uppnå i möjligaste mån enhetliga belopp för statens driftbidrag till samtliga hithörande enskilda anstalter, kan vid bidragens utmätande hänsyn icke tagas till sist berörda utgifter. Vid utarbetandet av sitt förslag i ämnet har kommittén därför bortsett från dessa kostnader och förutsatt att, därest avkastningen av tillgängliga fonder m. m. icke förslå till täckande av kostnaderna ifråga, regleringen därav göres till föremål för särskild utredning. Å andra sidan må erinras, att enär huvudmännens inkomster av egna fonder m. m. som regel äro tämligen obetydliga och alltså oftast komma att helt tagas i anspråk för förräntning och amortering av byggnadslån och därmed jämförliga kostnader, skillnaden mellan å ena sidan den egentliga driftkostnaden och å andra sidan statsbidraget huvudsakligen måste täckas med patientavgifter. Dessa avgifter hava, som tidigare nämnts, under senare år för medellösa och mindre bemedlade allmänsalspatienter å kustsanatorierna varierat mellan kronor 1.00—1.20; för övriga statsbidragsberättigade allmänsalspatienter har

avgiften utgått med högst kronor 1.75. På grund av den långa vårdtiden för hithörande klientel är det särskilt angeläget, att legosängsavgiften å allmän sal hålles så låg som möjligt; helst bör den liksom inom lungtuberkulosvården icke överstiga 1 krona för något slag av allmänsalspatienter. Ur statsfinansiell synpunkt torde en sänkning av allmänsalsavgiften för bemedlade patienter till samma nivå som för övriga och en däremot svarande höjning av statsbidraget icke hava någon större betydelse, enär ifrågavarande anstaltsklientel till största delen rekryteras från de medellösa och mindre bemedlade folklagren. Statens driftbidrag har ock hittills utgått för samtliga allmänsalspatienter, oberoende av deras ekonomiska ställning. Kommittén utgår därför från en för alla patienter gällande allmänsalsavgift av högst 1 krona å såväl sanatorierna som konvalescenthemmen.

Under åberopande av vad sålunda och i övrigt anförts samt med förmålan, att driftkostnaderna för konvalescenthemmen vid en rationell drift knappast torde behöva överstiga 3 kronor per dag och patient, föreslår kommittén, att driftbidragen till ifrågavarande anstalter tills vidare fastställas till (4 — 1) 3 kronor för sanatorierna och (3 — 1) 2 kronor för konvalescenthemmen, allt per dag och patient, för vilken icke uttages högre avgift än 1 krona. Därest vid årets slut skulle visa sig, att skillnaden mellan den verkliga driftkostnaden och patientavgifterna beräknad per dag och patient understiger 3 kronor, må driftbidrag utgå med högst det belopp, vartill denna skillnad uppgår. Skulle åter statsbidragens och patientavgifternas sammanlagda belopp ej förslå till täckande av driftkostnaden för året och kan bristen ej heller täckas med andra för ändamålet tillgängliga medel, må vederbörande huvudman göra den framställning i ämnet, som omständigheterna påfordra.

Vad härefter angår de av vissa storstäder och landsting drivna anstalterna vid S:t Görans sjukhus i Stockholm, Ljunghusen, Amundön och Höllviken, ifrågasätter kommittén ej heller beträffande dem någon förändring i fråga om huvudmannaskapet. Till dessa anstalter ävensom till de av kommittén förordade skrofuloshemmen föreslås emellertid statsbidrag skola utgå efter i huvudsak enahanda grunder som till lungtuberkulosanstalterna. Kommittén yttrar härutinnan.

Beträffande nu avsedda anstalter ställa sig förhållandena annorlunda, i det att huvudmännen respektive de avsedda huvudmännen intaga en betydligt starkare ekonomisk ställning. För dessa anstalter, vilka för närvarande som regel ej åtnjuta statsbidrag till driften, synas driftbidragen lämpligen kunna fastställas efter enahanda primärgrunder som för lungtuberkulosanstalterna. Detta innebär, att staten och huvudmännen böra bestrida var sin hälft av driftkostnaderna, sedan patientavgifterna avdragits. Med tillämpning av dessa grunder, och med en driftkostnad per underhållsdag av högst 4 kronor för A-platser och 3 kronor för övriga platser skulle driftbidraget till ifrågavarande anstalter komma att utgå med kronor $\left(\frac{4-1}{2}\right)$ 1.50 för A-platser samt kronor $\left(\frac{3-1}{2}\right)$ 1 för konvalescent- och skrofuloshemsplatser, under förutsättning att av patienten icke uttages högre avgift än 1 krona. Det lägre statsbidrag, som enligt nu angivna grunder skulle tillkomma hithörande anstalter av A-plats- och konvalescenthemstyp, är från kommitténs synpunkt berättigat

icke blott med hänsyn till huvudmännens bättre ekonomiska ställning utan jämväl med hänsyn till den uppfattning angående den kirurgiska tuberkulosvårdens utbyggande och handhavande, kommittén hävdad.

Som gemensam bestämmelse för driftbidrag till s a m t l i g a anstalter för kirurgisk tuberkulos förordar kommittén, att bidrag framdeles icke skall utgå för andra än helårsplatser och ej heller för flera dylika platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal beläggning av anstalten. Härjämte bör, för att i möjligaste mån tillförsäkra medellösa och mindre bemedlade sjuka tillgång till erforderligt antal platser mot låg avgift, som gemensamt bidragsvillkor gälla, att legosängsavgiften å allmän sal icke må utgå med högre belopp än 1 krona, dock att, där anstalt är avsedd för patienter från visst eller vissa sjukvårdsområden, bidrag må åtnjutas även om dagavgiften för »utomlänspatient» utgår med högre belopp.

Kommittén har jämväl till prövning upptagit frågan om *byggnadsbidrag* till hithörande anstalter. Rörande behovet av dylikt bidrag till dessa och andra jämförliga anstalter har kommittén gjort följande allmänna uttalande.

För utbyggandet av den av vissa enskilda huvudmän handhavda starkt centraliserade vården, främst kustsanatorie- och vanförevården ävensom Welanderhemsvården, synes som regel ett mera verksamt understöd från statens sida framdeles icke kunna undvaras. Detsamma gäller de s. k. folksanatorierna. En dylik medverkan står jämväl i god överensstämmelse med de allmänna principer för den slutna sjukvårdens finansiering, som av kommittén framlagts. Att för statens medverkan till denna vårds utbyggande fastställa några generella normer motsvarande dem, som för närvarande gälla vissa länsvis eller kommunalt organiserade vårdgrenar, torde med hänsyn till den ringa omfattningen av nybyggnadsbehovet och huvudmännens olikartade ekonomiska ställning i allmänhet knappast kunna ifrågakomma, utan synes vederbörande huvudman, liksom hittills, lämpligen böra för varje särskilt fall göra den framställning i ämnet, som omständigheterna påfordra.

Vad särskilt angår kustsanatorierna, erinrar kommittén, att 1928 års riksdag, i samband med behandlingen av vissa förslag om statsbidrag för arbeten vid tvenne dylika sanatorier, framhållit önskvärdheten av att enhetliga regler komme till användning vid beviljande av statsbidrag till samtliga anstalter av ifrågavarande kategori. Det borde sålunda enligt riksdagens mening fastslås, i vilken mån och efter vilka grunder statsbidrag måtte utgå till dessa anstalter. Riksdagen hade efter övervägande för sin del kommit till den uppfattningen, att de regler, som stadgats i gällande kungörelse angående byggnadsbidrag till »tuberkulossjukvårdsanstalter» (varmed närmast avses lungtuberkulosanstalter) även borde i huvudsak tillämpas i fråga om kustsanatorierna givetvis med hänsynstagande till det dittills befintliga antalet vårdplatser och beviljade statsbidrag. Riksdagen förklarade sig vidare finna med billigheten överensstämmande, att statsbidrag finge utgå icke blott för nyanskaffade platser utan även för de redan befintliga — däri inberäknade s. k. sommarplatser med vederbörlig reduktion samt isoleringsplatser — med avdrag av redan erhållet statsbidrag.

Efter redogörelse för ett av medicinalstyrelsen den 18 oktober 1928 avgivet

utlåtande i ämnet, vari styrelsen uttalat sig i avstyrkande riktning, anför kommittén bland annat följande.

I likhet med medicinalstyrelsen finner kommittén med hänsyn till den utveckling, den slutna vården av kirurgisk tuberkulos genomgått, stora svårigheter föreligga att för fortsatt byggnadsbidrag till denna tillämpa fullt enhetliga grunder. Detta gäller främst tillgodoseendet av A-platsvården men även den slutna konvalescentvård, som enligt kommitténs förslag skulle utbyggas i anslutning till A-platserna. För A-platsvårdens del torde något direkt behov av enhetliga regler numera icke heller föreligga, då för dess tillgodoseende jämlikt av kommittén verkställd utredning skulle krävas uppförande av endast en eller högst två anstalter utöver de nu befintliga. Beträffande konvalescentvården kan väl fastställande av enhetliga regler på förevarande område sägas vara mera påkallat, men då denna vård bör utbyggas genom samma huvudmän som A-anstalerna och dessa huvudmän med avseende å sin ekonomiska ställning förete väsentliga skiljaktigheter, finner kommittén för sin del lämpligast, att byggnadsbidraget bestämmes från fall till fall. Därvid böra i den mån så ske kan de för lungtuberkulosanstalter föreslagna reglerna vinna tillämpning. Beaktas må tillika, att med en utbyggnad av ifrågavarande vård enligt kommitténs förslag bidrag framdeles icke bör utgå för andra platser än helårsplatser.

Vad åter angår de av kommittén förordade skrofuloshemmen kan, då deras utbyggande närmast avsetts bliva en landstingens och storstädernas angelägenhet samt kostnaderna för deras anordnande av kommittén beräknats ställa sig relativt låga, till en början ifrågasättas, huruvida byggnadsbidrag överhuvud taget bör utgå till desamma. Enligt kommitténs uppfattning är det emellertid av stor vikt för den kirurgiska tuberkulosvårdens rationella ordnande, att skrofuloshem i erforderlig omfattning verkligen komma till stånd. Med hänsyn härtill vill kommittén förorda, att staten till stimulerande av intresset för dylika hems inrättande lämnar ett mindre byggnadsbidrag. Storleken av detsamma synes kommittén kunna fastställas till högst samma belopp, som gälla för byggnadsbidrag till hem för kroniskt sjuka. Kommittén förutsätter härvid, att i första hand redan befintliga byggnader av lämplig beskaffenhet tagas i anspråk för ändamålet och att nybyggnader endast uppföras, där så oundgängligen erfordras.

Slutligen må erinras, att ett genomförande över hela linjen av kommitténs här återgivna finansieringsförslag förutsätter, att gällande *begränsning för stad utanför landsting* att åtnjuta statsbidrag till tuberkulosvårdplatser bortfaller, i vad den avser kirurgisk tuberkulosvård. Kommittén har för sin del föreslagit, att begränsningen i sin helhet upphäves, alltså även beträffande lungtuberkulosvården. Härom yttrar kommittén följande.

Stad utanför landsting äger för närvarande icke åtnjuta statsbidrag till flera vårdplatser för tuberkulösa än 1 per 1,000 invånare. En liknande begränsning gällde tidigare i princip även för landstingens del men borttogs vid 1921 års riksdag i syfte att möjliggöra ett efter behovet mera smidigt anpassat utbyggande av vården i de olika landstingsområdena. Bibehållandet av ifrågavarande begränsning för storstädernas del ansågs främst motiverat av dessas större ekonomiska bärkraft men framhölls även den väsentliga ökning i statens utgifter för den slutna tuberkulosvårdens drift, som skulle bli följden av borttagande av begränsningen jämväl i denna del. Dessa motiv äga väl som sådana alljämt sin giltighet. Med kommitténs principiella inställning till frågan om lämpligaste sättet för en utjämning av de lokala huvudmännens

olikstora ekonomiska bördor kan emellertid kommittén för sin del icke tillmäta nämnda motiv sådant värde, att de berättiga till ett bibehållande av förevarande skillnad mellan landsting och icke-landstingsstäder. Härtill kommer, att begränsningen ifråga kan tänkas lägga hinder i vägen för ett utbyggande i erforderlig omfattning av B-platsvärden och därmed för en rationell uppdelning av de sjuka på A- och B-platser. Särskilt ur sistnämnda synpunkt finner kommittén angeläget, att begränsningen borttages och likställighet införes mellan landsting och icke-landstingsstäder.

Den *årliga merkostnad*, ett genomförande av kommitténs förslag beträffande A-platsernas finansiering skulle medföra, uppskattas av kommittén till omkring 850,000 kronor, därav 150,000 kronor belöpa å det föreslagna sanatoriet i Norrland. Motsvarande merkostnad för driftbidragen till konvalescentavdelningarna och skrofulshemmen (B-platserna) beräknas vid full utbyggnad uppgå till omkring 400,000 kronor. Beträffande byggnadsbidragen föreligga inga beräkningar.

Yttranden och framställningar i anledning av kommitténs förslag.

De av kommittén uppdragna riktlinjerna för den kirurgiska tuberkulosvårdens *organisatoriska utbyggande* ha i allmänhet vunnit gillande av de myndigheter och korporationer, som yttrat sig i ämnet, särskilt vad angår B-platsvårdens ordnande. Rörande A-platsvärden ha, på sätt av det följande framgår, från vissa håll uttalats betänkligheter beträffande såväl det föreslagna sjukhuset i Norrland som den ifrågasatta centrala tilldelningen av patienter.

Styrelsen för föreningen kustsanatoriet Apelviken åberopar härutinnan ett av överläkaren vid anstalten R. Hansson avgivet yttrande. Denne ifrågasätter till en början, huruvida behov av ett nytt specialistsjukhus föreligger. Den kirurgiska tuberkulosen syntes nämligen, att döma av expektantsiffrorna för åren 1930—1934, vara stadd i hastigt avtagande i Sverige, samtidigt som platsbehovet i hög grad minskats genom införande av en rationell kirurgisk behandling. Vuxna patienter, som lede av tuberkulos i de stora lederna, bleve numera efter operation, som utförts i rätt stadium av sjukdomen efter föregående mer eller mindre långvarig allmänbehandling, befriade från den tuberkulösa åkomsten; de finge sällan recidiv och behövde ej som förut i årtal upptaga vårdplatser för att några månader efter utskrivningen ånyo kräva vård på grund av försämring. Beträffande förläggningen av ett eventuellt nytt specialistsjukhus uttalar doktor Hansson ock i viss mån avvikande synpunkter, på vilka jag dock icke skall här ingå.

Den föreslagna centrala tilldelningen av patienter skulle enligt doktor Hanssons uppfattning försvåra en ändamålsenlig beläggning av anstalterna. Till stöd härför anföres i huvudsak följande.

Å kustsanatoriet Apelviken vårdades barn i alla åldrar samt vuxna av båda könen. För underlättande av skolundervisningen, som i stor utsträckning bedrevs på avdelningarna, hade barn tillhörande småskolan placerats å en avdelning, barn i folkskolan å en eller två andra. Ofta måste omflyttningar företagas för att underlätta skolans arbete och även av andra skäl. Vid inkallande

av barn i 13—15 års åldern måste ses till, att ej gossar och flickor placerades på samma avdelning. Vuxna patienter måste placeras på olika avdelningar efter kön och hälsotillstånd. För att nedbringa resekostnaderna och för att kunna använda karantänsystemet inkallades i regel så många patienter på en gång som karantänen kunde mottaga. Intagningsdagarna kunde ej på förhand fastställas. Tidigast två veckor i förväg kunde kallelse utsändas. Skulle mellan de ordinarie inkallelседagarna någon plats bliva ledig på grund av dödsfall eller annan orsak, inkallades omedelbart annan patient, för att ej platser skulle stå obelagda. Kustsanatoriet måste stå i kontakt med dispensärerna, de sjuka och de sjukas anhöriga. Den intima kontakt, som nu funnes, skulle ej så lätt kunna uppehållas, om ansökningshandlingarna skulle sändas till en central. Ej heller torde det då bliva möjligt att hålla resekostnaderna nere på den låga nivå som nu vore fallet. Man borde dessutom taga i betraktande, att sjuka såvitt möjligt finge komma till den anstalt, de önskade. Ytterligare skäl skulle kunna anföras mot den planerade fördelningscentralen; det anförda syntes dock räcka till för att förstå, hur svårt det skulle bliva att sköta ett stort sjukhus med en dylik central fördelning av patienterna. Utan att känna till de lokala förhållandena kunde man svårigen fördela patienterna.

Direktionen för Kronprinsessan Victorias kustsanatorium vid Barkåkra har överlämnat ett av dåvarande överläkaren vid anstalten E. Lindahl avgivet yttrande. Jämväl denne förordar uppskov med inrättande av ett nytt specialistsjukhus för Norrland, under hänvisning till att vårdtiden numera avsevärt förkortats och att omsättningen kunde ytterligare ökas genom anordnande av särskilda konvalescentavdelningar. Under alla förhållanden kunde en anstalt med förläggning till Norrland icke medföra avsedd nytta på grund av klimatet därstädes.

Den centrala tilldelningen av patienter avstyrkes tillika av doktor Lindahl, som därvid yttrar bland annat följande.

En dylik anordning skulle blott medföra onödig tidsutdräkt och vidlyftiga skrivelser. En avgiven rapport om lediga platser å viss bestämd dag kunde nämligen lätt bli missvisande på grund av mellankommande omständigheter, såsom plötslig försämring, akuta sjukdomar m. m. Å andra sidan kunde stundom flera platser oförmodat bliva lediga, t. ex. genom akuta infektions-sjukdomar, som fordrade skyndsam överflyttning till epidemisjukhus. Endast dispensärerna vore lämpliga mellanhänder för beläggning av kustsanatorierna. Dispensärerna stode i kontakt med patienterna, de finge kallelse till viss dag och bleve det något hinder för ena eller andra parten, så ordnades detta lätt per telefon, telegraf eller brev. Med dispensärerna ordnades också resorna så, att samma vårdare kunde på vägen till kustsanatoriet taga hand om patienter från olika hemorter och därmed spara på statens bidrag till resekostnaderna. Likaså kunde en vårdare föra hem flera efter utskrivningen och avlämna dem på mellanstationer, där de möttes av anhöriga eller dispensärsköterskor, som förut underrättats om resplanen.

Direktionen för Styrös kustsanatorium anser, att möjligheterna för ett ytterligare utnyttjande av de redan befintliga anstalterna böra undersökas, innan åtgärder vidtagas för uppförande av ett nytt sjukhus. Å Styrös kustsanatorium kunde för en relativt ringa kostnad ytterligare 42 vårdplatser vinnas genom inredning av huvudsjukhusets vindsvåning. En sådan utvidg-

ning skulle ock möjliggöra en mera rationell och ekonomisk drift av sanatoriet än hittills. Härjämte borde sanatoriets sommarpaviljong, där konvalescenter och lättare fall av körteltuberkulos nu vårdades, vinterbonas, varigenom anstaltens behov av B-platser skulle bli tillgodosett. — Kommitténs förslag om central tilldelning av patienter tillstyrkes under förutsättning att patientens önskemål beträffande val av anstalt i möjligaste mån beaktas.

Direktionen för Solhems barnsjukhus förordar jämväl, att en utvidgning av redan befintliga anstalter överväges, innan beslut om inrättande av ett nytt sjukhus fattas. Vid Solhem, som ur samarbets synpunkt med angränsande vårddiscipliner låge mycket väl till, mötte inga svårigheter att för en relativt ringa kostnad åstadkomma en tillbyggnad om cirka 50 platser. Även vården av konvalescenter kunde där ordnas på ett fördelaktigt sätt genom att taga i anspråk en närliggande byggnad. Direktionen framhåller vidare, att endast en central tilldelning av patienter kunde möjliggöra ett fullt utnyttjande av tillgängliga A-platser.

Gentemot nu anförda yttranden hävda bland andra landstingen i Västernorrlands, Jämtlands, Västerbottens och Norrbottens län behovet av en kirurgisk tuberkulosanstalt i Norrland, ehuru meningarna något divergera beträffande den närmare förläggningen av anstalten. Från Jämtlands läns landsting föreligger en särskild framställning i ämnet, vari med hänvisning till sjukvårdskommitténs uttalanden och under åberopande av bifogad utredning hemställas, att Kungl. Maj:t måtte av riksdagen utverka medel till uppförande av en kirurgisk tuberkulosanstalt vid Östersund med anknytning till landstingets centralsanatorium Solliden. Anstalten skulle inrymma 274 vårdplatser och draga en kostnad av 2,570,000 kronor, förutom utrustningskostnaden, vilken uppskattas till 274,000 kronor.

