

Nr 20.

Kungl. Maj:ts proposition till riksdagen med förslag till lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus; given Stockholms slott den 3 januari 1951.

Kungl. Maj:t vill härmed, under åberopande av bilagda utdrag av statsrådsprotokollet över inrikesärenden för denna dag, föreslå riksdagen att antaga härvid fogade förslag till lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus.

GUSTAF ADOLF.

Eije Mossberg.

Propositionens huvudsakliga innehåll.

I propositionen framläggas förslag till ändringar i lagen om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus, vilka åsyfta att ålägga landstingen och städerna utanför landsting huvudmannskapet för vården av de kroniskt sjuka samt reglera kronikeranstalternas ställning.

Lagstiftningen föreslås skola träda i kraft den 1 januari 1952.

Förslag

till

Lag

angående ändring i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus.

Häriigenom förordnas, att 1 §, 2 § 2 mom., 7 och 11 §§, 14 § 2 mom., 16 §, 19 § 1 mom., 21 § 2 mom. och 23 § lagen den 20 december 1940 om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus¹ skola erhålla ändrad lydelse på sätt nedan anges.

(Nuvarande lydelse:)

(Föreslagen lydelse:)

1 §.

1 §.

Landsting, så — — — vid barnsbörd.

Vård, som — — — — — i landsting.

Denna lag äger icke tillämpning å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet; och skall vad däri finnes stadgat endast i den mån nedan föreskrives gälla anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka, kroniskt kroppssjuka eller konvalescenter.

Denna lag äger icke tillämpning å karolinska sjukhuset och serafimerlasarettet; och skall vad däri finnes stadgat endast i den mån nedan föreskrives gälla anstaltsvård för sinnessjuka, sinnesslöa, fallandesjuka eller konvalescenter.

2 §.

2 §.

2. Med sjukhus — — — 20 § epidemilagen.

Sjukhus, som ej enligt vad nedan i detta stycke stadgas är att anse såsom tuberkulossjukvårdsanstalt eller epidemivårdanstalt, benämnes *lasarett*, om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och eljest *sjukstuga*. Sjukhus, som är inrättat uteslutande för vård av tuberkulossjuka (*tuberkulossjukvårdsanstalt*), benämnes *sanatorium*, om det är avsett för sådana sjuka oberoende av vårdens art, och eljest *tuberkulossjukstuga*. Sjukhus, som till huvudsaklig del är avsett för

Sjukhus, som ej enligt vad nedan i detta stycke stadgas är att anse såsom tuberkulossjukvårdsanstalt, epidemivårdanstalt eller *anstalt för kroniskt sjuka*, benämnes *lasarett*, om det är avsett för vårdbehövande oberoende av fallets svårare eller lindrigare art, och eljest *sjukstuga*. Sjukhus, som är inrättat uteslutande för vård av tuberkulossjuka (*tuberkulossjukvårdsanstalt*), benämnes *sanatorium*, om det är avsett för sådana sjuka oberoende av vårdens art, och eljest *tuberkulossjukstuga*. Sjukhus, som

¹ Senaste lydelse, se beträffande 1 §, 2 § 2 mom., 7 §, 14 § 2 mom., 16 §, 19 § 1 mom., 21 § 2 mom. och 23 § SFS 1946:129.

(Nuvarande lydelse:)

(Föreslagen lydelse:)

vård av sjuka, behäftade med i 2 § 1 mom. epidemilagen omförmäld sjukdom (*epidemivårdanstalt*), benämnes *epidemisjukhus*, om det är avsett för dylika vårdbehövande oberoende av falllets svårare eller lindrigare art, och eljest *epidemisjukstuga*.

till huvudsaklig del är avsett för vård av sjuka, behäftade med i 2 § 1 mom. epidemilagen omförmäld sjukdom (*epidemivårdanstalt*), benämnes *epidemisjukhus*, om det är avsett för dylika vårdbehövande oberoende av falllets svårare eller lindrigare art, och eljest *epidemisjukstuga*. *Sjukhus, som anordnats — såsom fristående anstalt eller anslutet till lasarett eller sjukstuga — uteslutande eller till huvudsaklig del för vård av långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel men vilka icke lida av tuberkulos, benämnes anstalt för kroniskt sjuka.*

För sjukvård — — — epidemisjukstuga *epidemisjukstuguläkare.*

7 §.

Vid sjukhus — — — beredas densamma.
Sjukhus skall — — — behovet påkallad.
Sjukstuga må — — — sextio vårdplatser.
Sjukhus, som — — — särskilda rum.

Vid beräkning jämligt tredje och fjärde styckena av antalet vårdplatser skola platser å barnbördsavdelning medräknas allenast i den mån antalet sådana platser överstiger femton.

11 §.

Den i 2 § 2 mom. avsedde ansvarige läkaren eller, där flera sådana finnas, den av dem, som därtill av sjukvårdsberedningen förordnas, är mellan direktionens sammanträden sjukhusets inför direktionen ansvarige styresman. Sjukvårdsberedningen må, när skäl därtill äro, återkalla med-

7 §.

Vid beräkning jämligt tredje och fjärde styckena av antalet vårdplatser skola *platser å anstalt för kroniskt sjuka, som är ansluten till sjukstuga, icke medräknas samt platser å barnbördsavdelning medräknas allenast i den mån antalet sådana platser överstiger femton.*

11 §.

Den *för sjukvården* ansvarige läkaren eller, där *inom en och samma sjukhusanläggning* flera sådana finnas, den av dem, som därtill av sjukvårdsberedningen förordnas, är mellan direktionens sammanträden sjukhusets inför direktionen ansvarige styresman. Sjukvårdsberedningen må, när skäl

(Nuvarande lydelse:)

(Föreslagen lydelse:)

delat förordnande och förordna annan styresman.

därtill äro, återkalla meddelat förordnande och förordna annan styresman.

För sjukhus — — — direktionsens hörande.

Om beslut — — — underrätta medicinalstyrelsen.

Från bestämmelserna — — — meddela undantag.

14 §.

14 §.

2. Sjukstuguläkare vid — — — till efterrättelse.

Annan sjukstuguläkare ävensom tuberkulossjukstuguläkare och epidemisjukstuguläkare tillsättas av sjukvårdsberedningen efter hörande av vederbörande direktion genom förordnande för viss tid eller tills vidare, i senare fallet med ömsesidig rätt till minst sex månaders uppsägnings-tid. Sådan läkartjänst må ej besättas med annan än den, som av medicinalstyrelsen funnits enligt vederbörligen meddelade bestämmelser till tjänsten behörig. I förordnande, som för viss tid meddelas sjukstuguläkare, skall intagas förbehåll därom, att, därest beslut fattas om sådant utvidgande, att sjukstuguläkaren skall tillsättas enligt första stycket, eller om sjukstugans omändring till lasarett, sjukstuguläkaren skall vara pliktig att avgå sex månader efter uppsägning. Motsvarande förbehåll för det fall att tuberkulossjukstuga omändras till sanatorium eller epidemisjukstuga omändras till epidemisjukhus skall intagas i förordnande, som för viss tid meddelas tuberkulossjukstuguläkare eller epidemisjukstuguläkare.

Annan sjukstuguläkare ävensom tuberkulossjukstuguläkare, epidemisjukstuguläkare och för sjukvård ansvarig läkare vid anstalt för kroniskt sjuka tillsättas av sjukvårdsberedningen efter hörande av vederbörande direktion genom förordnande för viss tid eller tills vidare, i senare fallet med ömsesidig rätt till minst sex månaders uppsägningstid. Sådan läkartjänst må ej besättas med annan än den, som av medicinalstyrelsen funnits enligt vederbörligen meddelade bestämmelser till tjänsten behörig. I förordnande, som för viss tid meddelas sjukstuguläkare, skall intagas förbehåll därom, att, därest beslut fattas om sådant utvidgande, att sjukstuguläkaren skall tillsättas enligt första stycket, eller om sjukstugans omändring till lasarett, sjukstuguläkaren skall vara pliktig att avgå sex månader efter uppsägning. Motsvarande förbehåll för det fall att tuberkulossjukstuga omändras till sanatorium eller epidemisjukstuga omändras till epidemisjukhus skall intagas i förordnande, som för viss tid meddelas tuberkulossjukstuguläkare eller epidemisjukstuguläkare.

16 §.

16 §.

Vid lasarett — — — böra uppställas.

(Nnvarande lydelse:)

(Föreslagen lydelse:)

Underläkare tillsättes av sjukvårdsberedningen genom förordnande på viss tid, som utan Konungens medgivande icke må överstiga tre år i sänder.

Tiden för — — — förordnande föreligger.

19 §.

1. Intagning å — — — därtill föranleda.

Är någon — — — spridande vidtagits.

Intagning av den, som lider av *kronisk kroppssjukdom eller av sinnessjukdom*, må icke, ändå att fråga är om vård, *som nyss sagts*, äga rum, därest sjukdomen skulle medföra avsevärt obehag för andra sjuka.

Är sjukhus — — — sådan avdelning.

21 §.

2. För sjukvård å tuberkulossjukvårdsanstalt eller epidemivårdanstalt ansvarig läkare må icke mottaga särskild ersättning för åtgärd, som avses i 1 mom. första eller andra stycket.

23 §.

Bestämmelserna i 6 §, 7 § första och andra styckena, 8—12 §§, 14 § 2 mom. andra stycket, 21 § 2 och 3 mom. samt 22 § skola i tillämpliga delar gälla även med avseende å anstalt för vård av *kroniskt kroppssjuka eller konvalescenter*, som drives av landsting eller kommun.

Vad i första stycket stadgas om sjukstuga skall äga motsvarande tillämpning med avseende å anstalt för *kroniskt sjuka*.

Underläkare tillsättes av sjukvårdsberedningen genom förordnande på viss tid, som i fråga om annat sjukhus än anstalt för *kroniskt sjuka* utan Konungens medgivande icke må överstiga tre år i sänder.

föreligger.

19 §.

Intagning av den, som lider av *sinnessjukdom*, må icke, ändå att fråga är om vård, *varför sjukhus är inrättat*, äga rum, därest sjukdomen skulle medföra avsevärt obehag för andra sjuka.

21 §.

2. För sjukvård å tuberkulossjukvårdsanstalt, epidemivårdanstalt eller anstalt för *kroniskt sjuka* ansvarig läkare må icke mottaga särskild ersättning för åtgärd, som avses i 1 mom. första eller andra stycket.

23 §.

Bestämmelserna i 6 §, 7 § första och andra styckena, 8—12 §§, 14 § 2 mom. andra stycket, 21 § 2 och 3 mom. samt 22 § skola i tillämpliga delar gälla även med avseende å anstalt för vård av konvalescenter, som drives av landsting eller kommun.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1952.

*Utdrag av protokollet över inrikesärenden, hållet inför
Hans Maj:t Konungen i statsrådet å Stockholms
slott den 3 januari 1951.*

Närvarande:

Statsministern ERLANDER, ministern för utrikes ärendena UNDÉN, statsråden MÖLLER, SKÖLD, QUENSEL, DANIELSON, VOUGT, ZETTERBERG, NILSSON, STRÄNG, ERICSSON, MOSSBERG, WEIJNE, ANDERSSON, LINGMAN.