Medicinalstyrelsen slutligen har i särskilt utlåtande avstyrkt bifall till nyssnämnda framställning från Jämtlands läns landsting under hänvisning till att sjukvårdskommittén förordat vidare utredning om lämpligaste förläggningssorten för ett nytt sjukhus. Beträffande frågan om central tilldelning av patienter framhåller styrelsen, att erfarenheterna från pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet gäve vid handen, att en beläggning från central myndighet vore möjlig men att den nödvändiggjorde ökade arbetskrafter inom medicinalstyrelsen samt att den, innan förändring skedde, borde göras till föremål för ytterligare utredning. I övrigt uttalar styrelsen sin fulla anslutning till kommitténs förslag.

Vad härefter angår riktlinjerna för vårdens *handhavande och finansiering* har, såvitt jag kunnat finna, icke från något håll erinran framställts mot de föreslagna överflyttningarna till staten av landstingens och storstädernas driftbidrag till de enskilda anstalterna av hithörande slag, liksom ej heller beträffande kommitténs principiella ståndpunkt rörande driftkostnadernas bestridande i övrigt. I fråga om det närmare utformandet av kommitténs förslag härutinnan ävensom beträffande det föreslagna byggnadsbidraget till skrofuloshemmen ha dock vissa erinringar och önskemål uttalats.

Styrelsen för föreningen kustsanatoriet Apelviken fram-

håller genom överläkaren Hansson bland annat, att om patientantalet vid kustsanatoriet nedskrevs, så att det vad luftkub m. m. beträffade komme att stå i överensstämmelse med riksdagens beslut, sedan klientelet till stor del kommit att utgöras av vuxna, och om vidare sommarplatserna slopades, torde det knappast bliva möjligt att finansiera anstalten med de statsbidrag och vårdavgifter, som skulle inflyta enligt kommitténs förslag. Kostnaden för konvalescentplatserna syntes visserligen vara så tilltagen, att den enkla sjukvård, som skulle där bedrivas, mycket väl kunde skötas för det beräknade beloppet 2 + 1 kronor per dag; däremot torde vårdkostnadsbeloppet för A-platserna, 4 kronor per dag, bliva för lågt. Hittills hade det varit så, att det överskott, som vården av de enklare fallen och sommarbarnen lämnat, bland annat använts till att finansiera den dyrare vården av patienter på A-platserna. Då det emellertid uttryckligen angåves, att huvudmannen finge för var gång göra en framställning hos statsmakterna, om de influtna vårdkostnadsavgifterna ej räckte till för driften, syntes någon vägande anmärkning mot kommitténs förslag icke kunna göras. Doktor Hansson påpekar ock, att nu gällande bestämmelser medförde, att statsbidrag kunde utgå endast för fall, som åtnjöte landstingsbidrag, och då landstingsbidrag blott utginge för mindre bemedlade och obemedlade patienter, komme i realiteten bemedlade ej att erhålla statsbidrag.

Direktionen för Styrös kustsanatorium anför, att kommitténs förslag innebure en betydande lättnad för självbetalande patienter å allmänsal, vilka för närvarande vid sanatoriet erlade kronor 4.30 per dag. Vid Styrös kustsanatorium kunde med hänsyn härtill de föreslagna driftbidragen och vårdavgifterna sannolikt icke täcka driftkostnaderna, därest icke, såsom förut framhållits, anstalten utvidgades med 42 nya A-platser.

Direktionen för Solhems barnsjukhus finner önskvärt, att driftkostnadsbidraget icke understiger 4 kronor per dag och patient.

Medicinalstyrelsen slutligen ställer sig tveksam beträffande det ifrågasatta byggnadsbidraget till skrofuloshemmen. Med hänsyn till att skrofulosens frekvens i allmänhet syntes vara i starkt avtagande samt i betraktande av att sjukdomsbegreppet skrofulos ej läte sig exakt avgränsas, anser styrelsen, att statsbidrag för skrofulosvård dels är föga behöfligt, dels ock förenat med betydliga svårigheter i avseende å nödig kontroll.

Departementschefen.

Den av kommittén framlagda planen för den kirurgiska tuberkulosvårdens *organisatoriska utbyggande* överensstämmer i huvudsak med de riktlinjer, som den av svenska nationalföreningen mot tuberkulos tillsatta s. k. andra tuberkuloskommittén i betänkande år 1929 uppdragit. Den till grund för förslagen liggande principen om noggrannare fördelning av patientmaterialet på olika anstaltstyper synes mig i och för sig riktig samt ägnad att i längden leda till besparing för det allmänna. Mot densamma ha ej heller några erinringar framkommit vid remissbehandlingen.

Beträffande principens praktiska utformning har, på sätt framgår av de

avgivna yttrandena, meningarna varit i viss mån delade i fråga om A-platsvårdens utbyggande. För att erhålla en i möjligaste mån säker grundval för bedömandet av det ytterligare behov av dylika platser, som numera kan föreligga, har jag till komplettering av kommitténs utredning från de tre kustsanatorierna och anstalten i Borås inhämtat uppgifter rörande bland annat antalet exspektanter och medelvårdtiden därstädes under de senaste tre åren. En granskning av dessa uppgifter giver vid handen, att sammanlagda antalet exspektanter vid ifrågavarande anstalter nedgått från 440 år 1933 till 150 år 1935. I detta antal ingå jämväl åtskilliga fall av skrofulos, vilka enligt kommitténs förslag böra vårdas å billigare platser än A-platser. Medelvårdtiden har vid två anstalter sjunkit, medan den vid de övriga två anstalterna något ökat; i stort sett har den förblivit oförändrad. På grund av vad sålunda framkommit och i yttrandena anförts har jag icke ansett mig böra föranstalta om ytterligare utredning av frågan om uppförande av en kirurgisk tuberkulosanstalt i Norrland. Därmed saknar jag ock anledning att nu närmare ingå i prövning av den från Jämtlands läns landsting inkomna framställningen.

Vad angår B-platsvårdens tillgodoseende, vill jag nämna, att i praktiken redan viss differentiering av patienterna ägt rum, i det att konvalescenter och lindrigare fall av körteltuberkulos, de s. k. skrofulosfallen, företrädesvis vårdats å vid sanatorierna anordnade sommarpaviljonger eller enklare vårdavdelningar. Enligt kommitténs förslag skulle nu sommarpaviljongerna ersättas med under hela året öppna avdelningar för konvalescenter, medan skrofulosfallen skulle, i den mån de icke kunna med framgång vårdas å av dispensärer eller enskilda drivna sommarhem, omhändertagas å särskilda, länsvis anordnade skrofuloshem, jämväl öppna hela året. Mot kommitténs förslag härutinnan har jag — liksom de hörda myndigheterna och korporationerna — i princip intet att erinra. Med hänsyn till tuberkulosfrekvensens nedgång, vilken anses vara särskilt stark beträffande den s. k. skrofulosen, torde emellertid stor försiktighet böra iakttagas även vid utbyggandet av B-platsvården. Lämpligt synes mig vara, att man till en början inskränker sig till att vid de anstalter, som sakna vinterbonade konvalescentavdelningar, anordna sådana. Vid sidan härav kan möjligen tagas under övervägande att i de nordligaste länen, där tuberkulosfrekvensen alltjämt är störst, inrätta skrofuloshem av förordad typ. Givetvis böra härvid, såsom kommittén förutsatt, i första hand tagas i anspråk befintliga byggnader, vilka kunna för ändamålet användas. På så sätt skulle Norrland, i den mån nuvarande läge inom tuberkulosvården det påkallar, kunna få sitt behov av ytterligare vårdplatser för kirurgisk tuberkulos tillgodosett, samtidigt som en viss lättnad i fråga om beläggningen av centralanstalterna skulle inträda.

Med detta modifierade program för den kirurgiska tuberkulosvårdens utbyggande får frågan om en organiserad tilldelning av patienter till centralanstalterna en i viss mån ökad betydelse. De mot kommitténs förslag i denna del uttalade betänkligheterna avse närmast kommitténs första alternativ, enligt vilket granskningen och prövningen av ansökningshandlingarna skulle

helt förläggas till medicinalstyrelsen, som sedan hade att besluta om patienternas fördelning å de olika anstalterna. Ehuru jag finner en del av de framställda erinringarna icke träffa anordningen som sådan, är densamma otvivelaktigt ägnad att i praktiken mången gång föranleda onödig omgång och tidsutdräkt. Den torde ej heller vara nödvändig för ernående av det med densamma avsedda syftet. Detta torde i stort sett kunna vinnas även med det av kommittén föreslagna andra och mjukare alternativet, innebärande att medicinalstyrelsen med ledning av månatliga rapporter från anstalterna angående beläggning och expektanter skulle äga meddela vissa anvisningar rörande de inträdessökandes fördelning å anstalterna. Jag har härvid tänkt mig ungefär följande förfaringssätt. Varje centralanstalt insänder omedelbart före varje månadsskifte till medicinalstyrelsen specificerad uppgift angående dels antalet inträdessökande med angivande av deras kön, ålder, hemvist och diagnos, dels ock antalet och arten av de platser, som äro eller under månadens lopp med sannolikhet kunna förväntas bliva lediga. Finner medicinalstyrelsen vid granskningen av dessa uppgifter, att antalet inträdessökande vid en anstalt är för stort för att samtliga skola kunna intagas å anstalten under månadens lopp, har medicinalstyrelsen att anmoda anstaltens läkare att till anstalt, där ledighet finnes eller beräknas kunna inträda under samma månad, översända ett lämpligt avvägt antal ansökningshandlingar av den art, som motsvarar platsernas beskaffenhet. Den mottagande anstaltens läkare har därefter att med dessa ansökningar förfara på enahanda sätt som med varje annan inträdesansökan. Han har alltså att efter förberedande granskning sätta sig i förbindelse med den sjuke eller vederbörande dispensär och meddela lämplig dag för inträde eller undersökning. Något tvång att intaga vederbörande skulle likväl ej föreligga, ej heller någon skyldighet för den sjuke att låta sig intagas å anstalten i fråga. Med en sådan anordning synes man kunna i huvudsak ernå samma fördelar som med ett rent centralt beläggningssystem, samtidigt som dettas olägenheter undvikas. Jag förordar förty, att densamma kommer till genomförande.

Vad härefter angår vårdens *handhavande och finansiering*, är jag — i likhet med de hörda myndigheterna — ense med kommittén, att någon förändring av huvudmannaskapet för nu befintliga anstalter icke bör ske, liksom jag ock biträder kommitténs förslag beträffande den närmaste ledningen av hithörande enskilda anstalter. Jag vill i detta sammanhang nämna, att kommitténs krav på förstärkt statligt inflytande å dessa anstalters ledning redan beaktats för de tre kustsanatoriernas och Boråsanstaltens del i samband med utfärdande av nya stadgar för vederbörande föreningar respektive stiftelse. Jag tillstyrker vidare i princip kommitténs förslag rörande driftkostnadernas bestridande vid såväl de enskilda anstalterna som landstings- och storstadsanstalterna. Uppenbarligen innebära dessa förslag — jämte motsvarande förslag rörande vanförevården och andra därmed likställda vårdgrenar — ett stort steg i riktning mot en mera enhetlig och rationell fördelning av det allmännas sjukvårdskostnader, icke minst därigenom att landstingen

samtidigt beredas större möjligheter att i erforderlig omfattning ägna sig åt utvecklingen av de vårdgrenar, som lämpa sig för ett utbyggande länsvis.

För bestämmande av de närmare grunderna för statsbidragens utgående har jag, till komplettering av kommitténs utredning, från de enskilda anstalterna införskaffat uppgifter om driftkostnaderna under de tre senaste åren. Av dessa uppgifter framgår, att ifrågavarande kostnader, oberäknat utgifter för förräntning och amortering av byggnadslån, under nämnda år successivt stigit från i genomsnitt 4 kronor 5 öre år 1933 till 4 kronor 17 öre år 1935, huvudsakligen sammanhängande med livsmedelsprisens stegring. Under sådana förhållanden torde man vara nödsakad att något höja det av kommittén föreslagna driftbidraget till dessa anstalter, därest man vill undvika, att vederbörande huvudmän redan efter något år skola behöva ingiva framställning om erforderligt fyllnadsbidrag. Vid övervägande av frågan, på vad sätt en dylik höjning lämpligen bör genomföras, har jag med beaktande av vad i yttrandena framhållits kommit till den uppfattningen, att bidraget till de enskilda anstaltens A-platser bör höjas till 3 kronor 25 öre, medan bidraget till B-platserna kan bibehållas vid det av kommittén föreslagna beloppet, 2 kronor, allt per dag och patient, för vilken icke uttages högre dagavgift än 1 krona. I likhet med kommittén finner jag härvid icke tillräcklig anledning föreligga att göra skillnad mellan obemedlade och bemedlade patienter, i den mån dessa emottagas för vård å allmän sal. Såsom kommittén förutsatt, må dock driftbidraget i intet fall utgå med högre belopp per år än skillnaden mellan anstaltens verkliga driftkostnader och summan av patientavgifterna. En med anledning härav påkallad reglering kan, om driftbidraget såsom hittills utbetalas kvartalsvis i efterskott, lämpligen äga rum i samband med utbetalningen för sista kvartalet. Skulle genom större donationer eller annorledes vederbörande huvudmän erhålla en väsentligt förbättrad ekonomisk ställning, torde det böra ankomma å medicinalstyrelsen att föreslå de modifikationer i fråga om statens bidrag, som härav kunna påkallas.

Driftbidragen till storstads- och landstingsanstalterna torde kunna fastställas till de av kommittén föreslagna beloppen. Livsmedelskostnadernas stegring lär nämligen få anses vara alltför obetydlig för att med hänsyn till ifrågavarande huvudmäns ekonomiska ställning kunna motivera ett frångående av kommitténs förslag i denna del. Samtliga hithörande anstalter, utom avdelningen vid S:t Görans sjukhus, äro för övrigt att hänföra till kategorien B-anstalter, beträffande vilka någon höjning av driftbidraget överhuvud icke av mig förordats.

Såsom gemensamt villkor för driftbidrag — utöver de av kommittén uppställda — bör gälla, att de olika anstalterna icke må utan medicinalstyrelsens medgivande beläggas med andra slag av patienter än sådana, för vilka de äro avsedda. Tillika torde såsom särskilda statsbidragsvillkor för de enskilda anstalterna böra föreskrivas, att staten skall vara representerad i anstaltens ledning och vid revisionen av deras räkenskaper, på sätt kommittén föreslagit, samt att anstaltsledningarna skola vara skyldiga att ställa

sig till efterrättelse de anvisningar, som medicinalstyrelsen, med stöd av vad jag förut anfört, kan meddela rörande fördelningen av inträdessökande patienter. Anstalterna böra härjämte vara underkastade inspektion av medicinalstyrelsen i enlighet med sjukhuslagens bestämmelser om allmänna sjukhus. I övrigt torde, fränsett viss bestämmelse, vartill jag strax återkommer, kunna i huvudsak tillämpas enahanda grunder, som gälla för lungtuberkulosanstalter.

Beträffande frågan om byggnadsbidrag till hithörande anstalter delar jag kommitténs uppfattning, i vad densamma avser centralanstalterna, inbegripet dessas komplettering med konvalescentavdelningar. Vad åter angår skrofulohemmen, anser jag i likhet med medicinalstyrelsen och med hänsyn till vad jag förut anfört rörande skrofulosvårdens utbyggande, att byggnadsbidrag under nuvarande förhållanden knappast är påkallat. Kostnaderna för dylika hems inrättande torde i förekommande fall icke behöva bli större än att vederbörande landsting själva kunna utan svårighet bära desamma, särskilt som de genom avlyftande av nuvarande driftbidrag till de enskilda anstalterna erhålla en betydande lättnad i sina utgifter för tuberkulosvården.

Godtages denna min ståndpunkt, får, vad angår den kirurgiska tuberkulosvården, spørsmålet om upphävandet av gällande begränsning för stad utanför landsting att åtnjuta statsbidrag för tuberkulosvårdsplatser endast betydelse för driftbidragens vidkommande. Därmed reduceras de ekonomiska konsekvenserna i icke ringa grad. Å andra sidan kan ett bibehållande av ifrågasvarande begränsning vara ägnat att i vissa fall motverka en ändamålsenlig differentiering av hithörande klientel. Under sådana förhållanden anser jag mig böra förorda, att begränsningen upphäves i vad den avser den kirurgiska tuberkulosvården. I vad spørsmålet rör lungtuberkulosvården, torde detsamma böra upptagas till prövning i samband med sjukvårdskommitténs övriga förslag beträffande denna vårdgren.

Med den modifiering av kommitténs utbyggnadsförslag, som jag förordat, blir statens årliga driftkostnadsökning för den kirurgiska tuberkulosvården väsentligt lägre än kommittén beräknat, även om hänsyn toges till de ökade utgifter, som föranledas av A-platsbidragens höjande. Enligt en inom departementet verkställd beräkning torde merkostnaden vid full utbyggnad icke komma att överstiga 1 miljon kronor.

Vanförevården.

Nuvarande organisation och kostnadsfördelning.

Inledningsvis må erinras, att vanförevården innefattar två huvudmoment, nämligen den ortopediska behandlingen, vilken avser att i möjligaste mån återställa den nedsatta eller förlorade funktionsförmågan, samt den sociala omvårdnaden, vars syfte är att genom uppfostran och yrkesutbildning sätta den vanföre i stånd att försörja sig genom eget arbete. Det sociala momentet var länge det mest framträdande. Först under de senare årtiondena har den orto-

pediska vården, främjad av kirurgiens framsteg, fått en grundläggande betydelse för vanförevården och läkaren tilldelats en central ställning inom denna.

För vård enbart av vanföra finnas för närvarande fem anstalter, var och en med hänsyn till de i vården ingående olika uppgifterna uppdelad å skilda avdelningar. Anstalterna, deras avdelningar och den ungefärliga *platstillgången* inom dem framgår av följande sammanställning, vid vilken hänsyn tagits jämväl till den utvidgning, som den nyuppförda anstalten å Norrbackaområdet invid Stockholm medfört:

Anstalt	Antal platser å				
	sjuk- avdelning (klinik)	skolhem	yrkesskola		asylhem
			interna	externa	
Vanföreanstalten i Stockholm	120	45	124	35	—
» » Göteborg	97	35	80	20	—
» » Hälsingborg ..	75	50	110	10	20
» » Härnösand ...	103	48	93	5	(särskilt hem)
Eugeniahemmet (Stockholm)	24	90	45	—	30
Summa	419	268	452	70	50

Till komplettering av denna sammanställning må lämnas följande upplysningar. Sjukavdelningarna äro närmast avsedda för mera ingående ortopedisk vård, medan lättare fall behandlas å för ändamålet vid anstalterna inrättade polikliniker. Av Göteborgsanstaltens 97 klinikplatser disponeras enligt avtal 30 direkt av pensionsstyrelsen. Å skolhemmen emottagas barn i skolåldern, vilka på grund av vanförhet icke lämpligen kunna åtnjuta undervisning i de vanliga skolorna. Vid yrkesskolorna emottagas i regel endast intellektuellt normala vanföra, som fyllt 17 år. Antalet elever vid yrkesskolorna växlar i icke ringa grad, bland annat beroende på att å elevhemmet boende elever i olika omfattning åtnjuta undervisning utom anstalten. Yrkesundervisningen pågår högst 10 månader per år. Å asylhemmen vårdas höggradigt vanföra, som endast i ringa mån kunna tillgodogöra sig yrkesundervisning eller eljest äro oförmögna att taga vara på sig själva. Härjämte må nämnas, att vanföra i viss utsträckning även kunna erhålla ortopedisk behandling vid några lasarett och därmed jämställda sjukhus, främst lasarettet i Lund och Malmö allmänna sjukhus, vid vilka specialavdelningar för ortopedisk vård inrättats. Platsantalet å dessa specialavdelningar uppgår sammanlagt till omkring 150.