Efter gemensam beredning med cheferna för social- och finansdepartementen anmäler chefen för inrikesdepartementet, statsrådet Mossberg, fråga om införande av *legalt huvudmannaskap för kronikervården m. m.* samt anför därvid följande.

I. Inledning.

Statens sjukhusutredning av år 1943 har den 17 oktober 1947 överlämnat betänkande II om den lasarettanslutna B-sjukvården jämte anstaltsvården av kroniskt sjuka (SOU 1947: 61)¹. Betänkandet har ägnats åt frågan om avlastning av A-sjukvården vid lasarett genom anordnande av annex- och konvalescentavdelningar samt anstalter för kroniskt sjuka. Beträffande kronikervården har utredningen förordat, att landstingen och städerna utanför landsting genom ändringar i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus — i det följande kallad sjukhuslagen — skulle göras till legala huvudmän för denna vård, varjämte utredningen bl. a. behandlat frågan om den begreppsmässiga avgränsningen av kronikerna från övriga sjuka samt förordat vissa jämkningar i bestämmelserna om statsbidrag till anläggning och drift av kronikeranstalterna.

Över sjukhusutredningens betänkande ha efter remiss yttranden avgivits av statskontoret, medicinalstyrelsen, centrala sjukvårdsberedningen, socialstyrelsen, socialvårdskommittén, 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården, ortoped- och vanförevårdssakkunniga, landstingets förvaltningsutskott eller hälso- och sjukvårdsberedning i aderton län, Stockholms, Göteborgs, Malmö och Hälsingborgs städers sjukhusdirektioner, Norrköpings

¹ I handläggningen inom sjukhusutredningen av med den lasarettanslutna B-sjukvården samt anstaltsvården av kroniskt sjuka sammanhängande spörsmål ha deltagit utredningens samtliga ledamöter, nämligen utredningens ordförande, professorn M. Ljungdahl, överdirektören E. Björkquist, docenten E. Goldkuhl, ledamoten av riksdagens andra kammare A. Hagård, husmodern vid Lidköpings lasarett E. Hakeman, sjukhusdirektören N. Hansson, landstingsdirektören E. von Hofsten, lasarettsläkaren A. Odelberg, ledamoten av riksdagens andra kammare C. P. Olsson och byråchefen G. Ström. Vid utarbetandet av i betänkandet intagna förslag till ändringar i sjukhuslagen och sjukhusstadgan har biträde lämnats av nuvarande chefen för socialdepartementets rättsavdelning, hovrättsrådet Y. Samuelsson.

stads hälso- och sjukvårdsstyrelse, styrelserna för Svenska landstingsförbundet, Svenska stadsförbundet och Svenska landskommunernas förbund. Svenska socialvårdsförbundet, Svenska lasarettsläkarföreningen, Svenska läkaresällskapet, Sveriges läkarförbund, Förste provinsialläkarnes förening, Svenska provinsialläkarföreningen, Svensk sjuksköterskeförening samt Svenska kommunalarbetsareförbundet.

Stockholms läns landstings förvaltningsutskott har överlämnat yttrande från förste provinsialläkaren i länet varjämte Sveriges läkarförbund bifogat ett av överläkaren vid Vasa sjukhus i Göteborg avgivet yttrande.

Jag anhåller nu att till närmare behandling få taga upp frågan om införande av ett legalt huvudmannaskap för kronikervården samt vissa därmed sammanhängande av sjukhusutredningen i dess omförmälda betänkande behandlade spörsmål.

Reformen påkallar ändringar i sjukhuslagen och det kunde måhända ifrågasättas att samtidigt taga upp vissa andra frågor om jämkningar i denna lag, som nyligen aktualiserats. Emellertid synes det vara riktigast att låta anstå härmed. I detta sammanhang bör enligt min mening sjukhuslagens formella gestaltning icke omprövas och ej heller de övriga frågor om ändringar i denna lag, som de senaste åren väckts genom framställningar från olika myndigheter och organisationer. Jag har nämligen för avsikt att senare begära bemyndigande att tillkalla sakkunniga för en översyn av sjukhuslagen. Då en sådan översyn torde kunna bli ganska tidsödande, synas å andra sidan planerna att låta företaga en sådan icke böra föranleda uppskov med prövningen av särskilt angelägna förslag till ändring i lagen. Till denna kategori torde sjukhusutredningens nu ifrågavarande förslag få hänföras.

II. Huvudmannaskapet för kronikervården och därmed sammanhängande frågor.

Gällande ordning.

Enligt 1 § första stycket sjukhuslagen åligger det landsting och stad utanför landsting att för dem, som ha sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada och kroppsfel, i den mån icke annan drager försorg om sådan vård. Ett legalt huvudmannaskap i fråga om sjukhusvården åvilar med andra ord landstingen och städerna utanför landsting. Enligt paragrafens tredje stycke skall emellertid vad i lagen finnes stadgat gälla bl. a. anstaltsvård för kroniskt kroppssjuka endast i den mån det föreskrives i de följande paragraferna i lagen. Här åsyftas 23 §, enligt vilken vissa uppräknade bestämmelser — dock ej 1 § — skola gälla anstalt för vård av kroniskt kroppssjuka. Lagtextens ordalydelse synes sålunda angiva att något legalt huvudmannaskap icke åvilar landstingen i fråga om kronikervården.

I betydande utsträckning äro emellertid landstingen och städerna utanför landsting huvudmän för denna vård. Enligt gällande statsbidragsförfattningar — kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 245) angående statsbidrag till uppförande och inrättande av hem för kroniskt sjuka (ändr. se SFS 1929: 83, 1945: 335 och 1948: 250) samt kungörelsen den 27 juni 1927 (nr 246) angående statsbidrag till driftkostnaderna vid hem för kroniskt sjuka (ändr. se SFS 1938: 406, 1945: 336 och 1948: 251) — utgår numera statsbidrag i första hand endast till landsting och städer utanför landsting. Då särskilda skäl föreligga, kan bidrag även utgå till kommun, som deltagar i landsting, eller kommunalförbund för anordnande och drift av större från ålderdomshem fristående anstalt för kroniskt sjuka.

Statsbidrag till såväl anordnande som drift utgår högst för ett antal sjukplatser, som beträffande stad utanför landsting bestämts till $\frac{3}{4}$ ‰ och för landstingsområde till $1\frac{1}{2}$ ‰ av folkmängden. Statsbidrag utgår vidare endast för anstalt, vilken ingår som ett led i en av medicinalstyrelsen godkänd plan för den kroniska sjukvårdens anordnande inom resp. sjukvårdsområde.

En annan förutsättning för driftbidrag är att platsen är belagd med en kroniskt sjuk. Bidrag får nämligen utgå till hem för sådana kroniskt — obotligt eller svårbotligt — kroppssjuka (företrädesvis sådana sjuka, som lida av elakartade svulster såsom kräfta, sarkom m. fl. hjärn- och ryggmärgssjukdomar samt andra nervsystemets sjukdomar, kronisk reumatism och denna närstående sjukdomar, svår vanförhet, cirkulationsorganens sjukdomar, patologisk senilitet samt kronisk astma), vilka äro i behov av sjukhusvård men vilkas tillstånd icke berättigar till och vilka icke heller kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda. Enligt en övergångsbestämmelse kan dock intill den 1 juli 1951 även andra patienter tillfälligtvis få vårdas på dessa anstalter i den mån platser finnas lediga.

Kronikervårdens läge.

Här skall endast som en bakgrund till sjukhusutredningens förslag om huvudmannaskapet anföras några siffror till belysning av den senaste utvecklingen och läget i fråga om kronikervården. I övrigt hänvisas härutinnan till utredningens betänkande II särskilt s. 92—101.

Enligt en i betänkandet intagen tabell (tab. 7; s. 98) utgjorde den 1 januari 1944 antalet vårdplatser för kroniskt sjuka på sjukvårdsinrättningar inom landstingens förvaltningsområden 4 640 eller 0,9 ‰ av folkmängden och 9,1 ‰ av folkmängden i åldrarna 65 år och däröver. Av dessa funnos 1 865 på av landsting drivna anstalter, 389 på enskilda sjukhem och 2 386 på ålderdomshem eller övriga primärkommunala anstalter. I sex län saknades helt vårdplatser på av landsting drivna anstalter och kronikervården var överhuvud mycket ojämnt utbyggd i de olika länen. I fråga om städerna utanför landsting är enligt betänkandet antalet platser mera svårbestämbart. Utredningen har angivit den undre gränsen den 1 januari 1944 till 2 400 och den övre till

3 525 (1,9 resp. 2,8 ‰ av folkmängden). I dessa siffror ingå icke sådana med kroniskt sjuka belagda vårdplatser, som finnas vid anstalter för annat klientel såsom lasarett, sjukstugor och vanliga avdelningar vid ålderdomshem.

Utredningen anser att 575 kroniker år 1944 vårdades vid vanliga sjukvårdsanstalter.

Med stöd av vissa av socialvårdskommittén verkställda beräkningar har utredningen funnit att på ålderdomshemmen befunno sig minst 1 838 kroniskt sjuka personer på icke statsbidragsberättigade platser, varav något över 1 200 på vanliga avdelningar.

Mot det sålunda beräknade vårdplatsantalet (i runda tal $4\,600 + 3\,500 + 600 + 1\,200 = 9\,900$) kan ställas det sjuka klienteletets storlek, av utredningen uppskattad till 20 000 à 27 000 personer.

De angivna siffrorna hänföra sig i huvudsak till år 1944. Sedan dess har en icke obetydlig utbyggnad ägt rum. Delvis belyses denna av en i socialstyrelsen verkställd sammanställning av bl. a. antalet vårdplatser för kroniskt sjuka å landstingens vårdhem den 1 augusti 1949, vilken av byråchefen Ali Berggren publicerats i Svenska socialvårdsförbundets tidskrift för 1949 (häfte 5). Enligt denna sammanställning utgjorde hela antalet vårdplatser på *landstingens vårdhem* sistnämnda dag 3 201 eller ca 0,6 ‰ av folkmängden mot 1 865 vid tiden för sjukhusutredningens beräkning. Endast i ett län (Gävleborgs) sänkades landstingshem för kroniker. Samtidigt voro i landstingens regi kronikerhem eller avdelningar med tillhopa 695 platser under uppförande och planerade landstingen anordnande av 3 307 platser för kroniker. Sammanställningen visar emellertid att såväl före som efter denna utbyggnad av kronikervården antalet vårdplatser i förhållande till folkmängden växlar väsentligt i de olika landstingsområdena.

Enligt av medicinalstyrelsen meddelade uppgifter utgick den 1 juli 1950 driftbidrag till 5 658 vårdplatser för kroniker, däri inberäknat platser å primärkommunernas vårdhem.

Några utvecklingslinjer och tidigare uttalanden om huvudmannskapet.

I äldre tider och ännu långt in på 1900-talet ansågs samhällets vård av obotligt och kroniskt sjuka ingå som ett led i fattigvården. Alltifrån 1920-talet började emellertid den meningen allt mer tränga igenom att vården av de kroniskt sjuka — av hänsyn såväl till de sjuka som till ålderdomshemmens klientel — bör vara ett led i den allmänna kroppssjukvården. Sjukhusutredningen formulerar den nu mest gängse uppfattningen om fattigvårdens befattning med sjukvård så, att den omständigheten att en person åtnjuter fattigvård ej bör föranleda att han vid sjukdom, den må vara av akut eller kronisk art, omhändertages på annat sätt och på annan anstalt än andra medborgare.

Socialvårdskommittén har också i sitt betänkande om ålderdomshemmen (SOU 1946: 52) förordat en sådan utbyggnad av kronikervården, att den snarast möjligt blir i stånd att omhändertaga alla de kroniskt sjuka, som nu

måste vårdas på de egentliga ålderdomshemmen eller ej statsbidragsberättigade avdelningar av dessa hem.

Det anförda innebär emellertid ej att man ansett att kronikervården utan gräns borde uppgå i den allmänna kroppssjukvården. Enligt sjukhusutredningen är man i stället i stort sett ense om att kronikervården bör utgöra en självständig vårdform bl. a. därför att vårdbehovet är så annorlunda beskaffat. De kroniskt sjuka fordra — framhåller utredningen — av personlig skötsel mycket, av behandling endast litet och av diagnostik praktiskt taget ingenting. Det kunde icke vara stor mening i att ge de dyrbara lasaretten och klinikererna, utrustade för att tillgodose alla krav på diagnostik och terapi, ett sådant omfång, att även de kroniskt sjuka kunde omhändertagas där.

I fråga om huvudmannaskapet hävdade redan 1920 års sakkunniga beträffande vård av kroniskt sjuka att frågan om denna vård skulle lösas bäst, om den omhändertoges av landstingen och städerna utanför landsting. Statens sjukvårdskommitté har i ett 1934 avgivet betänkande (SOU 1934: 22) ingående övervägt olika alternativ för spørsmålets lösning och härvid starkt förordat landstingslinjen. Ett klart uttryck för den förändrade inställningen till förmån för denna linje utgör slutligen ändringarna 1945 i 1927 års statsbidragskungörelse och de uttalanden, som föredragande departementschefen gjorde vid framläggande av förslaget (prop. 113/1945, s. 17 ff.).

Då chefen för socialdepartementet i prop. 243/1947 behandlade frågan om grunderna för ålderdomshemsvårdens ordnande m. m. anförde han i anledning av socialvårdskommitténs förslag om införande av legalt huvudmannaskap.

Från landstingshåll har framhållits, att sådana åtgärder ej vore erforderliga, då landstingen redan nu visade stort intresse för utbyggnaden av denna vårdgren. Detta är ävenledes fallet i fråga om flertalet landsting. Inom ett landsting ha emellertid några planer på utbyggnad av hemmen för kroniskt sjuka överhuvud ej upprättats. Inom vissa andra landsting omfatta planerna endast en mindre del av de platser, som anses erforderliga. Sannolikt har detta samband med att primärkommunerna i dessa län tidigare i betydande omfattning tagit sig an vården av de kroniskt sjuka. För att påskynda utbyggnaden av vården av de kroniskt sjuka i dessa län torde en klarläggande bestämmelse om huvudmannaskapet vara av väsentlig betydelse. Jag anser mig därför böra i princip tillstyrka kommitténs förslag härutinnan. Förslag till härav påkallade lagstiftningsåtgärder torde dock böra anstå till en kommande riksdag.

Uttalandet föranledde ingen erinran från riksdagens sida.

Den ändrade inställningen till frågan om huvudmannaskapet för kronikervården belyses även av den faktiska utvecklingen.

Enligt sjukhusutredningens betänkande har de enskilda hemmens andel av hela antalet tillgängliga vårdplatser för kroniskt sjuka minskats under årens lopp från 32 % år 1921 till omkring 10 % år 1944. De primärkommunala, som år 1921 synas ha svarat för 25 à 30 % av hela platsantalet, ökades först och minskades därefter åter i relativ betydelse, så att de år 1944 svarade för

ca 30 % av platserna. Av landsting och städer utanför landsting drivna anstalter upptogo år 1921 42 % av hela platsantalet, nedgingo därefter i relativ betydelse för att åter växa och år 1944 svara för omkring 60 % av sagda antal.

Sjukhusutredningen.

Utredningen finner, att i fråga om huvudmannaskapet utvecklingen av vården av kroniskt sjuka funnit en bestämd riktning — en riktning som utredningen för sin del anser vara mest ändamålsenlig. I varje fall anser sjukhusutredningen, att riktlinjen är så fastställd, att den — under nödigt hänsynstagande till att det här rör sig om en utvecklingsriktning och ej en ännu genomförd ordning — utan vidare kan antagas som norm och förutsättning vid utredningens överväganden. Som en följd härav förordar utredningen, att legalt huvudmannaskap för kronikervården ålägges landsting och städer utanför landsting.

Författningsmässigt har detta tagit sig uttryck i ett förslag till sådan ändring av sjukhuslagen att den i lagens 1 och 23 §§ stadgade begränsningen i fråga om bestämmelsernas tillämpning på kronikervården utgår, så att den generella regeln om huvudmannaskap i 1 § första stycket blir gällande även för denna vård. Utredningen har funnit, att kronikervården överhuvud borde regleras i sjukhuslagen i samma omfattning som den sjukhusvård, beträffande vilken landstingen redan ålagts legalt huvudmannaskap. De jämförelser i lagen, som föranledas härav, komma att redovisas i specialmotiveringen. Här må endast nämnas att utredningen som sin mening framhållit, att ett konsekvent fullföljande av strävandet att frigöra kronikervården från fattigvården för att i stället få den inlemmad i den allmänna kroppssjukvården fordrar, att huvudmannen — denne må vara landsting eller stad utanför landsting — ställer kronikervården under den för varje sjukvårdsområde centrala sjukvårdsmyndighetens ledning.

I anslutning till förslaget om ett legalt huvudmannaskap för kronikervården har sjukhusutredningen även behandlat frågan om centralisering eller decentralisering av denna vård. Efter en redogörelse för diskussionen i denna fråga, vid vilken centraliseringens och decentraliseringens fördelar och olägenheter övervägts ur humanitära, vårdtekniska och driftekonomiska synpunkter, har utredningen framhållit att de länge rådande motsättningarna på denna punkt så småningom utjämnats och på de flesta håll ersatts med uppfattningen att utvecklingslinjen för kronikervården borde vara en kombination av centralisering och decentralisering. I detta sammanhang hänvisas till uttalanden av föredragande departementschefen vid framläggandet 1945 (prop. nr 113) av förslag till nya statsbidragsbestämmelser. Departementschefen framhöll härvid bl. a. att det ålåg medicinalstyrelsen att vid prövningen av planerna för kronikervården beakta, att den icke allt för mycket centraliserades utan att såvitt möjligt en ur olika synpunkter lämplig fördelning av vårdplatstillgången komme till stånd.

I fortsättningen anför sjukhusutredningen bl. a.

För sin del finner sjukhusutredningen de under diskussionen anlagda synpunkterna på frågan om kronikervårdens centralisering eller decentralisering riktiga och de för den ena och andra utvecklingslinjen anförda skälen bärande. Det enda spörsmål, på vilket denna diskussion ej kunnat giva något svar, är huruvida centraliseringen eller decentraliseringen kommer att ställa sig billigast. Enligt sjukhusutredningens mening äro emellertid spekulationer och — av tidigare anförda skäl — även utredningar härom onödiga. I första hand gäller det att ordna värden ur humanitära och vårdtekniska synpunkter. Därefter har man att tillse, att det, som ur dessa synpunkter befinnes riktigt och gott, tillskapas och drives så billigt som möjligt.

Med stöd av den diskussion, för vilken här redogjorts, anser sig utredningen berättigad att betrakta en uppdelning av sagda vård på *dels* till lasarett eller möjligen sjukstugor anslutna anstalter, *dels* ock anstalter utan dylik anslutning, samt därmed sammanhängande differentiering av klientelet som en godtagen utvecklingslinje, vilken utredningen även för egen del önskar biträda.

Utredningen har kallat de förra anstalterna »avdelningar», de senare »hem» för kroniskt sjuka. I frågan på vilken av dessa båda typer av anstalter utbyggnaden i första hand bör inriktas anför utredningen.

Med hänsyn dels till att kronikervården enligt en så gott som enhällig uppfattning ännu är allt för starkt decentraliserad, dels till behovet att genom inrättandet av kronikeravdelningar få till stånd en avlastning av lasaretten anser sjukhusutredningen vidare, att den första etappen av den kommande stora utbyggnaden av kronikervården bör kunna ske tämligen helt i centraliserings tecken, utan att en ändamålsenlig avvägning mellan centralisering och decentralisering därmed behöver riskeras.

Införandet av ett legalt huvudmannaskap för kronikervården förutsätter, att denna vårdform så tydligt som möjligt avgränsas från övriga sjuka särskilt sinnessjuka ävensom från sådana åldringar, som icke behöva sjukhusvård. Sjukhusutredningen har behandlat denna fråga i ett särskilt kapitel, rubricerat »Begreppet kroniskt sjuk».

Utredningen framhåller att den nuvarande definitionen utgår från begreppet »kroppssjuk» och utgöres av en rad specifikationer, som innebära utbrytningar ur detta begrepp. Till gruppen höra sålunda kroppssjuka som a) äro kroniskt — obotligt eller svårbotligt — sjuka, b) företrädesvis sådana som lida av vissa uppräknade slag av sjukdomar, c) äro i behov av sjukhusvård men d) vilkas tillstånd icke berättigar dem till och vilka icke heller kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda.

a) I fråga om bestämningen »*kronisk*» så utgår utredningen från att ordet är liktydigt med långvarig. Sjukdomens kroniska (långvariga) karaktär vore emellertid en alldeles för vid bestämning för att kunna ge en avgränsning och dessutom borde denna egenskap ej fästas vid sjukdomen utan vid sjukdomsstadiet och patientens tillstånd. Detsamma gällde om orden »obotligt eller svårbotligt» sjuka. Dessa fyllde överhuvud ingen uppgift i definitionen och kunde saklöst utgå ur densamma.

b) Även beträffande *sjukdomsförteckningen* framhåller utredningen att det vore sjukdomsstadiet eller tillståndet och icke sjukdomen, som måste bli avgörande, då det gäller att bestämma, om den sjuke bör omhändertagas på lasarett eller på kronikerhem. Utredningen ifrågasätter därför om förteckningen vore nödvändig för definitionen.

c) Mot kravet på att *behov av sjukhusvård* skall föreligga gör utredningen ingen erinran.

d) Det fjärde ledet i den nuvarande definitionen, vilket till kroniskt sjuka hänför dem, »vilkas tillstånd icke berättigar till och vilka heller ej kunna erhålla den särskilda vård, för vilken lasarett och sjukstugor samt därmed jämförliga anstalter äro avsedda», finner utredningen oklart och intetsägande. Den ytterligare bestämning som erfordrades borde hänföra sig till sjukdomsstadiet eller tillståndet. Detta kunde lämpligen karakteriseras genom arten av den vård, det krävde. Utredningen för hit sådana kroniskt kroppssjuka, vilkas tillstånd kräver *intet eller relativt litet av diagnostik eller behandling men mycket av personlig skötsel* och som för erhållande av sådan behöva intas på kroppssjukhus.