Av befintliga vanföreanstalter utgöra de fyra anstalterna i Stockholm, Göteborg, Hälsingborg och Härnösand, i det följande benämnda *de egentliga vanföreanstalterna*, en grupp för sig. De ägas och drivas av för ändamålet bildade föreningar, vilka till anstalternas drift åtnjuta bidrag såväl från staten, landstingen och därmed jämställda storstäder som i viss mån även från pensionsstyrelsen och fattigvårdssamhällena. Stats-, landstings- och storstadsbidragen utgå i huvudsak efter de grundbelopp, som angivas i följande tablå:

A v d e l n i n g	Statsbidrag, kronor		Landstings- och storstadsbidrag, kronor	
Klinikerna, för dag och patient	2	15	2	75
Skolhemmen, för dag och elev	2	—	1	33
Yrkesskolorna, för månad och intern elev	54	—	50	—
" " " " extern "	21	—	—	—
Poliklinikerna, per kvartal	1,250	—	—	—

Landstingen och vissa storstäder bidraga härjämte med $\frac{2}{3}$ av kostnaden för nödiga bandage- och protesanordningar. Statens bidrag äro, vad klinikerna beträffar, begränsade till ett något lägre antal platser än det befintliga, motsvarande antalet platser å allmän sal. Bortsett från poliklinikerna, utgå samtliga bidrag i princip endast för medellösa och mindre bemedlade personer, varvid dock — liksom vid kustsanatorierna — åt sistnämnda begrepp gives en relativt vidsträckt tolkning. Såsom villkor för landstingens och storstädernas bidrag gäller, att eljest utgående patient- respektive elevavgift skall sänkas med ett mot bidraget svarande belopp, i regel utgörande $\frac{2}{3}$ av vårdavgiften. Återstående avgift betalas beträffande det stora flertalet interna yrkesskolelever av pensionsstyrelsen samt för övriga vanligen av vederbörande fattigvårdssamhälle. Av det fåtal bemedlade patienter, som emottagas å dessa anstalter, erlägges i allmänhet en vårdavgift av kronor 3.75 per dag och patient å klinikerna, 60 kronor per månad och elev å skolhemmen samt 75 kronor per månad för intern yrkesskolelev.

Det i anslutning till Hälsingborgsanstalten drivna asylhemmet äges av den för ändamålet bildade föreningen Österhemmet. Föreningen åtnjuter icke statsbidrag till sin verksamhet. Som regel uttages en vårdavgift av 40 kronor per månad.

Eugeniahemmet intager i olika hänseenden en särställning. Det äges och drives av ett »sällskap» med samma namn, vars ändamål är att bereda bostad, vård och underhåll åt fattiga obotligt sjuka och vanföra barn samt även efter barnåren söka i möjligaste mån draga försorg om där intagna. På grund av detta ändamål ha hemmets platser, även sedan vanförevården kommit in i sina nuvarande banor, i stor utsträckning upplåtits för sådana patienter, om vilka föga eller intet hopp funnits att kunna sätta dem i stånd att bliva självförsörjande. Behovet av särskild asylvård har därför framträtt starkare vid Eugeniahemmet än vid de övriga anstalterna, där ansökningarna väsentligt strängare sovrats med hänsyn till vederbörandes utsikter att kunna i framtiden försörja sig. Asylvård har ock utövats alltsedan hemmets tillkomst. Till hemmets drift utgår ett fast statsbidrag av 5,000 kronor per år. Detta bidrag har huvudsakligen tillkommit för att bereda fattigvårdssamhälle rätt att av vederbörande landsting utfå gottgörelse för utgiven dagavgift och annan vårdkostnad för å hemmet intagen patient. Jämlikt 41 § fattigvårdslagen gäller nämligen denna rätt endast beträffande fattiga, som intagits å statsunderstödd vanförestalt. Från landstingen åtnjuter hemmet direkt bi-

drag med dels kronor 1.50 per dag och patient, för vilken icke uttages högre dagavgift än 1 krona, dels ock $\frac{2}{3}$ av kostnaderna för nödiga bandage- och protesanordningar. För patient från icke-landstingsstad erlägger staden en dagavgift å kronor 2.50 jämte hela kostnaden för bandage och proteser.

De egentliga vanförestalterna äro anslutna till en gemensam organisation, benämnd *svenska vanförestalternas centralkommitté (S. V. C. K.)*. Denna kommitté utgör ett slags permanent utskott av de fyra vanföreföreningarna och består av fem medlemmar från varje förening; professorn i ortopedi vid Karolinska institutet är självskriven medlem av såväl kommittén som dess styrelse. Centralkommittén har till uppgift att främja utvecklingen av en rationellt organiserad vanförevård samt att till vanförevårdens fromma förvalta vissa medel, som stå till dess förfogande. Den söker genom spridande av upplysning om vanförevårdens mål och medel verka för att så många vanföra som möjligt redan tidigt skola komma i åtnjutande av erforderlig vård och utbildning och för att hos de vanföras omgivning vinna förståelse för det behov av stöd och hjälp, som förefinnes hos de vanföra även efter fullbordad yrkesutbildning. Dessutom utövar centralkommittén en omfattande understödsverksamhet, huvudsakligen i syfte att förse de yrkesutbildade vanföra med nödiga verktyg och arbetsmaskiner vid början av deras yrkesutövning.

Vid sidan av vanförestalterna har, främst genom *pensionsstyrelsens* försorg, under senare år i allt större utsträckning bedrivits yrkesutbildning av vanföra hos enskilda yrkesidkare m. fl. Sådan utbildning har vanligen ordnats genom pensionsnämndsordföranden i hemkommunen eller genom pensionsstyrelsens ombud för orten med biträde av de vid anstalterna anställda kuratorerna enligt vissa närmare grunder, som finnas angivna i en såsom textbilaga 6 vid kommitténs betänkande fogad promemoria, till vilken jag får hänvisa. Under de senaste åren har i enahanda syfte samarbete sökts med hantverksorganisationerna. I ett fåtal fall hava vanföra bekostats utbildning i handelsskola eller handelsinstitut ävensom i småskoleseminarium. Som regel har pensionsstyrelsen bidragit med $\frac{2}{3}$ av utbildningskostnaderna, mot det att vederbörande försörjningsskyldig eller hemkommun utfäst sig betala återstoden. Beloppen ha alltefter utbildningstidens längd varierat mellan 600 och 1,500 kronor. Härutöver har pensionsstyrelsen, efter samråd med S. V. C. K., i viss utsträckning lämnat bidrag till anskaffandet av arbetsmaskiner åt de vanföra.

Slutligen må nämnas, att vanförestalterna enligt gällande bestämmelser äro underkastade inspektion av en *särskild inspektör*, som bland annat har till uppgift att utöva inseendet över sjukvården och de allmänna hygieniska anordningarna därstädes samt anstalternas handhavande i övrigt. Sedan senast meddelade förordnande för en dylik inspektör utgått med år 1931, har av besparingsskäl förnyat förordnande för särskild vanföreinspektör icke utfärdats. Därvid har förutsatts, att inspektion av vanförestalterna skulle i erforderlig mån utövas direkt av medicinalstyrelsen.

Kommitténs förslag.

Kommittén framhåller inledningsvis, att ehuru under de senaste årtiondena en väsentlig förskjutning ägt rum mellan det sjukvårdande och det sociala momentet inom vanförevården, har därmed vikten av samverkan dem emellan ingalunda förringats, utan framstår denna alltjämt som en oavvislig förutsättning för ett framgångsrikt utövande av vanförevård.

Med utgångspunkt härifrån upptager kommittén till en början frågan om *den ortopediska vårdens tillgodoseende*. Kommittén konstaterar härvid med ledning av uppgifter, inhämtade från de olika anstalterna, att efter tillkomsten av Härnösandsanstalten och den nya Stockholmsanstalten behovet av ytterligare vårdplatser för ortopedisk sjukvård torde få anses vara för den närmaste tiden fyllt. Frågan, huruvida denna vård i princip bör utbyggas i form av specialavdelningar vid lasarett eller såsom hittills förläggas till vanförestalterna, finner kommittén förty icke vara aktuell. I den mån ytterligare platsbehov skulle uppstå, anser sig kommittén främst med hänsyn till förut berörda samband mellan det sjukvårdande och det sociala momentet inom vanförevården böra tillråda stor försiktighet vid utbyggande av nya ortopediska lasarettavdelningar. Dylika avdelningar böra icke inrättas med mindre den allmän-kirurgiska avdelningen nått en sådan storlek, att en uppdelning av densamma är ur arbetssynpunkt påkallad. För undvikande av dubbelorganisation och för tillgodoseende av de viktiga vårdfaktorer, som skol- och yrkesundervisningen utgöra, böra på de ortopediska lasarettavdelningarna intagas endast sådana patienter, vilkas fel och lyten icke kunna antagas medföra varaktig inskränkning av arbets- och förvärvsförmågan eller för vilka den ortopediska behandlingen synes hava goda utsikter att förebygga vanförhet i social mening. Uppenbarligen bör man söka undvika en utveckling i sådan riktning, att vanförefallen komme att remitteras till vanförestalterna först sedan den ortopediska behandlingen på lasarettavdelning visat sig icke medföra önskat resultat och att vanförestalternas kliniska avdelningar på så sätt endast bleve ett slags sekundäravdelningar till de ortopediska lasarettavdelningarna. En avvikelse från denna princip synes kommittén berättigad endast med hänsyn till den medicinska undervisningens krav. Med denna ståndpunkt följer givetvis, att patienter i behov av ortopedisk specialvård skola vara berättigade till vård vid vanförestalternas ortopediska avdelningar, oavsett om syftet med behandlingen är att förebygga vanförhet i social bemärkelse eller icke. Att graden av de olika sökandenas vårdbehov skall vara bestämmande för intagningen, då utrymmesskäl påfordra en gallring, finner kommittén själfvallet.

Vad härefter angår frågan om *den sociala vårdens tillgodoseende*, har enligt kommittén något behov av ytterligare platser å skolhem ej anmält av vederbörande anstaltsledningar. Däremot synes kommittén alltjämt föreligga ett missförhållande mellan efterfrågan och tillgång å platser vid yrkesskola. I betraktande av den avsevärt ökade platstillgång för vanföras yrkesutbildning, som under de senaste åren tillkommit och genom Stockholmsanstaltens nybyggnad väntades uppstå, anser kommittén emellertid, att med slutlig pröv-

ning av frågan om ytterligare utökning av platsantalet å yrkesskola bör anstå till dess vidare erfarenhet vunnits om platsbehovets omfattning. I avvaktan härå tillrådes i första hand en utvidgning av den utomanstaltliga yrkesutbildningen. Kommittén yttrar härutinnan:

En rationell lösning av de vanföras yrkesutbildningsfråga kräver, att även andra utvägar att bereda yrkesutbildning än genom vanförestaltnas yrkesskolor sökas och prövas. Den av pensionsstyrelsen i vissa fall praktiserade anordningen med yrkesutbildning hos enskilda yrkesidkare torde härvid främst böra komma i åtanke. Anstalterna själva hava numera genom anordnande av kuratorsverksamhet fått ökade möjligheter att förhjälpa vanföra till utbildning även utom anstalten. Förutom att denna verksamhet är ägnad att i icke oväsentlig grad underlätta ett rationellt utnyttjande av vanförestaltnas yrkesskolor för de svårare fallen och minska behovet av nya anstaltsplatser för ifrågavarande ändamål, har erfarenheten givit vid handen, att vanför, som erhållit sin yrkesutbildning utom anstalt, på grund av den närmare kontakten med ortsbefolkningen har betydligt större möjligheter att vinna anställning och försörjning än en å anstalt utbildad vanför. Den utomanstaltliga utbildningen ställer sig dessutom i regel avsevärt billigare än anstaltsutbildningen. Starka skäl synas sålunda föreligga för en vidgad tillämpning av denna form av yrkesutbildning för vanföra.

Vid sidan härav bör enligt kommittén frågan om vården av de s. k. asylfallen närmare beaktas. Kommittén anför härom bland annat följande.

Uppenbarligen böra de fall av ifrågavarande kategori, som kunna få försvarlig vård i sina hem, vårdas därstädes. De övriga däremot torde samhället vara pliktigt att omhändertaga. Härvid äro med avseende å vanförhetens art och grad olika grupper att beakta. En del äro att anse som kroniskt sjuka. Hit höra personer, vilka i högre ålder på grund av sjukdomar i leder eller det centrala nervsystemet eller till följd av svåra kroppsskador o. d. blivit oförmögna till snart sagt varje slags arbete, som har någon betydelse för beredande av uppehälle, och som därtill ofta äro i behov av ständig tillsyn och övervakning. För ett stort antal av dessa torde ortopediska hjälpmedel icke vara till något gagn vare sig för höjande av arbetsförmågan eller för underlättande av livsföringen eller vården i övrigt eller ock äro dessa hjälpmedel av enklare slag, t. ex. kryckor och gångstolar. Såsom kroniskt sjuka måste ock anses sådana yngre personer, som äro så högggradigt vanföra, att ortopediska hjälpmedel och undervisning icke kunna förhjälpa dem ens till någon grad av arbetsduglighet. Dessa vanföra synas kommittén böra hänvisas till hemmen för kroniskt sjuka.

För sådana vanföra åter, vilkas tillvaro och skötsel kunna upphjälpas och underlättas genom mera komplicerade bandage eller dylikt och vilka på så sätt ävensom genom en väl genomförd arbetsledning och arbetsförmedling kunna beredas vissa möjligheter till sysselsättning, vore otvivelaktigt en fortsatt vård i nära anslutning till en vanförestalt av stor betydelse, bland annat för lättande av elevbelastningen vid yrkesskolorna. Intagas dessa vanföra å ålderdomshem eller hem för kroniskt sjuka, möta stora svårigheter och även kostnader för tillsyn av deras bandage eller andra hjälpmedel. Ur ekonomisk synpunkt lära icke heller kunna resas några större betänkligheter emot en viss centralisering av vården av dessa asylfall. Kostnaderna torde nämligen icke bliva nämnvärt högre, om de vårdas på särskilda asylhem i närheten av vanförestaltna än om de intagas på sjukhem runt om i landet. Härjämte må beaktas, att på sådana asylhem större möjligheter finnas att genom god arbetsledning, anskaffande av arbetsmaskiner m. m. upphjälpa deras arbetsförmåga.

Kommittén har funnit det praktiskt taget omöjligt att uppskatta behovet av antalet sådana asylplatser och kan därför för denna vårds utbyggande icke anvisa annat förfarande än att till de vanförestalter, som nu sakna asylhem, försöksvis anslutes ett dylikt hem av den storlek, att en skolad sköterska kan ansvara för vården därstädes. För att trygga erforderligt samarbete mellan moderanstalten och asylen synes det kommittén härvid lämpligast, att asylerna utbyggas genom samma huvudmän som moderanstalterna.

Kommittén tillägger, att därest trots nu förordade åtgärder ett avsevärt behov av ytterligare platser skulle kvarstå, bör inrättande av en ny anstalt å lämplig ort tagas under övervägande.

Till frågan om de olika *vanförestalternas handhavande och finansiering* intager kommittén i princip enahanda ståndpunkt som beträffande de enskilda kustsanatorierna. Kommittén förordar alltså, att nuvarande landstings- och storstadsbidrag till vanförestalternas drift överflyttas å staten men att anstalterna likväl bibehållas under enskild ledning, om ock med förstärkt statligt inflytande. Utöver tidigare anförda synpunkter framhåller kommittén till stöd för denna sin ståndpunkt, att ett fullt tillgodoseende av det mycket viktiga sociala moment, som ingår i vanförevården, kräver en anpassning och frihet för den ansvariga ledningen och dess representanter, vilken otvivelaktigt lättare kan förverkligas under en enskild anstaltsledning än under en statlig sådan. Sannolikt kan jämväl, enligt kommitténs uppfattning, socialt intresserade och erfarna personers medverkan ävensom den enskildes offervilja överhuvud taget förväntas bliva livligare och mera omfattande, om huvudmannaskapet ordnas enligt hittillsvarande former. Det statliga inflytandet å de egentliga vanförestalternas ledning föreslås tillgodosett efter analoga grunder som för kustsanatorierna. Härjämte uttalas önskvärdheten av att särskild inspektör för vanförevården åter förordnas.

I fråga om de närmare grunderna för statens bidrag till hithörande anstalter skiljer kommittén mellan de egentliga vanförestalterna jämte asylhemmen å ena samt Eugeniahemmet å andra sidan.

Såsom underlag för bestämmandet av statsbidragen till de egentliga vanförestalterna åberopar kommittén följande sammanställning, belysande anstalternas driftkostnader under femårsperioden 1927—1931.

A n s t a l t e r	Driftkostnad per dag och patient eller elev, kr.						Beloppet av stats- och landstingsbidrag	
	1927	1928	1929	1930	1931	1927- 1931	per dag och pat. eller elev, kr.	i procent av drift- kostnads- beloppen 1927—1931
Vanförestalterna:								
klinikerna	5.63	6.05	6.28	5.82	5.66	5.86	4.90	84
skolhemmen	3.86	3.90	3.82	3.79	3.71	3.81	3.33	87
yrkesskolornas interna elever	3.98	4.11	4.14	3.90	4.13	4.02	3.47	86
" externa "	1.49	1.63	1.48	1.36	1.55	1.53	0.70	46

Efter påpekande att utgifter för förräntning och amortering av byggnadslån icke ingå i dessa driftkostnader, yttrar kommittén följande.

Vad förut anförts som grund för de föreslagna driftbidragen till de enskilda anstalterna för kirurgisk tuberkulos kan sägas i huvudsak gälla även vanföreföreningarnas anstalter. Även här måste skillnaden mellan den egentliga driftkostnaden å ena sidan samt statsbidragen å andra sidan huvudsakligen täckas med patient- respektive elevavgifter. Dessa hava under senare år i regel utgått med 1 krona per dag och patient å allmän sal vid klinikerna, 20 kronor per månad och elev vid skolhemmen samt med 25 kronor per månad för yrkesskolornas interna elever; i de fåtal fall, då bemedlade personer intagits å anstalterna, vid klinikerna uppgående till knappast 1 procent och vid övriga avdelningar till ännu mindre del av samtliga intagna, hava avgifterna i allmänhet utgått med respektive 3.75, 60 och 75 kronor. För yrkesskolornas externa elever har vid vissa anstalter uttagits en avgift av 1 krona per dag, vid andra ingen alls. Den personliga avgiften för yrkesskolornas interna elever har betalats av pensionsstyrelsen beträffande av styrelsen till anstalten remitterade elever; för övriga elever har avgiften vanligen erlagts av vederbörande fattigvårdssamhälle.

Patientavgiften å allmän sal vid vanföreklirikerna torde liksom vid kustsanatorierna böra framdeles utgå med ett för alla patienter fastställt belopp av högst 1 krona. Vårdtiden är även här jämförelsevis lång. Staten har visserligen i förevarande fall hittills icke lämnat bidrag för andra än medellösa eller mindre bemedlade patienter, men å andra sidan uppgå de bemedlade patienterna här till ett långt mindre antal än vid kustsanatorierna. Vad skolhemmen samt yrkesskolorna beträffar kan det ifrågasättas, huruvida någon personlig avgift alls bör utgå. Utbildningstiden är oftast mycket lång (vid skolhemmen 5—6 år, vid yrkesskolorna 1—5 år), och eleverna komma som antytts nästan undantagslöst från fattiga eller mindre bemedlade hem. Det är ock ovisst, om pensionsstyrelsens möjligheter att med överskottsmedel från pensionsförsäkringsfonden bestrida avgiften för genom dess försorg till yrkesskolorna remitterade elever framdeles komma att bestå. Under sådana förhållanden skulle som regel vederbörande fattigvårdssamhälle komma att få svara för avgiften. Kommittén anser emellertid skäligt att, där så ske kan, eleven eller för honom försörjningspliktig och i annat fall fattigvårdssamhället erlägger en om ock ringa ersättning för den kost, som eleverna erhålla å anstalten. Föräldrahemmet respektive fattigvårdssamhället befrias dock genom elevens intagande å anstalt helt från utgifter för ifrågavarande ändamål, vilket ju icke är fallet vid vanlig skolundervisning. Denna utgift torde knappast kunna skattas lägre än till 50 öre per dag och person. Kommittén vill därför förorda, att vid skolhemmen samt för yrkesskolornas interna elever alltjämt må utgå viss avgift, dock förslagsvis sänkt till 50 öre per dag och elev. I analogi härmed bör för yrkesskolornas externa elever, vilka å anstalten åtnjuta ungefär halv kost, uttagas en avgift av 25 öre per dag. Där för ändamålet avkastning av tillgängliga fonder står till förfogande, bör det givetvis stå anstaltsledningen fritt att i ömmande fall medgiva befrielse från avgiften. Kostnaderna för elevernas kläder torde liksom hittills böra helt bestridas av den enskilde eller vederbörande fattigvårdssamhälle.