Efter att ha framhållit bl. a. att diagnostik och behandling lämpligen borde bestämmas genom att den härför erforderliga sakkunskapen och utrustningen preciserades har sjukhusutredningen kommit fram till följande definition: *Statsbidragsberättigade anstalter för kroniskt sjuka äro avsedda för sådana långvarigt — dock icke tuberkulöst — kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd äro i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras av krav på personlig skötsel men icke eller endast i mindre grad av krav på sådan diagnostik eller terapi, som erfordrar de resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärka lasarett och sjukstugor.*

Utredningen har kompletterat definitionen på en punkt nämligen i fråga om avgränsningen av de »kroppssjuka» gentemot sjuka med psykiska rubbningar. Utredningen anför.

På en anstalt för vård av kroniskt sjuka bör kunna lämnas all den psykiska vård, som man har rätt att fordra av varje läkare och varje sköterska i samband med vården av vilken kroppsligt sjuk som helst. Vidare bör man åt den andliga vården ge ett större utrymme än på andra anstalter för kroppssjuka. Däremot kan det icke vara någon mening i att belägga kronikeranstalter med ett klientel, som kräver speciell psykoterapi. Patienter, de må lida av vilken kroppssjukdom som helst, vilka förete psykiska rubbningar av sådan art, att vården under hela sjukdomstiden eller för längre tid framåt helt eller i avsevärd grad måste inriktas härpå, böra icke omhändertagas på anstalter för vård av kroniskt sjuka.

I anslutning till det anförda har sjukhusutredningen framhållit att den av utredningen förordade uppdelningen av kronikervården på större anstalter (avdelningar för kroniskt sjuka) och mindre över hela sjukvårdsområdet spridda »hem för kroniskt sjuka» medförde och vore själv motiverad av ett behov av differentiering av klientelet. Indelningsgrunden borde vara behovet av kontakt med lasarettsvården och graden av detta behov. Även humanitära synpunkter kunde beaktas med en sådan indelningsgrund.

Utredningen finner, att en med utgångspunkt från den givna definitionen av begreppet kroniskt sjuka konsekvent genomförd avgränsning av klientelet är av betydelse för såväl staten som huvudmännen. För staten betyder en sådan avgränsning medlet att nå den med statsbidragen avsedda verkan på världens utveckling och omfång. För huvudmännen innebär den besparingar genom att den möjliggör en rationell fördelning av kronikerclientelet på å ena sidan enklare och å andra sidan mera väl utrustade anstalter. Samtidigt förhindrar den att de sistnämnda tagas i anspråk av personer, vilka icke kräva vård på kronikeranstalt.

I ett särskilt avsnitt i sitt betänkande har sjukhusutredningen behandlat vissa frågor om statsbidragen till anläggande och drift av anstalter för kroniskt sjuka. Här skall, med hänsyn till spörsmålets samband med frågan om huvudmannaskapet, utredningens förslag i korthet redovisas.

Utredningen föreslår med hänvisning till 1946 års statsbidragsakkunnigas uppdrag ingen ändring i statsbidragens belopp. Utredningen förordar att den nuvarande kvotbegränsningen skall bibehållas men att kvoterna skola höjas till $2\frac{1}{2}$ ‰ eller efter Kungl. Maj:ts medgivande $3\frac{1}{2}$ ‰ av folkmängden för att ansluta sig till det verkliga vårdbehovet. Härutinnan anför utredningen.

Frekvensen av kroniskt sjuka har utredningen ansett sig böra uppskatta till 3 à 4 per 1 000 invånare. När det gäller att med denna frekvens som utgångspunkt föreslå en viss kvot, måste man först besinna, att icke alla kroniskt sjuka kunna förutsättas söka vård på statsunderstödd anstalt eller på anstalt överhuvudtaget. Under sådana förhållanden och med tanke på faran av överdimensionering anser sjukhusutredningen, att man för den närmaste framtiden bör räkna med en utbyggnad till gränsen 3 ‰ eller ungefär 20 000 vårdplatser i hela riket. Med hänsyn till de avsevärda olikheter, som råda beträffande platsbehovet inom olika sjukvårdsområden, bör emellertid den anförda promillesiffran betraktas som ett genomsnitt, kring vilket betydande fluktuationer kunna förekomma. För att möjliggöra sådana fluktuationer utan att riskera lokal överdimensionering synes det lämpligt att i bidragsförfattningen stipulera ett något lägre promilletal, t. ex. $2\frac{1}{2}$, varvid det bör ankomma på Kungl. Maj:t att efter utredning och hemställan av vederbörande sjukvårdsberedning i särskilda fall medgiva bidrag för flera platser, dock högst för ett antal av förslagsvis $3\frac{1}{2}$ ‰ av områdets folkmängd.

Vidare vill utredningen framhålla önskvärldheten av att bestämmelserna om antalet bidragsberättigade platser göras lika för landsting och städer utanför landsting.

Remissyttranden m. m.

Att ett legalt huvudmannaskap för kronikervården ålägges landstingen och städerna utanför landsting tillstyrkes i det övervägande antalet remissyttranden.

Socialvårdskommittén invänder dock följande.

Huvudmannaskapet har av utredningen utformats på ett helt annat sätt än socialvårdskommittén föreslagit i sitt betänkande XIV (SOU 1946: 52). Kommittén föreslog att huvudmannaskapet skulle få samma utformning som gäller för landstingens huvudmannaskap för barnhemmen. För varje landstingsområde skulle sålunda göras en detaljerad utredning om platsbehovet

och på grundval härav utarbetas en plan att godkännas av medicinalstyrelsen eller Kungl. Maj:t. Planen skulle innebära en utbyggnad under viss tid. Självfallet får detta förslag ses mot bakgrunden av att staten lämnar betydande bidrag till hemmen för kroniskt sjuka liksom till barnhemmen.

Utredningen har nu inskränkt sig till att föreslå att sjukhuslagens allmänna uttalande om kroppssjukvården som en uppgift för landstingen får avse även vården av de kroniskt sjuka. Socialvårdskommittén kan för sin del icke finna detta tillräckligt. Särskilt med hänsyn till att vården av de kroniskt sjuka i icke obetydlig grad kan sägas vara en försörjningsfråga måste man alltid räkna med risken av att behovet av vårdplatser för dylika sjuka ej kommer att stå i centrum för landstingens intresse på samma sätt som vården av de akuta fallen. För de sjukas egen del och icke minst ur socialvårdens synpunkt, särskilt för att man verkligen skall kunna genomföra det av statsmakterna fattade beslutet om ålderdomshemmen, är det synnerligen angeläget att utbyggnaden av hemmen för kroniskt sjuka icke eftersättes. Socialvårds-kommitténs förslag till utformning av huvudmannaskapet erbjuder vissa garantier mot att så ej skall ske, och kommittén måste därför vidhålla detta förslag.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott ifrågasätter, om tiden ännu är mogen att införa för landstingen legalt huvudmannaskap beträffande vården om de kroniskt sjuka. På många håll och så bl. a. i Hallands län vore många avdelningar för kroniskt sjuka organiskt inordnade i ålderdomshemmen. Om ett legalt huvudmannaskap stadgades, skulle skyldighet komma att åvila landstingen att svara för dessa avdelningars underskott, vilket förmodligen skulle draga med sig rätt många tvister mellan landstingen och ålderdomsvårdens huvudmän rörande beräkningen av kostnaderna.

Frågan om centralisering eller decentralisering av vården av de kroniskt sjuka har föranlett skiftande uttalanden.

Enligt *medicinalstyrelsens* mening föreligger å ena sidan en önskan att ej för mycket centralisera denna vård, på det att icke de sjuka skola ryckas alltför långt bort från sin hemtrakt, vilket skulle medföra ökade kostnader och tidsförlust för anhörigas besök. Detta vore en viktig faktor, till vilken hänsyn borde tagas. Å andra sidan fordrade vården av de kroniskt sjuka numera en mera aktiv terapi. Vården borde icke enbart utgöra ett omhändertagande utan i många fall syfta därtill, att de sjuka skulle för längre eller kortare tid helt eller delvis kunna taga hand om sig själva. Detta fordrade i sin tur en anstaltsmässig utrustning och drift, och det syntes därför ändamålsenligt att i så måtto centralisera vården, att avdelning eller hem för kroniskt sjuka förlades vid eller i anslutning till lasarett eller sjukstuga för att man vid föreliggande behov skulle kunna begagna sig av där befintlig utrustning, såsom röntgen, laboratorium etc. Vid sådan centralisering borde man dock ej göra anstalterna alltför stora, så att de förlorade karaktären av ett hem — för många individer komme nämligen dessa vårdanstalter att bli deras sista hem.

Socialstyrelsen biträder den av sjukhusutredningen föreslagna uppdelningen av vården dels på avdelningar anslutna till lasarett eller möjligen

sjukstugor, och dels på hem utan dylik anslutning. Styrelsen framhåller emellertid, att den icke kunde dela utredningens mening, att den första etappen av utbyggnaden borde kunna ske tämligen helt i centraliseringens tecken. Härvid påpekar socialstyrelsen bl. a. att den stränga ransoneringen av byggnadstillstånd icke torde medgiva nybyggnad av lasarettanslutna kronikeravdelningar under de närmaste åren. I stället torde utvecklingen bli att byggnadsfrågorna komma att lösas, icke genom nybyggnader, utan genom ianspråktagande, eventuellt efter ombyggnad, dels av äldre byggnader ute i sjukvårdsområdena och dels av avdelningar, som icke lämpligen kunna i fortsättningen nyttjas såsom A-avdelningar vid lasaretten. Huruvida förutsättningar för dylika lösningar finnas, måste bedömas efter förhållandena i varje särskilt sjukvårdsområde. Socialstyrelsen förordar en inventering eventuellt efter särskilt uppdrag av Kungl. Maj:t bl. a. av bestående ålderdomshembyggnader, vilka, ehuru de icke fylla de krav, som numera ställas på ålderdomshem, med fördel kunna med jämförelsevis små kostnader ändras till vårdhem.

Även *socialvårdskommittén* och *Blekinge läns landstings förvaltningsutskott* vända sig mot utredningens uttalande om en första utbyggnad i centraliseringens tecken. Kommittén framhåller bl. a. att det ur social synpunkt vore olyckligt om tyngdpunkten lades på centrala anstalter. Landstingen borde därför icke gå att fylla ifrågavarande uppgift med den allmänna anvisningen, att de i första hand borde intressera sig för centrala anstalter.

Svenska landstingsförbundets styrelse biträder däremot förslaget att den närmaste utbyggnaden av kronikervården, där så vore möjligt, borde ske i form av avdelningar förlagda till lasaretten. *Södermanlands läns landstings förvaltningsutskott* förklarar, att vården av de kroniskt sjuka inom länet hittills konsekvent förlagts i anslutning till lasarett eller sjukstuga och att landstinget hade lång erfarenhet av fördelarna härav. Detta hindrade dock icke, att det kunde vara lämpligt att i viss utsträckning förlägga vården även mera fristående.

Den av utredningen föreslagna definitionen av det författningsmässiga begreppet kroniskt sjuka har i allmänhet hälsats med tillfredsställelse såsom ett medel att skarpere än tidigare kunnat ske avgränsa gruppen statsbidragsberättigade kroniskt sjuka.

Medicinalstyrelsen finner definitionen vara väl funnen och innebära en enligt styrelsens mening berättigad utvidgning av begreppet kroniskt sjuka.

I några yttranden ha emellertid gjorts anmärkningar mot utredningens bestämning. *Kronobergs läns landstings förvaltningsutskott* anser, att definitionen icke tillräckligt tydligt avgränsar det kroniska sjukvårdsklientelet från å ena sidan de akut sjuka och å andra sidan de ålderdomssvaga, som behöva vård på anstalt. Framför allt torde uttrycket »personlig skötsel» komma att giva upphov till tveksamhet och diskussion.

Sveriges läkarförbund har med en ganska utförlig motivering kommit fram till en från utredningen något avvikande bestämning.

Begreppet kroniskt sjuk synes, i fråga om berättigande till statsbidrag, lämpligen böra definieras sålunda: »personer, lidande av kronisk kroppssjukdom eller invaliditet — dock icke tuberkulos — vilka på grund av sitt tillstånd stadigvarande eller för lång tid äro i behov av sjukhusmässig vård å anstalt». — Härigenom skulle uteslutas utom sinnessjuka, dels sådana kroniskt sjuka och invalider, vilka, ehuru svårskötta eller till äventyrs sängliggande, skulle kunna vårdas i hemmen, om ekonomiska och personella resurser stode till buds, eller å vårdhemmen, dels sådana kroniskt sjuka, som på grund av akuta exacerbationer eller komplikationer fordra temporär vård å lasarettssjukhus.

Överläkaren vid Vasa sjukhus i Göteborg, som i ett utförligt yttrande bl. a. framhållit behovet av specialavdelningar för ålderdoms- och kroniskt sjuka i anslutning till lasaretten, har icke heller helt kunnat biträda sjukhusutredningens bestämning. Han föreslår följande formulering.

Statsbidragsberättigade sjukavdelningar och sjukhem för kroniskt sjuka äro avsedda för sådana långvarigt — dock icke tuberkulöst — kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd äro i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras mer av krav på personlig skötsel än av de krav på diagnostiska resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärker lasaretten.

Avgränsningen av kronikerna mot de vanföra och psykiskt sjuka har berörts i ett par yttranden. *Ortoped- och vanförevårdssakkunniga* ifrågasätta sålunda att definitionen kompletteras så att de höggradigt vanföra, vilka f. n. vore berättigade till kronikervård, otvetydigt hänfördes till kronikerna.

Socialstyrelsen vänder sig mot utredningens uttalande, att dessa anstalter icke böra få beläggas med patienter, vilkas kroniska kroppssjukdom komplicerats av psykiska rubbningar, som kräva speciell psykoterapi. Styrelsen frågar sig, var dylika svårskötta patienter då skola vårdas. Det torde icke vara ovanligt, att svårt kroniskt kroppssjuka människor även lede av ett neurosstillägg till sitt övriga lidande och att särskilt åldriga patienter även vore påtagligt psykiskt sjuka. Det vore dylika komplikationer, som ofta gjorde den redan krävande omvårdnaden om kroniskt kroppssjuka människor särskilt påfrestande för vårdpersonalen. Styrelsen förstode väl, att kronikerhemmen eller de lasarettanslutna avdelningarna i allmänhet icke kunde utrustas med resurser för speciell psykoterapi. Men detta gällde i än högre grad om de kommunala ålderdomshemmen. I den rådande situationen med svår platsbrist även å sinnessjukhusen ansågo styrelsen det icke tillrädligt med uttryckligt förbud för vård av psykiskt sjuka kronikerpatienter å kronikerhem.

Nödvändigheten av en kraftig höjning av statsbidragen har undantagslöst vitsordats i den mån man yttrat sig i denna del. Förslaget att kvotbegränsningen bibehålles har i allmänhet lämnats utan erinran. *Socialstyrelsen* och *socialvårdskommittén* förorda dock att denna begränsning slopas och

även *Jönköpings läns landstings sjukvårdsberedning* och *överläkaren vid Vasa sjukhus i Göteborg* göra vissa erinringar.

Beträffande bidragskvotens storlek har förslaget i flertalet yttranden tillstyrkts eller lämnats utan erinran.

Medicinalstyrelsen understryker emellertid att sådan försiktighet vid utbyggandet av statsbidragsberättigade vårdplatser måste iakttagas, att man icke erhåller ett överskott på platser. Styrelsen funne nämligen de av utredningen i detta avseende gjorda beräkningarna ligga i överkant. Med hänsyn därtill och till olikheter i platsbehovet inom olika sjukvårdsområden funne styrelsen det lämpligt, att kvoten tills vidare begränsades till 2 ‰ men att Kungl. Maj:t efter särskil hemställan av vederbörande sjukvårdsberedning kunde medgiva viss höjning av kvoten, dock högst till 3 ‰ av områdets folkmängd.

Även *centrala sjukvårdsberedningen* varnar för överdimensionering av vårdplatserna för kroniskt sjuka och anser det nuvarande behovet icke överstiga 2 ‰ av folkmängden. Beredningen förordar, att ytterligare undersökning av platsbehovet göres. Liknande synpunkter utvecklas av *Svenska landstingsförbundets styrelse*.

Hallands läns landstings förvaltningsutskott anser att kvoten bör höjas till 3 ‰.

I detta sammanhang må vidare nämnas, att *1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården* i sitt betänkande angående statsbidragssystemet för den slutna kroppssjukvården (SOU 1948: 48) föreslå, att kvotbegränsningen bibehålles i fråga om anläggningsbidragen för kronikervården enligt sjukhusutredningens förslag. Däremot föreslås att begränsningen slopas i fråga om driftbidragen.

I skrivelse den 19 september 1950 har *Svenska landstingsförbundets styrelse* på nytt tagit upp frågan om en höjning av kvotbegränsningen för statsbidragen till kronikervården samt hemställt om sådan ändring i gällande statsbidragsförfattningar, att statsbidrag kunde utgå för högst två platser per 1 000 invånare i resp. sjukvårdsområden. Förbundsstyrelsen framhåller, att omfattande planer föreläge på en utbyggnad av denna vårdform. F. n. förfogade landstingen över ca 3 200 vårdplatser för kroniskt sjuka. Enligt föreliggande beslut skulle detta platsantal inom de närmaste åren komma att praktiskt taget fördubblas och härutöver funnes planer på en ej oväsentlig utbyggnad.

Förbundsstyrelsen fortsätter:

Redan nu har i några landstingsområden antalet kronikerplatser överskridit den fastställda kvoten och i några andra landstingsområden beräknas så bliva fallet inom en relativt kort tid. Omnämnas må vidare, att vid det omfattande planeringsarbete, som nu pågår på kronikervårdens område, landstingen i allmänhet räkna med ett platsantal, som närmar sig eller uppgår till ca 2 ‰ av befolkningen i resp. områden. Under sådana förhållanden ter sig en höjning av kvoten högeligen önskvärd.

Efter att ha erinrat om sjukhusutredningens förslag i denna del framhåller förbundsstyrelsen vidare, att det måste anses synnerligen moderat, när den nu inskränkte sig till att förorda en höjning av kvoten till 2 ‰. Att en ytterligare sådan höjning kunde bli påkallad syntes visserligen sannolikt. Styrelsen ansåge det emellertid riktigast, att kvoten nu icke höjdes mer än som vore oundgängligen nödvändigt.

Över landstingsförbundets framställning ha efter remiss statskontoret och medicinalstyrelsen yttrat sig.

Statskontoret framhåller att för ett ställningstagande till förslaget fordrades en klar överblick över det totala vårdplatsbehovet ävensom antalet sjukvårdsområden, där gällande kvoter redan fullt utnyttjas eller det medgivna kvottalet snart beräknades bli uppnått. Därest en sådan utredning visade, att ökade bidrag allmänt behövdes och det statsfinansiella läget icke ansågs hindra en ökad statsbidragsgivning, ville statskontoret icke göra någon erinran mot förslaget.

Medicinalstyrelsen tillstyrker bifall till landstingsförbundets framställning med det tillägget att Kungl. Maj:t efter särskild begäran av vederbörande sjukvårdsberedning skulle äga medgiva höjning av platskvoten till 3 ‰ av folkmängden. Angående konsekvenserna av ett bifall till förslaget framhåller styrelsen bl. a. följande:

Under förutsättning, att för storstäderna bidrag tills vidare icke kommer att av Kungl. Maj:t beviljas för mer än 2 ‰ av sjukvårdsområdets folkmängd, skulle med nuvarande folkmängd det högsta sammanlagda antalet vårdplatser, för vilket statsbidrag må utgå till städerna Stockholm, Göteborg och Malmö, öka från 951 till 2 542. Denna ökning av platsantalet skulle föranleda en beräknad högsta merkostnad för statsverket av $[(2\,542 - 951) \times 1:50 \times 365]$ 871 072 kronor, vilket belopp, med hänsyn såväl till att högsta kvotsiffran åtminstone icke omedelbart torde kunna nås i Göteborg som till att i regel en vårdplats icke torde vara belagd varje dag under ett år, kan avrundas till 800 000 kronor. Därest de sålunda förordade nya bestämmelserna bli gällande från och med den 1 juli 1951, kan, enär statsbidraget utbetalas halvårsvis i efterskott, för ändamålet komma att för budgetåret 1951/52 erfordras ett belopp av 400 000 kronor. För intet av övriga sjukvårdsområdets del är det troligt, att nu gällande kvotsiffra kommer att överskridas under nyssnämnda budgetår.

Departementschefen.