I detta sammanhang vill kommittén påpeka jämväl en annan omständighet av beskaffenhet att kunna inverka på storleken av statens bidrag. Av de överskottsmedel, som yrkesskolornas verksamhet i regel lämnat, har till såväl interna som externa elever utdelats dels flitpengar till vissa mindre belopp under utbildningstidens gång, dels ock s. k. arbetspremier vid utbildningstidens slut. De förra hava alltefter elevens utbildningstid och visade

flit utgått med belopp från 50 öre till 3 kronor per vecka, de senare, vilka närmast äro avsedda som hjälp till hyra eller inköp av råmaterial och dylikt vid startande av egen verksamhet, hava i regel utgått med belopp mellan 100 och 300 kronor. Under år 1932 utbetalades i flitpengar och premier sammanlagt omkring 10,000 kronor vid Stockholmsanstalten, 7,000 kronor vid Göteborgsanstalten samt 3,500 kronor vid vardera av Hälsingborgs- och Härnösandsanstalterna, motsvarande i runt tal 20 öre per dag och elev. Dessa belopp hava icke inräknats i anstalternas egentliga driftkostnader, sådana dessa angivits i ovanstående tablå. Då det är ovisst, i vad mån fondmedel eller gåvor kunna påräknas för ändamålet, vill kommittén, som finner det synnerligen önskvärt att dylika flitpengars och arbetspremier fortsatta utgående tryggas, för sin del förorda, att vid statsbidragets bestämmande hänsyn toges till nu berörda kostnader. Kommittén kan vad angår flitpengar åberopa liknande förfaringssätt å sinnessjukvårdens område.

Med utgångspunkt från vad sålunda anförts samt med ledning av driftkostnaden vid vanförestalternas olika avdelningar under åren 1927—1931 föreslår kommittén, att driftbidragen tills vidare fastställas att utgå med följande belopp per dag och patient respektive elev, nämligen för

klinikerna	kr. 5.00
skolhemmen	» 3.25
yrkesskolornas interna elever	» 3.75
» externa »	» 1.50,

allt under villkor, att för patienten respektive eleven icke uttages högre avgift per dag än 1 krona å klinik, 50 öre å skolhem samt för yrkesskolornas interna elever och 25 öre för yrkesskolornas externa elever. Skulle skillnaden mellan den verkliga driftkostnaden och dagavgifterna vid respektive avdelning beräknad per underhållsdag icke uppgå till här angivna belopp, må dock driftbidrag utgå med högst skillnadsbeloppet. Skulle åter sammanlagda statsbidragen och dagavgifterna ej förslå till täckande av anstaltens driftkostnader för året och kan bristen ej täckas med andra för ändamålet tillgängliga medel, må liksom vid kustsanatorierna vederbörande huvudman äga att för nästkommande år göra den framställning i ämnet, som omständigheterna påfordra. Tillika föreslås, att gällande begränsning av statsbidraget till vanförestalnikerna att avse visst antal platser ersättes med en allmän föreskrift, att driftbidrag icke må å någon anstalt samtidigt utgå för flera platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal beläggning å kliniken. Motsvarande föreskrift förordas jämväl för skolhemmen och yrkesskolorna. Som allmänt villkor för statsbidrag borde härjämte föreskrivas, att patientavgift å allmän sal vid vanförestalnik respektive elevavgift vid skol- och uppfostringshem samt yrkesskola icke må överstiga förut angivna belopp för dessa avgifter.

I anslutning härtill framhåller kommittén angelägenheten av att det allmänna ingriper stödjande även beträffande de förordade *asylerna*. Enär staten redan iklätt sig bidragsskyldighet för såväl anläggning som drift av hem för kroniskt sjuka, skulle någon ny princip för statsbidrag därmed icke komma att tillämpas. För att i görligaste mån underlätta asylhemmens be-

läggande och uppnå det med dem avsedda syftet förordar kommittén, att hemmen i driftbidragshänseende principiellt jämställas med yrkesskolorna. Frågan om byggnadsbidrag till asylhemmens inrättande förutsattes bliva prövad från fall till fall.

Vidkommande åter *Eugenia hemmet* föreligger enligt kommitténs uppfattning icke samma behov av bidrag från det allmänna som för övriga anstalter. Enbart hemmets ränteinkomster av egna fonder uppginge enligt då tillgängliga årsberättelser till inemot 100,000 kronor per år. Vid sådant förhållande anses staten kunna inskränka sig till att på gällande villkor övertaga landstingens nuvarande bidrag till hemmet samt att bereda storstäderna motsvarande lättnad. Det nuvarande fixa statsbidraget, som huvudsakligen tillkommit för att tillförsäkra primärkommuner regressrätt mot landstingen för till hemmet erlagda patientavgifter, skulle härvid bortfalla.

Kommittén berör här efter frågan om *finansieringen av den utomanstaltliga yrkesutbildningen*. Härvid yttrar kommittén bland annat:

Utbildning å anstalt av en målare eller skräddare skulle med en normal utbildningstid av 4 år och under förutsättning, att eleven eller för honom försörjningspliktig erlade elevavgift med 50 öre om dagen, kosta staten $3.75 \times 300 \times 4 = 4,500$ kronor. Motsvarande utbildning utom anstalt skulle med tillämpning av pensionsstyrelsens grunder kosta staten högst 1,200 kronor, alltså icke fullt $\frac{1}{3}$ av kostnaden för anstaltsutbildningen. Därest, såsom oftast torde bli fallet, vederbörande fattigvårdssamhälle erlägger den på eleven belöpande kostnadsandelen vid såväl anstaltlig som utomanstaltlig utbildning, skulle kostnaden för det allmänna komma att i båda fallen ökas med 600 kronor till respektive 5,100 och 1,800 kronor. Även vid yrken med kortvarig utbildningstid ställa sig kostnaderna för det allmänna väsentligt lägre vid utomanstaltlig än vid anstaltsutbildning.

Nu anförda siffror torde klart ådagalägga vikten för staten av att stödja den utomanstaltliga yrkesutbildningen av vanföra. Detta gäller uppenbarligen med särskild styrka, därest pensionsstyrelsens verksamhet på området skulle framdeles upphöra. De bidragsgrunder, som av pensionsstyrelsen hittills tillämpats, synas kommittén kunna i huvudsak tjäna till ledning även vid bestämmandet av eventuellt bidrag från statens sida. Enligt vad kommittén erfarit har mot dessa grunder icke framställts annan berättigad erinran än att, därest med hänsyn till elevens oförmåga att tillgodogöra sig utbildningen densamma efter någon provotid avbrytes, bidrag icke utbetalas för denna tid. Kommittén vill därför förordna sådan ändring uti ifrågavarande grunder, att i förevarande fall bidrag utgår för en provotid, som dock icke må överstiga $\frac{1}{4}$ av den fastställda normala utbildningstiden. Tillika bör, om staten går in som direkt bidragsgivare, fördelningen av eleverna på anstaltlig och utomanstaltlig utbildning ske genom anstaltsstyrelsernas försorg under kontroll av statens inspektör för vanförevården.

Slutligen har kommittén till behandling upptagit spörsmålet om en *central ledning av landets vanförevård*. Kommittén har härvid erinrat, att 1918 års vanföresakkunniga förordat en ombildning av den nuvarande centralkommittén, som hittills huvudsakligen haft en rådgivande karaktär, till en verklig centralstyrelse. Rörande sin egen ställning härtill anför kommittén följande.

Kommittén anser för sin del, att centralkommitténs ställning bör stärkas såtillvida, att säte och stämma därstädes bör beredas representanter för de statliga institutioner, som kunna anses hava särskild sakkunskap i hithörande angelägenheter eller särskilt intresse därför. Kommittén avser härvid närmast medicinalstyrelsen och pensionsstyrelsen ävensom riksförsäkringsanstalten och socialstyrelsen. Finnes en särskild statens inspektör för vanförevård, bör denne hava rätt att deltaga i centralkommitténs förhandlingar. Vidare synes ändamålsenligt, att ett inom centralkommittén valt arbetsutskott omhänderhar de löpande ärendena samt förbereder viktigare angelägenheter, som skola föreläggas kommittén. Kungl. Maj:t bör utse ordförande i såväl centralkommittén som dess arbetsutskott.

Däremot anser sig kommittén icke böra för närvarande tillstyrka någon förändring i centralkommitténs formella befogenhet. Svårigheterna att rätt avgränsa en verklig centralstyrelses uppgifter från dem, som skulle tillkomma de olika anstaltarnas styrelser, torde vara rätt stora. En dylik centralstyrelse bleve lätt ett ämbetsverk, inskjutet mellan vanförestalterna och den centrala medicinska myndigheten, varigenom förvaltningen inom vanförevårdsväsendet bleve tyngre. Så länge vanförestalterna icke äro flera än nu, torde en sådan centralstyrelse icke heller vara av behovet påkallad.

Sjukvårdskommittén håller före, att, därest centralkommitténs sakkunskap kompletteras på föreslaget sätt, dess inflytande bleve väsentligt större samt att dess råd och anvisningar i praktiken finge samma betydelse som om centralkommittén ägde att fatta för anstaltsledningarna bindande beslut. Sådana uppgifter som att inkomma med förslag till nya eller förbättrade vårdanordningar för vanföra, avgiva yttranden i anledning av remisser från myndigheter i principiellt viktiga frågor samt omhändertaga vårdangelägenheter, som icke kunna eller böra läggas på de lokala styrelserna, torde centralkommittén kunna fullgöra i det stora hela likaväl utan att någon ändring i dess formella befogenhet vidtages. Med hänsyn till dess befogenhet torde centralkommittén lämpligen böra benämnas svenska vanförestalternas centralråd.

Med ett genomförande av kommitténs förslag beräknas statens årliga utgifter för vanförestalternas drift, vilka för närvarande utgöra 550,000 kronor, komma att öka med omkring 850,000 kronor, i huvudsak motsvarande landstingens och storstädernas nuvarande kostnader för ändamålet. Härvid har hänsyn icke tagits till asylhemmen. Beträffande den utomanstaltliga yrkesutbildningen föreligga inga direkta beräkningar, men uppgivas pensionsstyrelsens kostnader härför, vilka hittills i huvudsak bestritts av överskottsmedel från pensionsförsäkringsfonden, ha under senare år uppgått till inemot 200,000 kronor.

Yttranden över kommitténs förslag.

I vad kommitténs förslag avser anstaltsvårdens ordnande, har det i huvudsak tillstyrkts i de avgivna yttrandena. Detta gäller främst grundprinciperna för *anstaltarnas handhavande och finansiering*. Beträffande dessa principers närmare utformande ha dock vissa erinringar framställts, väsentligen avseende driftbidragsbeloppens storlek och villkoren för driftbidrag.

Styrelsen för vanföreföreningen i Stockholm yttrar sålunda bland annat följande.

Driftkostnaderna vid den nya anstalten å Norrbackaområdet kunde med all sannolikhet icke hållas på den låga nivå som vid den gamla anstalten, be-

roende på att de nya lokalerna vore betydligt större och rymligare. Med hänsyn till de stora lån, föreningen måst ikläda sig för att möjliggöra uppförandet av den nya anstalten, funne styrelsen ock önskvärt, att ränteutgifterna eller åtminstone större delen av dem finge medräknas bland driftkostnaderna. Av de föreslagna bidragsbeloppen syntes särskilt bidraget till de interna yrkesskoleleverna vara för lågt beräknat och borde förslagsvis höjas med 25 öre till 4 kronor per dag och elev. Styrelsen ville i samband härmed framhålla, att en avgift från den enskilde av 50 öre per dag för intern elev icke kunde i och för sig anses för högt tilltagen, men att erfarenheten visat, att det stundom vore omöjligt att få den enskilde eller hans hemkommun att ikläda sig någon som helst direkt kontantutgift för ändamålet. Man kunde därför befara, att genom en föreskrift om enskild avgift mängen vanför på grund av ekonomiska svårigheter komme att förbliva ohulpen.

Styrelsen hyser ock vissa betänkligheter mot den av kommittén föreslagna begränsningen, att driftbidrag icke samtidigt skulle få utgå för flera platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal beläggning, och förmenar, att en sådan föreskrift skulle verka hämmande på anstaltens verksamhet. Till utveckling härav anför styrelsen.

Mängden gång vore överbeläggning av en avdelning nödvändig och önskvärd. Detta gällde icke minst beträffande yrkesskolorna. Stundom vore det av behovet påkallat att låta en vanför, som skulle utbildas i ett yrke, t. ex. urmakeri, i vilket undervisning ej meddelades på vanföreanstalten, bo i elevhemmet och genom anstaltens försorg erhålla sin utbildning hos någon mästare i staden. Likaså hände, att om en vanför icke på flera år kunde beredas plats på elevhemmet, anstalten för tids vinnande hyrde bostad åt honom ute i staden och läte honom få åtnjuta yrkesutbildning samt intaga sina måltider å anstalten. Att man i sådana fall icke skulle hava rätt att erhålla bidrag av allmänna medel till driftkostnaderna funne styrelsen orättvist och oegentligt. Om en begränsning likväl ansåges böra föreskrivas, ville styrelsen föreslå, att anstalten måtte kunna få tillgodoräkna sig statsbidrag till driftkostnaderna för ett visst antal platser utöver det normala, exempelvis 10 platser å kliniken, 10 platser å yrkesskolorna och 2 platser å skolhemmet. Om anstalten hittills kunnat för ett visst antal liggedagar å kliniken utfylla skillnaden mellan den verkliga kostnaden å ena samt landstingsbidraget och den enskilda avgiften å andra sidan, vore det därmed ingalunda säkert att anstalten kunde bära hela den del av kostnaden, som framdeles skulle utgå av statsmedel.

Härutöver påpekar styrelsen, att om staten skall övertaga landstingens direkta utgifter för vanförevården, synes konsekvensen fordra, att staten jämväl påtager sig landstingens andel av kostnaden för erforderliga bandage och proteser.

Styrelsen för vanföreföreningen i Göteborg hävdar liknande synpunkter i fråga om statsbidragens begränsning samt kostnaden för bandage och proteser, varmed även jämställas kostnaden för erforderliga invalidvagnar.

Styrelsen för Eugeniahemmet bestrider, att det nuvarande fasta statsbidraget å 5,000 kronor skulle utan olägenhet kunna indragas. Till stöd härför anför styrelsen.

Avkastningen av hemmets fonder, som belöpte sig till omkring 100,000 kronor, kunde visserligen synas avsevärd. Men härvid finge ej förbises, att

en så omfattande verksamhet som Eugeniahemmets ej kunde bedrivas utan betydande tillskott från hemmets egna medel. Under 5-årsperioden 1929—1933 hade medelkostnaden per barn och år uppgått till 1,436 kronor, av vilket belopp hemmet endast erhållit gottgörelse med kronor 912.50 och sålunda bidragit av egna medel med ej mindre än kronor 523.50. En stor del av hemmets skyddslingar åtnjöte dessutom vård antingen helt avgiftsfritt eller mot reducerad avgift. Härtill komme, att hemmets byggnader, av vilka den äldsta snart vore femtio år gammal, måste för deras bestånd underkastas genomgripande reparationer, varförutom ombyggnader och moderniseringar varit och fortfarande vore ofrånkomliga för att möta tidens krav på hygien och ändamålsenlighet. Alla dessa arbeten hade slukat betydande belopp, under senaste 5-årsperioden i medeltal omkring 60,000 kronor om året. Dessa utgifter, vilka helt bestritts av hemmets egna medel och vilka enligt styrelsens mening varit oundvikliga, hade möjliggjorts endast tack vare avkastningen av fonder, bildade genom gåvor och donationer av enskilda personer. Ett årligt överskott hade visserligen uppstått, men detta hade under de senaste åren utgjort endast några få hundra kronor, ett skäligen blygsamt belopp i förhållande till hemmets inkomst- och utgiftsstat. Hade statsbidraget icke utgått, skulle antingen underskott uppstått eller driften på ett eller annat sätt måst inskränkas.

Förslaget om anordnande av särskilda *asylor för vanföra* i anslutning till de olika anstalterna har framkallat betänkligheter hos medicinalstyrelsen. Lämpligheten av att till dylika anstalter sammanföra svåra vanförefall, för vilka ingen eller ringa utsikt till bättring förefunnes, syntes styrelsen kunna ifrågasättas, helst som dessa fall närmast tillhörde de kroniska sjukhemmens klientel. I varje fall borde, därest statsbidrag till dylika asylor skulle utgå, bidraget bestämmas till samma belopp, som gälla beträffande hem för kroniskt sjuka, varigenom undvekes att tillkomsten av dylika hem stimulerades i högre grad än vad som motsvarade det naturliga behovet.

Behovet av asylor har emellertid med skärpa framhållits av samtliga anstaltsledningar ävensom av svenska vanförestaltningscentralkommitté. Styrelsen för Eugeniahemmet yttrar i denna del bland annat följande.

Med särskilt intresse hade styrelsen tagit del av kommitténs uppfattning angående vården av de s. k. asylfallen, då ju Eugeniahemmet, som under en lång följd av år tagit sig an en stor del av de mera höggradiga invalidfallen i landet, härvidlag torde sitta inne med särskild erfarenhet och sakkunskap. Styrelsen anslöte sig till den av kommittén hävdade uppfattningen angående önskvärdheten av inrättande av asylhem i anslutning till landets vanförestaltningsanstalter men ville betona, att uttagningen av de fall, som böra beredas vård å dylika asylhem, borde ske med stor urskiljning. Erfarenheten från Eugeniahemmet gäve vid handen, att ett alltför stort antal höggradiga invalidfall ej borde sammanföras å en anstalt, enär detta verkade deprimerande på de sjuka och betungande för vårdpersonalen. Å asylavdelningarna borde intagas dels patienter, som för all framtid vore i behov av mera omfattande bandageanordningar, vilka krävde ständig sakkunnig tillsyn och som sålunda ej kunde vårdas å hemortens anstalter för kroniskt sjuka. Vidare borde dessa platser reserveras för fall, som i någon mån vore arbetsdugliga utan att dock nämnvärt kunna bidra till sitt uppehälle. De allra höggradigaste invalidfallen, som på grund av fysiska eller psykiska defekter vore oförmögna att prestera något som helst arbete, borde omhändertagas av hemkommunerna. Det vore nämligen nödvändigt att de å ett asylhem intagna patienterna kände arbets-

glädje och hade en känsla av att de trots sin svåra invaliditet icke vore alldeles onödiga medborgare.

Vad härefter angår den *utomanstaltliga yrkesutbildningen*, har från flera håll ifrågasatts lämpligheten av att pensionsstyrelsens nuvarande befattning med hithörande göromål skulle upphöra.

Sälunda framhåller pensionsstyrelsen, att styrelsen endast tack vare sin hela landet omspannande organisation av pensionsnämnder och ombud varit i stånd att på ett tillfredsställande sätt fylla uppgiften som en central för de vanföras utomanstaltliga yrkesutbildning samt att det för ett rätt handhavande av den samhällsviktiga frågan om yrkesutbildning åt vanföra och andra med dem likställda personer vore av största vikt, att denna uppgift även i fortsättningen fylldes. Mot den av sjukvårdskommittén tänkta anordningen, att de vanföras utbildning såväl inom vanförestalt som hos mästare i hemorten skulle omhändertagas av de statsunderstödda vanförestalterna och att den centrala ledningen av vanförevården skulle vila hos ett centralråd, kunde enligt styrelsen riktas den synnerligen vägande invändningen, att detta centralråd, lika litet som vanförestalterna, förfogade över någon hela landet omfattande lokal organisation.

Styrelsen för vanföreföreningen i Stockholm delar pensionsstyrelsens betänkligheter härutinnan under framhållande, att varje anstalt visserligen hade hos sig anställd en kurator, men att denna endast mer undantagsvis torde genom sin personliga kännedom om förhållandena i den vanföres hemtrakt kunna skaffa någon yrkeslärare åt honom. Att kurator i sådant syfte skulle i erforderliga fall företaga en resa till trakten för att ordna utbildningsfrågan kunde av flera skäl mera sällan ifrågakomma. Man skulle möjligen kunna tänka sig att anställa flera kuratorer hos anstalten, men detta skulle medföra ökade kostnader. För övrigt kunde en kurator givetvis icke uppträda med den pondus och auktoritet som pensionsstyrelsen. Föreningsstyrelsen ansåge därför önskvärt, att pensionsstyrelsens verksamhet på området finge fortgå, till dess någon anordning komme till stånd, som kunde anses fullt motsvara denna verksamhet. Styrelsen tillägger, att då kostnaderna för en utomanstaltlig utbildning i regel bleve ej obetydligt högre för den enskilde och kommunen, än om utbildningen försigginge å vanförestalt, kommunen stundom vägrade att bidraga till utomanstaltlig utbildning, i följd varav någon utbildning icke alls kunde komma till stånd. Sannolikt bleve det därför nödvändigt att efter hand något höja det allmännas bidrag därtill utöver de bidrag, som nu plägade utgå från pensionsstyrelsen.