En nödvändig förutsättning för och ett led i den reform av ålderdomshemsvården, vars grunder godkändes av 1947 års riksdag, var att ålderdomshemmen befriades från de olika kategorier av sjuka personer, som utgöra en betydande del av deras klientel. Bland dessa sjuka kan ett stort antal hänföras till de kroniskt sjuka. Socialvårdskommittén, på vars förslag 1947 års proposition i ämnet (nr 243) grundades, hade därför föreslagit att landstingen och städerna utanför landsting i lag skulle åläggas huvudmannaskap för vården av dessa sjuka och att Kungl. Maj:t skulle fastställa planer för utbyggnaden av vårdformen inom de olika sjukvårdsområdena. Chefen för socialdepartementet framhöll i anslutning till detta förslag, att en klarlag-

gande bestämmelse om huvudmannaskapet för kronikervården torde vara av väsentlig betydelse för utbyggnaden av denna vård i vissa län, där vårdgrenen var särskilt eftersatt. Kommitténs förslag härutinnan tillstyrktes därför men departementschefen uttalade att förslag till härav påkallade lagstiftningsåtgärder torde böra anstå till en kommande riksdag.

I ett i oktober 1947 dagtecknat betänkande om bl. a. anstaltsvården av de kroniskt sjuka har statens sjukhusutredning av år 1943 tagit upp denna fråga och efter en ingående undersökning av kronikervårdens problem på nytt förordat att landstingen och städerna utanför landsting i sjukhuslagen ålades huvudmannaskapet på samma sätt som gäller för övrig kroppssjukvård. Detta förslag anknyter icke blott till ålderdomshemsreformen utan även till en sedan länge fortgående utveckling för kronikervårdens del. Utvecklingen har här gått från ett betraktelsesätt, där vården av de kroniskt sjuka ansågs ingå som ett led i fattigvården, till den nu förhärskande uppfattningen att kronikervården bör jämföras med annan kroppssjukvård och därför åvila huvudmännen för denna — landstingen och städerna utanför landsting. Ett uttryck för denna uppfattning utgöra de gällande bestämmelserna om statsbidrag till kronikervården, vilka i sin nuvarande form tillkommo år 1945. Enligt dessa skall nämligen staten i vad det gäller nya vårdhem i princip begränsa sina bidrag till sådana hem, som uppföras, inrättas eller drivas av landsting och städer utanför landsting, även om en möjlighet att i särskilda fall bevilja bidrag även till andra primärkommuner bibehållits.

Emellertid är kronikervården i landstingens regi ännu icke utbyggd i den utsträckning som statsbidragssystemet förutsätter d. v. s. till ett platsantal, motsvarande $1\frac{1}{2}\%$ av folkmängden. Icke ens om övriga statsbidragsberättigade platser inräknades uppnåddes för övrigt denna kvotgräns den 1 juli 1949 i något landstingsområde. Och fastän på vissa håll t. ex. i Norrbottens län en betydande utbyggnad av kronikervården skett de senaste åren, finnas liksom år 1947 alltså landstingsområden, där landstinget icke inrättat något enda kronikerhem eller där platsantalet täcker endast en mindre del av behovet. Delvis torde detta visserligen vara att återföra på omständigheter, över vilka landstingen icke kunna råda, såsom restriktionerna på byggnadsmarknaden. Men det är icke uteslutet att frånvaron av en i lag fastslagen skyldighet att ombesörja anstaltsvården även för de kroniskt sjuka medverkat till ifrågavarande landstings bristande intresse för denna vårdgren och medfört att på en del håll primärkommunernas framställningar om att landstinget skall bereda de på ålderdomshemmen vårdade kroniskt sjuka vård på särskilda anstalter tillbakavisats. Med hänsyn härtill torde tiden nu vara inne att förverkliga den i samband med 1947 års principbeslut om ålderdomshemmen fastslagna grundsatsen om ett legalt huvudmannaskap för landstingen och städerna utanför landsting i fråga om vården av de kroniskt sjuka. Sjukhusutredningens förslag om införande av ett sådant huvudmannaskap har också med endast ett par undantag lämnats utan erinran vid remissbehandlingen. Jag vill alltså tillstyrka detta förslag och förorda att det genom-

föres genom en ändring i sjukhuslagen i överensstämmelse med vad utredningen förordat.

I ett yttrande från landstingshåll har uttalats, att ett genomförande av utredningens förslag skulle medföra skyldighet för landstingen att svara för underskotten vid ålderdomshemmens kronikeravdelningar. Denna uppfattning kan jag icke dela. Förslaget innebär ju endast att landstingen och städerna utanför landsting åläggas att ombesörja anstaltsvård för de kroniskt kroppssjuka i samma omfattning som för övriga sjuka d. v. s. i den mån icke annan drager försorg om sådan vård. Med hänvisning till detta förhållande har också socialvårdskommittén funnit utredningens förslag otillräckligt och vidhållit sitt tidigare förslag att huvudmannaskapet skall få samma utformning som gäller för landstingens huvudmannaskap för barnhemmen d. v. s. en skyldighet att inom en viss tid bygga ut kronikervården enligt en godkänd detaljplan. Detta socialvårdskommitténs förslag synes mig emellertid föra för långt. Kommitténs farhågor att landstingen skola eftersätta vården av de kroniskt sjuka torde få anses ogrundade. Det finnes enligt min mening ingen anledning att sätta kronikervården i särställning i förhållande till vården av övriga kroppssjuka.

Beträffande formerna för den utbyggnad av kronikervården, som kan förväntas ske särskilt inom landstingsområdena, så utgör spørgsmålet om centralisering eller decentralisering av denna vårdgren ett huvudproblem, som tidigare livligt diskuterats och som även ingående undersökts av sjukhusutredningen. På denna punkt finns det emellertid enligt min mening ej anledning att frångå det ställningstagande, som skedde 1945 vid framläggandet och godkännandet av de nya statsbidragsbestämmelserna. I departementschefens av riksdagen godkända anförande heter det bl. a. att det vid prövningen av planerna för de olika landstingsområdena borde beaktas, att vården icke alltför mycket centraliserades utan att såvitt möjligt en ur olika synpunkter lämplig fördelning av vårdplatstillgången komme till stånd. I detta uttalande kan jag alltså instämma. Behov föreligger självfallet av båda de typer av kronikeranstalter, på vika sjukhusutredningen tänkt sig att vården skall fördelas, nämligen avdelningar eller rättare anstalter för kroniskt sjuka, anslutna till lasaretten, och fristående hem, gärna förlagda utanför de stora tätorterna. Något bestämt företräde för en av dessa båda typer kan icke givas. Det bör överlåtas åt huvudmännen att efter förhållandena i sjukvårdsområdet bedöma, på vilken typ av anstalter utbyggnaden särskilt bör inriktas för att en avvägning skall komma till stånd, som möjliggör den önskvärda differentieringen av klientelet. Någon anledning att, som socialstyrelsen antytt, föranstalta om en centralt ledd inventering av äldre anstaltsbyggnader, lämpliga för kronikerhem, torde icke föreligga. Det lär kunna förväntas att landstingen vid utbyggnaden av kronikervården utan särskilda direktiv tillvarata de möjligheter som finnas i form av redan befintliga byggnader. För övrigt torde det åtminstone i vissa landstingsområden vara mera angeläget att förstärka den till lasaretten anknutna kronikervården.

Nyss antyddes, att en differentiering av kronikerklientelet är önskvärd. Såsom sjukhusutredningen framhållit bör indelningsgrunden härvid i första hand vara graden av den sjukes behov av kontakt med lasarettsvården. Differentiering förutsätter emellertid att hela denna grupp av sjuka avgränsas från övriga sjuka. En i möjligaste mån tydlig bestämning av begreppet kroniskt sjuk är dessutom uppenbarligen av särskild vikt, om, såsom förordats i det föregående, ett legalt huvudmannaskap för kronikervården skall åläggas landstingen och städerna utanför landsting. Icke minst gäller detta avgränsningen mot de sinnessjuka och ålderdomssvaga. Sjukhusutredningen har också, efter en granskning av den definition av kroniskt sjuka, som återfinnes i gällande statsbidragskungörelser, framlagt en från denna avvikande, mera preciserad definition. Från den nuvarande bestämningen har uteslutits den utförliga exemplifiering av vissa sjuka, som företrädesvis skola anses som kroniker. I förkortad form återfinnes den av utredningen förordade definitionen i 2 § av det i betänkandet intagna förslaget till ändring av sjukhuslagen, där till kroniker hänförts »långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel men vilka icke lida av tuberkulos». Mot denna definition har jag i och för sig intet att erinra även om den knappast skarpt avgränsar ifrågavarande kategori. Ej heller den mera utförliga bestämning, som ligger till grund för den i lagtexten intagna, synes emellertid, att döma av vissa kritiska uttalanden i remissyttrandena, vara helt klagörande. I så måtto kan jag ansluta mig till denna kritik, att utredningen enligt min mening väl starkt betonat behovet av personlig skötsel i förhållande till behovet av diagnostik och terapi såsom konstitutivt för kronikerna. Jag delar även den uppfattningen, som kommit till uttryck i ett yttrande från läkarhåll, att de kroniskt sjuka ofta äro i lika stort behov av terapi i vissa former som många andra kroppssjuka, som vårdas å lasarett. Med dessa modifikationer kan jag emellertid tillstyrka utredningens förslag till definition av begreppet kroniskt sjuk. Jag förordar sålunda att till kroniskt sjuka skola hänföras »sådana långvarigt — dock icke tuberkulöst — kroppssjuka, vilka på grund av sitt tillstånd äro i behov av vård på kroppssjukhus och vilkas vårdbehov konstitueras mera av krav på personlig skötsel än av krav på de diagnostiska och terapeutiska resurser i fråga om personal och apparatur, som utmärka lasarett och sjukstugor». Denna definition torde emellertid icke behöva införas i statsbidragsförfattningarna utan det lär vara tillfyllest, att dessa upptaga en hänvisning till den nyssnämnda bestämmelsen i sjukhuslagen och att den får tjäna till ledning vid tolkningen av samma bestämmelse. Härutinnan må endast framhållas, att den precisering som skett framför allt torde innebära en utvidgning av klientelet omfattning. Detta återverkar i sin tur på statsbidragsgivningen.

Beträffande den närmare innebörden av de olika bestämmingar, som innefattas i den föreslagna definitionen, torde få hänvisas till sjukhusutredningens betänkande. Vad särskilt angår begreppet »kroppssjuk» samt den däri innefattade avgränsningen av de kroniskt sjuka från sjuka med psykiska rubb

ningar kan jag ansluta mig till sjukhusutredningen. Att sådana på ålderdomshemmen vårdade sjuka, som kräva speciell psykoterapi, såsom socialstyrelsen tänkt sig, skola överföras från ålderdomshemmen till kronikeranstalterna kan icke vara lämpligt. De böra i stället i den mån de ej behöva vårdas på sjuksjukhus omhändertagas på hem för lättskötta sinnessjuka. Det svåraste är givetvis avgränsningen mot de ålderdomssvaga. Här torde någon fullt tillfredsställande gräns aldrig kunna dragas upp. Man lär emellertid kunna räkna med att vid intagningen på kronikeranstalterna företräde kommer att ges åt dem, som äro i trängande behov av sjukhusvård, och att dessa komma att vara så talrika att det åtminstone med det nuvarande och planerade platsantalet på dessa anstalter icke kommer att uppstå något avgränsningsbehov av antydd art.