Styrelsen för vanföreföreningen i Göteborg anför liknande synpunkter som Stockholmsföreningens styrelse. Därutöver betonar styrelsen önskvärdheten av att den utomanstaltliga utbildningen komme i åtnjutande av bidrag från staten med minst samma belopp som utbildning å anstalter, att densamma ställdes under kontroll av myndighet, som distriktsvis hade att granska såväl förslag till som pågående utbildning, att eleverna icke bleve sämre ställda i fråga om bidrag till husrum, mat och kläder, samt att desamma försåges med maskiner och verktyg efter samma principer som anstalts-

utbildade. Utan att dessa åtgärder vidtoges kunde enligt styrelsens mening icke åsyftad verkan av utbildningen ernås.

Medicinalstyrelsen anser, att det redan i fråga om statsbidragen till vanförestaltnernas skol- och uppfostringshem samt yrkesskolor kunde ifrågasättas, huruvida ej desamma borde utgå av anslag under åttonde i stället för femte huvudtiteln och att detta i än högre grad vore fallet med den utom-
anstaltliga yrkesutbildningen.

Vad slutligen angår det föreslagna *centralrådet*, framhåller styrelsen för svenska vanförestaltnernas centralkommitté, att statligt ingripande i kommitténs verksamhet hittills förekommit endast i så måtto, att en av medicinalstyrelsen utsedd revisor efter kommitténs egen framställning årligen deltagit i revisionen av styrelsens förvaltning. Härefter yttrar styrelsen med anledning av den föreslagna statliga representationen i centralrådet väsentligen följande.

Ända från början av centralkommitténs verksamhet hade det varit en strävan att i kommittén och dess styrelse insätta personer med erforderlig sakkunskap och vilka kunde betraktas såsom representanter för de ämbetsverk, som hade att i större eller mindre omfattning handlägga vanförestaltnersfrågor. En blick på centralkommitténs och anstaltsstyrelsernas nuvarande sammansättning visade ock, att ett betydande inslag redan förefunnos av sådana medlemmar, vilkas säte i ledningen sjukvårdskommittén betecknat såsom ett vitalt önskemål. Samma strävan hade även funnit uttryck däri, att representant för medicinalstyrelsen alltid inbjudits till och ofta deltagit i centralkommitténs och dess styrelses sammanträden. Behovet av statligt inflytande syntes genom nämnda omständigheter redan vara så väl tillgodosett, att ett än mera ökat statligt inflytande knappast kunde anses vara behöfligt, så länge centralkommitténs verksamhet — i motsats till anstaltnernas — vore så enskild som för närvarande.

Skulle emellertid ett statligt inflytande i centralkommittén organiseras, måste detta enligt styrelsens uppfattning ovillkorligen förutsätta ett statsbidrag till kommitténs byråverksamhet. I realiteten hade denna verksamhet innefattat åtskilligt för statsens helt, särskilt för pensionsstyrelsen, nödvändigt arbete, ehuru det hittills helt och hållet bekostats av enskilda medel. Kostnaden för byråverksamheten — för närvarande uppgående till cirka 14,000 kronor om året — komme med säkerhet att stiga framdeles, alldenstund det ej i fortsättningen bleve möjligt att som hittills erhålla oavlönad byråföreståndare. En annan förutsättning för det föreslagna statsingripandet i centralkommitténs organisation syntes styrelsen vara, att kommittén finge vissa bestämda befogenheter, avseende en reglerad samverkan med anstaltnerna. Väl hade hittills behov av ett starkare band mellan anstaltnerna än det, centralkommittén i sin nuvarande organisation representerade, knappast gjort sig gällande. Detta utslöte dock ej, att den gemenskap i arbetet mellan de olika föreningarna och anstaltnerna, som under en startningsperiod genom helt enskilt arbete uppehållits, i fortsättningen kunde behöva givas fastare former. Styrelsen ansåge i likhet med sjukvårdskommittén, att centralkommitténs organisation till en verklig vanförestaltnsstyrelse för närvarande ej vore aktuell, men centralkommittén borde även såsom endast rådgivande organisation kunna erhålla ökat inflytande.

Styrelsen har till sist förklarar sig villig att, om förslag från statsmyndigheternas sida skulle komma att framställas, förhandla om en omorganisation av centralkommittén i den riktning, sjukvårdskommittén angivit.

Departementschefen.

Vad först angår *anstaltsvårdens* ordnande, anser jag mig kunna — i likhet med det stora flertalet hörda myndigheter och sammanslutningar — i princip biträda kommitténs förslag. Jag åsyftar härvid icke endast de förordade grundprinciperna för de nuvarande anstalternas handhavande och finansiering utan även förslaget om anstalternas komplettering med särskilda asylhem. De betänkligheter av mera principiell innebörd, som medicinalstyrelsen i sistnämnda avseende uttalat, synas mig till väsentlig del bottna i ett missförstånd beträffande det klientel, vilket skulle vårdas å asylhemmen. Vad kommittén och Eugeniahemmets styrelse härutinnan anfört samt övriga anstaltsstyrelser ytterligare understrukit torde ådagalägga, att asylhemmen hava en bestämd uppgift att fylla, vilken åtminstone under nuvarande förhållanden icke lämpligen kan tillgodoses genom de egentliga yrkesskolorna och ej heller genom hemmen för kroniskt sjuka. Jag kan härvidlag tillägga, att enligt av mig från de egentliga vanförestalterna inhämtade upplysningar antalet exspektanter vid dessa anstalters yrkesskolor under senare år visserligen minskat något men likväl, efter intagning av elever för innevarande vårtermin, uppgår till icke mindre än 406 personer, ungefär proportionellt fördelade på de olika anstalterna. Det framstår förty alltjämt såsom i hög grad angeläget att bland annat genom inrättande av särskilda asylhem söka i möjligaste mån underlätta tillträdet till yrkesskolorna för dem, som kunna i full utsträckning tillgodogöra sig undervisningen därstädes. Härvid torde ekonomiskt bistånd från statens sida icke kunna undvaras.

När det sedan gäller att närmare utforma reglerna för statens bidrag till anstalternas olika avdelningar, ha som nämnts från skilda håll framställts åskilliga erinringar och önskemål. För att erhålla en fastare grund för bedömandet av hithörande spörsmål, i vad angår de egentliga vanförestalterna, har jag låtit komplettera sjukvårdskommitténs utredning härutinnan med senare uppgifter och därvid funnit, att bidragen till sjukavdelningarna och skolhemmen kunna utan olägenhet bibehållas vid de av kommittén föreslagna beloppen. Vad åter yrkesskolorna beträffar, synes en mindre höjning påkallad redan till följd av ökade kostnader för undervisningen under de två senaste åren. För år 1935 uppgick den genomsnittliga nettokostnaden härför till kronor 1.50 per dag och elev. Inräknas utgifterna för underhåll, flitpengar och arbetspremier, utgjorde den genomsnittliga kostnaden per dag för intern elev kronor 4.60 och för extern elev kronor 2.10. Då dessa siffror i viss mån påverkats av ogynnsamma förhållanden i samband med Stockholmsanstaltens överflyttning till de nya lokalerna vid Norrbacka, torde de av kommittén föreslagna bidragsbeloppen av nu nämnd anledning icke behöva höjas med mer än 25 öre per elev och dag, d. v. s. till kronor 4 för intern elev och kronor 1.75 för extern elev. Utöver statsbidraget skulle enligt kommitténs förslag av vederbörande fattigvårdskommun eller försörjningsskyldige uttagas en dagavgift av 50 öre för intern elev och 25 öre för extern elev, avsedd att täcka viss del av kosthållet för eleven. Från de närmast intresserades sida ha emellertid yppats farhågor för att ett utkrä-

vande av särskild dagavgift skulle lända till men för de vanföra, enär hemortskommunerna och de försörjningsskyldiga genom pensionsstyrelsens melankomst hittills i stor utsträckning varit befriade från utgifter för detta ändamål. Även om det, med tanke på den alltmera ökade förståelse för vikten av de vanföras yrkesutbildning, som genom vanförestaltnernas och pensionsstyrelsens verksamhet under årens lopp spritts ute i bygderna, icke skulle vara oberättigat antaga, att de försörjningsskyldiga eller vederbörande fattigvårdsmyndigheter i allmänhet skulle finna med sin egen fördel förenligt att, sedan pensionsstyrelsens bidrag till yrkesskolorna upphört, för de vanföras underhåll under utbildningstiden erlægga den i och för sig skäligen blygsamma avgift, som kommittén föreslagit, lära de sålunda uttalade farhågorna åtminstone i en del fall komma att besannas. Härjämte är att märka, att införandet av en dylik avgift med hänsyn till vanförhetens förekomst och orsaker skulle komma att drabba de olika kommunerna synnerligen ojämnt samt i viss mån motverka den skatteutjämning, som med kommitténs förslag i övrigt åsyftats. Beträffande yrkesskolornas elever anser jag mig därför icke böra påkalla något bidrag från den försörjningsskyldige eller vederbörande fattigvårdssamhälle. Billighetsskäl tala härvid för att interna och externa elever jämställas, ehuru något bidrag från pensionsstyrelsen till externa elever hittills som regel icke utgått. I enlighet med denna min ståndpunkt förordar jag, att statens bidrag till yrkesskolorna höjas till belopp, som motsvarar den genomsnittliga dagkostnaden, beräknad till kronor 4.50 för interna och kronor 2.00 för externa elever. Merkostnaden härför torde begränsa sig till omkring 65,000 kronor per år.

I fråga om asylhemmen föreligga enligt min mening icke samma skäl till avsteg från principen, att den enskilde eller fattigvårdssamhället skall i någon mån bidraga till driftkostnadernas täckande. I denna del anser jag mig därför böra godtaga kommitténs förslag, vilket innebär, att statsbidraget skall täcka nettokostnaderna för driften, inklusive undervisning, flitpengar och arbetspremier, sedan en dagavgift av 50 öre per elev avräknats. Enligt inhämtade upplysningar har den genomsnittliga driftkostnaden vid asylhemmet i Hälsingborg, där dock för närvarande ingen arbetsterapi förekommer, under de tre senaste åren uppgått till ungefär kronor 2.25 per underhållsdag. Vid de nya asylhemmen, där viss undervisning för höjande av arbetsförmågan skulle bedrivas, torde underhållskostnaden ställa sig något dyrare. Utgår man från en underhållskostnad av kronor 2.75 per dag samt beräknar de med undervisningen sammanhängande kostnaderna till förslagsvis 75 öre per dag, skulle den totala driftkostnaden belöpa sig till kronor 3.50. I enlighet härmed skulle statsbidraget preliminärt kunna fastställas till (3.50 — 0.50) 3 kronor per dag och patient.

Vid samtliga nu nämnda avdelningar torde driftbidrag som regel icke böra utgå för flera platser än medicinalstyrelsen godkänt såsom motsvarande normal beläggning. Med hänsyn till vad vanföreföreningen i Stockholm yttrat bör dock viss möjlighet inrymmas åt anstalterna att erhålla statsbidrag även för ett något större antal platser än det normala. Smidigast synes här-

vid vara, att anstaltsledningarna efter eget beprövande äga emottaga patienter respektive elever utöver den normala beläggningen samt att medicinalstyrelsen sedermera i samband med utanordningen av statsbidragen prövar lämpligheten av de gjorda dispositionerna på grundval av de skäl, som anstaltsledningarna kunna i förekommande fall förebringa. Såsom generell gräns för driftbidrag till ifrågavarande avdelningar bör gälla, att det totala bidraget till avdelningarna icke må överstiga skillnaden mellan de sammanlagda verkliga driftkostnaderna för avdelningarna å ena samt summan av dagavgifterna och andra från avdelningarnas drift härflytande inkomster å andra sidan. En förutsättning för driftbidrag bör ock vara, att staten skall vara representerad i anstalternas ledning och vid revisionen av deras räkenskaper efter analoga grunder, som gälla för kustsanatorierna. Skulle till följd av större donationer eller annorledes vederbörande huvudmän erhålla en väsentligt förbättrad ekonomisk ställning, torde det böra ankomma å medicinalstyrelsen att föreslå de modifikationer i fråga om statens bidrag, som kunna härav påkallas.

I kommitténs förslag ingår även, att staten skall i landstingens och storstädernas ställe lämna bidrag till erforderliga stödjebandage och proteser, ehuru formen för statens bidrag härtill icke närmare angivits. Ändamålsenligast lär emellertid vara, att staten, i analogi med landstingens hittillsvarande bidrag, bestrider $\frac{2}{3}$ av hithörande kostnader samt att vederbörande försörjningsskyldige eller primärkommun betalar återstoden. Någon skillnad mellan bemedlade eller obemedlade torde ej heller i förevarande hänseende böra göras, särskilt som kostnaderna för ändamålet i fråga ställa sig relativt höga och därför bliva mycket betungande för den enskilde. Jag vill i detta sammanhang nämna, att landstingens och storstädernas utgifter för bandage och proteser under de tre senaste åren belöpt sig till icke mindre än omkring 300,000 kronor per år.

Bidraget till *Eugeniahemmets* drift lär i enlighet med kommitténs förslag böra fastställas till kronor 1.50 per dag och patient, på villkor att för patienterna icke uttages högre dagavgift än 1 krona. Härjämte torde staten bidraga med $\frac{2}{3}$ av kostnaderna för patienternas bandage- och protesanordningar. Av hemmets styrelse anförda motiv för bibehållande av det nu utgående fasta statsbidraget å 5,000 kronor förefalla knappast bärande. Jag föreslår därför, att detsamma bortfaller i och med statens övertagande av landstingens nuvarande bidrag.

Vad härefter angår den *utomanstaltliga yrkesutbildningen*, tala onekligen vissa skäl för en enhetlig ledning av all yrkesutbildning för vanföra. Tills vidare torde emellertid avgörande betydelse få tillmätas den i vissa yttranden anförda omständigheten, att för närvarande endast pensionsstyrelsen äger tillgång till lokala ombud i den omfattning, som erfordras för att kunna på ett tillfredsställande sätt organisera de vanföras utomanstaltliga yrkesutbildning. Med hänsyn härtill vill jag förorda, att handhavandet och finansieringen

av den utomanstaltliga yrkesutbildningen tills vidare bibehålles hos pensionsstyrelsen. Att märka är för övrigt, att sedan länge ett intimt samarbete äger rum mellan pensionsstyrelsen och anstaltsledningarna samt att fördelningen av eleverna å inomanstaltlig och utomanstaltlig yrkesutbildning sker i fullt samförstånd dem emellan. I denna ordning avser jag icke, att någon praktisk ändring skall inträda. Frågan om det definitiva ordnandet av ifrågasvarande angelägenhet torde lämpligen böra upptagas till prövning i samband med spörsmålet om den framtida organisationen av pensionsstyrelsens sjukvårdande verksamhet över huvud.

Med denna ståndpunkt förringas givetvis ingalunda behovet av ett för hela vanförevården avsett *centralt, rådgivande organ*, där staten äger tillbörlig representation. Ett sådant torde ock, på sätt kommittén föreslagit, kunna utan större svårigheter organiseras genom att komplettera den nuvarande centralkommittén med representanter för de statliga myndigheter, som hava närmaste överinseendet över hithörande verksamhetsgrenar. Tills vidare torde man härvid kunna inskränka sig till att i det föreslagna centralrådet insätta ständiga representanter för medicinalstyrelsen och pensionsstyrelsen. En av dessa representanter torde tillika böra utses att vara ordförande i centralrådet. Huruvida staten med anledning härav skall behöva vidkännas särskilda kostnader för centralrådets verksamhet torde få bedömas med utgångspunkt från de förhållanden, som framdeles kunna komma att föreligga. Något större belopp torde i allt fall icke erfordras för ändamålet. Jag vill för min del föreslå, att nu ifrågasatta representation tills vidare föreskrives som villkor för statsbidrag till berörda vanföreföreningar. Närmare bestämmelser om centralrådets befogenhet torde få ankomma å Kungl. Maj:t att meddela.

Slutligen må framhållas, att med den av mig förordade höjningen av driftbidragen till yrkesskolorna torde statens merkostnader för vanföreföreningarnas drift, asylhemmen oberäknade, komma att uppgå till omkring 950,000 kronor per år. Medräknas asylhemmen, lär sista nämnda belopp komma att stiga till omkring 1,050,000 kronor. För fortsättande av den utomanstaltliga yrkesutbildningen har, sedan överskottsmedel ur pensionsförsäkringsfonden numera icke äro tillgängliga, budgetmedel äskats under femte huvudtiteln, punkt 39, i statsverkspropositionen till innevarande års riksdag.

Welanderhemsvården.

Nuvarande organisation och kostnadsfördelning.

För vård av barn med medfödd eller i späda ådragen syfilis finnas för närvarande tre särskilda anstalter, förlagda till Stockholm, Göteborg och Malmö. Dessa anstalter, som efter numera avlidne professorn Edvard Welander benämnas Welanderhem, inrymde år 1934 sammanlagt omkring 115 vårdplatser, varav 50 å Stockholmshemmet, 47 å Göteborgshemmet samt 18 å Malmöhemmet. Å hemmet i Stockholm vårdas som regel endast barn före

skolåldern, medan å de andra hemmen även emottagas ett relativt stort antal barn i denna ålder.

Samtliga hem hava tillkommit på enskilt initiativ samt ägas och drivas av för ändamålet bildade stiftelser. Stockholmshemmet, som även benämnes »Lilla hemmet», är alltså oberoende av det allmännas stöd. Så är däremot icke fallet med de två övriga hemmen. Enligt inhämtade uppgifter lämnar Göteborgs stad till driften av den förra anstalten ett bidrag av kronor 2.40 per dag för varje barn från staden, dock högst intill ett belopp av 10,000 kronor per år. Enahanda belopp erlägges av de till hemmets rayon hörande landstingen för deras patienter. Till hemmet i Malmö lämnar Malmö stad ett bidrag av kronor 1.50 per dag för varje i staden hemmahörande patient. För andra patienter erlägger vederbörande hemkommun en vårdavgift av kronor 2.40 per dag. Båda hemmen erhålla jämväl driftbidrag från pensionsstyrelsen med kronor 1.50 per dag och barn, dock med en maximering till 10,000 kronor för Göteborgsanstalten och 7,000 kronor för Malmöanstalten. Några direkta bidrag av statsmedel utgå däremot ej. Bidragen från landstingen samt städerna Göteborg och Malmö hava under de två senaste åren uppgått till sammanlagt omkring 40,000 kronor per år, bidragen från pensionsstyrelsen i det närmaste till maximibeloppen, tillhoppa 17,000 kronor. Vid samtliga anstalter upptagas dessutom, i den mån så ske kan, smärre dagavgifter av de vårdades anhöriga; endast för Stockholmsanstalten spela dock dessa personliga vårdavgifter numera någon roll i ekonomiskt hänseende. Det sammanlagda beloppet av dessa vårdavgifter hava under de senaste åren för Stockholmsanstalten belöpt sig till i genomsnitt 8,000 kronor per år samt för de två övriga anstalterna till cirka 700 kronor per år och anstalt.

Kommitténs förslag.

Kommittén erinrar till en början, att medfödd eller i späda ålder ådragen syfilis ofta visat sig hava ett synnerligen ogynnsamt inflytande på barnets kroppsliga och andliga utveckling, därest sjukdomen icke i tid blir föremål för sakkunnig behandling. Sålunda äro ögonsjukdomar, som stundom medföra blindhet, och öronlidanden, vilka orsaka nedsatt hörsel förmåga eller dövhet, vanliga yttringar av medfödd syfilis. Vidare följer icke sällan nedsättning av själslivets funktioner — idioti, imbecillitet eller andra, lindrigare rubbningar — på en obehandlad eller ofullständigt skött medfödd syfilis. På så sätt har, framhåller kommittén, syfilis varit en vanlig orsak till att ett icke ringa antal barn, som nu vårdas på våra blind- och dövstumskolor, sinnesslöanstalter och skolor för efterblivna barn, bragts på livets skuggsida. Med hänsyn härtill och då av hittills verkställda undersökningar att döma resultaten av den å Welanderhemmen bedrivna vården kunna betecknas som tillfredsställande, anser kommittén, att denna vård är i hög grad förtjänt av det allmännas stöd och bistånd.