Införande av ett legalt huvudmannaskap för kronikervården kunde måhända anses böra föra med sig att den nuvarande kvotbegränsningen för statsbidragen till denna vårdgren helt slopas, så att icke som f. n. endast vårdplatser intill 1½ % av invånarantalet eller för städernas del ¾ % berättiga till statsbidrag. Ett upphävande av kvotbegränsningen har också påyrkats av socialstyrelsen och socialvårdskommittén. Ej heller i denna del anser jag emellertid att tillräckliga skäl förebragts för en ändring av den ståndpunkt, som statsmakterna tidigare intagit. Jag kan alltså härutinnan ansluta mig till sjukhusutredningen, vilken som framgår av det föregående ansett att kvotgränsen bör bibehållas, en uppfattning som delas av det övervägande flertalet remissinstanser och, såvitt angår anläggningsbidragen, av 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården.

Såväl sjukhusutredningen som omförmälda sakkunniga ha emellertid föreslagit att kvoterna skola höjas till 2½ % eller efter Kungl. Maj:ts medgivande 3½ % av folkmängden. Landstingsförbundet har i september 1950 begärt en höjning till 2 %. Onekligen skulle en höjning av den särskilt för städernas del ganska snäva kvotgränsen innebära att kvoten bättre anpassades efter vårdbehovet och ur denna synpunkt kan måhända en måttlig höjning i och för sig synas befogad. Emellertid har 1950 års besparingsutredning i en under december 1950 avgiven promemoria ifrågasatt huruvida icke statsbidragen till anläggning och drift av kronikeranstalter skulle kunna helt avskaffas. Detta förslag övervägs f. n. inom inrikesdepartementet. Innan det slutligt prövats kan någon höjning av kvotgränsen knappast komma i fråga. Jag förordar alltså att med prövning av detta spörsmål får anstå tills vidare.

III. Kronikervårdens lagliga reglering.

Gällande bestämmelser.

Landstingens och kommunernas sjukhusväsende i allmänhet regleras genom sjukhuslagen den 20 december 1940 (nr 1044; ändr. se SFS 1943: 795,

1944: 98, 1945: 79, 1946: 129, 1949: 101 och 1950: 162). Såsom redan förut nämnts åligger det enligt 1 § denna lag landsting och stad utanför landsting att för dem, som ha sin vistelseort eller hemort inom landstingsområdet eller staden, ombesörja anstaltsvård för sjukdom, skada eller kropsfel, i den mån annan icke drager försorg om sådan vård. Dylik vård må ock ombesörjas av kommun, vilken deltagar i landsting.

Enligt 1 § tredje stycket sjukhuslagen omfattas vissa slag av anstaltsvård, bl. a. anstaltsvård för kroniskt kroppssjuka och konvalescenter, av sjukhuslagens bestämmelser endast i den mån detta särskilt föreskrives i lagen. De bestämmelser i lagen, som gälla för kronikervården, äro, enligt 23 §, de under 6 §, 7 § första och andra styckena, 8—12 §§, 14 § 2 mom. andra stycket, 21 § 2 och 3 mom. samt 22 § upptagna föreskrifterna. I den mån någon ändring i dessa bestämmelser påkallas av att huvudmannskapet fastslås i lag kommer deras innehåll att beröras i det följande. I övrigt hänvisas härutinnan till lagtexten och den redogörelse som lämnats i sjukhusutredningens betänkande II s. 112.

De bestämmelser i sjukhuslagen, som f. n. *icke* äga tillämpning på kronikervården äro, bortsett från 1 §, reglerna i 2—5 §§, 7 § tredje—femte styckena, 13 §, 14 § 1 mom. och 2 mom. första stycket, 15—20 §§, 21 § 1 mom. samt övergångsbestämmelserna. Av dessa paragrafer innehåller 2 § vissa definitioner på olika slag av sjukhus m. m. Av övriga paragrafer handlar 3 § om det samfällda förvaltningsutskottets överinseende över den ekonomiska förvaltningen, 4 § om den centrala ledningen av landstingets sjukvårdsväsende, 5 § om sjukhus som drivas av kommun, 7 § tredje stycket om antalet vårdplatser vid sjukstuga, 7 § fjärde stycket om isoleringsrum vid sjukhus med mer än 24 vårdplatser, 7 § femte stycket om beräkning av antalet vårdplatser, 13 § om uppdelning av lasarett på avdelningar, 14 § 1 mom. om utnämning av lasarett-, sanatorie- och epidemisjukhusläkare, 14 § 2 mom. första stycket om utnämning av läkare vid större sjukstuga, 15 § om mottagning för öppen sjukvård vid sjukhus, 16 § om förordnande av underläkare, 17 § om förordnande av biträdande lasarettsläkare, 18 § om rätt till semester och rätt till enskild praktik, 19 § om intagning å sjukhus, 20 § om legosängsavgifter och 21 § 1 mom. om läkares rätt till ersättning för slutna vård.

Tillämpningsbestämmelser till sjukhuslagen äro givna i den i administrativ ordning utfärdade sjukhusstadgan den 20 december 1940 (nr 1045; ändr. se SFS 1943: 796, 1947: 963 och 1949: 625). Enligt 56 § denna stadga skall vad i stadgan föreskrives om mindre sjukstuga med vissa undantag i tillämpliga delar lända till efterrättelse även för kronikeranstalterna.

Föreskrifter om kronikeranstalter finnas vidare i de förut omnämnda statsbidragskungörelserna av den 27 juni 1927.

Sjukhusutredningen.

Sjukhusutredningens betänkande innehåller bl. a. utformade förslag till de ändringar i sjukhuslagen och sjukhusstadgan, vilka påkallas för en för-

fattningsmässig reglering av kronikervården. Utredningen framhåller att den övervägt att i en enda fristående författning sammanföra alla bestämmelser som erfordras för denna reglering. Statsbidragsförfattningarna omprövades emellertid då betänkandet framlades av särskilda sakkunniga. Tillskapandet av en särskild författning för denna vårdform skulle dessutom innebära en upprensning av stora delar av sjukhuslagen och sjukhusstadgan. Det hade därför synts utredningen lämpligast att bibehålla den nuvarande ordningen.

De föreslagna ändringarna i sjukhuslagen avse 1 §, 2 § 2 mom., 7 och 11 §§, 14 § 2 mom., 16 §, 19 § 1 mom., 21 § 2 mom. och 23 §. I fråga om 1 och 23 §§ föreslås endast att orden »kroniskt kroppssjuka» skola utgå, varigenom som förut nämnts den nuvarande begränsningen i fråga om lagens tillämpning på dessa sjuka skulle bortfalla. Sjukhuslagen kommer i sin helhet att gälla även för kronikeranstalterna. Bl. a. bli 4 och 5 §§ tillämpliga, varigenom ifrågasvarande anstalter inordnas under den centrala ledningen för sjukvårdsområdets sjukhusväsen, för landstingens del sjukvårdsberedningen och i städerna det kommunala organ, åt vilket uppdragits att vara sådan beredning. Sjukhusutredningen har framhållit att det borde tillkomma vederbörande sjukvårdsberedning att utfärda sådana bestämmelser och föreskrifter rörande patientintagningen på sjukvårdsområdets olika kronikeranstalter, som kunna finnas erforderliga för ett ändamålsenligt utnyttjande av de tillgängliga platserna. Sjukhusberedningens befogenheter härutinnan skulle enligt utredningens mening fastslås genom att 3—5 §§ sjukhuslagen gjordes tillämpliga jämväl på kronikeranstalterna. — I övrigt torde lagförslaget innebörd få redovisas i specialmotiveringen.

Sjukhusutredningens förslag till ändring i sjukhusstadgan innebär att bestämmelserna om mindre sjukstugor med vissa jämkningar skola tillämpas på kronikeranstalterna.

Sjukhusutredningen har med hänvisning till uppdraget åt 1946 års statsbidragssakkunniga för hälso- och sjukvården icke lagt fram förslag till nya statsbidragsbestämmelser.

Remissyttrandena.

Svenska landstingsförbundets styrelse framhåller att även om det ej kunde undvikas att bestämmelserna om kronikervården bli relativt oöverskådliga genom att inryckas i sjukhuslagen och sjukhusstadgan, ville styrelsen dock icke motsätta sig förslaget härom.

I sitt förut (s. 19) omnämnda yttrande över en framställning från landstingsförbundet om höjning av kvotgränsen för statsbidraget erinrar *medicinalstyrelsen* om att 1946 års statsbidragssakkunniga uttalat, att som allmänt villkor för statsbidrag till kronikeranstalt borde gälla, att den stod under ledning av den centrala sjukvårdsmyndigheten i sjukvårdsområdet. Medicinalstyrelsen hemställer att detta villkor skall gälla för varje ny anstalt för kroniskt sjuka, för vilken beviljas statsbidrag.

Departementschefen.

Förslaget om införande av ett lagstadgat huvudmannaskap för kroniker-vården genom en ändring i 1 och 23 §§ sjukhuslagen har förut tillstyrkts. Detta innebär att kronikervården blir likställd med annan kroppssjukvård, vilket i sin tur kräver ett ställningstagande till olika spörsmål om ledning, personal m. m. vid kronikeranstalterna, vilka f. n. för lasarettens och sjukstugornas del regleras i sjukhuslagen och sjukhusstadgan. I vissa i 23 § nu angivna delar gäller visserligen sjukhuslagen redan f. n. för kronikeranstalterna. Flera viktiga bestämmelser bli emellertid tillämpliga först i och med att denna paragraf ändras såsom utredningen föreslagit. Här må särskilt nämnas stadgandena i 4 och 5 §§ om den centrala ledningen för sjukvårdsområdenas sjukhusväsen, vilkas giltighet för kronikervården torde möjliggöra av sjukhusutredningen önskad översikt av och enhetlighet i beläggningen av kronikeranstalterna. Utredningen föreslår heller ingen ändring i dessa stadganden. Beträffande vissa andra paragrafer i sjukhuslagen förordas däremot några smärre jämkningar i lagtexten för att bättre anpassa den för kronikervårdens särskilda krav. Jag kan i huvudsak godtaga även detta utredningens förslag. I enlighet härmed har inom inrikesdepartementet upprättats förslag till lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus. Förslaget överensstämmer i sak med vad utredningen förordat.

I det följande komma de i förslaget upptagna stadganden, som berörts vid remissbehandlingen eller eljest synas kräva särskild kommentar, att något närmare belysas.

Frågan om ändringar i sjukhusstadgan och i gällande kungörelser om statsbidrag till kronikeranstalterna torde få prövas, då statsmakterna tagit ställning till lagförslaget. Den överarbetning av statsbidragsförfattningarna som måste ske om förslaget godtages synes kunna genomföras utan att frågan särskilt underställes riksdagen.

Specialmotivering till lagförslaget.*1 §.*

Ur tredje stycket av denna paragraf har borttagits bestämmelsen om att stadgandena i lagen skola gälla anstaltsvård för kroniskt kroppssjuka endast i den mån sådant i lagen föreskrives. Beträffande innebörden av denna ändring hänvisas till den allmänna motiveringen.

2 §.

Med sjukhus förstås i sjukhuslagen enligt 2 § 2 mom. första stycket sjukvårdsanstalt, som drives av landsting eller kommun och som ej är anordnad vid fattigvårdsanstalt eller lyder under militär myndighet. Enligt det föreliggande förslaget komma kronikeranstalterna att betraktas som sjukhus i

lagens mening. *Sjukhusutredningen* påpekar att de kronikeranstalter, som f. n. äro anordnade vid fattigvårdsanstalter, följaktligen liksom hittills komma att falla utanför lagen.

Sjukhusutredningen föreslår att i andra stycket av 2 mom. anstalter för kroniskt sjuka upptagas som en särskild form av sjukhus vid sidan av lasarett och sjukstugor. Enligt förslaget skall sålunda sjukhus, som anordnats uteslutande eller till huvudsaklig del för vård av långvarigt kroppssjuka, vilka äro i behov av sjukhusvård främst i form av personlig skötsel men vilka icke lida av tuberkulos, benämnas anstalt för kroniskt sjuka.

Förste provinsialläkarnes förening ifrågasätter, om icke benämningen »anstalt för kroniskt sjuka» borde ersättas med någon annan mera tilltalande sådan, förslagsvis »sjukhus för kroniskt sjuka» eller eventuellt »kronikersjukhus». Även *Stockholms stads sjukhusdirektion* understryker att det varit önskvärt att finna en lämpligare benämning på dessa sjukhus.

Departementschefen. I samband med att i förevarande paragraf införes en särskild beteckning för de sjukhus, som äro avsedda för kroniskt sjuka, har i själva lagtexten upptagits en förkortad definition av vad som menas med sådana sjuka. I fråga om betydelsen härav kan jag hänvisa till vad som anförts i den allmänna motiveringen. Förut har framhållits att omförmälda sjukhus böra anordnas antingen i anslutning till lasarett eller sjukstugor eller som fristående hem. I båda fallen äro de att betrakta som självständiga sjukhus i sjukhuslagens mening. Härvid förutsättes givetvis att de drivas av landsting eller kommun och ej äro anordnade vid fattigvårdsanstalter. Såsom en sammanfattande benämning för dessa sjukhus har utredningen förordnat »anstalt för kroniskt sjuka». Då sjukhusnamnet icke synes lämpligt för de mindre fristående kronikerhemmen kan jag tillstyrka detta förslag.

7 §.

Tredje och fjärde styckena av denna paragraf innehålla bestämmelser om tillåtna antalet vårdplatser vid sjukstuga och om inrättande av för vissa sjuka avsedda rum å sjukhus med mer än 24 vårdplatser.

Sjukhusutredningen föreslår att i paragrafens femte stycke stadgas att platser vid en anstalt för kroniskt sjuka, som är ansluten till sjukstuga, icke skall medräknas då enligt tredje och fjärde styckena i paragrafen antalet vårdplatser beräknas.

Departementschefen. Under 2 § har framhållits att anstalter för kroniskt sjuka äro att anse som självständiga sjukhus i lagens mening även om de anordnats i anslutning till lasarett eller sjukstuga. På grund härav torde det ej vara obetingat nödvändigt med en särskild föreskrift om att vårdplatserna vid sådan kronikeranstalt icke skola inräknas vid beräkandet enligt 7 § av platsantalet vid sjukstuga. Då den nuvarande avfattningen av 7 § möjligen skulle kunna misstolkas på denna punkt har jag emellertid intet att erinra mot att enligt sjukhusutredningens förslag en sådan bestämmelse intages i lagen.

11 §.

Inrättas en kronikeranstalt i anslutning till ett annat sjukhus, bör givetvis i allmänhet samma person vara styresman för anstalten som för anläggningen i övrigt. 11 § har jämkats för att möjliggöra en sådan ordning.

14 § 2 mom.

Andra stycket i detta moment innehåller bestämmelser om tillsättning av bl. a. ansvarig läkare vid mindre sjukstuga. Stycket gäller redan nu för de kronikeranstalter, som drivas av landsting eller kommun. *Sjukhusutredningen* föreslår ingen annan ändring än att läkare vid kronikeranstalt uttryckligen tages med vid uppräknningen av de sjukhusläkare, vars tillsättning behandlas här. Läkare vid kronikeranstalt skall alltså enligt utredningens förslag alljämt tillsättas på samma sätt som dessa läkare d. v. s. av sjukvårdsberedningen efter direktionens hörande genom förordnande på viss tid eller tills vidare. I detta sammanhang må framhållas att sjukhusutredningen funnit att heltidsanställd läkare erfordrades endast vid större kronikeravdelningar. På sina håll vore kanske, framhåller utredningen, situationen vid en lasarettanslutna kronikeranstalt sådan, att någon av sjukhusets lasarettsläkare med sin tjänst som sådan skulle kunna förena den att vara läkare även vid kronikeravdelningen, om denna ej är alltför stor. Ur kronikervårdens synpunkt torde ingenting vara att anmärka mot en sådan ordning. Enligt sjukhusutredningens mening torde det dock ofta vara lämpligt att även för läkarvården på lasarettanslutna kronikeranstalter anlita icke lasarettanställd läkare.

Svenska lasarettsläkarföreningen finner det vara i hög grad önskvärt ur vårdsynpunkt, att läkaren vid avdelning för kroniskt sjuka vore någon vid lasarettet anställd läkare helst med invärtes medicin som huvudspecialitet. *Sveriges läkarförbund* anser däremot att läkarvården, åtminstone då det gällde vårdavdelningar av något större dimensioner, lämpligen borde anförtros åt speciellt kvalificerad, icke å annan lasarettsläkartjänst anställd läkare. Kronikervården vore nämligen numera att anse som ett specialområde för sig, fullt jämförligt med andra lasarettanslutna specialområden. Att särskild ansvarig läkare, biträdd av nödigt antal underläkare, erfordrades vid de största anstalterna, funne förbundet självfallet. Ansvarig läkare å större anstalt för kroniskt sjuka borde tillsättas som överläkare, medan underläkartjänsterna borde regleras som motsvarande 1:e underläkartjänster å vanliga sjukhus och lasarett.

Departementschefen. I likhet med sjukhusutredningen anser jag att ansvarig läkare vid anstalt för kroniskt sjuka liksom hittills bör tillsättas av sjukvårdsberedningen genom förordnande på viss tid eller tills vidare. Det synes icke lämpligt att som läkarförbundet tänkt sig här göra en skillnad mellan större och mindre anstalter särskilt som det icke bör vara uteslutet att även vid större lasarettanslutna kronikeranstalter förordna annan vid lasarettet anställd läkare som ansvarig läkare. Härtill kommer att sjukhuslagens bestämmelser om tillsättning av läkare torde få omprövas vid den

ifrågasatta utredningen för revision av sjukhuslagen. En sådan omprövning bör ej försvåras genom att nya kategorier tillskapas med olika tillsättnings-procedurer.

I paragrafen torde uttryckligen böra angivas att det här endast är fråga om den för sjukvården ansvarige läkaren. Tillsättning av underläkare vid kronikeranstalt bör, som även sjukhusutredningen tänkt sig, regleras i 16 §.

I övrigt har jag intet att erinra mot vad sjukhusutredningen anfört om läkartjänsterna vid dessa anstalter.

16 §.

Enligt paragrafens första stycke får underläkare anställas bl. a. vid sjukstuga med mer än 30 vårdplatser, dock får ny underläkartjänst ej inrättas utan medgivande av Konungen eller, efter Konungens förordnande, av medicinalstyrelsen. Vad angår sjukstuga får sådant medgivande lämnas endast då särskilda omständigheter föranleda därtill. Angående tillsättande av underläkartjänst stadgas i andra stycket, att detta skall ske av sjukvårdsberedningen genom förordnande på viss tid, som utan Konungens medgivande icke får överstiga tre år i sänder.

Sjukhusutredningen har föreslagit att paragrafen kompletteras med en bestämmelse att vad i första stycket stadgas om sjukstuga skall äga motsvarande tillämpning med avseende å anstalt för kroniskt sjuka. Underläkartjänst skulle alltså få inrättas vid kronikeranstalt under samma förutsättningar som gälla för sjukstuga. Anledning att tidsbegränsa förordnande för sådan underläkare föreläge icke enligt sjukhusutredningens mening. Utredningen förordar härav påkallad jämkning i paragrafens andra (enligt förslaget tredje) stycke.

Departementschefen. Förslaget till ändringar i 16 § föranleder icke någon erinran från min sida.

19 § 1 mom.

Bestämmelsen i momentets tredje stycke har på förslag av sjukhusutredningen ändrats så att förbudet mot intagning på sjukhus av patient, när sådan intagning skulle vålla obehag för andra sjuka, borttagits vad angår kroniskt kroppssjuka. I likhet med utredningen anser jag skyddet mot missbruk av akutsjukhus tillräckligt tillgodosett genom stadgandet i första stycket att intagning på sjukhus i princip ej får ske för annan vård än sådan, varför sjukhuset är inrättat.

21 och 23 §§.

Ändringarna i dessa paragrafer torde ej kräva särskild motivering.

Ikraftträdande m. m.

De föreslagna ändringarna i sjukhuslagen synas lämpligen böra träda i kraft med början av nästkommande kommunala budgetår eller sålunda den 1 januari 1952.

Några särskilda övergångsbestämmelser torde icke vara nödvändiga. Jag

vill emellertid erinra om att i 27 § sjukhuslagen stadgas, att de särskilda, mot denna lag stridande bestämmelser, som den 1 januari 1942 (dagen för lagens ikraftträdande) blivit av Konungen eller med Konungens bemyndigande utfärdade för vissa sjukhus eller anstalter, liksom även dylikt bemyndigande skola gälla även i fortsättningen samt att beträffande de ämnen, som nämnda bestämmelser avse, i hittills gällande ordning för sagda sjukhus och anstalter må meddelas de föreskrifter, som må finnas lämpliga, Konungen obetaget att återkalla eller inskränka meddelat bemyndigande. Med stöd av detta stadgande ha av Kungl. Maj:t den 20 december 1940 fastställts särskilda reglementen för Stockholms stads och för Göteborgs stads sjukhus (SFS nr 1047 och 1048). I den mån dessa reglementen avse kronikervården och avvika från vad som föreslagits i fråga om denna vårdform, böra i fortsättningen även för dessa städers kronikeranstalter kunna meddelas de föreskrifter som befinnas lämpliga.

Departementschefens hemställan.

Föredragande departementschefen hemställer härefter, att Kungl. Maj:t måtte genom proposition föreslå riksdagen att antaga förut omförmälda inom inrikesdepartementet upprättade förslag till *lag angående ändring i lagen den 20 december 1940 (nr 1044) om vissa av landsting eller kommun drivna sjukhus*.

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

Ur protokollet:

Eivor Hermansson.