Rörande *vårdbehovets omfattning och tillgodoseende* upplyser kommittén, att en viss platsbrist gjort sig gällande för de södra delarna av landet. Enligt

en av förre läkaren vid Malmöhemmet för några år sedan verkställd undersökning skulle sålunda omkring 60 platser erfordras för att täcka det totala vårdbehovet i Skåne, Blekinge samt Kronobergs och Hallands län; utslötess sistnämnda län, reducerades antalet till 55. Kommittén finner emellertid detta resultat vara delvis missvisande och förordar tills vidare endast en mindre utbyggnad av Malmöanstalten. Härutinnan yttrar kommittén:

Att döma av det resultat, vartill nämnda enquête rörande Malmöanstalten lett, skulle det nuvarande antalet vårdplatser i landet vara avsevärt för litet. Häremot talar dock erfarenheten från Stockholmsanstalten, där vid utgången av 1931 en reserv av 10 platser redovisats. Vid sådant förhållande har kommittén övervägt att föranstalta en ny enquête i frågan. Först efter genomförandet av en omfattande moderskapsvård torde man emellertid ha utsikt att erhålla en mera tillförlitlig uppskattning av antalet syfilitiska mödrar och därmed av platsbehovet för syfilitiskt infekterade barn. Kommittén har därför icke ansett tiden nu vara lämplig för en dylik enquête. Kommittén torde emellertid icke göra sig skyldig till ett förhastat omdöme, då den håller före, att behovet av ytterligare platser icke lär vara större än att det utan olägenhet kan successivt tillgodoses allteftersom behovet uppenbaras. På grund härav och då vården, med hänsyn till såväl vårduppgifterna som den relativt ringa frekvensen av ifrågakvarande sjukdomsform, synes vara ägnad för en stark centralisering, vill kommittén föreslå, att vården tills vidare bygges på de tre nuvarande anstalterna. Kommittén utgår dock ifrån, att ett utbyggande av Malmöanstalten, främst för åstadkommande av bättre hygieniska förhållanden därstädes, snarast kommer till stånd. Platsantalet å anstalten torde därvid lämpligen böra sättas till 25, motsvarande en vanlig vårdenhets. Anstaltens utbyggande bör givetvis planläggas så, att möjlighet till utvidgning i olika avseenden finnes.

Kommittén anser vidare önskvärt, att en ändamålsenlig rayonindelning för anstalterna genomföres. Kommittén erinrar härvid, att en sådan indelning i viss utsträckning redan tillämpats och att från Göteborgsanstalten betonats angelägenheten av att — för möjliggörande av en ekonomisk drift av anstalten — Hallands län även i fortsättningen reserverades för anstalten. Med beaktande härav har kommittén föreslagit följande rayonindelning:

Stockholmsanstalten: hela Norrland och Svealand, utom Värmlands län, ävensom Gotlands, Östergötlands och Kalmar län,

Göteborgsanstalten: Göteborgs och Bohus, Hallands, Älvsborgs, Skaraborgs, Jönköpings och Värmlands län,

Malmöanstalten: Malmöhus, Kristianstads, Blekinge och Kronobergs län.

För ernående av bästa möjliga utnyttjande av platstillgången förordas, att samarbete mellan anstalterna ordnas. Anvisningar härför böra givas av medicinalstyrelsen. Visar sig platstillgången otillräcklig, anses anordnande av en mindre anstalt i Norrland böra tagas i övervägande, vilken i så fall kunde förläggas till exempelvis Umeå eller Sundsvall. Vissa detaljspörsmål, såsom maximering av vårdtiden, särskilda anordningar för barn i skolåldern och fortsatt observation av hithörande klientel förutsättas sedermera bliva föremål för närmare utredning.

Beträffande vårdens *handhavande och finansiering* föreslås i stort sett enahanda grunder som för kustsanatorier och vanförestalter, dock med

viss skärpning av statens ansvar. Kommittén anför härutinnan i huvudsak följande.

Att staten enligt kommitténs mening bör övertaga de nu från landstingen, icke-landstingsstäder och primärkommuner utgående bidragen till hemmens drift torde utan vidare följa av kommitténs förslag rörande kustsanatorier och vanförestalter. Visserligen har staten hittills icke direkt gått in för understöd till ifrågavarande slag av anstalter, men detta saknar enligt kommitténs uppfattning betydelse vid det förhållandet, att här ifrågavarande vård i lika hög grad som den vid nyssnämnda anstalter bedrivna är ägnad för en stark centralisering. Ett överflyttande på staten av dessa bidrag skulle ock stämma väl överens med kommitténs förslag, att staten skall bestrida kostnaderna för den slutna vården av vuxna könssjuka i smittsamt skede, vilka intagits å sjukhus utom hemlänet. Ur de synpunkter, kommittén har att företräda, framstår även som ett klart önskemål, att pensionsstyrelsens nuvarande bidrag till Welanderhemmen i Göteborg och Malmö upphöra och ersättas med direkta statsmedel, särskilt om överskottsmedel ur pensionsförsäkringsfonden framdeles icke bliva för sjukvårdsändamål tillgängliga.

Frågan är, huruvida icke staten i detta fall bör taga ännu ett steg och jämväl svara för de personliga vårdavgifterna, i den mån sådana utgå. För ett sådant steg talar redan den omständigheten, att vuxna, lidande av syfilis i smittsamt stadium, åtnjuta fri sjukhusvård. Även Welanderhemmens patienter befinna sig under längre eller kortare tid av sin sjukdom i smittsamt stadium. Härtill komma även andra omständigheter i betraktande. Samtliga hithörande barn äro i behov av långvarig vård. Man räknar i allmänhet med tre års vårdtid. Många äro tillika utomäktenskapliga, och erfarenheterna från hemmen i Göteborg och Malmö visa, att inkomsterna från barnens föräldrar eller andra närstående icke äro mycket att bygga på. Det må ock erinras, att det är av stort samhälleligt intresse, att hithörande sjuka komma i åtnjutande av vård och att detta sker snarast möjligt efter födelsen respektive sjukdomens ådragande. Ur sistnämnda synpunkt är det framför allt av vikt, att icke behandlingen fördröjes genom ett eventuellt klarläggande av de anhörigas betalningsförmåga. Med hänsyn till vad sålunda anförts vill kommittén för sin del förorda, att de personliga vårdavgifterna bortfalla och att i stället staten lämnar skälig ersättning för den minskning i inkomster, som anstalterna genom ifrågavarande avgifters upphörande komme att få vidkännas.

Kommittén är väl medveten om, att vad sålunda föreslagits praktiskt taget innebär ett åtagande för staten att i sista hand svara för anstalternas driftkostnader vad angår hemmen i Göteborg och Malmö. Kommittén anser emellertid, att de särskilda förhållanden, som äro förbundna med denna vård, göra ett sådant åtagande fullt berättigat. Realiserandet av kommitténs förslag synes ock vad angår nämnda två hem lämpligen böra taga formen av ett åtagande från statens sida att i sista hand svara för driftkostnaderna, dock att ansvaret, liksom beträffande centralanstalten för radioterapi i Lund, bör begränsas uppåt till visst belopp per dag och patient. Då driftkostnaden för hemmen ifråga under femårsperioden 1927—1931 i genomsnitt uppgått till kronor 3.40 respektive 3.30 per dag och patient, torde nämnda maximibelopp kunna sättas till 3.50 à 4 kronor. Beträffande Stockholmsanstalten åter synes statens åtagande tillsvidare böra begränsas till att erlægga en mot totalbeloppet av vårdavgifterna svarande ersättning, vilken med ledning av anstaltens inkomster genom influtna vårdavgifter under nyssnämnda femårsperiod förslagsvis kan sättas till 8,000 kronor.

Kommittén tillägger, att med ett genomförande av kommitténs förslag angående Göteborgs- och Malmöanstalterna torde böra följa, att staten till-

erkännes medinflytande på anstalternas ledning och granskningen av verksamheten i huvudsaklig överensstämmelse med de riktlinjer, som uppdragits i fråga om kustsanatorier och vanföreanstalter.

Statens årliga kostnader för Welanderhemsvårdens bedrivande enligt här angivna grunder har av kommittén uppskattats till 75,000 kronor.

Yttranden över kommitténs förslag.

Mot kommitténs förslag rörande Welanderhemsvårdens organisation och finansiering ha några principiella erinringar icke framkommit. Styrelsen för *Lilla hemmet* i Stockholm har emellertid, närmast med anledning av den föreslagna rayonindelningen, uttalat vissa önskemål i ekonomiskt hänseende, varvid styrelsen i huvudsak yttrat följande.

Mot rayonindelningen hade styrelsen intet i princip att erinra men ville dock framhålla, att *Lilla hemmet*, såsom beläget i rikets huvudstad, dit unga kvinnor från landets alla delar till stort antal sökte sig, givetvis komme att få mottaga barn till mödrar från de andra hemmens upptagningsområden i större utsträckning än dessa från Stockholmshemmets. Att överflytta barnen till de senare vore i vissa fall olämpligt, då både mödrar och fäder, utan att hava förvärvat hemortsrätt i huvudstaden, kunde hava sin verksamhet därstädes och ej kunde lämna denna utan allvarliga olägenheter. Det eftersträfvade sambandet mellan föräldrar och barn borde, även för dessa vanlottade små, om möjligt bibehållas. Nämnas kunde, att å *Lilla hemmet* den 1 oktober 1934 vårdats tre barn från Kristianstads län och att under de senaste åren flera barn även från Malmöhus län varit intagna. Att dessa förhållanden, om kommitténs förslag bleve realiserade, kunde hava inflytande på *Lilla hemmets* ekonomi, vore uppenbart. Då dess penningmedel endast finge placeras i »säkra» obligationer och då ränteinkomsten av dessa papper befunne sig i starkt sjunkande, måste styrelsen framgå med största försiktighet, när det gällde övertagande av nya förpliktelser för framtiden. Man kunde tänka sig den situationen uppstå, att sammanlagda inkomsterna från kapitalet och — sedan vårdavgifterna bortfallit — från staten ej längre försloge till utgifterna och att verksamheten till följd därav kanske måste inskränkas. Skulle *Lilla hemmet* dessutom nödgas mottaga barn från de andra områdena utan särskild ersättning från staten, bleve dess ekonomiska förhållanden med hänsyn till bidrag från det allmännas sida sämre än för Welanderhemmen i Göteborg och Malmö.

Med hänvisning härtill finner styrelsen önskvärt, att *Lilla hemmet* i sådana fall, då det fått mottaga patient från andra upptagningsområden än dess eget och då en överflyttning av patienten till dess rayonsjukhus av det ena eller det andra skälet ej kan verkställas, måtte erhålla statsbidrag för sådan patient i samma utsträckning, som om den varit intagen å något av de andra Welanderhemmen.

Senare utredning och förslag.

Efter avgivande av sjukvårdskommitténs betänkande har riksdagen i skrivelse den 25 maj 1935, nr 254, med anledning av i ämnet väckta motioner hemställt, att Kungl. Maj:t måtte, oberoende av kommitténs förslag i övrigt, snarast möjligt för riksdagen framlägga förslag angående ordnandet av vården av hereditärsfyilitiska barn.

Sedan Kungl. Maj:t till följd härav uppdragit åt *medicinalstyrelsen* att avgiva yttrande och förslag i ämnet, har styrelsen den 7 december 1935 — efter samråd med representanter för samtliga tre Welanderhem — inkommit med anbefalld utredning.

Angående *vårdbehovets omfattning och tillgodoseende* yttrar styrelsen därvid i huvudsak följande.

Antalet nyanmälda fall av hereditär syfilis i smittsamt skede hade under åren 1931—1934 uppgått till i medeltal omkring 30 per år. Emellertid funne sig icke alla hereditärsyfilitiska barn vid tidpunkten för sjukdomens upptäckande i smittsamt skede, varför ett stort antal fall av hereditär syfilis i barnåldern icke komme till officiell kännedom. Av klientelet å Welanderhemmen vore endast en del i smittsamt skede vid inkomsten, på ett av hemmen endast en tredjedel av de intagna. De icke smittsamma fallen vore, ehuru i behov av vård, icke anmälda jämlikt lagen angående åtgärder mot utbredning av könssjukdomar. Ursprungligen hade man tänkt sig, att Welanderhemmen skulle mottaga späda barn, som efter tre års behandlingstid och ett års observation därutöver skulle kunna utskrivas såsom friska. Emellertid hade det visat sig, att ärvd syfilis i ett stort antal fall icke upptäcktes under spädbarnsåldern utan att många fall först under kolt-, lek- eller skolåldern komme till läkares kännedom. I andra fall åter hade sjukdomen tidigt upptäckts, men hade sjukdomssymtomen, trots behandling, varit så långvariga, att barnen icke kunnat utskrivas efter den vanliga behandlings- och observationstiden utan varit nödsakade att kvarbliva å hemmen lång tid därutöver.

Även om man, med en fortsatt nedgång i antalet fall av förvärvad syfilis, kunde räkna med en viss minskning av antalet fall av ärvd syfilis, komme på grund av den förvärvade sjukdomens natur den relativa nedgången i antalet fall av ärvd syfilis att bliva mindre än beträffande den förvärvade. Med hänsyn härtill kunde man icke hoppas på någon minskning i behovet av vårdplatser inom den närmare framtiden. Å andra sidan hade beläggningen å de tre nuvarande Welanderhemmen varit i stort sett stabil, vadan man kunde utgå från att nuvarande vårdplatsantal, inberäknat 25 platser å Malmöhemmet, för den närmaste framtiden icke behöfve ökas. Emellertid hade å hemmen i Göteborg och Malmö, där även äldre barn vårdades, en viss svårighet vid beläggningen av hemmen gjort sig gällande, enär de äldre barnen krävde annan vård och tillsyn än de späda barnen och barnen i kolt- och lekåldern. Till följd därav hade från ett hem, där barn i skolåldern varit intagna, de späda barnen remitterats till Lilla hemmet i Stockholm, som endast mottog barn före skolåldern. För en rationalisering av vården kunde man tänka sig en framtida uppdelning av klientelet så, att späda barn vårdades uteslutande å ett hem, under det att de äldre barnen fördelades å de båda andra hemmen. Sådan uppdelning hade redan skett i Danmark. Visserligen vore avstånden i vårt land större än i vårt grannland, men då å dessa hem skulle vårdas barn från hela landet, komme uppdelningen icke att spela så stor roll för dem, som önskade besöka sina anhöriga å hemmen.

I fråga om vårdens *handhavande och finansiering* ansluter sig styrelsen i princip till sjukvårdskommitténs förslag. Styrelsen anför sålunda bland annat följande.

Med hänsyn till den ofta förekommande smittsamheten ävensom den omständigheten, att de hereditärsyfilitiska barnen, om de icke i tid komme

under vård, med stor sannolikhet förr eller senare på grund av sina sjukdomssymtom bleve i behov av sjukvård och många gånger anstaltsvård samt då vidare Welanderhemmens verksamhet strävade att förebygga invaliditet, syntes staten böra övertaga den del av kostnaderna för vården, som icke kunde täckas med avkastningen från tillgängliga fonder och som hittills påvilat pensionsstyrelsen, landsting och primärkommuner eller uttagits i form av avgifter från de sjukas anhöriga. Principen fri vård till smittfrihet och förebyggande av invaliditet borde härvid vara ledande. Härtill komme, att hemmen mottog barn från hela riket, i vilket hänseende styrelsen ville instämma i statens sjukvårdskommittés principuttalande, att staten borde handhava och bekosta eller kraftigt understödja den vård, som krävde anstalter för större områden än länen.

Enär avkastningen av donationsmedlen vore föränderlig, uppstode givetvis en viss svårighet, att för en följd av år fastställa ett visst belopp såsom statsbidrag. Då bidragen från det allmänna under 1934 för hemmen i Göteborg och Malmö i det stora flertalet fall uppgått till kronor 3.90 och då underhållskostnaderna för dag och barn vid dessa hem i medeltal utgjort kronor 3.49, syntes statsbidraget för dessa hem lämpligen böra tillsvidare bestämmas till lägst kronor 3.50 per dag och barn. Lilla hemmet i Stockholm åter, som förfogade över en miljon kronor i fonder, syntes icke för närvarande vara i behov av statsbidrag till driften. Med en permanent beläggning, motsvarande 90 % av vårdplatsernas antal, skulle statens kostnader per år då bliva i runt tal 75,000 kronor, vilket väl överensstämde med statens sjukvårdskommittés beräkningar.

I och med att staten med ett statsbidrag, som så gott som täckte hela driftkostnaderna, stödde Welanderhemmens i Göteborg och Malmö verksamhet, syntes det också tillbörligt, att staten finge ett motsvarande inflytande på hemmens ledning. I konsekvens med sjukvårdskommitténs förslag rörande kustsanatorierna borde styrelserna för dessa hem bestå av sex ledamöter, varav Kungl. Maj:t skulle utse ordföranden och två ledamöter. Då hemmen förut erhållit stora bidrag från de städer, där de vore belägna, syntes en ledamot böra utses av stadsfullmäktige i respektive städer eller möjligen av svenska stadsförbundets styrelse. Övriga två ledamöter borde utses av respektive stiftelser.

Departementschefen.

Såsom av det nu anförda framgår äro sjukvårdskommittén och medicinalstyrelsen ense därom, att det inom denna vårdgren förefintliga *vårdbehovet* bör och kan tillgodoses inom ramen för nuvarande tre Welanderhem, förutsatt att en modernisering jämte en mindre utvidgning av Malmöhemmet kommer till stånd. I detta hänseende vill jag nämna, att Kungl. Maj:t den 5 juli 1935 av anslaget till statliga och kommunala beredskapsarbeten ställt erforderliga medel till förfogande för utförande av en om- och tillbyggnad av Malmöhemmet, varigenom detta skulle försättas i sådant skick, som av sjukvårdskommittén och medicinalstyrelsen förutsatts. Sedan ifrågasvarande arbeten utförts, har hemmet delvis härjats av eld, men enligt vad jag erfarit ha åtgärder redan vidtagits för de skadade delarnas återuppförande. Jämlikt ritningar, som ingivits till medicinalstyrelsen för godkännande, kommer hemmet framdeles att i sin helhet inrymma 28 vårdplatser. Därmed torde platsbehovet få anses vara tillgodosett.

Den av kommittén föreslagna rayonindelningen finner jag i stort sett

ändamålsenlig såsom en vägledning i första hand vid hemmens beläggande. Att göra densamma strängt bindande lärer knappast vara lämpligt och torde icke heller ha av kommittén åsyftats. Vid överbeläggning å ett hem böra sålunda eventuellt lediga platser å annat hem kunna utnyttjas. Huruvida man härutöver bör, på sätt medicinalstyrelsen antytt, frångå rayonindelningen även såtillvida, att en viss grupp av barn, närmast spädbarnen, skulle företrädesvis vårdas å ett av hemmen, synes mig vara mera tveksamt. Enligt vad jag erfarit ha ock från Welanderhemmen i såväl Göteborg som Malmö uttalats betänkligheter mot en sådan anordning, därest ej tillströmningen till ett hem i allt fall framtvingade en viss gallring av klientelet. Under alla förhållanden bör man vid tillämpningen av en sådan anordning iakttaga största varsamhet, så att barn och föräldrar icke i onödan skiljas åt. I annat fall kan vården lätt råka i misskredit, och föräldrarna bli benägna att i det längsta undandraga sina barn erforderlig sjukhusvård. Det torde få tillkomma medicinalstyrelsen att med beaktande härav meddela de råd och anvisningar, som kunna finnas lämpliga för ett rationellt utnyttjande av tillgängliga platser.

Vad härefter angår grunderna för vårdens *handhavande och finansiering*, synas mig starka skäl hava förebragts för att staten skall övertaga icke blott det allmännas hittillsvarande kostnader för vården utan även den del, som uttagits av enskilda i form av vårdavgifter. En omläggning av hemmens finansiering i denna riktning har visserligen föga betydelse ur skatteutjämnings synpunkt men är icke desto mindre ägnad att medföra en önskvärd förenkling och rationalisering beträffande det allmännas kostnader för vården. Samtidigt skulle en bättre överensstämmelse ernås med den tidigare godtagna principen om fri sjukhusvård för personer med könssjukdom i smittsamt skede, vilken princip hittills, såsom vårdförhållandena varit ordnade, icke kommit att i avsedd omfattning gälla för ifrågavarande barn.

I fråga om den närmare utformningen av statens bidragsskyldighet torde densamma beträffande hemmen i Göteborg och Malmö, vilkas inkomster av räntor och gåvor endast uppgå till obetydliga belopp, lämpligen kunna tills vidare fastställas till kronor 3.50 per dag och patient. Hemmen ha visserligen hittills för flertalet patienter åtnjutit något högre bidrag från det allmänna, men å andra sidan har, enligt vad jag inhämtat, deras driftkostnader under de tre senaste åren i genomsnitt icke överstigit nämnda belopp. Såsom generell begränsning bör gälla, att det totala statsbidraget per år icke får överstiga de verkliga driftkostnaderna för hemmet under året. Bidraget till Stockholmshemmet torde i enlighet med kommitténs förslag böra bestämmas till ett fixt belopp av 8,000 kronor per år, motsvarande de genomsnittliga inkomsterna av enskilda vårdavgifter under de senaste åren. Skulle det ekonomiska läget för något av hemmen på grund av inträffade omständigheter väsentligen förändras i ena eller andra riktningen, ankommer det givetvis å medicinalstyrelsen att föreslå de modifikationer i statens bidrag, som härav kunna påkallas. Däremot torde anledning icke föreligga att nu föreslå en bestämmelse av den innebörd, styrelsen för Lilla hemmet funnit

önskvärd. Såsom gemensamt villkor för statsbidrag till samtliga hem bör gälla, att å hemmen intagna skola vårdas avgiftsfritt. För hemmen i Göteborg och Malmö bör tillika föreskrivas, att bidrag icke må utgå för flera platser än som motsvarar normal beläggning samt att staten skall vara representerad i hemmens ledning och vid revisionen av deras räkenskaper efter analoga grunder, som gälla för kustsanatorierna.

Vården av lättskötta sinnessjuka.

Sinnessjukvårdens nuvarande organisation och kostnadernas bestridande.

Vården av *sinnessjuka* ombesörjes för närvarande till huvudsaklig del å statliga anstalter. Åtskilliga landsting hålla emellertid — i enlighet med i äldre bestämmelser stadgad skyldighet — särskild avdelning vid lasarett för sinnessjuka, som icke kunna beredas plats å statliga sinnessjukhus. Några landsting hava dessutom inrättat särskilda hem för vård av mera lättskötta sinnessjuka, s. k. vårdhem. Jämväl städer utanför landsting hava egna anstalter för sinnessjukvård. Jämlikt särskilda avtal mellan staten, å ena, samt Stockholm, Göteborg och Malmö, å andra sidan, skola dessa städer i huvudsak ombesörja för dem erforderlig sinnessjukvård mot det att staten efter vissa normer ersätter större delen av kostnaden för vården. På grund av platsbristen vid de statliga sinnessjukhusen och bestämmelserna i gällande fattigvårdslag hålla även ett rätt stort antal andra primärkommuner anstalter för vård av sinnessjuka. Dessa anstalter äro antingen fristående eller ingå som avdelning vid fattigvårdsanstalt. Statsbidrag utgå icke till andra anstalter än dem i Stockholm, Göteborg och Malmö.

Till komplettering härav torde böra nämnas, att vården av *sinnesslöa* i huvudsak ombesörjes å särskilda av landstingen, icke-landstingsstäder eller enskilda för ändamålet inrättade anstalter. Till dessas drift lämnar staten bidrag efter vissa grunder, innefattade i kungörelserna nr 236 och 237 av år 1933. Vissa grupper sinnesslöa, vilka kräva speciella vårdanordningar, såsom blinda, vanartade och i övrigt svårskötta sinnesslöa, vårdas å särskilda, staten tillhöriga anstalter.

Kommitténs förslag.

I fråga om vården av de sinnesslöa har kommittén ej funnit anledning föreligga att föreslå några väsentliga förändringar. Beträffande vården av sinnessjuka åter anser kommittén ytterligare åtgärder erforderliga för att få till stånd tillfredsställande vårdmöjligheter, särskilt för de lättskötta sinnessjuka.

Inledningsvis erinrar kommittén, att krav gång efter annan framkommit, att staten borde omhändertaga vården av *alla* sinnessjuka, således även de lättskötta, varvid såsom huvudskäl åberopats skatteutjämningspunkter och fördelar av administrativ art. Kommittén anser för sin del en dylik utveckling icke önskvärd. Efter erinran, att statsmakterna år 1928 — med förtydligande 1929 — dels beslutat, att staten, i den mån ej särskilda avtal med vissa städer annat föranleda, skall framdeles ombesörja vård av alla sådana fall, som kräva vård å anstalter med fullständig medicinsk utrustning, dels

ock antagit ett tio år omfattande utbyggnadsprogram för statens sinnessjukvård, avsett att svara mot detta beslut, yttrar kommittén härutinnan följande:

Innebörden av nämnda beslut torde få anses vara, att staten — med undantag — skall framdeles sörja för all egentlig, med tvångsrätt för- enad sinnessjukvård, däri inberäknad den s. k. kontrollerade familjevården eller den vård i enskilda hem, som jämlikt 88 § sinnessjukstadgan må i anslutning till statens sinnessjukhus anordnas för där intagna sjuka, vilkas tillstånd för längre eller kortare tid medgiver vistelse utom sinnessjukhuset men vilka likväl kräva regelbunden tillsyn av respektive sjukhusläkare och kvalificerad vårdpersonal och därför icke kunna utskrivas från sjukhuset. Enligt vad kommittén från medicinalstyrelsen inhämtat kan ock för närvarande med viss grad av bestämdhet förutses, att staten genom ett fullföljande av nämnda byggnadsprogram skall bliva i stånd att i huvudsak tillgodose behovet av här avsedd del av sinnessjukvården. Någon av landsting eller primärkommun bedriven, i nu angiven mening kvalificerad anstaltsvård för sinnessjuka skulle sålunda, med undantag för vissa storstäder, framdeles icke behöva förekomma, utan skulle de kommunala sjukvårdsmyndigheterna i stort sett endast hava att taga hand om mera lättskötta kroniska sinnessjukfall, vilka ej kräva den kvalificerade vård, statens anstalter avse att skänka, men likväl äro i behov av vård å sinnessjukanstalt eller därmed förenad tillsyn. Den för detta klientel erforderliga anstaltsvården torde, enligt vad kommittén från sakkunnigt håll erfarit, lämpligen kunna ombesörjas å särskilda för ändamålet länsvis inrättade vårdhem av enkel beskaffenhet.

Kommittén finner för sin del en sådan uppdelning av anstaltsvården för sinnessjuka lämplig. Avgörande för kommittén är härvid, att den för nämnda mera lättskötta sinnessjuka erforderliga anstaltsvården i avsevärd utsträckning kan anordnas på ett billigare och ändamålsenligare sätt genom landstingens försorg än genom statens. Det torde icke vara uteslutet att till ifrågasvarande länsanstalter ansluta en vård i enskilda hem efter analoga linjer med den vid statens sinnessjukhus bedrivna kontrollerade familjevården. Med de direktiv, kommittén erhållit, saknar kommittén emellertid anledning att ingå på närmare prövning av detta spörsmål. Att åter uppbygga en omfattande utackordering av sinnessjuka utan anslutning till anstalter synes kommittén knappast försvarligt redan med hänsyn därtill, att underlaget för sådan vård, tillgången på enskilda hem för ändamålet, i icke ringa mån är osäkert på grund av konjunkturväxlingar, verkan av tillfälliga olyckshändelser och dylikt samt att detsamma i vissa fall, såsom vid allmän farsot eller krig, kan tänkas till största delen försvinna.

Enligt kommitténs uppfattning bör sålunda vid sidan om den av staten bedrivna sinnessjukvården finnas en länsvis ordnad vård för lättskötta sinnessjuka. Mellan statens och landstingens anstalter bör emellertid råda viss samverkan i syfte att åstadkomma ett rationellt utnyttjande av anstalterna. För att främja en dylik samverkan och samtidigt lätta landstingens bördor för ombesörjandet av den på dem ankommande sinnessjukvården föreslår kommittén, att staten skall, i likhet med vad redan är fallet beträffande landstingens sinnesslöanstalter, lämna ett verksamt bidrag till driften av vårdhemmen och, såvitt i anslutning därtill anordnats s. k. kontrollerad familjevård, jämväl till denna verksamhet. Någon lagstadgad skyldighet för landstingen att svara för ifrågasvarande vård anser kommittén icke böra för närvarande ifrågakomma.

Rörande storleken av statens bidrag till vården yttrar kommittén bland annat:

Storleken av statsbidraget torde lämpligen böra fastställas till samma belopp som vårdavgiften för fattig patient å statens sinnessjukhus, för närvarande utgörande kronor 1.30 per dag och patient. Jämlikt grunderna för 77 § sinnessjukstadgan skall denna avgift motsvara $\frac{1}{3}$ av verkliga dagkostnaden för salspatienter å statens anstalter. För vårdhemspatienterna komme emellertid ifrågavarande belopp med all sannolikhet att motsvara minst hälften av dagkostnaden. Då därmed landstingens kostnad för å vårdhem intagen sinnessjuk i regel torde komma att understiga den ersättning, som landstingen jämlikt 40 § 3 mom. fattigvårdslagen hava att utgiva för enskild vård av sådana sinnessjuka, som förklarats berättigade till inträde å statens sinnessjukhus men där ej kunnat av utrymmesskäl mottagas eller ock, därest de vunnit inträde, måst i förtid utskrivs för att bereda plats åt annan sinnessjuk, synes grundad anledning föreligga till antagande, att landstingen skola finna med sin fördel förenligt att för tillgodoseende av den på dem ankommande delen av sinnessjukvården inrätta erforderligt antal vårdhem. Härav skulle i sin tur följa, att ersättningsreglerna i 40 § 3 mom. fattigvårdslagen så småningom förlorade i betydelse och till sist helt sattes ur kraft. Med hänsyn härtill har kommittén ej heller funnit skäl att i samband med sitt förslag till borttagande av vårdavgifterna för fattiga patienter vid statsanstalterna förorda ändring i nu berörda hänseende.

Beträffande de *grunder och villkor i övrigt*, som böra gälla för ifrågavarande statsbidrag, anför kommittén följande.

Enär kommittén förordat vårdhemsvårdens utbyggande genom landstingens respektive icke-landstingsstäders försorg, böra i princip endast av dessa huvudmän inrättade hem komma i åtnjutande av statsbidrag. Emellertid har i ett par län ifrågavarande vård helt eller delvis utbyggt genom för ändamålet bildade kommunalförbund. Så länge landstingen icke ålagts skyldighet att organisera och handhåva vården av lättskötta sinnessjuka, böra även dylika av kommunalförbund redan inrättade vårdhem göras delaktiga av ett eventuellt statsbidrag. Härjämte torde för det fall, att vården i ett län i väsentlig omfattning utbyggt av kommunalförbund, möjlighet böra hållas öppen, åtminstone under en viss övergångstid, för återstående primärkommuner att genom sammanslutning till kommunalförbund komma i åtnjutande av statsbidrag till nya vårdhem för ifrågavarande sinnessjuka. Med hänsyn till nödvändigheten att i viss utsträckning kunna tillgodose behovet av sysselsättning för patienterna bör som villkor för erhållande av statsbidrag i samtliga fall gälla, att vårdhem skall inrymma minst 30 platser. Därest vårdhemmet endast är avsett för sinnessjuka av ettera könet eller särskilda skäl härför eljest föreligga, må dock statsbidrag kunna utgå, oaktat platsantalet understiger 30. Med den förordade fördelningen av sinnessjukvården mellan staten och landstingen bör statsbidrag principiellt ej heller utgå till nu befintliga kommunala sinnessjukhus med mindre desamma komma till användning som för hela länet avsedda vårdhem. Skäl kunna dock anföras för att även dessa sjukhus under viss övergångstid må beviljas statsbidrag. Som allmänna villkor för statsbidrag till hithörande anstalter bör föreskrivas, att anstalten skall inrymmas i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för sinnessjukvårdens ordnande inom länet samt att anstaltsledningen skall vara skyldig att ställa sig till efterrättelse de bestämmelser om samverkan med vederbörande statsanstalt, som Kungl. Maj:t på förslag av medicinalstyrelsen kan finna erforderligt föreskriva.

Som en konsekvens av de statliga driftbidragen till ifrågavarande vårdhem bör enligt kommitténs förmenande följa, att landstingen erhålla skyldighet att, åtminstone delvis, ersätta vårdkostnaden för där intagna fattiga sjuka. Härvid

förutsättas vårdhemmen bliva jämställda med landstingshem för kroniskt sjuka och ersättning alltså utgå för allenast hälften av vårdkostnaden efter avdrag för statsbidrag och eventuellt åtnjutet pension. För vård å eventuellt tillkommande primärkommunala vårdhem för sinnessjuka skulle däremot landstingen icke hava någon ersättningsskyldighet, lika litet som dylika hem skulle komma i åtnjutande av statliga driftbidrag. Beträffande de enskilda sinnessjukhusen och vårdhemmen skulle landstingens ersättningsskyldighet som hittills vara inskränkt till att gälla för de fall som i fattigvårdslagens 40 § 3 mom. sägs, d. v. s. sinnessjuka, som förklarats berättigade till inträde å statens sinnessjukhus men icke kunnat av utrymmesskäl mottagas eller ock, därest de vunnit tillträde, måst av enahanda skäl i förtid utskrivs.

Slutligen framhåller kommittén, att det för närvarande icke låter sig göra att med tillförlitlighet uppskatta den *merkostnad* för staten, som ett genomförande av kommitténs förslag i förevarande del skulle innebära. Enligt de beräkningar, som legat till grund för den av statsmakterna godtagna planen för den statliga sinnessjukvårdens utbyggande, skulle emellertid i riket finnas ett antal sinnessjuka av omkring 4 ‰ av folkmängden, varav å statens och de tre största städernas sinnessjukhus skulle beredas vård för 3 ‰. Det klientel, som vid ett fullt genomförande av denna plan skulle omhändertagas å vårdhemmen, kunde med denna utgångspunkt uppskattas till högst 1 ‰ av landets befolkning eller i runt tal 6,000 personer. Med ett statsbidrag av kronor 1.30 per dag och patient skulle statens kostnader för detta klientel uppgå till högst 2,800,000 kronor. Rörande landstingens merkostnader föreligga inga beräkningar.

Yttranden och framställningar i anledning av kommitténs förslag.

Kommitténs förslag har tillstyrkts i det övervägande antalet yttranden. Från åtskilliga håll ha emellertid uttalats önskemål om eller påyrkats ett *fullständigt förstatligande* av sinnessjukvården.

Landstinget i Östergötlands län yttrar sålunda bland annat följande.

Kommittén hade beräknat, att den för de mera lättskötta sinnessjuka erforderliga anstaltsvården i avsevärd utsträckning skulle kunna anordnas på ett billigare och ändamålsenligare sätt genom landstingens försorg än genom statens. Landstinget ifrågasatte emellertid, om dessa kommitténs beräkningar i verkligheten komme att hålla streck. Landstingen hade ju i allmänhet inga anstalter för vård av sinnessjuka till sitt förfogande utan skulle med övertagande av viss del av sinnessjukvården tvingas att för ändamålet uppföra byggnader. Landstinget vore heller icke övertygat om, att anstalterna för vården av lättskötta sinnessjuka kunde drivas billigare av landstingen än av staten. Under sådana förhållanden ville landstinget ifrågasätta, huruvida icke — såsom förut ställts i utsikt — den slutna sinnessjukvården i sin helhet borde omhänderhavas av staten.

Malmöhus läns landsting finner ock ett fullständigt förstatligande av sinnessjukvården vara ur flera synpunkter att föredraga. Särskilt befaras, att vissa svårigheter komme att uppstå, då överflyttning av en lätt-

skött patient från ett kommunalt vårdhem till en statens anstalt av en eller annan orsak kunde finnas önskvärd. Befintliga anstalter anses dessutom bliva bäst utnyttjade, därest endast en huvudman finnes.

Örebro läns landsting yttrar bland annat följande.

Den föreslagna uppdelningen av sinnessjukvården i statsvård för en del av de sjuka och landstingsvård för en annan del syntes icke erbjuda en enhetlig lösning av denna fråga för framtiden. Uppdelningen efter det individuella vårdbehovet vore alltför litet objektiv, då det såsom här gällde även ekonomiska intressen. Ytterst syntes det komma att bero på uppfattningen hos överläkarna vid statsanstalterna, huruvida landstingets anstaltsplatser skulle anses tillräckliga eller ej. Genom överflyttningar och utbyten av patienter mellan stats- och landstingsanstalt torde ett ganska omfattande ingripande i landstingsanstalternas skötsel komma att äga rum av överläkarna vid statsanstalterna. Den lättnad i landstingens bördor, som förslaget avsåge att bereda landstingen genom statens övertagande av kostnaderna för vården av de fattiga sinnessjuka och sinnesslöa å statens hithörande anstalter — varav någon olägenhet icke behövde befaras — komme att i hög grad motverkas, om förslaget i vad avsåge landstingens skyldighet att ombesörja vård åt vissa sinnessjuka genomfördes, i all synnerhet som landstingen enligt kommitténs förslag skulle hava att i viss utsträckning ersätta kommunerna kostnaderna för vård av fattiga å vårdhemmen. Tidigare uttalanden angående lämpligheten av att staten ensam borde ombesörja anstaltsvård åt de sinnessjuka syntes alltjämt vara berättigade. Ett fullständigt förståtligande av sinnessjukvården skulle komma att verka i hög grad skatteutjämnande.

Liknande synpunkter hävdas av bland andra landstingen i Hallands, Värmlands och Västmanlands län.

Styrelsen för svenska landstingsförbundet visar en mot kommittéförslaget mera välvillig inställning. Styrelsen anför sålunda.

Beträffande anstaltsvården av sinnessjuka vore styrelsen rent principiellt av den uppfattningen, att det borde ankomma på staten att ombesörja denna vård. Utfästelser därom hade ock gjorts av statsmakterna. Emellertid måste det anses osannolikt, att staten inom rimlig tid skulle kunna skaffa vårdplatser icke blott för de mera svårskötta fallen, som vore i behov av vård å sinnessjukhus, utan även för de s. k. vårdhemsfallen. Dessa måste sålunda omhändertagas på annat sätt, och då det ur såväl skatteutjämnings- som vårdsynpunkt finge anses lämpligare att landstingen bleve huvudmän för denna vård än primärkommunerna, kunde styrelsen lämna sin anslutning till kommitténs hithörande förslag. Styrelsen förutsatte emellertid härvid, att det icke bleve något obligatoriskt åläggande för landstingen att ombesörja dylik vård. I ett par sjukvårdsområden hade vårdhem för sinnessjuka redan anordnats av landstingen, men för att dessa i någon större utsträckning skulle kunna taga sig an denna vårduppgift fordrades enligt styrelsens mening, att de erhöle statsbidrag icke blott, såsom kommittén föreslagit, till driften utan även till uppförandet eller inrättandet av dylika hem. Det statliga byggnadsbidraget kunde därvid lämpligen utgå efter samma grunder som motsvarande bidrag till epidemisjukvården.

Medicinalstyrelsen tillstyrker kommitténs förslag men framhåller samtidigt, att det torde bli nödvändigt, att ett avgörande inflytande på beslagningen av dessa icke-statliga anstalter lägges i vederbörande statsmyndigheters händer, därest man vill ernå åsyftad enhetlighet och planmässighet beträffande landets anstaltsvård för sinnessjuka.

I fråga om *bidragsreglernas närmare utformande* hava ett flertal erinringar framställt.

Södermanlands läns landsting finner med hänsyn till den föreslagna skyldigheten för landstingen att till primärkommunerna återbetala viss del av erlagda avgifter för fattiga sjuka det vara föga sannolikt, att statsbidraget skall få åsyftad verkan, därest det icke höjes. Det komme därigenom visserligen att något överstiga halva kostnaden för driften av vårdhemmen, men i betraktande av statsmakternas ofta uttalade mening, att sinnessjukvården vore en statens angelägenhet, syntes det fullt befogat, om vid avvägningen av statsbidragets storlek i detta fall även en begränsad del av amorteringen å anläggningskostnaderna finge inkluderas. Om staten själv skulle uppföra anstalter och vårda dessa sjuka, torde de totala kostnaderna härför, anläggningskostnaderna inräknade, icke mycket understiga 4 kronor per underhållsdag. Ett statsbidrag av 2 kronor syntes därför fullt försvarligt.

Länsstyrelsen i Blekinge län anser, att statsbidragets utgående ej bör göras beroende av vem som är huvudman utan endast därav, huruvida anstalten till storlek och beskaffenhet i övrigt är sådan, att den fyller skäligen anspråk. Länsstyrelsen funne det vara svårt att förstå, varför exempelvis ej en inom ett landstingsområde belägen större stad, som upprättat ett dylikt vårdhem — öppet måhända även för andra kommuners klientel — skulle kunna erhålla statligt driftbidrag till denna sin anstalt lika väl som en med avseende å storlek och beskaffenhet i övrigt likställd sådan anstalt, upprättad av ett kommunalförbund.

Länsstyrelsen och landstinget i Kopparbergs län framhålla — i likhet med landstingsförbundets styrelse — önskvärdheten av att även byggnadsbidrag utgå till vårdhemmen, enär det här vore fråga om en ny uppgift för landstingen och man knappast kunde förvänta, att dessa skulle vara villiga att ensamma påtaga sig de uppförfingar, som anordnandet av dylika hem komme att medföra.

Från ett flertal håll, bland annat Blekinge län, har härjämte understrukits billigheten av att, så länge nuvarande platsbrist rådde å statens sinnessjukhus, bidrag utginge även till kommunala sinnessjukhus, åtminstone i samma utsträckning som för närvarande, vare sig staten eller landstinget skulle bekosta dessa bidrag.

Den föreslagna utvidgningen av landstingens ersättningsskyldighet att omfatta även vårdhemmen har i allmänhet lämnats utan erinran. Länsstyrelsen och landstinget i Hallands län m. fl. finna dock betänkligt att utvidga landstingens ersättningsskyldighet till den form av anstaltsvård, varom här är fråga.

Slutligen vill jag erinra om den av mig tidigare berörda, av statens inspektör för fattigvård och barnavård den 30 mars 1935 gjorda framställningen om ett *skyndsamt genomförande* av sjukvårdskommitténs förslag i förevarande delar. Till stöd för framställningen åberopas närmast en av förste provinsialläkarna i riket verkställd undersökning rörande antalet den 1 juli 1934 å ålderdomshemmen vårdade sinnessjuka och sinnes-

slöa (sinnesabnorma). Angående resultatet av denna undersökning yttrar inspektören till en början följande.

En sammanställning av det inkomna materialet gäve vid handen, att hela antalet sinnesabnorma, som den 1 juli 1934 vårdades å ålderdomshem (respektive särskild avdelning för sinnesabnorma), uppginge till 5,522. Av dessa vårdades 4,442 eller 80.4 procent å egentliga ålderdomshem. Sammanlagt 2,499 eller 45.2 procent av samtliga sinnesabnorma voro i behov av vård å hospital eller annan anstalt för psykiskt sjuka, varav beträffande 963 vårdbehovet uppgivits vara trängande. För 1,276 patienter hade vård förgäves sökts å statligt sinnessjukhus eller annan dylik anstalt. Av hela antalet sinnesabnorma hade 1,570 eller 28.4 procent betecknats såsom svårskötta. En reservation för att de sålunda lämnade sifferuppgifterna eventuellt i något avseende vore felaktiga eller missvisande måste dock göras med hänsyn till det vidlyftiga material, varur uppgifterna framgått.

Härefter anför inspektören i huvudsak följande.

Det vore ett upprörande tillstånd, som blottades av de nu meddelade siffrorna. Den med så stora förhoppningar åvägabragta värden av åldringar och sjuka på ålderdomshemmen, vilken kostat kommunerna betydande belopp, hade i stor utsträckning blivit förfelad, därigenom att å ålderdomshemmen måst intagas sinnesabnorma, vilka å ena sidan ej kunnat där erhålla nödig vård och å andra sidan vållat övriga, icke-abnorma åldringar å hemmen mycket stora obehag och lidanden. De rådande förhållandena kunde ej läggas kommunerna till last, ty dessa hade knappast kunnat vägra att mottaga det mycket stora antal sinnesabnorma, som icke kunnat erhålla plats å sinnessjukhus och ej heller, på grund av svårartad sjukdom, kunnat beredas s. k. familjevård. Anledningen till att hospitalsvård söktes för allenast ett jämförelsevis ringa antal av samtliga sinnesabnorma (23 procent) vore enligt uppgift att söka i de rådande stora svårigheterna att erhålla sådan vård. Från många ålderdomshem hade ansökningar legat inne i årtal utan att bliva bifallna.

Ehuru allt flera sinnessjukhus tillkommit under de senare åren och många förut befintliga utvidgats, syntes förhållandena ej hava undergått någon väsentlig förändring till det bättre. Tvärtom hade å många platser en påtaglig försämring inträtt. Anledningen till detta till synes oförklarliga förhållande vore att söka i en mycket stor tillströmning av akut sinnessjuka till sinnessjukhusen, varigenom någon överflyttning från ålderdomshemmen till de förstnämnda ej kunnat äga rum. Det faktum, att icke ens nu, då hela omorganisationen av fattigvårdens anstaltsvård blivit genomförd, någon förbättring i berörda missförhållanden kunnat åstadkommas, borde dock ej föranleda till pessimism. Från vissa län saknades nämligen ej uppmuntrande erfarenheter, varav syntes framgå att, om landstingen ägnade frågan uppmärksamhet, en lösning vore nära liggande. I Södermanlands län hade man exempelvis för ändamålet utnyttjat tomma epidemisjukstugor, vilka utan större kostnader kunnat inrättas till vårdhem för sinnessjuka. I Västernorrlands län påginge underhandlingar rörande inköp av Gäddå sjukhus för landstingets räkning. I Kristianstads län hade äldre, otidsenliga fattiggårdar inköpts för att användas till vårdhem åt sinnessjuka och i Blekinge län hade åstadkommit ett kommunalförbund, som anskaffat ett stort sinnessjukhus. Det kunde ifrågasättas, om ej inom varje län borde göras en inventering av alla anstalter, även äldre, mindre belagda fattigvårdsanstalter, som vore eller kunde bliva lämpliga till vårdhem av ifrågavarande slag. Såsom bärare av en dylik kommunal sinnessjukvård, d. v. s. den som avsåge de mera lättskötta fallen, vilka utan olägenhet kunde beredas vård å enklare, billigare anstalter, vore landstingen de mest lämpliga. Denna utväg läge ock närmast till hands ur den

synpunkten, att de redan ombesörjde nästan all övrig sjukvård. Å andra sidan kunde man ej fordra, att landstingen skulle övertaga denna börda utan att hjälp i någon form lämnades av staten. En lösning av frågan i denna riktning hade ock förordats av statens sjukvårdskommitté.

Den sålunda lämnade redogörelsen syntes med all önskvärd tydlighet ådagalägga, att en lösning av frågan om de sinnesabnormas överflyttning från ålderdomshemmen till särskilda anstalter eller vårdhem snarast möjligt borde åvägabringas. Otvivelaktigt förefunnes ock på många håll i landet ett verkligt intresse för denna frågas lösning. Det stora hindret för åtgärders vidtagande vore, att ingen — vare sig landstingen eller kommunerna — kände sig manad att ingripa, enär det icke klart sagts ifrån, vilken myndighet som borde bära ansvaret för beredande av vård åt sådana sinnessjuka, som ej vore berättigade till vård å hospital. Om det bleve fastslaget, att landsting eller i undantagsfall för större områden upprättade kommunalförbund — med hjälp av statsbidrag — skulle bära detta ansvar, skulle säkerligen på en kort tid och utan allt för stora kostnader de sinnesabnorma, som nu vistades å ålderdomshemmen, kunna beredas en tillfredsställande vård. Och därmed skulle jämväl ålderdomshemmen bliva i stånd att fullgöra sin betydelsefulla uppgift: att — utan störande inflytande av abnorma personer — bereda normala åldringar en god omvårdnad.

Under återopande av det sålunda anförda hemställer inspektören, att statens sjukvårdskommittés förslag i ämnet måtte, oavsett dess förslag i övrigt, föreläggas 1936 års riksdag.

Departementschefen.

Den förebragta utredningen har blottat mycket allvarliga missförhållanden såtillvida, att ålderdomshemmen ute i orterna i stor utsträckning tagas i anspråk för vård av sinnessjuka, till men icke blott för dessa sjuka utan även för övriga vårdbehövande. Till största delen är det här fråga om sådana sinnessjuka, som visserligen äro i behov av vård och tillsyn, men vilkas sjukdomstillstånd icke motiverar anlitande av sinnessjukhus. Särskilda åtgärder måste därför efter min mening vidtagas för att åvägabringa tillfredsställande vårdförhållanden för dessa sinnessjuka och samtidigt sätta ålderdomshemmen i stånd att fullgöra sin egentliga uppgift — att bereda normala åldringar en god omvårdnad. Vid övervägande av de möjligheter, som härutinnan företrädesvis erbjuda sig, har jag funnit de starkaste skälen tala för den av kommittén uttalade uppfattningen, att ordnandet av ifrågasvarande vård bör anförtros åt landsting och icke-landstingsstäder, med ekonomiskt stöd av staten. Genom en dylik centralisering uppnås givetvis större förutsättningar att på ett smidigt och ändamålsenligt sätt organisera vården av det klientel, det här gäller, än om uppgiften tillgodoses genom primärkommunerna eller förbund av ett mindre antal sådana kommuner. Å andra sidan lära, såsom riksdagen tidigare uttalat och kommittén ytterligare understrukt, förhållandena icke motivera, att staten inträder som omedelbar huvudman.

Erfarenheterna från Södermanlands län, där landstinget sedan flera år tillbaka tagit sig an vården av de lättskötta sinnessjuka genom inrättande av ett antal vårdhem av enkel beskaffenhet, bestyrka också, att den avsedda organisationsformen låter sig med fördel användas. Nämda landsting har för ändamålet i första hand utnyttjat en del epidemisjukstugor, som efter vidtagen centralisering av epidemivården blivit överflödiga, samt i andra hand

byggnader, vilka med mindre omändringar kunnat apteras till vårdhem. För närvarande driver landstinget sex dylika hem, tre för män och tre för kvinnor, med sammanlagt 110 vårdplatser jämte viss marginal för överbeläggning. Vårdhemmen hava föreståtts av överläkaren vid det statliga sinnessjukhus, inom vars upptagningsområde hemmen äro belägna. Därigenom har en rationell differentiering av patientmaterialet främjats, vilket i sin tur medfört, att personalbehovet vid vårdhemmen kunnat effektivt begränsas. På så sätt och genom utnyttjande av förefintliga arbetsterapeutiska resurser samt en väl avvägd tillämpning av självhushållningsprincipen har den genomsnittliga driftkostnaden vid de vårdhem, där verksamheten stabiliserats, kunnat nedbringas till omkring 2 kronor per dag och patient. Patientomsättningen vid hemmen har varit ganska stor. Bland annat kan nämnas, att från länets ålderdomshem till vårdhemmen överförts ej mindre än ett 50-tal patienter, samtidigt som från statens sinnessjukhus överflyttats omkring 100 patienter. I betraktande av de goda erfarenheter, som sålunda gjorts, anser jag mig kunna i denna del tillstyrka kommitténs förslag.

Uppenbarligen äro emellertid, såsom ock av ett flertal yttranden framgår, förutsättningarna för denna vårdangelägenhets ordnande icke lika gynnsamma överallt i landet. Med hänsyn såväl härtill som till den lättnad, vårdhemmen kunna förväntas medföra beträffande beläggningen av statens sinnessjukhus, finner jag det vara rimligt, att staten i skälig omfattning bidrager till bestridande av kostnaderna för vården i fråga. Det synes mig härvid vara mest ändamålsenligt, att staten lämnar visst bidrag till hemmens drift. Att härutöver låta, på sätt från några håll påyrkats, statsbidrag utgå jämväl till hemmens inrättande lärer knappast vara erforderligt, då lämpliga lokaler i stor utsträckning torde finnas att tillgå och med relativt ringa kostnad kunna apteras för ändamålet.

Driftbidraget har av kommittén föreslagits till kronor 1.30 per underhållsdag, motsvarande lägsta avgift å statens sinnessjukhus. Samtidigt skulle landstingen åläggas skyldighet att till primärkommunerna återbetala viss del av erlagd vårdavgift för fattiga patienter. Emellertid torde vårdhemmens klientel till huvudsaklig del komma att tillhöra de obemedlades eller mindre bemedlades krets. Vid sådant förhållande förefaller mig kommitténs förslag i här berörda hänseende innebära en onödig omgång. Enklare och mera överensstämmande med av kommittén förordade principer vid annan länsvis ordnad vård lärer vara att såsom villkor för statens bidrag föreskriva viss maximering av vårdavgiften, lika för alla, samt låta landstingen och staten dela återstående vårdkostnad. Vid vårdavgiftens fixerande torde hänsyn böra tagas till bland annat den omständigheten, att patienterna i stor utsträckning kunna utföra arbete till underlättande av hemmets drift. Vid fördelningen av vårdkostnaderna i övrigt bör ock beaktas, att landstingen förut sättas skola ensamma bära kostnaderna för hemmens inrättande. Med utgångspunkt härifrån och med ledning av erfarenheterna från Södermanlands län vill jag förorda, att statens bidrag tills vidare fastställles till 1 krona per dag och patient, på villkor att för patienten icke uttages högre dagavgift än 50 öre. Landstingen skulle då, förutsatt att hemmen sköttes rationellt, få vid-

kännas en vårdkostnad av omkring 50 öre per underhållsdag, vilket i betraktande av att de skola vara huvudmän för vården icke kan anses oskäligt. Statsbidrag lär icke böra utan medicinalstyrelsens medgivande utgå för flera platser än som motsvarar normal beläggning av hemmen. I övrigt torde de av kommittén förordade villkoren för statsbidrag till dessa hem böra gälla. Härvid torde i de fall, kommittén åsyftat, möjlighet böra under en övergångstid av förslagsvis fem år hållas öppen för vederbörande primärkommuner att genom sammanslutning till kommunalförbund framdeles komma i åtnjutande av statsbidrag till av dem nyinrättade vårdhem.

Vad slutligen angår de kommunala sinnessjukhusen, synes mig tillräcklig anledning icke föreligga att nu föreslå statsbidrag till dessa. Så länge de drivas som kommunala sinnessjukhus erhålla nämligen huvudmännen, fränsett visst undantag, ersättning för fattiga patienter med halva dagkostnaden av vederbörande landsting. Om sjukhusen i fråga, såsom avsett är, förvandlas till landstingskommunala vårdhem, utgår automatiskt statsbidrag enligt nyss angivna normer.

Med de av mig förordade grunderna för statsbidrag till vården av lätt-skötta sinnessjuka skulle statens kostnader bli icke obetydligt lägre än de av kommittén beräknade. Sannolikt torde de vid full utbyggnad komma att hålla sig vid omkring 2,000,000 kronor per år. För de första åren lära kostnaderna icke komma att överstiga 200,000 à 300,000 kronor per år.

Sammanfattning.

De statsbidragsgrunder, vilka jag i de olika avsnitten förordat, gestalta sig såsom följande sammanställning utvisar.

A n s t a l t s g r u p p	Statsbidrag per dag och patient, kronor	Högsta vårdavgift per dag och patient, kronor
<i>Anstalter för kirurgisk tuberkulos:</i>		
Enskilda, A-platser	3.25	1.00
B-platser	2.00	1.00
Landstings- och storstadsanstalter, A-platser	1.50	1.00
B-platser	1.00	1.00
<i>De egentliga vanförestalterna:</i>		
Klinikerna	5.00	1.00
Skolhemmen	3.25	0.50
Yrkesskolorna, interna	4.50	—
, externa	2.00	—
Asylhemmen	3.00	0.50
Bandage och proteser	} ² / ₃ av kost-	} ¹ / ₃ av kost-
	naderna	naderna
<i>Eugeniahemmet:</i>		
Samtliga patienter	1.50	1.00
Bandage och proteser	} ² / ₃ av kost-	} ¹ / ₃ av kost-
	naderna	naderna
<i>Welanderhemmen:</i>		
Hemmen i Göteborg och Malmö	3.50	—
(Hemmet i Stockholm, fixt belopp 8,000 kr.)		
<i>Vårdhem för lättskötta sinnessjuka:</i>		
Samtliga patienter	1.00	0.50

Såsom allmän begränsning skulle stadgas, att statsbidrag icke må utan medicinalstyrelsens medgivande utgå för flera platser än som motsvarar normal beläggning av vederbörande anstalt, dock med viss modifikation beträffande vanförestalterna. I fråga om de enskilda anstalterna för kirurgisk tuberkulos, de egentliga vanförestalterna samt Welanderhemmen i Göteborg och Malmö skulle härutöver gälla, att statsbidrag icke må för någon anstalt utgå med sammanlagt högre belopp än totala vårdkostnaden, sedan summan av patientavgifterna och andra från driften härflytande inkomster, i den mån sådana förekomma, avdragits. Tillika skulle staten vara på visst sätt representerad i dessa anstalters ledning samt vid revisionen av deras räkenskaper. Som regel skulle ock beträffande samtliga hithörande anstalter fastställas vissa normer för samarbete i syfte att underlätta ett ändamålsenligt utnyttjande av anstalterna.

Vid bifall till de sålunda förordade grunderna beräknas statens årliga merkostnader för ifrågavarande vårdgrenar efter full utbyggnad uppgå till ungefärligen följande belopp, nämligen för

	kronor
vården av kirurgisk tuberkulos	1,000,000
vanförevården	1,050,000
Welanderhemsvården	75,000
vården av lättskötta sinnessjuka	2,000,000
	Summa 4,125,000

Under de första åren av de nya grundernas tillämpning torde emellertid kostnadsökningen kunna förväntas komma att väsentligt understiga nämnda belopp, framför allt beträffande vården av lättskötta sinnessjuka, vilken hittills utbyggts i endast obetydlig omfattning. Kostnaderna för denna vård lära sålunda till en början icke komma att överstiga 200,000 à 300,000 kronor.

De nya grunderna torde böra träda i kraft från och med budgetåret 1937/1938. Med hänsyn till de vittgående konsekvenser, som grundernas tillämpande skulle medföra i fråga om såväl statens som landstingens anslagsberäkningar, torde det emellertid vara lämpligt, att berörda grunder underställas redan innevarande års riksdag för prövning och godkännande.

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

att godkänna de grunder för statsbidrag till anstalter för kirurgisk tuberkulos, vanföra, hereditärsfilitiska barn och lättskötta sinnessjuka, som av mig förordats, att tillämpas från och med den 1 juli 1937.

Kungl. Maj:ts proposition nr 206.

Med bifall till denna av statsrådets övriga ledamöter biträdda hemställen förordnar Hans Kungl. Höghet Kronprinsen-Regenten, att proposition av den lydelse bilaga till detta protokoll utvisar skall avläsas till riksdagen.

Ur protokollet:

Å. Nordwall.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.

	Sid.
Inledning	2
Översikt av kommitténs allmänna sjukvårdsplan	7
Vårdbehovens tillgodoseende	7
Huvudmannskap, finansiering och samarbete	10
Kostnadsberäkningar	12
Fråga i vilken omfattning kommitténs sjukvårdsplan nu bör upptagas till prövning	13
Vården av kirurgisk tuberkulos	15
Nuvarande organisation och kostnadsfördelning	15
Kommitténs förslag	17
Yttranden och framställningar i anledning av kommitténs förslag	24
Departementschefen	27
Vanförevården	31
Nuvarande organisation och kostnadsfördelning	31
Kommitténs förslag	35
Yttranden över kommitténs förslag	41
Departementschefen	46
Welanderhemsvården	49
Nuvarande organisation och kostnadsfördelning	49
Kommitténs förslag	50
Yttranden över kommitténs förslag	53
Senare utredning och förslag	53
Departementschefen	55
Vården av lättskötta sinnessjuka	57
Sinnessjukvårdens nuvarande organisation och kostnadernas bestridande	57
Kommitténs förslag	57
Yttranden och framställningar i anledning av kommitténs förslag	60
Departementschefen	64
Sammanfattning	66